



Юбилейный Международный Конгресс
Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ

«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ»



МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА



18–20 сентября 2013 года
г. Донецк

Министерство здравоохранения Украины
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Национальная академия медицинских наук Украины
Российская академия медицинских наук
Ассоциация хирургов-гепатологов стран СНГ
Донецкий национальный медицинский
университет им. М. Горького
Ужгородский национальный университет
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Департамент здравоохранения Донецкой
областной государственной администрации
Ассоциация хирургов Украины
Ассоциация хирургов Донецкой области

XX Юбилейный Международный Конгресс
Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ

«Актуальные проблемы хирургической гепатологии»



МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

Донецк, 18–20 сентября 2013 года

Донецк
Издатель Заславский А.Ю.
2013

УДК 616.36-089(063)
ББК 54.57ф
А43

Редакционная коллегия:

профессор В.А. Вишневский (отв. ред.),
профессор Э.И. Гальперин,
профессор Ю.А. Степанова,
профессор П.Г. Кондратенко

Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ (Донецк, 18–20 сентября 2013 г.) / Отв. ред. А43 В.А. Вишневский. — Донецк: Издатель Заславский А.Ю., 2013. – 320 с.
ISBN 978-617-632-026-5

В настоящий сборник вошли доклады, посвященные одной из актуальных проблем современной хирургии — диагностике и лечению заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы.

Книга рассчитана на широкий круг врачей-хирургов.

УДК 616.36-089(063)
ББК 54.57ф

ISBN 978-617-632-026-5

© Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, 2013
© Издавецъ Заславський О.Ю., 2013

РАЗДЕЛ 1

Новое в хирургической гепатологии



Выбор оптимального метода хирургического вмешательства при эхинококкозе печени

АБДУЛЛАЕВ А.Б., БЕРКЕЛИЕВ Ю.Г., АБДУЛЛАЕВ А.А., КАРАЕВА М.К., РАХМЕДОВ А.А., АХМЕДОВ Г.М.
Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

Несмотря на успехи в хирургическом лечении эхинококкоза печени, вопрос об оптимальном методе оперативного вмешательства остается дискуссионным.

За последние 15 лет в нашей клинике были оперированы 946 больных с эхинококкозом печени. Наиболее информативными методами диагностики эхинококкового поражения являются ультразвуковое исследование и компьютерная томография, которые дают возможность правильно выбрать операционный доступ и определить интраоперационную тактику при множественном эхинококкозе и сочетанных поражениях печени. Анализ данных предоперационного обследования показал, что кисты локализовались в правой доле у 401 (42,4 %) пациента, в левой доле — у 329 (34,8 %) и в обеих долях печени — у 216 (22,8 %).

Неосложненная форма его была у 686 (72,5 %) больных, в том числе солитарные кисты — у 128 (18,6 %), множественные — у 417 (60,8 %) и сочетанные формы — у 141 (20,6 %) больного. Осложненный эхинококкоз печени диагностировали у 260 (27,5 %) пациентов, среди них солитарные кисты обнаружены у 22 (8,5 %), множественные — у 184 (70,7 %) и сочетанные формы — у 54 (20,8 %) больных. При множественных кистах печени с целью интраоперационного соблюдения принципов хирургической асептики целесообразно сначала оперировать неосложненные кисты, а затем осложненные.

Анализ результатов лечения данной группы больных показал, что каждый из описанных хирургических методов (открытые, полузакрытые, закрытые, радикальные) имеет свои положительные и отрицательные стороны и не может претендовать на исключительное право во всех случаях и при всех локализациях эхинококковых кист печени. Однако в случаях неосложненного эхинококкоза закрытый метод эхинококкэктомии в модификации Боброва — Спасокукоцкого и оментогепатопексии по Р.П. Аскерханову является эффективным оперативным вмешательством с наименее коротким послеоперационным периодом.

В случаях сочетанного эхинококкового поражения печени и легких сначала целесообразно выполнять операцию на легких, а затем на печени. При правостороннем расположении кист в легком и печени, а также в печени и правой почке рекомендуется одномоментное удаление их закрытым способом.

Заключение. Анализ результатов лечения 946 больных с эхинококковым поражением печени позволил выработать наиболее эффективную тактику диагностики и лечения данной категории больных.

Лечение сочетанного множественного эхинококкоза печени и брюшной полости

АБДУЛЛАЕВ А.А., РАХМЕДОВ А.А., АХМЕДОВ Г.М., АБДУЛЛАЕВ Б.А., БЕКНАЗАРОВ Я.Б., АЛЛАБЕРДИЕВ И.А., РАХМАНОВА Д.А.

Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

Сочетанные формы множественного эхинококкоза печени, отличающиеся наиболее тяжелым течением, заслуживают особого внимания. Частота встречаемости сочетанных поражений множественного эхинококкоза печени и брюшной полости, по статистике разных авторов, варьирует в пределах от 10 до 18 %.

Изучены истории болезни 524 больных с множественным эхинококкозом печени, находившихся на лечении в хирургических отделениях НКЦК и НКЦФ в период с 2003 по 2013 г., из них у 103 (19,7 %) больных множественный эхинококкоз печени встречался в сочетании с эхинококкозом других органов брюшной полости. Мужчин было 37 (35,9 %), женщин — 66 (64,1 %). Больным выполняли клиническое обследование, биохимические анализы, серологические реакции (ИФА), рентгеновское обследование (органы грудной клетки и брюшной полости), УЗИ органов брюшной полости и ЭхоКГ, КТ (с 3D-реконструкцией изображения), МРТ, ЭКГ, ЭФГДС.



В результате обследования сочетание множественного эхинококкоза печени с поражением селезенки выявлено у 20 (19,4 %) больных, большого сальника — у 22 (21,3 %), поджелудочной железы — у 12 (11,7 %), тонкой и тощей кишки — у 7 (6,8 %), спаивание с желчным пузырем — у 42 (40,8 %) пациентов.

Больным выполнены следующие оперативные вмешательства:

1) множественная эхинококкэктомия печени + «идеальная» эхинококкэктомия + спленэктомия + оментогепатопексия — 23 (22,4 %) больных;

2) «идеальная» эхинококкэктомия + атипичная резекция печени + холецистэктомия — 45 (43,7 %) больных;

3) правосторонняя гемигепатэктомия — 3 (2,9 %) больных + множественная эхинококкэктомия печени + резекция большого сальника + «идеальная» эхинококкэктомия + оментогепатопексия — 13 (12,6 %) больных;

4) левосторонняя гемигепатэктомия — 2 (1,9 %) больных + множественная эхинококкэктомия печени + поджелудочная эхинококкэктомия + множественная эхинококкэктомия печени + оментогепатопексия — 8 (7,8 %) больных + резекция хвостовой части поджелудочной железы + «идеальная» эхинококкэктомия — 2 (1,9 %) больных;

5) множественная эхинококкэктомия печени + «идеальная» эхинококкэктомия в тонкой и тощей кишке — 7 (6,8 %) больных.

Во время операции остаточную полость кисты обрабатывали новым способом: озонированным 0,9% раствором NaCl + 30% раствором NaCl + 96% этиловым спиртом. Благодаря этому удалось предотвратить нагноение остаточной полости. Также при наблюдении в отдаленном периоде данная методика позволила предотвратить рецидив после радикальных операций по поводу множественного эхинококкоза печени в сочетании с эхинококкозом других органов брюшной полости.

Заключение. Анализ результатов лечения 103 больных с сочетанным множественным эхинококковым поражением печени и брюшной полости позволил выработать наиболее эффективную тактику лечения данной категории больных.

Тактика хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких

АБДУЛЛАЕВ А.А., АХМЕДОВ Г.М., РАХМЕДОВ А.А., АЛЛАБЕРДЫЕВ И.А., АБДУЛЛАЕВ Б.А.
Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

Диагностика и хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких являются одними из важных проблем торакальной и абдоминальной хирургии в мире.

Проанализированы данные историй болезни и результаты хирургического лечения 80 больных с сочетанным эхинококкозом печени и легких (в период с 2004 по 2013 г.). Мужчин было 34 (42,5 %), женщин — 46 (57,7 %). Возраст больных был в пределах от 15 до 72 лет. Продолжительность заболевания варьировала в пределах от 1 месяца до 5,5 года. Объем обследования пациентов: клиническое обследование, биохимические анализы, рентген органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, КТ-исследование легких и брюшной полости с 3D-реконструкцией изображения, ЭКГ, ФГДС. По результатам исследований в зависимости от локализации поражения пациенты были разделены на 3 группы: 1) левое легкое и печень — 26 (32,5 %); 2) правое легкое и печень — 33 (41,3 %); 3) оба легких и печень — 21 (26,2 %) больной.

На основании проведенных исследований была определена поэтапная тактика оперативного лечения. Этапы операции определяли индивидуально для каждого больного с учетом размеров, наличия разрывов и нагноения кист.

В 1-й группе: одноэтапная эхинококкэктомия левого легкого и печени — 14 (53,8 %) больных; в два этапа — 12 (46,2 %) больных.

Во 2-й группе: одноэтапная эхинококкэктомия правого легкого и печени вместе с торакотомией, лапаротомией — 16 (48,5 %) больных; в два этапа — 17 (51,5 %) больных.

В 3-й группе: первый этап — эхинококкэктомия правого легкого, второй этап — левого легкого и печени — 5 (23,8 %); первый этап — эхинококкэктомия левого легкого, второй этап — правого легкого и печени — 8 (38,1 %) больных; одноэтапная эхинококкэктомия S9 правого легкого и SVII-SVIII печени, френальная торакотомия и пластика диафрагмы по методу Петровского — 8 (38,1 %) больных.

На первом этапе обязательно удаляли прорвавшиеся и нагноившиеся кисты. Если легочные кисты имели сообщение с кистами печени, оперативные вмешательства также проводили в один этап. Операции начинали торакотомией и продолжали лапаротомией. Таким образом, одноэтапные операции были выполнены у 38 (47,5 %) больных; после оценки общего состояния и гемодинамики решено было провести оперативное вмешательство в два этапа 42 (52,5 %) больным.

Во время операции полость кисты обрабатывали антипаразитарным 70% спиртовым раствором японской софоры, промывали 10% раствором NaCl, 96% этиловым спиртом, высушивали и проводили перичистэктомиию.

После оперативного вмешательства всем больным операционные раны обрабатывали 46° спиртовым раствором бриллиантовой зелени.

В послеоперационном периоде осложнения были у 14 (17,5 %) больных: экссудативный плеврит — 5 больных, пневмония — 3, нагноение кистозной полости — 2, нагноение раны — 3, обострение панкреатита — 1. Летальных исходов не было.

Заключение. При наличии сочетанного эхинококкового поражения печени и легких этапы оперативного вмешательства целесообразно определять индивидуально для каждого больного с учетом размеров, наличия разрывов и нагноения кист. Одноэтапное оперативное вмешательство позволяет сократить койко-дни при лечении пациентов.

Усовершенствование диагностики эхинококкоза печени

АБДУЛЛАЕВ А.А., ГУРБАНОВ Р.О., РАХМЕДОВ А.А., АБДУЛЛАЕВ Б.А., БЕРКЕЛИЕВ Ю.Г., ГУРБАНОВ С.М.
Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

В период с 2011 по 2013 г. в отделениях хирургии НКЦК и НКЦФ обследованы и оперированы 237 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 15 до 71 года (средний возраст — 38,8 года). Женщин было 147 (63 %), мужчин — 90 (37 %). Объем обследования пациентов: клиническое обследование, биохимические анализы, УЗИ с дуплексным сканированием, КТ-исследование с 3D-реконструкцией изображения. Применение на дооперационном этапе УЗИ с дуплексным сканированием и компьютерной томографии позволило создать виртуальную модель кисты, определить ее взаимоотношение с крупными магистральными сосудами печени, что дало возможность определить наименее безопасный доступ при выполнении оперативного вмешательства. По данным предоперационного обследования: кисты локализовались в SVII–SVIII печени у 126 (53,2 %) больных, SV–SVI печени — у 62 (26,2 %) больных, в левой половине печени — у 49 (20,6 %) больных.

Все больные были прооперированы. После проведения перицистэктомии полость кисты ликвидировали путем капитонажа по Делбе, оментогепатопексии, при кистах, расположенных в левой доле печени, выполняли атипичную резекцию печени, а при гигантских кистах — левостороннюю гемигепатэктомию. Обработку полости кисты проводили 96° спиртом + 70% раствор японской софоры + 0,9% озонированный раствор NaCl. Определение на дооперационном этапе взаимоотношения кисты с магистральными сосудами печени позволило уменьшить или предотвратить риск возможного интраоперационного кровотечения.

После операции всем больным назначали антипаразитарную терапию, разработанную в клинике.

Заключение. Применение на дооперационном этапе УЗИ с дуплексным сканированием и компьютерной томографии позволяет создать виртуальную модель кисты, определить ее взаимоотношение с крупными магистральными сосудами печени, что дало возможность определить наименее безопасный доступ при выполнении оперативного вмешательства и уменьшить/предотвратить риск возможного интраоперационного кровотечения.

Хирургические вмешательства при эхинококкозе печени в сочетании с другими заболеваниями органов брюшной полости

АБДУЛЛАЕВ А.А.
Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

На базе общей хирургии ТГМУ и II хирургического отделения НКЦК г. Ашхабада на протяжении 5 лет оперировано 292 больных с эхинококкозом печени (ЭП), у 71 (24,3 %) больного произведены сочетанные и simultaneous операции на органах брюшной полости. Наиболее часто выявляли сочетание ЭП с патологией нижней трети пищевода — у 25 (35,3 %) больных, из них с ожоговой стриктурой пищевода — 12 (48,0 %) больных, с кардиоспазмом III–IV стадии — 8 (32,0 %), с пептической стриктурой пищевода — 5 (20,0 %). С язвой желудка ЭП сочетался в 2 (2,8 %) наблюдениях. Сочетание ЭП с эхинококкозом селезенки диагностировали у 12 (16,9 %) больных, с эхинококкозом брыжейки поперечно-ободочной кишки — у 2 (2,8 %), брыжейки тонкой кишки — у 1 (1,4 %), брыжейки тонкой и поперечно-ободочной кишки — у 4 (5,6 %), большого сальника — у 22 (31,0 %), париетальной брюшины — у 2 (2,8 %) и с эхинококковой кистой дугласова пространства — у 1 (1,4 %). У 17 (23,9 %) больных ЭП паразитарная киста локализовалась в IV–V сегментах печени, интимно сросшись со стенкой желчного пузыря, а у 14 (19,7 %) пациентов эхинококкоз сочетался с желчнокаменной болезнью.

Выбор хирургической тактики в каждом случае производился индивидуально. Оперативное вмешательство на печени старались производить наиболее радикальным способом, при этом предпочтение отдавали перицистэктомии и атипичной резекции печени, гемигепатэктомии. При сочетанном поражении нижней трети пищевода выполняли хирургическую коррекцию. При наличии язвы желудка выполняли сочетанную резекцию 2/3 желудка по Бильроту. При сочетании ЭП с поражением селезенки объем вмешательства на селезенке определялся размерами паразитарной кисты и наличием осложнений. При небольших неосложненных кистах, имеющих периферическое расположение, производили органосохраняющие вмешательства — эхинококкэктомию с ликвидацией остаточной полости. В остальных случаях (n = 9) операция была завершена спленэкто-



мией. Сочетание ЭП и поражения большого сальника не вызывало трудностей, вмешательства заключались в различных по объему резекциях участка большого сальника. При ЭП в сочетании с единичными эхинококковыми кистами париетальной брюшины, брыжейки тонкой и толстой кишки удавалось произвести «идеальную» цистэктомия. При наличии патологии желчного пузыря также была произведена холецистэктомия.

Отмечен 1 летальный исход, причиной смерти послужила острая сердечно-сосудистая недостаточность от имеющейся сопутствующей патологии.

Рецидивов заболевания в срок от 6 месяцев до 5 лет не отмечено.

Таким образом, при сочетанном эхинококкозе печени и других органов, а также при сочетании ЭП с другими заболеваниями органов брюшной полости хирургическая тактика должна быть индивидуальной. Наличие у больного сопутствующей патологии органов брюшной полости должно служить показанием к выполнению симультанных операций.

Рентгеноэндоваскулярная диагностика и хирургия заболеваний гепатобилиарной системы

АВДОСЬЕВ Ю.В., БОЙКО В.В., АБИДОВ Э.А.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМНУ», Харьков, Украина

Цель исследования: оценить эффективность рентгенохирургических методов лечения воспалительных и опухолевых заболеваний поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 65 больных с различными заболеваниями поджелудочной железы, осложненными абдоминальным кровотечением и механической желтухой, находившихся на лечении в ГУ «ИОНХ НАМНУ» с 1998 по 2012 г. Мужчин было 42 (64,6 %), женщин — 23 (35,4 %). Из 65 пациентов 41 (63,1 %) был госпитализирован по поводу абдоминального кровотечения, причинами которых были: а) опухолевые поражения поджелудочной железы — у 38 (58,5 %) больных; б) панкреонекроз — у 15 (23,1 %); в) хронический панкреатит — у 4 (6,2 %); г) осложненные кисты поджелудочной железы — у 8 (12,3 %). Наиболее частой ангиографической находкой была аррозия одной из ветвей чревного ствола (у 28 больных), разрыв ложной аневризмы одной из ветвей чревного ствола (у 4), аррозия селезеночной вены (у 2). Среди 65 больных у 22 (33,9 %) были выполнены различные чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства (наружное холангиодренирование — у 7, наружно-внутреннее — у 13, холецистостомия — у 2 больных). У 5 больных после выполнения наружно-внутреннего холангиодренирования было произведено стентирование холедоха саморасширяющимися металлическими стентами. У 59 (90,7 %) больных были использованы следующие методы рентгеноэндоваскулярного гемостаза — рентгеноэндоваскулярная окклюзия источника кровотечения (эмболизация ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии) и регионарная внутриартериальная гемостатическая терапия (ВАГТ). У четырех больных с геморрагическим панкреонекрозом мы применили разработанные методы рентгенохирургического лечения (патенты Украины № 64959А и № 64960А), суть которых заключается в коррекции кровоснабжения головки или хвоста поджелудочной железы путем редукции кровотока по селезеночной или гастродуоденальной артерии с одномоментной установкой катетера в верхнюю брыжеечную артерию для проведения внутриартериальной антибиотикотерапии и ВАГТ с последующим видеоскопическим дренированием зон панкреонекроза.

Результаты. Эндоваскулярный гемостаз был выполнен в качестве самостоятельного лечения у 32 больных, с целью подготовки больного к дальнейшей операции (I этап) — у 4 и после выполнения операции (II этап) — у 5. Рецидив кровотечения в раннем периоде после РЭКГ возник у 9 больных, из них у 2 пациентов с панкреонекрозом возник рецидив острого желудочно-кишечного заболевания (ОЖКК) — проведена консервативная терапия, из них у одного без эффекта (на вскрытии — кровь в вирсунговом протоке). Еще у 4 больных после РЭКГ возник рецидив ОЖКК — повторный эндоваскулярный гемостаз у двух больных в объеме ВАГТ и редукции артериального кровотока по чревному стволу («операция отчаяния») — с положительным эффектом. Следовательно, стойкий гемостатический эффект достигнут у 32 (78,1 %) больных. Осложнений после выполнения рентгенохирургических вмешательств, потребовавших проведения экстренной хирургической операции, не отмечено. В послеоперационном периоде от рецидива кровотечения умерло 7 больных, из них 3 — с кровотечением из ВРВ пищевода и 4 — с кровотечением на фоне панкреонекроза. Среди 24 больных, которым были произведены эндобилиарные вмешательства, летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было.

Выводы. Использование различных рентгенохирургических вмешательств в комплексе хирургического лечения заболеваний поджелудочной железы, осложненных кровотечением и механической желтухой, позволяет стабилизировать состояние пациентов и произвести в последующем радикальное хирургическое лечение.

Комплексный подход в диагностике и лечении некоторых urgentных осложнений эхинококкоза печени

АНВАРОВ Х.Э., АЛТЫЕВ Б.К., МЕЛЬНИК И.В.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с эхинококкозом печени, осложненным прорывом в желчные пути, путем усовершенствования тактического подхода к комплексной диагностике и лечению.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 490 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. Из них у 32 (7,25 %) больных наблюдался прорыв кист в билиарное дерево. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 69 лет, в среднем $40,4 \pm 3,1$ года. Мужчин — 20 (64,3 %), женщин — 12 (35,7 %). Длительность симптомов механической желтухи у 16 (57,2 %) больных составила более 7 суток, у 2 (7,1 %) — 3–7 суток, у 10 (35,7 %) пациентов — до 3 суток.

Результаты. Всем больным проведено стандартное клинично-лабораторное обследование. Дополнительно проводился иммуноферментный анализ с использованием человеческого IgG, имеющего специфичность до 95 %. С целью определения функционального состояния печени и печеночной недостаточности применялась классификация К.З. Мининой (1988). У всех больных при поступлении диагностирована компенсированная или субкомпенсированная стадия печеночной недостаточности. Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки производилась ретроградная панкреатохолангиография. При этом расширение холедоха более 20 мм наблюдалось у 3 (10,7 %) больных, 20–15 мм — у 14 (50 %), 9–15 мм — у 11 (39,3 %) больных. Установить диагноз после проведения ЭПСТ не составило труда. При этом в 20 (72 %) случаях после ЭПСТ произведены удаление корзинкой Dormia хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,06 % раствором гипохлорита натрия. В дальнейшем этим пациентам была выполнена открытая операция в отсроченном порядке. В 8 (28 %) случаях попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом и разрешить механическую желтуху не удалось. Эти пациенты были также подвергнуты стандартным оперативным вмешательствам. Пациентам с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути после проведения эндоскопической санации билиарного тракта была произведена эхинококкэктомия по методам, принятым в клинике и описанным в литературе, которые в 16 случаях были дополнены перикистэктомией с ушиванием остаточной полости на дренажной трубке.

Выводы. Ретроградные эндобилиарные вмешательства являются не только высокоспецифичными диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево. Это позволяет уменьшить риск осложнений последующих открытых операций.

Эндоскопический фибрин-клеевой гемостаз при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка у больных циррозом печени

АНГЕЛИЧ Г.А., ПИСАРЕНКО С.С., ПАНИЧ И.И.

Кафедра хирургии № 2, Клиника хирургии № 2 им. К.А. Цыбырнэ Государственного университета медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Актуальность. Массивные кровотечения из варикозно расширенных вен желудка (ВРВЖ) у больных циррозом печени (ЦП) являются наиболее грозным осложнением портальной гипертензии (ПГ) и сопряжены со значительными трудностями эндоскопического гемостаза. Несмотря на развитие новых медицинских технологий, вопросы экстренного гемостаза кровоточащих ВРВЖ, особенно фундальных, первичной и вторичной профилактики варикозных кровотечений по-прежнему актуальны.

Цель исследования: оценить непосредственную эффективность гемостаза, выполненного путем применения разработанного в клинике метода эндоскопической фибрин-клеевой окклюзии (ЭФКО) кровоточащих ВРВЖ, у больных ЦП и провести анализ ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы. Клиника располагает 20-летним опытом применения ЭФКО пищеводно-желудочных вариксов при ПГ — более 1600 случаев. Проанализированы результаты 536 ЭФКО, выполненных больным ЦП с ВРВЖ, из которых 284 (53,0 %) — с активным кровотечением в момент исследования (Forrest Ia–Ib). Первичный эндоскопический гемостаз оценивался как эффективный при отсутствии рецидива кровотечения в течение 72 часов с момента ЭФКО. Первичная профилактика кровотечений из ВРВЖ планово выполнена 148 больным с варикозом второй-третьей степени и red color sings, вторичная профилактика — в 104 случаях. ЭФКО производилась интравазальным введением компонентов фибринового клея (ФК): р-ра фибриногена 20 мг/мл и тромбина 125 ед/мл, образующих биопломбу, надежно блокирующую просвет кровоточащих вариксов. Средний объем вводимого ФК на варикс — $3,5 \pm 0,5$ мл.

Результаты. Эффективность первичного гемостаза ВРВЖ при ЭФКО составила 97,2 % (276 из 284), у 8 больных остановить профузное струйное кровотечение из фундальных вариксов не удалось. В 15 случаях



отмечен его рецидив из желудочных фундальных вен, что обусловило необходимость повторной ЭФКО. В группе больных с активным кровотечением общая летальность составила 13,7 % (n = 39), она была обусловлена последующей печеночно-почечной недостаточностью вследствие перенесенной массивной кровопотери. В группе из 148 больных с первичной профилактикой после ЭФКО рецидив ВРВЖ констатирован в 19 (12,8 %) случаях в течение 1 года и в 27 (18,2 %) — в течение 2 лет, а при вторичной — соответственно у 16 (15,7 %) и 19 (18,6 %) больных, которые были успешно подвергнуты повторной плановой эндоскопической окклюзии ФК. Не наблюдалось таких грозных осложнений, как легочная эмболия или перфорация желудка или пищевода вследствие ЭФКО. Проведенные рентгенконтрастные исследования установили строго региональную локализацию биополимерной ФК-пломбы в пунктированных вариксах. На 6–7-е сутки после гемостаза ЭФКО контрольная эндоскопия выявила в 76 (26,8 %) случаях небольшие язвенные дефекты в местах пункций ВРВЖ, туго заполненных ФК, успешно излеченных консервативно. В процессе ретракции ФК-сгустка вариксы облитерируются и исчезают за 1–3 месяца.

Заключение. ЭФКО является эффективным методом гемостаза при кровотечениях из ВРВЖ портального генеза, а также может успешно применяться для профилактики варикозных кровотечений наряду с традиционными эндоскопическими методами.

Особенности диагностики и хирургического лечения желудочно-кишечных осложнений эхинококкоза печени

*АНДОН Л.Г., ЛИПОВАН В.Г., БУЖОР П.В., АНДОН Е.Л., ПАВЛЮК Г.В., АБАБИЙ Ф.С.
Государственный университет медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану,
Кишинев, Молдова*

Актуальность. Желудочно-кишечные осложнения эхинококкоза печени нередко представляют диагностические трудности в предоперационном периоде, и окончательный диагноз устанавливается во время операции.

Материал и методы. Проанализированы 36 случаев желудочно-кишечных осложнений эхинококкоза печени. Мужчин было 19 (52,8 %), женщин — 17 (47,2 %) в возрасте от 20 до 63 лет. Эхинококковые кисты печени были в разных стадиях омертвения у 29 (80,6 %) больных, и только в 7 (19,4 %) случаях они были живыми. Из 10 случаев сдавления желудка извне у 7 больных эхинококковая киста была расположена в левой доле S2, S3, S4, а в 3 случаях — в обеих долях печени. Сращение эхинококковой кисты печени с желудком и двенадцатиперстной кишкой имело место в 16 случаях, из них у 9 кисты были локализованы в левой доле печени. Печеночный угол толстого кишечника в 6 случаях из 7 был сращен с эхинококковой кистой, расположенной в 6-м сегменте печени.

Перфорацию эхинококковой кисты печени в желудок, толстый кишечник и желчный пузырь наблюдали у 3 больных. Для диагностики использовали общепринятые лабораторные исследования, обзорную рентгенографию живота, рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию и эндоскопические методы исследования.

Результаты. В эволюции желудочно-кишечных осложнений эхинококкоза печени прослеживается несколько этапов. На первом этапе наблюдается сдавление извне соседних органов, что ведет к их смещению, а длительное смещение ведет к сращению эхинококковой кисты печени с соседними органами.

Сдавление извне и сращение со стенкой желудка проявлялись клинической картиной, похожей на язвенную болезнь, в связи с чем больные длительное время находились на медикаментозном противоязвенном лечении.

В двух случаях из-за сдавления и сращения кисты со стенкой желудка имелись признаки нарушения эвакуации из желудка.

Последней стадией эволюции эхинококковой кисты печени является перфорация в желудочно-кишечный тракт, которая в отличие от сдавления и сращения имеет характерную клиническую картину.

Кроме ухудшения общего состояния, повышения температуры, исчезновения пальпируемого объемного образования появляются такие специфические симптомы разрыва кисты, как появление эхинококковой жидкости, фрагментов хитиновой оболочки и дочерних пузырей в рвотных и каловых массах.

Особого хирургического лечения требуют кисты, сращенные со стенкой желудка и толстого кишечника. При мощных сращениях и опасности вскрытия просвета желудка или кишечника лучше оставлять соответствующую часть фиброзной оболочки кисты, а остальное полностью или частично удалять.

В случае прободения кисты в желудок или толстый кишечник необходима резекция стенки желудка или кишечника вместе с перфоративным отверстием с ушиванием дефекта 2-рядными швами.

Заключение. Диагностика желудочно-кишечных осложнений эхинококкоза печени должна быть комплексной, а вопрос о хирургической тактике решается индивидуально, в зависимости от формы осложнения.

Лапароскопическая фенестрация кист печени с пломбировкой полости большим сальником

АРГУЧИНСКИЙ И.В., АНДРЕЕВ П.В.

КГБУЗ «Краевая клиническая больница», Барнаул, Россия

Актуальность. После хирургического лечения серозных кист печени частота рецидивов, по данным литературы, достигает 38 %.

Цель исследования: профилактика рецидива кист печени после операции путем пломбировки полости кисты сальником с использованием медицинского клея сульфакрилат.

Материалы и методы. В хирургическом отделении КГБУЗ «Краевая клиническая больница» с 2011 по 2013 г. выполнено 7 лапароскопических фенестраций с фиксацией сальника медицинским клеем сульфакрилат. Размеры кист варьировали в пределах от 7 до 25 см. В правой доле печени локализовались 5 кист, в левой доле — 2. В 1 случае киста была рецидивная, после предшествующей открытой фенестрации. В 1 случае киста локализовалась на диафрагмальной поверхности в 7–8-м сегментах.

Во время операции свободная стенка кисты иссекалась диссектором LigaSure, полость кисты осматривалась визуально, сообщения с желчными протоками не выявлено. На стенки катетером наносится медицинский клей сульфакрилат, полость тампонируется прядью большого сальника. Сальник удерживается диссектором, полимеризация клея наступает в течение 30–40 секунд, после чего сальник фиксируется в полости кисты.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнений не было. При контрольном осмотре в сроки от 3 до 12 месяцев рецидивов кист не выявлено.

Выводы. При лапароскопической фенестрации непаразитарных кист печени орошение полости кисты медицинским клеем сульфакрилат позволяет надежно фиксировать сальник в полости кисты, в том числе при анатомически сложных локализациях (в задних сегментах печени), сокращает время операции, позволяет предотвратить рецидивы кист.

Влияние лигнина хлопчатника на внешнесекреторную функцию печени (экспериментальное исследование)

АРИПОВА Н.У., МАТМУРАДОВ С.К., АРИПОВА М.У., НАБИЕВ А.Н.

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

Лигнин — высокомолекулярное соединение растительного происхождения — в медицине применяется в качестве энтеросорбента и вальнеросорбента. Препараты лигнина из древесных пород деревьев — полифепан, билигнин — используются при лечении диареи, хронических гепатитов и т.п.

Цель исследования: изучить действие лигнина, получаемого из шрота из семян хлопчатника, на динамику внешнесекреторной функции печени животных.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на крысах-самцах массой 120–180 г. Лигнин в виде 2% крахмальной суспензии вводили животным внутрь специальным зондом в течение 21 дня. Крыс брали в опыт для определения уровня секреции желчи на 3, 7, 14 и 21-й день после введения испытуемого препарата. Желчь собирали у крыс, наркотизированных этиналом натрия, из общего желчного протока в течение 4 часов. Вычисляли скорость секреции в мг/100 г в 1 мин и общее количество желчи за 4 часа в мг/100 г. О процессах желчеобразования судили по концентрации желчных кислот, холестерина и билирубина. О литогенности желчи судили на основании холато-холестеринового коэффициента. Результаты обработаны методом вариационной статистики с вычислением параметрического показателя Стьюдента при сравнении с группой крыс, получавших растворитель.

Результаты. На основании экспериментов установлено, что у животных, получавших лигнин, на 3-и — 7-е сутки скорость секреции возрастает на 32–37 % во второй час наблюдения, затем стимулирующее действие лигнина уменьшается. Общее количество желчи за 4 часа достоверно повышается на 7,5–9,3 %. На 14–21-е сутки организм животных адаптируется и стимулированное ранее желчевыделение нормализуется. На таком фоне отмечается стимуляция холатосинтетической активности на третьи сутки на 56,5 %. В последующие сроки наблюдения существенных различий по данному показателю не выявлено. Холестериновыделительная функция гепатоцитов под влиянием лигнина снижается на 15 % в третий день, затем на 30,7; 26,5 и 29,6 % на 7, 14 и 21-й дни соответственно. Экскреция билирубина в желчь усиливается на 39,2; 57,5 и 116,7 % соответственно на 3, 7 и 14-й день наблюдения по сравнению с интактными животными. Холато-холестериновый коэффициент резко увеличивается на 3-й и 7-й дни эксперимента, что свидетельствует об уменьшении вероятности камнеобразования.

Выводы. Применение лигнина хлопчатника у экспериментальных животных активизирует холатосинтетическую функцию печени, способствует выделению малоконцентрированной холестерином желчи, активизирует печеночное звено обмена билирубина и уменьшает вероятность камнеобразования в печеночной желчи, т.е. улучшает коллоидальное состояние желчи у животных.



Интраоперационная радиолимфосцинтиграфия как способ обеспечения радикальности операции при местнораспространенном раке печени

АХМЕДОВ С.М., ДУСТОВ А.Д., САФАРОВ Б.ДЖ., ТАБАРОВ З.В., РАСУЛОВ Н.А., САИДМУРОДОВ А.С., ИБРАГИМОВ Н.К., ЮЛДОШЕВ З.Т.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Местнораспространенный рак печени (МРП) не только обуславливает технические сложности при выполнении обширных резекций печени, но и чреват рецидивами заболевания в послеоперационном периоде, требующими повторных оперативных вмешательств. Одной из далеко не решенных проблем МРП остается рациональная диагностика и адекватное лечение локорегионарного метастазирования.

Цель исследования: обеспечение высокой надежности интраоперационной радикальности операции МРП с помощью радиолимфосцинтиграфии Тс99.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии МЗ РТ за период 2012–2013 гг. было пролечено 18 пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), подтвержденной клинико-лабораторно, инструментальными методами исследования (УЗИ, КТ, МРТ, гепатосцинтиграфия, онкомаркеры), с морфологической верификацией диагноза. В исследовании преобладали лица женского пола (14) в возрасте 19–67 лет. ГЦК поражала правую долю печени в 9 (50,0 %) случаях, левую — в 4 (22,2 %), обе доли — в 5 (27,8 %) случаях. В плане обеспечения радикальности операции всем больным во время выполнения резекции печени (РП) использовали радиолимфосцинтиграфию Тс99.

Интраоперационную радиосцинтиграфию осуществляли путем внутривенного введения 50–60 МБ и Тс99 за 20–30 минут до завершения основного этапа обширной резекции печени. Далее датчиком портативного радиолимфосцинтиграфа (Surgical Gamma Probe, РС, производства США) проводили лимфосцинтиграфию лимфатических узлов гепатодуоденальной связки, чревного ствола, полости малого сальника, корня брыжейки тонкой кишки и других зон риска возможного предполагаемого метастазирования. Ввиду высокой специфичности Тс99 к раковым клеткам последний через 10–15 минут с момента введения скапливается в пораженных лимфоузлах, и при установке над ними датчика лимфосцинтиграфа выдает на монитор цифровые и звуковые данные факта присутствия Тс99.

Результаты. Выполнены оперативные вмешательства: правосторонняя гемигепатэктомия — 9 (50,0 %) больным, левосторонняя гемигепатэктомия — 4 (22,2 %) пациентам и околоопухолевого резекция до 5 сегментов из обеих долей печени — 5 (27,8 %) больным.

Установлено, что в 4 наблюдениях количественные показатели Тс99 в лимфоузлах гепатодуоденальной связки были высокими (1750–1830), что потребовало выполнения лимфоденэктомии. По этой же причине у 2 больных были удалены до 6 лимфоузлов небольших размеров ($d = 0,7–1,5$ см) из малой кривизны желудка, зоны головки поджелудочной железы и связки Трейца. Морфологическое исследование удаленных лимфоузлов подтвердило факт злокачественного поражения во всех случаях. Чувствительность и специфичность метода составили 88,8 и 100 % соответственно.

Заключение. Интраоперационная радиолимфосцинтиграфия легко выполнима и позволяет обеспечить высокую радикальность операции больных местнораспространенным раком печени.

Резекция печени при эхинококкозе, осложненном механической желтухой

АХМЕДОВ С.М., ИБРОХИМОВ Н.К., РАСУЛОВ Н.А., ТАБАРОВ З.В., ЮЛДОШЕВ З.Т., МАРСАКОВ П.А.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Тяжелым осложнением эхинококкоза печени остается прорыв гигантских кист в билиарный тракт с развитием синдрома механической желтухи. Тампонирующее внепеченочных желчных протоков содержимым кист, усугубляя имеющуюся смешанную интоксикацию, чреват высоким риском развития печеночной недостаточности с летальным исходом. Возможности двухэтапного лечения осложненного эхинококкоза печени на данном этапе развития эндохирургии неэффективны. Благополучный исход заболевания во многом зависит от правильно принятой и решенной хирургической тактики.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени с прорывом в билиарный тракт путем резекции печени (РП).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 18 резекций печени при осложненном прорыве гигантских эхинококковых кист в билиарное дерево с развитием механической желтухи, выполненных в гепатохирургических отделениях Института гастроэнтерологии АМН МЗ РТ и ГКБ СМП г. Душанбе за период 1992–2013 гг. Было прооперировано 12 (66,7 %) женщин и 6 (33,3 %) мужчин в возрасте 16–72 лет. Первичный эхинококкоз установлен у 10 (55,6 %) больных, рецидивный — у 8 (44,4 %). Диаметр прободных эхинококковых кист варьировал в пределах от 14 до 25 см. Эхинококк поражал правую долю печени в 14 (77,8 %) случаях, левую — в 4 (22,25 %). К моменту выявления прободения инфицированными были кисты у 8 (44,4 %) больных.

Инструментальная диагностика осложненного эхинококкоза печени включала данные УЗИ, КТ, МРТ, ФГДС, холангиоскопии и видеолапароскопии, также выполняли ИОУЗИ.

Результаты. Резекция печени выполнена всем 18 больным: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) проведена 11 (61,1 %) больным, левосторонняя — 4 (22,2 %) и бисегментэктомия — 3 (16,7 %) больным. Ввиду наличия внутреннего желчного свища большого диаметра (10 мм и более) на уровне долевого печеночного протока, расширения внепеченочных желчных протоков (более 25 мм) РП предшествовала эхинококкотомия с удалением содержимого кист мощным гидробомбесным вакуум-отсосом и антипаразитарной обработкой полости кисты 96% спиртом и антисептиком декасан. Далее выполняли супрадуоденальную холедохотомию (25–30 мм) с удалением элементов кисты, санационную холангиоскопию и дренирование холедоха для последующего лаважа билиарного дерева. Третьим этапом была собственно РП, которая была показана: при больших одиночных кистах, занимающих всю долю (7); рецидивных и инфицированных кистах со сложноразветвленной остаточной полостью, поддерживаемых гнойно-желчным свищем (7); ригидной, обызвествленной фиброзной капсуле (4).

РП выполняли с соблюдением анатомических принципов: выделение, перевязка долевого сосудисто-секреторных ножек в воротах печени, транспаренхиматозное выделение трубчатых структур и сосудов на линии разреза с сохранением основного ствола сагиттальной вены у оставляемой части печени. Перевязку печеночных вен соответствующей доли осуществляли интрапаренхиматозно, так как внеорганный препарат и перевязка печеночных вен сопряжены с высоким риском кровотечения и нередко — с развитием воздушной эмболии. Обязательными считали открытую обработку культи долевого печеночного протока и достижение герметичности среза печени.

Специфические послеоперационные осложнения наблюдали у 4 (22,2 %) больных, общие — у 6 (38,8 %). Во всех 3 наблюдениях желчеистечения из среза печени сформировался и самостоятельно закрылся наружный желчный свищ. В 1 наблюдении после ПГГЭ кровотечение из острой язвы желудка было остановлено консервативно. Релапаротомия выполнена у 1 больного по поводу поддиафрагмального абсцесса. Летальных исходов не было.

Заключение. Выполненная по показаниям РП при осложненном эхинококкозе обеспечивает радикальность операции, минимизирует рецидив заболевания и частоту послеоперационных осложнений.

Непосредственные результаты хирургического лечения альвеококкоза печени у детей

БЕБЕЗОВ Б.Х., УМЕТАЛИЕВ Т.М., МАМАШЕВ Н.Д., БЕЛЕКБАЕВ Т.М., СУРОВ Э.А., АСАКЕЕВ Н.А.
Кыргызско-российский славянский университет, Бишкек, Кыргызстан
Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызстан

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения альвеококкоза у детей.

Материалы и методы. С апреля 2009 по апрель 2013 г. было пролечено 20 детей с альвеококкозом печени в возрасте от 7 до 18 лет, из них 12 (60,0 %) мальчиков и 8 (40,0 %) девочек. У 50 % процентов детей альвеококкоз печени был диагностирован в запущенной стадии, выявляли поражение соседних органов и магистральных сосудов (нижняя полая вена, воротная вена) и трубчатых структур ворот печени. В проведенном исследовании у некоторых больных встречались два и более осложнения.

Результаты. Выполнено 18 (90 %) резекций печени (в некоторых случаях использовали прием Прингла и гемостатическую губку тахокомб): обширные резекции печени — 8 (резекция трех сегментов одной доли печени с холецистэктомией (ХЭ) — 1; правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) в сочетании с холецистэктомией — 4; ПГГЭ + ХЭ с атипичной резекцией SIII левой доли печени — 1; расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГГЭ) в сочетании с резекцией S1 левой доли печени — 1; РЛГГЭ в сочетании с ХЭ — 1); типичные резекции печени — 10 (сегментэктомия (резекция одного сегмента) — 9 и бисегментэктомия (резекция 2 сегментов печени) — 1). Максимальный объем кровопотери составил 1200 мл при расширенной левосторонней гемигепатэктомии с резекцией S1 левой доли печени, при атипичных резекциях он не превышал 200 мл.

Радикально прооперированы 13 (65 %) пациентов. Паллиативно — 7 (35 %) больных, из них 2 выполнена ЧХС. У 5 больных из оперированных паллиативно на нижней полой вене оставлена «пластинка» альвеококкового узла. Интраоперационной летальности не было.

Послеоперационные осложнения возникли у 2 (10 %) больных. У 1 больного на 2-е сутки выпала трубка ЧЧХС с желчеистечением в свободную брюшную полость, произведена лапаротомия с интраоперационной установкой ЧЧХС и дренированием брюшной полости и малого таза. У 1 больной в течение 5 месяцев из подпеченочного дренажа отмечали желчеистечение, в последующем свищ закрылся самостоятельно и дренаж был удален.

Все пациенты в послеоперационном периоде получали с лечебной и профилактической целью курсы противопаразитарной терапии препаратом альбендазол по 10–12 мг на кг/массы тела в сутки, в два приема по стандартной схеме.

Заключение. В связи с высокой пораженностью населения и неблагоприятной эпизоотической обстановкой в эндемичных районах Кыргызстана заболеваемость альвеококкозом ежегодно растет. Высокий процент выявления осложненных форм заболевания среди детей — 50 %, что требует проведения сезонных, не менее



двух раз в год, подворовых обходов и инструментальных методов исследования (УЗИ) детского и взрослого населения из неблагоприятных районов Республики для ранней диагностики альвеококкоза. Единственным и радикальным методом лечения остается резекция печени в пределах здоровых тканей. При осложненных формах альвеококкоза печени паллиативные резекции печени и паллиативные операции (ЧЧХС) продлевают и улучшают качество жизни.

Экспериментальное и клиническое обоснование лазерного облучения печени для лечения холангита у больных после операции Гетца

БЕЛОКОНЕВ В.И., ХУНКУЙ И., ПОНОМАРЕВА Ю.В., ЗАХАРОВ В.П.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Самара, Россия

Для обоснования лазерного облучения печени при лечении холангита проведены исследования в двух направлениях: 1) оценка поглощения, рассеивания и ослабления лазерного излучения при прохождении инфракрасного луча через дренажную трубку; 2) оценка влияния инфракрасного лазерного излучения на морфофункциональные изменения в печени.

Исследование состояло из двух частей — экспериментальной и клинической.

Эксперименты на животных проведены на 36 белых крысах обоих полов массой 280–350 г. Сформировано 4 группы по 9 животных в каждой: 1) животные с ложной операцией без лазерного воздействия; 2) животные с ложной операцией и последующим облучением лазером зоны дренажа; 3) животные с транспеченочным дренажем и лигированным холедохом со снятием лигатуры на 2-е сутки после первой операции без облучения; 4) животные с транспеченочным дренажем и лигированным холедохом со снятием лигатуры на 2-е сутки после первой операции и последующим облучением лазером.

В клиническое исследование было включено 8 пациентов, которым после гепатикоэнтеростомии по Гетцу дополнительно проводили инфракрасное лазерное облучение печени через установленный транспеченочный дренаж. Для выполнения процедуры было предложено устройство «Дренаж хирургический» (патент РФ на полезную модель № 108306 от 20 сентября 2011 г., авторы: Белоконов В.И., Хункуй И., Ковалева З.В., Житлов А.Г.). Для лазерного облучения печени использовали аппараты «АЛТО» и «Мулат» с длиной волны 0,63 мкм и с мощностью излучения на конце световода 2,5–2,7 мВт. Время облучения печени составляло от 5 до 10 минут. Сеансы проводили ежедневно в количестве от 6 до 10, строго ориентируясь на динамику течения заболевания, а также на лабораторные, биохимические, бактериологические и цитологические показатели.

Экспериментальные исследования на животных показали, что в условиях моделирования механической желтухи инфракрасное лазерное облучение оказывало разнонаправленное действие. С одной стороны, происходила стимуляция реакции радикального окисления мембран гепатоцитов, с другой стороны, инфракрасное лазерное облучение являлось стимулирующим фактором регенерации печеночной паренхимы.

Лазерное облучение печени через дренаж, установленный в протоках после операции Гетца, проведено пациентам (8), у которых традиционное лечение, включающее использование антибиотиков широкого спектра действия, было неэффективно. На фоне проводимого лечения отмечено снижение температуры тела, уменьшение числа лейкоцитов в крови, улучшение общего состояния. Больные с выздоровлением выписаны на амбулаторное лечение.

Таким образом, экспериментальные и клинические исследования показали возможность и целесообразность применения инфракрасного лазерного облучения печени через дренаж, установленный в холедохе, для лечения холангита в послеоперационном периоде.

Сравнительная оценка методов диссекции в резекционной хирургии печени

БОЙКО В.В., СКОРЫЙ Д.И., МАЛОШТАН А.В., КОЗЛОВА Т.В., ВОЛЧЕНКО И.В., ПИСЕЦКАЯ М.Э.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Киев, Украина

На сегодняшний день во всем мире проведены лишь единичные рандомизированные исследования, в которых сравниваются преимущества и недостатки различных методов диссекции печени.

Цель исследования: определение показаний к различным методам диссекции печеночной паренхимы.

Материалы и методы. За период 2007 — июль 2012 гг. в клинике ГУ «ИОНХ НАМН Украины» выполнено 180 резекций печени у пациентов с очаговой ее патологией. Все пациенты были условно разделены на 2 группы: основную (n = 90) и группу сравнения (n = 90). У пациентов группы сравнения проведено рандомизированное исследование, им выполняли резекцию печени скальпелем с предварительным ее прошиванием блоковыми швами нитью викрил, с использованием радиочастотного коагулятора, методики clamp crushing, ультразвукового (SonoSca 300) и водоструйного (Hydrojet) диссекторов. Выбор метода диссекции у пациентов основной группы (n = 90) осуществлялся на основе разработанной новой концепции.

Результаты. Применение разработанного тактического подхода позволило не только уменьшить объем интраоперационной кровопотери с 995 до 478 мл, но и снизить необходимость в трансфузии эритроцитарной массы с 72,2 до 54,4 %. Общее число осложнений уменьшилось практически в 2 раза — с 36,7 до 18,9 %.

Выводы. Применение методики clamp crushing в сочетании с Pringle maneuver целесообразно у пациентов при отсутствии диффузной патологии печени с планируемым объемом резекции менее 65 %. Для остальных пациентов допустимыми методиками являются ультразвуковая и струйная диссекции без васкулярной эксклюзии печени.

Трансплантация при новообразованиях печени

БОРОВИК В.В., ГРАНОВ Д.А., ПОЛИКАРПОВ А.А.

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

Цель исследования: показать результаты трансплантации в лечении больных с новообразованиями печени различной этиологии.

Материалы и методы. В период с 1998 по 2012 г. в РНЦРХТ выполнены 122 ортотопические трансплантации печени (ОТП), по поводу новообразований — в 11 (9 %) случаях. В связи со злокачественными опухолями ОТП выполняли у 9 пациентов: холангиокарцинома — 1, гемангиоэндотелиома — 1, гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне вирусного цирроза — 6, фиброламельлярный рак — 1; также пересадку выполняли при гамартоме и множественных аденомах с тотальным замещением паренхимы — по 1 наблюдению. У пациентов со злокачественными новообразованиями солитарная опухоль отмечена у 6 реципиентов, ее размеры составляли от 2 до 6 см. Три опухолевых узла и более диагностированы в 3 наблюдениях. В 2 случаях ГЦК выявлена после исследования удаленной печени.

С целью контроля опухолевого роста у 8 пациентов в листе ожидания выполняли масляную химиоэмболизацию печеночной артерии (МХЭПА). После артериогепактографии выполняли суперселективную или поддолевую МХЭПА суспензией доксорубицина (20–60 мг) и липиодола (5–10 мл); окклюзию опухолевых артерий осуществляли введением фрагментов гемостатической губки. Количество процедур МХЭПА составило от 1 до 5, у 3 больных применили радиочастотную абляцию (РЧА) очага в печени. Пациенту с гемангиоэндотелиомой до трансплантации провели 3 курса таргетной терапии препаратом вотриент, отмечена стабилизация заболевания, что позволило выполнить ОТП. Сроки нахождения в листе ожидания составили от 2 до 11 мес.

Результаты. В настоящее время живы 7 пациентов (срок наблюдения — от 15 до 172 мес.). У реципиентов со злокачественными новообразованиями после ОТП в двух наблюдениях отмечено прогрессирование ГЦК. Метастазы в легкие потребовали проведения системной химиотерапии доксорубицином. Вторая больная дважды перенесла вмешательства по удалению внутрибрюшных метастазов гепатоцеллюлярной карциномы и правостороннюю гемиколэктомия в связи с раком слепой кишки. Обе пациентки живы. Реципиент с холангиокарциномой умер через 2 мес. после ОТП от сепсиса. У больного, перенесшего 3 курса МХЭПА, отмечено значимое уменьшение 3 опухолевых узлов до размеров 3 см и менее, что позволило выполнить ОТП. К сожалению, рецидив ГЦК в трансплантате привел к смерти этого пациента через 4 мес. после пересадки. Печеночная недостаточность, некротический холангит из-за неадекватного артериального притока привели к смерти 1 больного через 8 мес. после ОТП, признаков рецидива заболевания не было. У пациентки с фиброламельлярным раком, перенесшей 5 МХЭПА в течение 8 мес. до ОТП, отмечено уменьшение размеров 5 узлов. Однако через 19 мес. после пересадки больная умерла вследствие генерализации опухоли. Исследование удаленной печени, когда до трансплантации проводилась МХЭПА, показало уменьшение опухоли в 5 наблюдениях, при дополнении РЧА имелся суб- и тотальный некроз узлов.

Заключение. Трансплантация печени является адекватным методом лечения больных со злокачественными новообразованиями печени на фоне цирроза (в пределах Миланских критериев), МХЭПА замедляет прогрессирование злокачественной опухоли у пациентов, находящихся в листе ожидания. При доброкачественных новообразованиях печени с тотальным замещением паренхимы органа ОТП позволяет достичь наилучших отдаленных результатов.

Нарушение целостности мембран эритроцитов как один из ведущих патогенетических механизмов развития печеночной недостаточности

ВАНСОВИЧ В.Е., ПШЕНИЧНЫЙ В.И.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Печеночная недостаточность (ПН) — одно из тяжелых осложнений, которое развивается при поражении паренхимы, — достаточно тяжело выявляется в прогностическом аспекте, она также нуждается в адекватном фармакологическом лечении с учетом основных патогенетических механизмов заболевания (М.Е. Ничитайло с



соавт., 2004, 2006, 2009). Значительное количество больных с ПН является следствием недостаточной изученности ее патофизиологических механизмов.

Цель исследования: выяснение патогенетической роли нарушения целостности мембран гепатоцитов при ПН.

Материалы и методы. Для достижения данной цели провели серию хронических экспериментальных исследований на крысах в условиях воспроизведения ПН посредством перевязывания общего желчного протока. После этого за животными наблюдали в течение 7 суток, ежедневно передозировкой этаминала натрия выводя из опыта по 5 крыс, в крови которых определяли перекисную резистентность эритроцитов (ПРЭ), суммарную пероксидазную активность (СПА) и концентрацию холестерина. Работу с экспериментальными животными проводили в соответствии с требованиями, изложенными в отечественных и международных рекомендациях, нормах и требованиях к использованию лабораторных животных в экспериментальных исследованиях (Конвенция Ради Европы, 1986; Закон України від 21.02.2006, № 3447-IV). Протокол организации и проведения исследований был одобрен комиссией ОНМедУ по этическому проведению экспериментальных исследований.

Результаты. В крови животных по мере нарастания проявлений экспериментальной ПН отмечали существенные изменения исследуемых показателей. Так, показатели СПА существенно превысили контрольные результаты через 12 часов с момента воспроизведения модели ($P < 0,05$). Через 24 часа после воспроизведения ПН усредненные величины ПРЭ и СПА были равны $9,3 \pm 0,8 \%$ и $3,2 \pm 0,3$ усл.ед. соответственно, что также существенно превышало аналогичные показатели в крови животных контрольной группы ($P < 0,01$). Уровень в крови общего холестерина при этом на 56 % превышал аналогичный показатель у животных в контрольных наблюдениях ($P < 0,01$). В дальнейшем величины исследуемых показателей продолжали существенно возрастать, достигая максимальных величин ($P < 0,001$) на 5-е сутки с момента воспроизведения ПН.

Полученные результаты показывают опосредование эритроцитами патологического процесса при экспериментальной ПН. Возрастание показателя ПРЭ свидетельствует о нарушении процессов регуляции агрегатного состояния крови и о снижении обеспеченности мембран клеток антиоксидантами. Увеличение СПА позволяет предполагать наличие деструктивных процессов в мембранах эритроцитов.

Заключение. Вовлечение в патологический процесс при ПН эритроцитов и деструкция их мембран — один из патогенетических механизмов исследуемого патологического состояния. С учетом сказанного при составлении схемы комплексного патогенетического лечения ПН следует выбирать лекарственные препараты с показанными гепатопротекторными, мембранопротекторными и антиоксидантными свойствами.

Трудности дифференциальной диагностики альвеококкоза печени

ВЕТШЕВА Н.Н., СТЕПАНОВА Ю.А.

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

Актуальность. Альвеококкоз является тяжелым заболеванием, для которого характерны инфильтративный рост паразитарной ткани и возможность отдаленного метастазирования. В связи с медленным ростом паразитарного узла в печени и большими компенсаторными способностями печеночной ткани клинические проявления наступают поздно, при развитии осложнений.

Цель исследования: выявить характерные ультразвуковые признаки альвеококкоза печени для улучшения ранней диагностики заболевания.

Материалы и методы. За 4 года (2009–2012 гг.) в Институте хирургии им. А.В. Вишневского прооперировано 42 пациента с гистологически подтвержденным диагнозом альвеококкоза печени. Из них мужчин было 20 (47,6 %) человек, женщин — 22 (52,4 %). Средний возраст составил $40,2 \pm 15,6$ года. Средний размер образований составил 106 ± 38 мм (мин. — 60 мм, макс. — 200 мм). Выполнено оперативное лечение в объеме: правосторонней гемигепатэктомии — у 11 (26,2 %) пациентов, расширенной правосторонней гемигепатэктомии — 9 (21,4 %) , левосторонней гемигепатэктомии — 6 (14,3 %), атипичных резекций печени — 16 (38,1 %). У 4 пациентов дополнительно к резекции применяли методы локальной криодеструкции. В 2 наблюдениях резекция печени сопровождалась вмешательствами на соседних органах: резекцией почки и нефрэктомией. Проанализированы результаты ультразвуковых исследований всех пациентов на до- и интраоперационном этапе.

Результаты. По ультразвуковой картине условно можно выделить два типа альвеококковых узлов. Узел 1-го типа представляет собой неоднородное по структуре образование/зону измененной паренхимы, без четких контуров, в 92 % случаев — с кальцинатами, в 48 % — с жидкостными полостями. Узел 2-го типа — солидное образование с нечеткими (65 %) или относительно четкими контурами, с жидкостным компонентом — до 70 %, в 47 % случаев — кальцинаты.

По нашим данным, чаще встречаются альвеолярные узлы 1-го типа (60 % наблюдений). Дифференциальную диагностику при образованиях малых размеров следует проводить с очаговыми изменениями при жировом гепатозе или капиллярными гемангиомами печени. По мере прогрессирования альвеококкоза появляются

зоны некроза в центре образований, тогда УЗ-картина может быть схожа с изображениями кавернозной гемангиомы, эхинококковой кисты, осложненной кисты или абсцесса печени.

Заключение. При выявлении на ультразвуковом исследовании подозрительных на альвеококкоз зон в печени необходимо направлять пациентов на дообследование в специализированные лечебные учреждения.

Кистозные опухоли печени: структура заболевания, диагностика и лечение

ВИШНЕВСКИЙ В.А., ЕФАНОВ М.Г., ИКРАМОВ Р.З., УСЯКИЙ П.В., ВЕТШЕВА Н.Н., ЧЖАО А.В.

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

Актуальность. В последние годы возросло число больных с доброкачественными кистозными опухолями, в связи с чем необходимо уточнение особенностей их дифференциальной диагностики с другими кистозными очаговыми образованиями печени.

Цель исследования: изучить особенности диагностики и лечения доброкачественных и злокачественных кистозных опухолей печени.

Материалы и методы. В исследование вошел 51 пациент с кистозными образованиями печени. Больные были разделены на две группы. I группа: с 2000 г. хирургическое лечение по поводу кистозных опухолей печени проведено 36 больным, из них со злокачественными кистозными опухолями было 7 (19,4 %) больных (первичная цистаденокарцинома — 4, метастазы рака яичников — 2, метастазы солидной псевдопапиллярной опухоли (СППО) поджелудочной железы — 1); с доброкачественными — 29 (80,6 %) больных (цистаденомы печени). II группа (сравнения) — 15 больных с простыми билиарными кистами печени.

У 2 пациенток цистаденомы были рецидивными после нерадикальной лапароскопической резекции. Заболевание диагностировали только у женщин. Средний возраст больных с цистаденомами составил 52 ± 4 года. У всех пациенток цистаденомы были солитарными, у 21 (70 %) они локализовались в IV сегменте печени. На диагноз метастазов злокачественных кистозных опухолей в печень указывали анамнез и наличие множественных перегородок и солидного компонента в метастатических кистозных опухолях. Цистаденокарциномы дифференцировали с гигантскими нагноившимися непаразитарными кистами и эхинококкозом печени.

При метастазах рака яичника выполняли обширные резекции печени, при метастазах СППО — атипичные резекции печени, при цистаденомах — иссечение опухоли с атипичной резекцией прилежащих сегментов. Двум пациенткам выполнены обширные резекции печени. Обязательными элементами диагностики цистаденом были интраоперационное срочное исследование стенки кисты и определение уровня онкомаркеров (СЕА и СА 19-9) в содержимом кисты. Большинство больных (16) с цистаденомами и обе пациентки с цистаденокарциномами были оперированы в 2009–2011 гг. У 2 больных с цистаденомами иссечение кисты с сегментэктомией IVб выполнено на роботизированном комплексе «Да Винчи».

Проведено изучение содержания уровня онкомаркеров в крови и содержимом кистозных образований, в том числе в контрольной группе пациентов с простыми билиарными кистами ($n = 15$).

Результаты. Наличие перегородок в полости цистаденом имело место только у 8 (31 %) больных и у 1 из двух больных с цистаденокарциномами. Средний размер цистаденом составил 96,2 мм (от 36 до 185 мм), средний размер цистаденокарцином составил 205 мм (120–300 мм).

Уровень онкомаркеров в содержимом цистаденом исследовали у 9 больных. У пациенток с цистаденомами средний уровень СЕА и СА 19-9 в плазме был $1,8 \pm 0,7$ нг/мл и 663 ± 576 ед/мл, в то время как уровень этих онкомаркеров в содержимом цистаденомы составил $317,1 \pm 285,0$ нг/мл и 532714 ± 530958 ед/мл соответственно. У больных с простыми билиарными кистами печени средний уровень СЕА и СА 19-9 в плазме был $1,9 \pm 0,6$ нг/мл и 307 ± 267 ед/мл, в то время как уровень этих онкомаркеров в содержимом простых кист составил 748 ± 639 нг/мл и 80078 ± 53627 ед/мл соответственно. У пациенток с цистаденокарциномами уровень СЕА и СА 19-9 в плазме составил $2,10 \pm 0,65$ нг/мл и 680 ± 575 ед/мл, в то время как в содержимом кисты эти показатели составили $40,1 \pm 7,6$ нг/мл и 202234 ± 198968 ед/мл соответственно. Достоверных отличий не выявлено.

После радикальных операций по поводу цистаденом печени рецидивов не отмечено. Одна из больных с цистаденокарциномой прожила 38 мес., две пациентки живы в течение 20 и 14 мес. Срок жизни после резекции печени больных с метастазами рака яичников составил 12 и 13 мес. Пациентка с метастазами СППО перенесла три резекции печени, гПДР и вышла из-под наблюдения на сроке 52 мес. после первой резекции печени.

Заключение. Возросло число пациентов с цистаденомами печени, в связи с чем актуальными являются своевременная диагностика заболевания и выполнение радикальных операций. Центральная локализация цистаденом и тесная связь с магистральными долевыми сосудисто-секреторными элементами печени повышают риск операции, поэтому женщины с солитарными кистами центральной локализации должны направляться в специализированные отделения хирургической гепатологии. В дифференциальной диагностике простых кист и цистаденом основную роль играют лучевые методы диагностики (УЗИ, КТ). Роль онкомаркеров не доказана.



Первый опыт двухэтапной резекции печени с лигированием долевой ветви воротной вены и разделением паренхимы печени *in situ* на первом этапе

ВИШНЕВСКИЙ В.А., ЕФАНОВ М.Г., ИКРАМОВ Р.З., ШЕВЧЕНКО Т.В., ТУПИКИН К.А., ЧЖАО А.В.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на доказанную эффективность портальной эмболизации, ее недостатком является относительно небольшая степень гипертрофии остающейся части печени, максимальное увеличение которой в среднем не превышает 40 % от исходного объема.

Цель исследования: изучить степень гипертрофии и ближайшие результаты двухэтапной резекции печени с лигированием правой воротной вены и разделением печени (*in situ splitting*) на первом этапе согласно методике, предложенной А.А. Schnitzbauer и соавт. в 2012 г.

Материалы и методы. Проанализированы результаты операций у 3 пациентов. Объем будущего остатка печени рассчитывался при помощи КТ. Показанием к двухэтапной резекции с разделением печени *in situ* являлся объем будущего остатка печени менее 30 % от расчетного объема функционирующей паренхимы печени или значение отношения расчетной массы будущего остатка печени к массе тела пациента менее 0,5, что соответствовало показаниям, предложенным авторами методики. Операции выполнены по поводу гепатоцеллюлярного рака (1-я и 3-я пациентки) и метастазов колоректального рака (2-й пациент). На 9–10-й день после проведения первого этапа определяли степень гипертрофии будущего остатка печени, рассчитывая его объем при помощи КТ. Второй этап (резекция печени) выполнен на 14, 20 и 28-е сутки. У третьей пациентки операция дополнена криодеструкцией зоны резидуального фрагмента опухоли в остающейся доле печени.

Результаты. Объем будущего остатка печени до и после первого этапа составил у 1-й пациентки 233 и 721 см³, у 2-го пациента — 410 и 670 см³, у 3-й пациентки — 252 и 597 см³ соответственно. Расчетный объем остатка печени относительно функционирующей паренхимы печени до и после первого этапа составил: у 1-й пациентки — 22 и 52 %, у 2-го пациента — 21 и 34 %, у 3-й пациентки — 19 и 42 % соответственно. Отношение расчетной массы будущего остатка печени к массе тела пациента до и после первого этапа составило: у 1-й пациентки — 0,3 и 1 %, у 2-го пациента — 0,4 и 0,7 %, у 3-й пациентки — 0,3 и 0,7 % соответственно. Из особенностей послеоперационного течения необходимо отметить наличие фебрильной лихорадки после первого этапа у всех пациентов, что рассматривалось как проявление интоксикации, эквивалентной постэмболизационному синдрому и обусловленной ишемией и резорбцией продуктов ишемической деструкции опухоли и деваскуляризированной паренхимы печени. Других осложнений, в том числе описанных другими авторами, не наблюдали. После второго этапа у двух пациентов отмечена постепенная нормализация температуры тела и неосложненное течение послеоперационного периода. У третьей пациентки возник инфицированный некроз в зоне криодеструкции, послуживший причиной септических осложнений.

Заключение. Методика двухэтапной резекции печени с лигированием долевой воротной вены и разделением паренхимы печени *in situ* на первом этапе является эффективным средством достижения гипертрофии будущего остатка печени и профилактики пострезекционной острой печеночной недостаточности. Тем не менее методика нуждается в дальнейшем изучении. Исходя из опыта первых операций, полагаем, что методика несет в себе повышенный риск септических осложнений, особенно у пациентов с исходно низкими компенсаторными возможностями.

Модифицированный способ применения зонда Сенгстакена — Блэкмора при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода

ГАРЕЛИК П.В., БАТВИНКОВ Н.И., МОГИЛЕВЕЦ Э.В., СМОЛЬСКИЙ А.В.
УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Остановка и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) остается одной из наиболее значимых проблем портальной гипертензии.

Цель исследования: повышение эффективности применения зонда Сенгстакена — Блэкмора путем усиления гемостатического и регенерационного эффекта для уменьшения частоты ранних рецидивов кровотечений из ВРВП.

Материалы и методы. Оценивали результаты лечения 70 пациентов с кровотечениями из ВРВП. При поступлении выполнялась ФЭГДС для поиска источника кровотечения и оценки состояния вен пищевода. Проводили постановку зонда Сенгстакена — Блэкмора как основной метод лечения (53 (75,7 %) пациента) либо после выполнения эндоскопического склерозирования (17 (24,3 %) пациентов). Выделили основную группу (15 (21,4 %) пациентов), в которой баллоны зонда предварительно обрабатывали мазью процелан (мазь на основе окисленной целлюлозы, обладающей гемостатическим, регенерационным действием, содержащая в составе антибиотик цефалексин, аминокислоту пролин, которая является основным структур-

ным компонентом коллагена, способствует ранозаживлению). Нанесение мази данного состава способствует профилактике тромбофлебитов, ускоряет процессы регенерации слизистой пищевода и стенки ВРВ, что в конечном итоге позволяет предотвратить ранние рецидивы кровотечений. Всем пациентам выполнялись общеклинические исследования, ультразвуковое исследование гепатобилиарной системы с определением показателей кровотока в портальной системе исходно, а также в динамике. Статистическая обработка результатов выполнена при помощи пакета программ Statistica 7.

Результаты. Применение предложенной методики обработки зонда-обтуратора привело к улучшению эффективности результатов лечения. Так, рецидивы кровотечений отмечены у 2 (13,3 %) пациентов основной группы против 21 (38,2 %) контрольной ($\chi^2 = 3,3$, $p < 0,05$), что, естественно, привело и к снижению летальности — 5,6 % в основной группе, 30,9 % в контрольной. По результатам ФГДС применение данного покрытия приводило к уменьшению размеров дефекта слизистой пищевода у 85,7 % (12 пациентов), в контрольной группе положительная динамика отмечена лишь в 3 (6,7 %) случаях ($\chi^2 = 35,4$, $p < 0,001$), более типичным для пациентов этой группы являлась стабильная эндоскопическая картина (у 30 (66,7 %) пациентов) либо ее ухудшение (у 12 (26,6 %) пациентов). Показатели, характеризующие портальный кровоток, как правило, несколько снижались у пациентов при применении традиционного способа лечения, что может указывать на нестабильность гемостаза и наличие рецидивов. Давление в портальной системе, линейная и объемная скорость кровотока у пациентов при применении предложенной методики статистически значимо не изменялись. Динамика показателей общего анализа крови также свидетельствовала о более надежном гемостазе при применении мази процелан. Биохимические параметры указывали на некоторое ухудшение функционального состояния гепатоцитов у пациентов контрольной группы, при этом изменений в основной группе отмечено не было.

Заключение. Использование предложенной методики обработки баллонов зонда Сенгстакена — Блэкмора приводит к улучшению процессов регенерации в стенке ВРВП и слизистой оболочке пищевода, снижает количество ранних рецидивов кровотечений как самостоятельно, так и в сочетании с эндоскопической склерозацией, предупреждает ухудшение функционального состояния гепатоцитов, приводит к снижению летальности.

По результатам применения данного метода подана заявка на патент на изобретение.

Отдаленные результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств в лечении пациентов с нерезектабельным гепатоцеллюлярным и метастатическим колоректальным раком печени

ГРАНОВ А.М., ТАРАЗОВ П.Г., ПОЛИКАРПОВ А.А., БОРОВИК В.В., ПОЛЫСАЛОВ В.Н., ГРАНОВ Д.А.
ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий»
Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов рентгеноэндоваскулярных методик, применяемых в ФГБУ РНЦРХТ МЗ РФ в лечении пациентов с нерезектабельным гепатоцеллюлярным раком (ГЦР, стадии по BCLC A2-A4, B и C — 21) и метастазами колоректального рака в печень (Mтс КРР, стадии Gennari II–III (H2–3, m, b, f; H2–3 m,b, f, i; H3 s, i)).

Материалы и методы. В исследование вошли 880 пациентов со злокачественным поражением печени. Представляет опыт наблюдения 800 (90,9 %) пациентов с Mтс КРР и 80 (9,1 %) больных ГЦР, обследованных и леченных в институте в период с 1990 по 2012 г. Основные используемые методики: химиоинфузия в печеночную артерию (ХИПА); масляная химиоэмболизация печеночной артерии (МХЭПА); МХЭПА + химиоэмболизация воротной вены (ХЭВВ); радиочастотная абляция (РЧА) в комбинации с ХИПА и МХЭПА. Для ХИПА до 2005 г. использовали схему химиотерапии: доксорубицин, карбоплатин и 5 FU, с 2005 г. — FOLFOX или FOLFIRI в дозировках 2/3 от системной. При МХЭПА в собственную или долевые печеночные артерии вводили суспензию доксорубицина 40–80 мг или митомидина С 10–20 мг в 10–15 мл сверхжидкого липиодола, после чего выполняли окклюзию артерии кусочками мелко нарезанной гемостатической губки. ХЭВВ осуществляли через 1–3 нед. после МХЭПА теми же дозами цитостатиков и липиодола без добавления гемостатической губки. Для проведения РЧА применяли генератор фирмы Radionics и одиночные или кластерные игольчатые электроды Cool-tip длиной 20–25 см с рабочей частью 2,5–3,0 см. Ультразвуковую навигацию осуществляли во всех случаях.

Результаты. 1. ГЦР. При ХИПА: СПЖ $9,0 \pm 2,1$ мес., а показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости — 38, 8 и 0 % соответственно. МХЭПА: СПЖ $20,2 \pm 3,1$ мес., а показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости — 83, 36 и 17 % соответственно. МХЭПА + ХЭВВ: СПЖ $30,1 \pm 5,1$ мес., одно-, двух- и трехлетняя выживаемость 97, 42 и 21 % соответственно. МХЭПА + РЧА: СПЖ $27,1 \pm 4,7$ мес., показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости — 79, 63 и 26 % соответственно.

2. Mтс КРР. До 2005 г.: ХИПА: СПЖ $9,0 \pm 2,1$ мес., показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости — 38, 8 и 2 % соответственно. МХЭПА: СПЖ $20,2 \pm 3,1$ мес., показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости — 83, 36 и 17 % соответственно. МХЭПА в комбинации с ХЭВВ: СПЖ $30,1 \pm 5,1$ мес., показатели одно-, двух- и трехлетней



выживаемости — 97, 42 и 21 % соответственно. С 2005 г. длительная ХИПА в режимах FOLFOX и FOLFIRI позволила достичь СПЖ $23,0 \pm 1,9$ мес., а показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости составили 87, 43 и 20 % соответственно. Комбинация рентгеноэндоваскулярных процедур и РЧА: СПЖ $21,7 \pm 5,8$ мес., показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости составили 93, 58 и 26 % соответственно.

Заключение. Методы интервенционной радиологии играют важную роль в лечении пациентов с нерезектабельным ГЦР и Мтс КРР. Перспективным представляется сочетание этих вмешательств с локальными методиками (микроволновая и радиочастотная абляция), а также новыми с протоколами системной и таргетной химиотерапии.

Лечение больных с кровотечением при портальной гипертензии, обусловленной циррозом печени

ГРУБНИК Ю.В., ЮЗВАК А.Н., ГРУБНИК В.Ю., ХОЛОДКОВА Е.Л.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Городская клиническая больница № 11, Одесса, Украина

Городской центр желудочно-кишечных кровотечений и сочетанных травм, Одесса, Украина

Актуальность. Лечение больных с кровотечением из варикозно расширенных вен при портальной гипертензии, обусловленной циррозом печени, является актуальной и сложной задачей. Поэтому внедрение новых методов остановки кровотечений на фоне проведения гепатотропной терапии является актуальным при циррозе печени.

Материалы и методы. Проанализировано лечение 280 больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода. Возраст пациентов варьировал в пределах от 26 до 79 лет, мужчин было 68 %, женщин — 32 %.

Больных с циррозом стадии А по Child — Pugh было 40 (14,3 %), стадии В — 140 (50,0 %), стадии С — 100 (35,7 %).

Кровотечение тяжелой степени наблюдали у 76 (27,1 %) больных, средней — у 141 (50,4 %), а легкой — у 63 (22,5 %).

Из 280 пациентов у 196 (70,0 %) произведен эндоскопический гемостаз. Эндоскопическое склерозирование было выполнено у 108 больных, эндоскопическое лигирование — у 68, эндоскопическое пломбирование фибриновым клеем — у 20.

У 107 (38,2) больных была проведена эндоваскулярная эмболизация селезеночной артерии в различных вариантах редукции кровотока.

У 42 (15,0 %) пациентов проводили лапароскопическую деваскуляризацию проксимального отдела желудка и абдоминальной части пищевода, заключающуюся в прошивании сосудов абдоминальной части пищевода, пересечении и коагуляции коротких сосудов желудка, клипировании левой желудочковой артерии и вены.

В 15 (5,4 %) случаях после остановки кровотечения нами производилась лапароскопическая имплантация обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) в участки печени с наиболее выраженным циррозом. Данная методика была опробована на 87 крысах и показала высокую эффективность в обратном развитии процесса фиброза печени.

Результаты. Анализ поученных данных показал, что применение эндоскопического локального гемостаза у 196 больных позволило остановить кровотечение в 81 %. Летальность ввиду неэффективности локального гемостаза составила 19 %. Наиболее эффективным методом остановки кровотечения стало эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода.

На протяжении трех лет наблюдали 143 больных, у которых применялись только эндоскопический гемостаз и консервативная терапия. Рецидив кровотечений в этой группе был у 63 больных (44 %), из которых умер 21 (33 %).

В течение трех лет у 26 из 48 больных, которым произведено лапароскопическое лигирование вен пищевода и кардиального отдела желудка, рецидивов кровотечения не было. Умер один больной — от печеночной недостаточности.

Рентгеноэндоваскулярная эмболизация выполнена 67 пациентам. В этой группе умерло по причине рецидивов кровотечения 5 больных.

У 15 пациентов, которым проводили имплантацию ОТП в участки печени с наиболее выраженным циррозом, летальности в отдаленном периоде не было. Отмечали стабилизацию и улучшение функциональных проб печени.

Выводы. 1. Эндоскопический локальный гемостаз эффективно останавливает кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода у больных с циррозом печени.

2. Рентгеноэндоваскулярная эмболизация селезеночной вены, лапароскопическая деваскуляризация абдоминальной части пищевода и перевязка левой желудочковой артерии и вены, коротких вен желудка позволяют достоверно снизить риск рецидива кровотечения и летальность в отдаленном периоде.

3. Применение ОТП у больных с циррозом печени позволяет улучшить функциональные пробы печени, что свидетельствует о замедлении процесса фиброза печени.

Клиническое наблюдение удвоения печени

ГУБЕРГРИЦ Н.Б., ЛУКАШЕВИЧ Г.М., ВАСИЛЕНКО И.В.
*Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,
Донецк, Украина*

Мы наблюдали в динамике больного Г. с аномалией формы печени, которая встречается редко. Одним из вариантов подобных аномалий является доля Риделя.

В 2002 г. в клинику поступил больной 45 лет, который предъявлял жалобы на тяжесть в правом подреберье, правой половине мезо- и гипогастрия. Подобные боли беспокоили в течение 6 лет. Лечился по поводу хронического криптогенного гепатита с минимальной активностью, хронического холецистита без четкого эффекта. В период новорожденности — пилоростеноз. Травм брюшной полости не было. При пальпации было выявлено, что вся правая половина брюшной полости занята плотным образованием 10 x 15 см. В правой подвздошной области пальпировалось вертикальное цилиндрическое болезненное образование 7 x 3 см. Выявлено увеличение АЛТ и щелочной фосфатазы в 1,5 раза. Маркеры вирусов В и С отрицательные.

При УЗИ, КТ, сцинтиграфии печени выявлена дополнительная доля печени, занимающая правую половину брюшной полости до входа в малый таз. При ФГДС — дополнительный фатеров сосок. При холецистографии: желчный пузырь спускается в малый таз, увеличен, имеет несколько перетяжек, у дна — дивертикул. При доплеровском картировании: атипичное строение вен портальной системы в виде отдельных стволов, аркообразные анастомозы между этими стволами и печеночными венами. При пункционной биопсии печени: хронический гепатит со слабой активностью.

В 2010 г. произведена холецистэктомия по поводу ЖКБ.

При повторном поступлении в клинику в 2012 г. вновь выполнена пункционная биопсия печени из обеих ее частей. В верхней части печени — увеличение воспалительной инфильтрации в портальных трактах, усиление дисплазии гепатоцитов. В нижней части печени развился хронический холангит со склерозом вокруг желчных протоков.

Клинический диагноз: хронический гепатит со слабой активностью до умеренной на фоне аномалий формы печени (добавочная доля). Удаленный желчный пузырь.

Больному назначен урсофальк 15 мг/кг курсами по 3 месяца 2 раза в год, контроль УЗИ 1 раз в 6 месяцев.

Закключение. На практике следует иметь в виду возможность казуистических аномалий печени, в том числе ее удвоения.

Комплексная терапия при гастроэзофагеальном рефлюксе при циррозе печени и портальной гипертензии у лиц пожилого возраста

ДАНУ М.И., СТРАЖЕСКУ Г.И.
*Государственный университет медицины и фармации им. Н.А. Тестемицану,
Кишинев, Молдова*

Введение. При циррозе печени с синдромом портальной гипертензии нарушается не только портальная, но и общая циркуляция крови, что сопровождается изменением окислительно-восстановительных процессов, дыхательной функции печени, газового обмена и многих других функций печени, и этот вопрос остается актуальным.

Выбор рационального лечения зависит от правильного и своевременного диагноза. С целью установления диагноза производилась ФЭГДС в момент поступления или утром после поступления, что играет большую роль в тактике лечения больных с данной патологией. Исследование аминокислот крови показало выраженный дисбаланс аминокислот плазмы крови, выявлен повышенный уровень аммиака/мочевины, что является причиной развития печеночной недостаточности и печеночной энцефалопатии.

Материалы и методы. В лаборатории хирургической гепатологии клиники кафедры хирургии № 2 МГУФМ им. Н. Тестемицану в период с 2011 по 2012 г. были обследованы и пролечены 25 больных с гастроэзофагеальным рефлюксом при циррозе печени и портальной гипертензией пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями (сахарный диабет, сердечно-сосудистая недостаточность и индуративный панкреатит). Эти больные были в возрасте от 60 лет и более. Мужчин было 15 (60,0 %), женщин — 10 (40,0 %). Лечебная тактика у больных данной патологии исходила из следующих задач:

- 1) коррекция гиповолемии, циркуляторной гипоксии, гипопротеинемии;
- 2) ликвидация нарушений водно-электролитного обмена и дисбаланса аминокислот плазмы крови;
- 3) комплексный метод лечения, направленный на ликвидацию гастроэзофагеального рефлюкса (разработан нами);



- 4) профилактика ПЭ и ПЭ;
- 5) поддержание сердечно-сосудистой деятельности.

Вместе с перечисленной выше терапией у больных с гастроэзофагеальным рефлюксом применяли комплексный метод лечения (разработан нами). У 20 (80,0 %) из 25 больных проводили лечение холивером по разработанной схеме: утром за 30 минут до еды 5 дней. Одновременно эти больные принимали ацилок по 2 таблетки 2 раза в день за 20 минут до еды в обед и 2 таблетки вечером, спустя 30 минут после ужина. У 5 (20,0 %) пациентов из 25 был установлен диагноз эрозивного эзофagита при ФГДС. Им лечение проводили в первые 3 дня воздействием на источник кровотечения с помощью тампонады зондом-обтуратором Блэкмора и использовали криохирургический метод, вводили смесь 0,5% аминокaproновой кислоты с тромбином и гемофобин в охлажденном виде в первые сутки по 30 мл каждые 30–60 мин в течение 5–8 часов; во вторые и третьи сутки по 30 мл каждые 30–60 минут в течение 3–5 часов. Спустя 4 дня проводили лечение холивером и ацилоком по той схеме, что применяли у 20 больных.

Результаты проведенных исследований показали, что холивер и ацилок оказывают холеретическое, противоязвенное, мочегонное, гепатопротекторное, антисептическое и противовоспалительное действие. Из 25 больных у 19, пролеченных в соответствии с данным методом, в отдаленном периоде (от 6 месяцев до года) положительные результаты отмечали у 6 больных, спустя 6 месяцев отмечено ухудшение общего состояния, нарастание сердечно-сосудистой недостаточности на фоне сахарного диабета.

Заключение. Получен выраженный клинический эффект, достигнута нормализация дисбаланса аминокислот, улучшение функции желудочно-кишечного тракта, функции печени. Разработанный метод лечения рекомендован для широкого применения в хирургической практике.

Ранняя неспецифическая диагностика воспалительных заболеваний печени

ДЕМИДОВ В.М., ДЕМИДОВ С.М.

**Одесский национальный медицинский университет,
Одесса, Украина**

Участились случаи вовлечения печени в опосредование острых воспалительных заболеваний органов гепатодуоденальной системы. Нас заинтересовал диагностический аспект данной проблемы. **Цель работы** — повышение эффективности процесса ранней диагностики воспалительных заболеваний печени.

В исследование включено 38 больных (25 (65,8 %) мужчин и 13 (34,2 %) женщин) в возрасте от 26 до 52 лет, которые были отобраны для наблюдения с учетом данных анамнеза, что позволяло нам заподозрить возможность развития у них острого гепатита (ОГ). Больные были разделены на группы: 1-я группа — 13 (34,2 %) пациентов (с воспалительными заболеваниями печени, желчного пузыря, поджелудочной железы в анамнезе) без видимых клинических признаков ОГ, 2-я группа — 14 (36,8 %) больных с надпеченочной желтухой и 3-я группа — 11 (29,0 %) больных с острым холециститом. Была сформирована также контрольная группа (13 человек, которые проходили профессиональное медицинское обследование). В сыворотке крови обследованных больных определяли концентрацию фактора некроза опухоли альфа (ФНО), интерлейкина-1-бета (ИЛ-1) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Клиника ОГ развивалась у тех больных 1-й группы, у которых в течение от 5 до 2 дней до начала заболевания отмечалось существенное возрастание концентрации ФНО (у 11 больных из 13 (84,6 %)) и ИЛ-1 (у 8 больных из 13 (61,5 %)). При этом в контрольных наблюдениях концентрация ФНО составляла $2,3 \pm 0,2$ пг/мл, а у пациентов 1-й группы за 5 дней до начала болезни искомый показатель составил в среднем $24,1 \pm 2,4$ пг/мл, за 3 дня — $33,9 \pm 4,1$ пг/мл, а за 24 часа до развития болезни — $49,6 \pm 4,4$ пг/мл, во всех случаях имели место статистически достоверные различия по сравнению с контролем ($P < 0,001$). В указанные промежутки времени концентрация ИЛ-1 у больных 1-й группы также превышала соответствующие контрольные показатели ($P < 0,001$), а концентрация ИЛ-6 — нет ($P > 0,05$).

На 5-е сутки нахождения в стационаре у 5 из 14 больных 2-й группы было отмечено возрастание концентрации ИЛ-6 в крови в 3,4 раза по сравнению с контрольными величинами, еще через 2–3 суток после этого у 3 из этих 5 больных 2-й группы было отмечено развитие ОГ.

Через 3 суток после холецистэктомии у 4 из 11 больных 3-й группы было отмечено 6-кратное увеличение ИЛ-6, через 4–7 суток послеоперационного периода у этих больных было отмечено развитие печеночной недостаточности.

Таким образом, повышение активности неспецифических гуморальных механизмов крови позволяет нам предложить новый метод ранней неспецифической диагностики первичного острого повреждения паренхимы печени через выявление повышения концентрации в крови ФНО и ИЛ-1, а также развития вторичного поражения паренхимы печени — через выявление повышения концентрации в крови ИЛ-6.

Особенности клинической картины, диагностики и лечения острого холецистита у больных с острым и хроническим вирусным гепатитом

ЗЕМЛЯНОЙ В.П., ЛЕТИНА Ю.В., ШАРИКОВА О.В.

ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

Острый холецистит (ОХ) в структуре острой хирургической патологии продолжает занимать одно из первых мест. Важную роль в течении заболевания играет наличие сопутствующих заболеваний, среди которых вирусный гепатит (ВГ) занимает особое место, затрудняя своевременную диагностику ОХ и осложняя выбор тактики лечения.

В настоящее время в периодической литературе проблема диагностики и лечения ОХ, возникшего у больных с ВГ, представлена единичными публикациями, поэтому требует детального рассмотрения.

Целью исследования являлось изучение частоты и структуры острого холецистита у больных с острым и хроническим вирусным гепатитом (ХВГ).

Материалы и методы. Проанализированы данные 31 истории болезни пациентов, оперированных по поводу ОХ в инфекционном хирургическом отделении клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина в период с 2000 по 2011 г. У всех больных ОХ развился на фоне текущего ВГ. Среди госпитализированных больных мужчин было 58 % (18 человек), женщин — 42 % (13 человек). Средний возраст составил 45 лет.

Результаты. При анализе данных болезни установлено, что все пациенты были госпитализированы с подозрением на ВГ. При обследовании острый вирусный гепатит А выявлен у 2 (6,5 %) больных, обострение ХВГ — у 29 (93,5 %) человек. Среди пациентов с хроническим гепатитом ХВГ В диагностирован у 11 (35,5 %) пациентов, ХВГ С — у 9 (29 %), сочетание ХВГ В и С — у 5 (16,1 %), неverified гепатит — у 4 (20 %) пациентов.

На этапе приемного отделения ОХ был диагностирован у 15 (48,3 %) пациентов. У 16 (51,7 %) больных диагноз ОХ был установлен в сроки от 1 до 7 суток от момента госпитализации. Ведущими симптомами у большинства больных были тошнота и многократная рвота (16 (51,6 %) больных), желтуха (11 (35,5 %) больных), выраженная слабость и снижение аппетита (24 (77,4 %) больных). Болевой абдоминальный синдром в разной степени выраженности встречался во всех случаях — 31 (100 %). Все больные поступали в среднетяжелом и тяжелом состоянии, что, вероятно, было обусловлено эндогенной интоксикацией на фоне текущего инфекционного заболевания.

Все больные оперированы: в экстренном порядке — 20 (64,5 %) человек, в отсроченном — 11 (35,5 %) пациентов. Попытка эндовидеохирургического вмешательства предпринята у 12 (38,7 %) пациентов. Однако местный перитонит в 6 (19,3 %) случаях и цирроз печени у 3 (9,6 %) пациентов потребовали конверсии доступа. У 10 (32,3 %) больных во время оперативного вмешательства отмечалась повышенная кровоточивость тканей, обусловленная явлениями портальной гипертензии и гипокоагуляции на фоне печеночной недостаточности. Наличие билиарной гипертензии потребовало дренирования желчных протоков у 7 (22,6 %) пациентов. У 8 (25,8 %) больных операция была завершена тампонированием ложа желчного пузыря. В раннем послеоперационном периоде осложнения развились у 2 больных: кровотечение из ложа желчного пузыря и желчеистечение с развитием желчного перитонита.

Выводы. 1. Диагностика ОХ на фоне ВГ затруднена в связи с тем, что клиническая картина маскируется фоновым заболеванием.

2. В связи с развитием синдрома взаимоотношения необходим дифференцированный подход при выборе метода оперативного вмешательства у этой категории больных.

Гибридные технологии при малоинвазивных вмешательствах под УЗ-контролем в лечении кист печени

ИЛЬЮШОНОК В.В., ШКУРИН С.В., ШУЛЕЙКО А.Ч.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. Малоинвазивные технологии при лечении кист печени занимают все больше места в лечении данной патологии. Особое место занимает дренирование под УЗ-контролем ввиду простоты метода и отсутствия осложнений. Недостатками данного метода являются отсутствие контроля над состоянием полости кисты, неполная деэпителизация при воздействии химических агентов и, как следствие, рецидивы заболевания, частота которых может достигать 25 %.

Цель исследования: усовершенствование метода дренирования кист печени под УЗ-контролем с возможностью визуализации и контроля за состоянием полости кисты, с достижением ранней деэпителизации и заживления полости кисты.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2013 год в Минской областной клинической больнице проведено 25 малоинвазивных вмешательства под УЗ-контролем при кистах печени с использованием аппарата REF Mini



1402 производства B-K Medical. Возраст пациентов был в пределах от 62 до 91 года, преобладали женщины (80 %). Дренирование выполняли с использованием дренажей типа pig tail 9–12 F фирмы Balton или УДПО Ившина. Санацию патологических очагов выполняли 0,9% раствором NaCl, 3 % раствором борной кислоты, дезэпителизацию — повторными промываниями полости кисты 70% раствором этанола. Размеры кист варьировал в пределах от 5 до 20 см в диаметре. В 2012 г. была внедрена гибридная технология дренирования полости кисты под УЗ-контролем ($n = 5$), особенностью которой являлось дренирование полости кисты дренажем 28 F или поэтапное расширение дренажного канала с 9 до 28 F с использованием дренажных систем Ившина. Данный диаметр позволяет ввести в полость эндоскопический инструмент (бронхоскоп, игольчатый лапароскоп, холедохоскоп). В послеоперационном периоде кроме стандартной санации производили осмотр полости кисты видеоэндоскопической системой фирмы Fudjinon EPX-2500, видеобронхоскопом EV-270S с наружным диаметром вводимой части 5 мм, инструментальным каналом 1,8 мм. Через рабочий канал бронхоскопа проводили обработку полости кисты расфокусированным лазерным лучом с целью дезэпителизации выстилки кисты (лазер «МУЛ-хирург» (Беларусь), длина волны 1440 нм, мощность 16 Вт). Проводилось от одного до четырех сеансов лазерной обработки полости кисты.

Результаты. В двух группах осложнений, потребовавших выполнения повторных вмешательств, не было, летальности не отмечено.

При стандартной методике дренирования кист под УЗ-контролем длительность лечения составила $52,0 \pm 5,6$ дня (стационарный этап — 24 дня, амбулаторный — 28 дней). Рецидив отмечен у 4 (16 %) пациентов, что потребовало повторного оперативного вмешательства в отдаленном послеоперационном периоде.

У 5 пациентов, прошедших лечение с помощью усовершенствованной методики (эндоскопическая визуализация, обработка лазером, санация 70% раствором этанола, патент Республики Беларусь) средняя длительность лечения составила $18,0 \pm 3,2$ дня, при этом лечение завершено в стационаре. Амбулаторного лечения не потребовалось, рецидивов за изучаемый период не было.

Выводы. 1. Дренирование кист печени под УЗ-контролем является эффективной малоинвазивной технологией.

2. Использование дренажных систем большого диаметра позволяет расширить диагностические и лечебные возможности технологии дренирования кист печени под УЗ-контролем за счет визуализации полости кисты с помощью эндоскопов малого диаметра, использования лазерного излучения для санации и дезэпителизации полости кисты.

3. Использование усовершенствованной (гибридной) методики позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить длительность пребывания в стационаре, снизить риск рецидива заболевания.

Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени

КАРАБАЕВ Х.К., КАРАБАЕВ Б.Х., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., ТАГАЕВ К.Р., САТТОРОВ Б.С.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: оценить эффективность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Самаркандского филиала РНЦЭМП находилось на лечении 264 больных с эхинококкозом печени. Диагноз эхинококкоза печени основывался на данных клинико-лабораторных исследований, УЗИ и компьютерной томографии. Локализация кисты в правой доле печени (SVI–VII–VIII) наблюдалась у 195 (73,9 %), в левой доле (SI–II–III) — у 47 (17,8 %) больных, а поражение обеих долей — у 22 (8,3 %) больных. Одиночные кисты были у 159 (60,2 %), а множественные (от 2 до 6) — у 105 (39,8 %) пациентов. Размеры кисты от 5 до 8 см были у 109 (41,3 %) больных, более 15 см — у 40 (15,2 %) больных.

Результаты. Относительно небольшого размера кисты наиболее часто встречаются при центральном расположении (183), а средние и гигантские — при краевом расположении (81). Живая паразитарная киста на операции обнаружена у 113 больных, наличие дочерних пузырей — у 38 и развившееся нагноение — у 27. Наиболее частым осложнением эхинококкоза печени было нагноение (11,3 %), разрыв нагноившейся кисты в брюшную полость (3,8 %). Отмечена компрессия желчевыводящих путей при локализации кисты у ворот печени с развитием механической желтухи (4,2 %).

Одним из наиболее сложных и ответственных этапов операции является ликвидация остаточной полости кисты. После удаления паразита и обработки фиброзной оболочки противопаразитарными препаратами, в зависимости от размера и состояния эхинококковой кисты, остаточную полость у 158 больных удалось ликвидировать посредством капитонажа, а 25 больным с небольшими кистами была произведена обработка полости клеем МК-7, МК-8. Такая методика возможна у больных с небольшими (от 5 до 7 см) и средними (не более 10–15 см) размерами кист при податливых стенках фиброзной капсулы. При больших кистах (у 16 больных) для профилактики нагноения остаточных полостей, а также у 26 больных с нагноившимся эхинококком печени для оттока раневого отделяемого, в полость кисты перед ее ушиванием вставлялась дренажная трубка на срок от 4–5 суток до 2 недель. В случае расположения гидатозной кисты в области ворот печени частичное ушивание

ее сочетали с тампонированием полости большим сальником — у 16 больных. При субкапсулярном расположении паразита у 13 пациентов произведена краевая резекция печени вместе с кистой.

С целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания у всех больных использовали мебедазол, вермокс, флюобендазол.

Все это позволило снизить послеоперационные осложнения на 13,5 %, сократить сроки пребывания больных в стационаре на 4–5 койко-дней.

Заключение. Тактика хирургического лечения эхинококкоза печени, выработанная на основе накопленного опыта, эффективна и позволяет улучшить исход лечения пациентов с эхинококкозом печени.

Опыт многоэтапной хирургической тактики при тяжелых сочетанных травмах печени

КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., КАРАБАЕВ Б.Х., НОРОВ М.Ч., ТУХТАЕВ Ж.О.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: оценить клинический опыт применения многоэтапной хирургической активной тактики лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материалы и методы. В отделении хирургии СФ РНЦЭМП за 1999–2012 гг. оперировано 137 пострадавших с травмой печени, из них у 20 (14,6 %) травмы печени были тяжелыми, IV и V степени повреждения по E. Moore. Пациенты были в возрасте от 17 до 50 лет, средний возраст — 26 лет. Мужчин было 12 (60,0 %), женщин — 8 (40,0 %). Эффективность многоэтапной тактики оценивали по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений.

Результаты. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 34 балла (17–76), IV и V степени повреждения по E. Moore. Средняя величина кровопотери составила 2850 мл (1750–3850 мл). Все пациенты перенесли многоэтапную лапаротомию с марлевой тампонадой (пленкой), среднее число операций на 1 человека — 2,7 (2–5), были выполнены ушивание раны печени с тампонадой (14), обширная гепатотомия и перевязка сосудов (3), атипичная резекция (2), прошивание крупных магистральных сосудов с тампонадой (1). Средний койко/день в отделении реанимации — 13 (3–16), средний койко-дней в клинике — 25 (3–28). Летальность составила 26,3 % (5 из 19), в основном по причине гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности.

Повреждения печени, при которых применяли многоэтапную хирургическую тактику типа damage control, квалифицировали следующим образом:

— 1-й вариант — тупая травма живота с изолированным массивным повреждением печени и кровопотерей более 2 литров (у 10 (50,0 %) больных);

— 2-й вариант — проникающие сквозные ранения печени с повреждением магистральных сосудов (у 4 (20,0 %));

— 3-й вариант — сочетанные массивные повреждения полых и паренхиматозных органов брюшной полости (у 5 (30,0 %)).

Показанием к применению многоэтапного лечения у тяжелой категории пострадавших явилось наличие 3 из 5 признаков:

1) интраоперационная гемотрансфузия 2 и более литров;

2) нестабильность пострадавшего;

3) гипотермия (температура в пищеводе ≤ 34 °C);

4) развитие ДВС-синдрома;

5) повреждения печени и других органов с массивным кровотечением.

Выводы. Многоэтапная хирургическая тактика damage control при изолированных и сочетанных тяжелых повреждениях печени является эффективным методом у нестабильных пострадавших с риском развития коагулопатии и полиорганной недостаточности.

Применение криопреципитата в лечении цирроза печени

КАРПОВА Р.В., ЧЕРНОУСОВ А.Ф., ХОРОБРЫХ Т.В.

Факультетская хирургическая клиника УКБ №1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

С целью стимуляции регенерации цирротически измененной ткани печени был применен высококонцентрированный раствор фибриногена, полученный криопреципитацией. В состав криопреципитата входят фибриноген, фибринстабилизирующий фактор FXIII, фибронектин, плазминоген, альбумин и глобулярные фракции, а также иммуностимулирующий комплекс.



Получив положительную динамику лечения цирроза у кроликов, данный раствор применили в лечении 40 больных циррозом печени токсической и вирусной (гепатит С и В) этиологии. Цирроз токсической этиологии был у 45 % больных, смешанной (вирусной и токсической) — у 45 %, вирусной этиологии (гепатит В или С) — у 10 %. Всем 40 больным был введен криопреципитат во все сегменты печени, чрескожно под контролем УЗИ. Цирроз класса А по Child — Pugh диагностирован у 8 (20,0 %) пациентов, класса В — у 13 (32,5 %) пациентов, класса С — у 19 (47,5 %). После введения криопреципитата цирроз класса А по Child — Pugh диагностирован у 11 (27,5 %) пациентов, класса В — у 18 (45,0 %) пациентов, класса С — у 11 (27,5 %).

Оценивая данные лабораторных исследований до и через год после введения криопреципитата, получили статистически значимые изменения: печеночно-клеточной недостаточности (до лечения наблюдали у 15 больных, после — у 4), цитолитического синдрома (был до лечения у 13 больных, после — у 7), холестатического синдрома (до лечения был у 12 больных, после — у 3), а так же гиперспленизма (был до лечения у 6 больных, после — у 3).

Изучая Т- и В-клеточную популяцию лимфоцитов, выявили снижение в течение года количественного состава цитотоксической популяции лимфоцитов CD8+. Экспрессия CD19+ была наиболее выражена у больных с вирусоносительством. Повышенная до лечения активированная субпопуляция лимфоцитов HLADR+ нормализовалась через 6 месяцев после введения криопреципитата в печень. Выполнив дуплексное сканирование вен портальной системы, изучили спленопортальный индекс (СПИ) и индекс застоя (ИЗ). СПИ и ИЗ коррелируют с риском развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. У 92 % больных через 6 месяцев произошло снижение данных показателей, что сохранялось в течение последующих 6 месяцев исследования. Оценивая данные морфологического исследования биоптатов печени до и после введения криопреципитата, мы исследовали индекс гистологической активности (ИГА) (по Knodell в баллах). Наиболее значимое снижение ИГА было отмечено у больных с циррозом класса А и В по Child — Pugh.

Таким образом, криопреципитат, введенный в ткань печени под контролем УЗИ, является стимулятором ее репаративной регенерации, он улучшает функциональный класс цирроза печени по классификации Child — Pugh, снижает параметры портального кровотока. Он эффективен у больных с циррозом класса С по Child — Pugh и позволяет безнадежным больным дожить до трансплантации печени.

Роботизированные вмешательства в гепатобилиарной хирургии

КИСЛИЦИН Д.П., ХРЯЧКОВ В.В., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.А., КОЛМАЧЕВСКИЙ Н.А.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения, оценить возможность применения роботизированных технологий при заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2012 г. на базе Окружного центра хирургии печени и поджелудочной железы выполнено 36 вмешательств с использованием роботизированного комплекса da Vinci S. Нозологические формы представлены в следующих вариантах: непаразитарные кисты и поликистоз печени — 19 (52,8 %) пациентов, хронический калькулезный холецистит — 10 (27,7 %) пациентов (в сочетании с простыми кистами печени у 3 больных, с опухолью правой почки — у 2), эхинококковые кисты печени — 3 (8,3 %) пациента, фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ) печени — 2 (5,6 %) пациента, опухоль головки поджелудочной железы — 2 (5,6 %) пациента. Оперированы 22 (61,1 %) женщины и 14 (38,9 %) мужчин в возрасте от 21 до 60 лет.

У пациентов с простыми кистами одиночная киста выявлена в 6 случаях, локализация в задних сегментах (II, IVA, VI–VII, VIII), множественные кисты печени — у 13. Во всех случаях выполняли фенестрацию (резекция «крыши») с аргоноплазменной обработкой остаточной полости. У 3 пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения и цистобилиарного сообщения у 2 больных, причем нагноившаяся киста VIII сегмента печени до операции трактовалась как киста надпочечника. Выполнены: неанатомическая резекция правой доли печени при гигантской неосложненной кисте — в 1 случае, а также эхинококкэктомия при нагноившейся кисте SVIII и перицистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргоноплазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени — гемостатическую пластину тахокомб. Холецистэктомии при хроническом калькулезном холецистите выполняли как самостоятельные вмешательства на этапе освоения робототехники, в дальнейшем — в варианте симультанных вмешательств при выполнении правосторонних нефрэктомий, фенестраций кист печени. Вмешательства при ФНГ в объеме неанатомических резекций SIII, SV–VI в одном случае потребовали конверсии ввиду кровотечения (гиперваскуляризация опухоли). У 2 пациентов с неоперабельной опухолью головки поджелудочной железы после предварительной билиарной декомпрессии, ввиду невозможности стентирования, выполнен холецистоэнтероанастомоз.

Результаты. Осложнение имело место у 1 (2,8 %) пациента — формирование биломы с желчеистечением в брюшную полость после неанатомической резекции правой доли печени, устранено путем релапароскопии на 7-е сутки: проведены санация брюшной полости, ушивание билиарного протока на фиброзной капсуле печени. Осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было.

Заключение. 1. Методы хирургического лечения больных с заболеваниями гепатопанкреатодуоденальной зоны индивидуальны и зависят от количества и расположения очаговых образований, наличия осложнений, что в значительной степени определяют данные лучевых методов диагностики.

2. Использование роботизированного комплекса оправдано при «трудных» локализациях очаговых образований, при необходимости формирования интракорпорального шва в ограниченном для движений и визуализации пространстве.

3. Наличие опыта «открытой» и лапароскопической хирургии, тщательный подбор пациентов, вариантов анестезиологического пособия для роботизированных вмешательств приводят к хорошим результатам лечения.

Современные хирургические вмешательства при эхинококкозе

КИСЛИЦИН Д.П., ХРЯЧКОВ В.В., ИОНИН В.П., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.А., КОЛМАЧЕВСКИЙ Н.А.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Цель исследования: оценить ближайшие результаты хирургического лечения, включая видеолапароскопические и роботизированные технологии, при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. За 12 лет на базе специализированного отделения пролечено 92 пациента с эхинококковыми кистами печени. Оперированы 64 женщины (69,6 %) и 28 (30,4 %) мужчин в возрасте от 20 до 72 лет. Одиночная киста выявлена у 32 (34,8 %) пациентов, множественные кисты печени — у 60 (65,2 %), в том числе с билобарным поражением печени — у 25 (27,2 %), сочетанное поражение других органов — в 22 (23,9 %) случаях. Осложненная форма выявлена у 39 (42,4 %) пациентов: в виде нагноения — у 22 (23,9 %), обызвествления — у 12 (13 %), сообщения кист с билиарной системой с развитием холангита — у 5 (5,4 %) пациентов.

Выполнено 16 (17,4 %) анатомических резекций, 10 (10,9 %) неанатомических резекций, 20 (21,7 %) перицистэктомий и 46 (50 %) эхинококкэктомий с антипаразитарной обработкой гипертоническим раствором хлорида натрия. Расширенные одномоментные вмешательства при распространенном эхинококкозе выполнены у 16 (17,4 %) пациентов: спленэктомия — у 8, нефрэктомия — у 1, эхинококкэктомия из селезенки — у 3, левой почки — у 1, удаление множественных кист брюшной полости, передней брюшной стенки — у 3. Видеолапароскопические вмешательства были выполнены у 10 (10,9 %) пациентов: робот-ассистированная неанатомическая резекция правой доли печени при гигантской одиночной неосложненной кисте — в 1 случае; эхинококкэктомия нагноившейся кисты VIII сегмента и перицистэктомия неосложненной кисты II сегмента печени — по 1 случаю; эхинококкэктомия при одиночных кистах II, III, V, VI, VII сегментов — в 7 случаях. У 5 пациентов после частичной перицистэктомии при нагноившихся кистах IV и VIII сегментов печени применяли криодеструкцию фиброзной капсулы на стенке нижней полой вены. Резекции печени и перицистэктомии выполняли с использованием ультразвукового деструктора-аспиратора CUSA-Exel, аппарата Habib. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргоноплазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени — гемостатическую пластину тахокомб.

Результаты. Специфические осложнения имели место у 11 (11,9 %) пациентов: острая печеночная недостаточность (n = 1) после выполнения левосторонней гемигепатэктомии и перицистэктомии из правой доли при множественном осложненном эхинококкозе, нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии (n = 8), формирование биломы с желчеистечением в брюшную полость после неанатомической лапароскопической резекции правой доли печени (n = 1), наружный желчный свищ (n = 1) после частичной перицистэктомии и криодеструкции. Абсцессы санированы пункционно-дренажными методами, желчеистечение устранено путем релапароскопии, ушиванием билиарного протока на фиброзной капсуле, желчный свищ закрылся самостоятельно на 23-е сутки. Летальных исходов не было.

Заключение. 1. Методы хирургического лечения больных эхинококкозом печени индивидуальны и зависят от общего состояния пациента, количества и расположения кист, наличия осложнений.

2. Применение современных методов гемобилиостаза позволяет снизить количество послеоперационных осложнений.

3. Видеолапароскопические вмешательства возможны у пациентов с одиночными неосложненными кистами печени при тщательном соблюдении правил антипаразитарной обработки.

Модифицированные способы диагностики и хирургического лечения доброкачественных очаговых образований печени

КОЛКИН Я.Г., ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., ВОЙТЮК В.Н., ПАВЛОВ К.И.

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

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с доброкачественными очаговыми образованиями печени (ДООП) путем разработки комплексной программы лечебно-диагностических мероприятий с при-



оритетным применением модифицированных методов диагностики и миниинвазивных, видеоэндоскопических технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 340 больных с ДООП за последние 20 лет. В I (основную) группу вошли 230 (67,6 %) пациентов, которым применили миниинвазивные и модифицированные способы лечения; II (контрольную) группу составили 110 (32,4 %) больных, которым выполнили традиционные лапаротомные вмешательства. По всем показателям группы были однородными. Женщин было 215 (63,2 %), мужчин — 125 (36,8 %) в возрасте от 19 до 78 лет. У больных применили следующие методы обследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой, компьютерную (КТ) или магнитно-резонансную томографию (МРТ), гепатобилисцинтиграфию, лапароскопию, чрескожную пункционную биопсию печени под ультразвуковым или лапароскопическим контролем, определение онкомаркеров, новый «Способ дифференциальной диагностики очаговых образований печени при спиральной КТ» (патент № 12375 от 15.02.2006 г.), новый «Способ КТ-исследования новообразований и анатомических структур печени» (патент № 51554 от 26.07.2010 г.), статистические.

Результаты. Наиболее информативными методами исследования ДООП до операции явились УЗИ, КТ (МРТ), лапароскопия, биопсия печени. При УЗИ диагностическая точность составила 83,9 – 88,5 %, специфичность — 99 %, при КТ и МРТ диагностическая точность — 79,6–88,2 % и 90,4–97,3 %, специфичность — 94,8 – 99 % и 97,3 – 99 % соответственно. В результате обследования выявлены следующие виды ДООП: непаразитарная киста — у 164 (48,2 %) пациентов, абсцесс — у 71 (20,9 %), гемангиома — у 48 (14,1 %), гидатидозный эхинококк — у 41 (12,1 %), аденома — у 12 (3,5 %), локальная узловатая гиперплазия — у 4 (1,2 %).

При непаразитарных кистах и абсцессах печени преимущество отдавали чрескожным пункционно-дренажным вмешательствам (35,4 и 85,9 % соответственно), при гемангиомах, аденомах и фокальной нодулярной гиперплазии — лапароскопической резекции печени (64,2 %). При гидатидозном эхинококкозе печени чаще выполняли лапароскопическую эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости путем заполнения тромбоцитарным концентратом (54,8 %).

У больных I группы было 14 (6 %) послеоперационных осложнений, у больных II группы — 27 (24,5 %). Умерли после операций 3 (1,3 %) пациента первой группы и 5 (4,5 %) больных второй группы от полиорганной недостаточности.

Выводы. Пациентам с доброкачественными очаговыми образованиями печени целесообразно применять малоинвазивные лечебно-диагностические технологии с разработанными в клинике новыми способами, которые обеспечивают высокий уровень дифференциальной и топической диагностики, минимальную травматичность и высокую эффективность оперативных вмешательств.

Усовершенствованные эндовидеохирургические операции при гидатидозном эхинококкозе печени

КОЛКИН Я.Г., ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ВОЙТЮК В.Н.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения гидатидозных эхинококковых кист печени путем применения лапароскопических вмешательств и усовершенствованного способа лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и видеоэндоскопического лечения у 23 больных гидатидозным эхинококкозом печени (ГЭП), находившихся на лечении в клинике за последние 15 лет. Женщин было 15 (66,6 %), мужчин — 8 (33,4 %) в возрасте от 32 до 53 лет. Средний возраст пациентов составил $42,4 \pm 9,2$ года. Размеры эхинококковых кист печени варьировали в пределах от 3 до 18 см в диаметре.

Всем больным проводили комплексное обследование. Серологические пробы (реакция непрямой геманглютинации и иммуноферментного анализа на эхинококкоз) были выполнены всем пациентам. Основными инструментальными методами исследования явились рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Вазуляризация кист и ход основных сосудов печени оценивали в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК) и энергетического доплера.

Для лапароскопии и вмешательств под ее контролем использовали аппараты и инструменты фирм Wolf и Karl Storz (Германия).

Диагностические пункции выполняли иглами диаметром 18–22 G или специальной разработанной нами иглой (патент № 16961 от 15.09.2006 г.).

Результаты. Солитарные эхинококковые кисты отмечены у 17 (73,9 %) больных, множественные — у 6 (26,1 %). Правая доля печени была поражена в 15 (65,2 %) наблюдениях, левая — в 8 (34,8 %).

Видеоэндоскопические операции выполнены у 23 больных ГЭП. С соблюдением правил апаразитарности и антипаразитарности последовательно выполнялись пункция кисты, удаление ее содержимого при помощи вакуум-экстрактора повышенной мощности, обработка остаточной полости 20–30 % раствором хлорида на-

трия. Далее выделяли фиброзную капсулу по периферии кисты от прилежащей печеночной ткани с помощью ультразвукового скальпеля, а при необходимости — с перевязкой и клипированием прилежащих трубчатых элементов. Характер лапароскопических операций: эхинококкэктомия — 11, перицистэктомия — 3. Остаточную полость после операций ликвидировали путем заполнения тромбоцитарным концентратом в 14 случаях (патент № 35718 от 10.10.2008 г.), наружного дренирования — в 6, оментопластики — в 3.

Специфические осложнения в виде желчного свища, функционировавшего в течение 8–11 дней, наблюдали после лапароскопической эхинококкэктомии у 2 пациентов. Летальных исходов не было.

Выводы. При выборе способа лечения ГЭП предпочтение следует отдавать органосохраняющим радикальным вмешательствам. Усовершенствованные малоинвазивные лапароскопические методы лечения целесообразно шире использовать при этой патологии в специализированных хирургических гепатологических центрах. Они способствуют снижению частоты осложнений и финансовых затрат на лечение пациентов.

Чрескожная чреспеченочная радиочастотная акватермодеструкция гепатоцеллюлярного рака

КОЛОБОВ С.В., ШЕВЧЕНКО В.П., ТРАНДОФИЛОВ М.М., ЗИНАТУЛИН Д.Р.
**ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России,**
Москва, Россия
Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко ДЗ г. Москвы,
Москва, Россия

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак — злокачественная первичная опухоль печени, происходящая из гепатоцитов, являющаяся шестой по частоте злокачественной опухолью во всем мире, пятой по частоте у мужчин, восьмой — у женщин и третьей по частоте причиной смерти от рака, после рака легких и желудка. Хирургический метод лечения, к которому относятся резекция и трансплантация печени, является единственным радикальным методом лечения гепатоцеллюлярного рака. Больные с билобарным поражением и несоответствием Миланским критериям, с тяжелым сопутствующим фоновым заболеванием в настоящее время обречены на отказ в хирургическом лечении, что требует разработки новых малоинвазивных и эффективных методов лечения гепатоцеллюлярного рака.

Цель исследования: определить возможность использования радиочастотной акватермодеструкции в качестве малоинвазивного метода лечения гепатоцеллюлярного рака.

Материалы и методы. С 2007 на базах ГКБ №33 им. проф. А.А. Остроумова и ГКБ № 14 им. В.Г. Короленко г. Москвы 18 больным гепатоцеллюлярным раком была выполнена радиочастотная акватермодеструкция с использованием высокочастотной индукционной системы для минимально инвазивной внутритканевой термотерапии ELEKTROTOM HiTT® 106 «Германия». Возраст больных составил от 52 до 83 лет, средний — $64,2 \pm 4,7$ года, мужчин было 11 (61 %), женщин — 7 (39 %). Размеры опухоли варьировали в пределах от 15 до 48 мм, число узлов — от 1 до 2. Опухоль располагалась в правой доле печени у 12 (67 %) больных, в левой доле печени — у 5 (27 %), билобарное поражение имело место у 1 (6 %) больного. Резекция печени этой группе не показана по ряду причин: возраст больного — 3 больных (79, 81, 83 года), билобарное поражение — 1, сопутствующая соматическая патология — 10 (пороки сердца, кардиальная недостаточность, декомпенсированный сахарный диабет и т.д.), отказ больных от традиционного лечения — 4 больных.

По одной операции акватермодеструкции провели 15 больным, повторные операции потребовались 3 пациентам.

Результаты. При анализе результатов лечения больных с гепатоцеллюлярным раком были получены следующие данные: общий объем интраоперационной кровопотери составлял $4,0 \pm 0,5$ мл, длительность операции — 39 ± 4 минуты, средний дооперационный койко-день составил $3,00 \pm 0,99$, послеоперационный — $5,10 \pm 0,68$. Выживаемость больных после выполнения акватермодеструкции: 1-годовая — 89 %, 2-летняя — 78 %, 3-летняя — 67 %. Максимальная продолжительность жизни составила 59 месяцев. В настоящее время живы 8 больных: у 2 больных с момента операции прошло 4 года, у 2 — 3 года, у 1 больного — 2 года, у 2 больных — 1 год и у 1 больного прошло менее года с момента операции. Медиана выживаемости в данной группе составляет 33,7 месяца. Летальных исходов не было, наблюдалось всего 2 осложнения: киста в зоне деструкции и абсцесс зоны деструкции.

Заключение. При опухолях размером до 5 см больным возможно проведение оперативного лечения в объеме радиочастотной акватермодеструкции, обладающей всеми преимуществами малоинвазивных методов лечения и медианой выживаемости, сопоставимой с таковой при резекциях печени. Данные преимущества позволяют выполнять радикальное оперативное лечение больным с тяжелой сопутствующей патологией и возрастным больным, которые ранее были обречены.



Робот-ассистированные операции на печени

КРИГЕР А.Г., ВИШНЕВСКИЙ В.А., БЕРЕЛАВИЧУС С.В., ЕФАНОВ М.Г., ГОРИН Д.С., ПОЛЯКОВ И.С.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России,
Москва, Россия

Несмотря на широкое внедрение эндоскопических вмешательств в хирургическую гепатологию, актуальными остаются целый ряд технических проблем, связанных с несовершенством традиционных лапароскопических инструментов. Использование роботизированного хирургического комплекса (РХК) «Да Винчи» при операциях на печени позволяет нивелировать эти недостатки и расширить возможности миниинвазивных технологий.

Цель исследования: определение оптимальных точек приложения РХК в хирургии печени. Были разработаны четкие показания для робот-ассистированных операций на печени с учетом критериев безопасности, прецизионности, малотравматичности и экономической эффективности.

Материалы и методы. В абдоминальном отделе Института хирургии им. А.В. Вишневского выполнена 41 робот-ассистированная операция на печени: сегментэктомий (II, III, IV) — 9 (21,9 %); резекций VII и VIII сегментов — 12 (29,3 %); резекций II, III — 13 (31,7 %); резекций IV сегмента печени — 7 (17,1 %). Вмешательства производили по поводу непаразитарных кист печени — (22 (53,7 %), серозных цистаденом — (3 (7,3 %), фокальной нодулярной гиперплазии — (8 (19,5 %), гемангиомы — (6 (14,7 %), ангиолипомы — (1 (2,4 %) и эхинококковой кисты — (1 (2,4 %).

Результаты. Все вмешательства производили после предварительного компьютерного моделирования. Благодаря этой технологии удается определить оптимальные точки расположения роботических и ассистентских троакаров, смоделировать область «хирургического воздействия», определить оптимальный набор инструментов и т.д.

По мере накопления опыта удалось больше чем в два раза сократить консольное время и довести его в среднем до 70 минут. Средний объем интраоперационной кровопотери составил около 150 мл. Ни у одного из пациентов в послеоперационном периоде не зафиксировано желчеистечение и кровотечение. Послеоперационный койко-день варьировал в пределах от 5 до 10 суток.

Анализ экономической эффективности позволил определить финансовые затраты для выполнения робот-ассистированных вмешательств на печени. В зависимости от сложности операционной ситуации и количества расходных материалов затратная часть варьировала в пределах от 58 до 74 тысяч рублей, что сопоставимо с лапароскопическими манипуляциями с использованием одноразового инструментария и современных диссекционных устройств.

Заключение. Наиболее оптимальными точками приложения РХК в хирургии печени являются задние сегменты (VII, VIII), так называемые «трудные сегменты» для традиционной лапароскопической техники. Очень перспективным направлением считаем робот-ассистированные анатомические резекции печени. Благодаря техническим преимуществам РХК удается выполнять сложные, прецизионные хирургические действия в труднодоступных областях без дефицита манипуляционных возможностей и с соблюдением всех онкологических принципов. Правильное планирование робот-ассистированных операций и разработка технических аспектов использования РХК позволили значительно сократить финансовые затраты на его использование в хирургии печени.

Эндоскопические аспекты нагноившегося эхинококкоза печени

КУРБОНОВ К.М., МАХМАДОВ Ф.И., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ.
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения нагноившегося эхинококка печени (НЭП).

Материалы и методы. В клинике за последние 5 лет на лечении находилось 120 пациентов с НЭП. Мужчин было 75 (62,5 %), женщин — 45 (37,5 %). Возраст больных варьировал в пределах от 24 до 82 лет. В 59 (49,2 %) наблюдениях НЭП локализовался в правой доле печени, в 38 (31,7 %) — в левой доле печени и в 23 (19,1 %) случаях — в обеих долях печени.

Для диагностики НЭП больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. При НЭП в клинической картине заболевания в 98 % наблюдениях доминировали признаки интоксикационного синдрома. Кроме этого, в показателях лабораторных данных в 86 % случаев отмечали лейкоцитоз и наличие повышенной СОЭ, в 52 % — повышение уровня цитолитических ферментов (АлТ и АсТ), а также показателей уровня С-реактивного белка. Из инструментальных методов исследования наиболее информативными в плане диагностики НЭП оказались УЗИ и КТ, которые в 95–97 % наблюдений диагностировали заболевание.

Для выбора способа и объема операции традиционного или видеолaparоскопического вмешательства важное значение придавали оценке тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II.

Так, при НЭП и тяжести состояния больных по APACHE II от 0 до 20 баллов в 74 (61,7 %) наблюдениях выполняли традиционные открытые методы эхинококкэктомии ($n = 48$), перицистэктомии ($n = 14$) и резекцию печени ($n = 12$).

В 46 (38,3 %) случаях при показателях тяжести состояния пациентов по APACHE II более 20 баллов выполняли видеолaparоскопические и пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем. После выполнения традиционных открытых оперативных вмешательств послеоперационные осложнения гнойно-септического характера отмечали в 27 наблюдениях, с 8 летальными исходами, тогда как после видеолaparоскопических вмешательств и пункционно-дренирующих операций послеоперационные осложнения наблюдались у 9 пациентов, с 1 летальным исходом.

Заключение. Видеолaparоскопические вмешательства и пункционно-дренирующие операции под УЗ-контролем являются операцией выбора при НЭП у больных с высоким операционным риском.

Прогнозирование осложнений после панкреатодуоденальной резекции на дооперационном этапе

ЛАПШИН Г.В.¹, БИЛЬМАН Ф.¹, ЧИКЛАДЗЕ С.¹, МАКОВИЦ Ф.¹, БАУШ Д.², ХОПТ У.Т.¹, КЕК Т.², ВЕЛЬНЕР У.Ф.²

¹Отделение общей и висцеральной хирургии, Университетская клиника г. Фрайбурга, Фрайбург, Федеративная Республика Германия

²Отделение общей и висцеральной хирургии, Университетская клиника г. Любека, Любек, Федеративная Республика Германия

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является в настоящее время стандартной операцией с низким уровнем смертности в специализированных центрах, однако уровень послеоперационных осложнений остается значительным (30–50 %), в основном из-за послеоперационной панкреатической фистулы (ППФ). Как показывают данные литературы, ППФ коррелирует с большинством других осложнений после ПДР, таких как гастростаз, послеоперационные эрозивные кровотечения, внутрибрюшные абсцессы, раневая инфекция и т.д. Развитие протективных мер, которые снижали бы частоту ППФ, затруднено из-за отсутствия четкого определения группы риска в отношении ППФ на дооперационном этапе. Эффективность анализа отдельных факторов риска может быть усилена за счет изучения их комбинации с помощью специальной математической программы — искусственной нейронной сети (ИНС).

Материал и методы. Клинические, радиологические, а также интраоперационные параметры пациентов после ПДР оценивались ретроспективно. Были выявлены факторы риска развития клинически значимой ППФ (тип В/С по классификации International Study Group on Pancreatic Fistula (ISGPF)). С помощью ИНС были проанализированы предоперационные факторы, влияющие на развитие ППФ, и определена группа риска. В группе риска и контрольной группе была произведена оценка ППФ и других послеоперационных осложнений.

Результаты. В исследование был включен 471 пациент после ПДР, которых оперировали в период с 2001 по 2012 год. Из двенадцати клинических, радиологических и интраоперационных факторов риска ППФ наиболее значимой была мягкая структура поджелудочной железы. ИНС-анализ показал, что у 83 % пациентов тест-группы мягкая структура поджелудочной железы предопределяла развитие ППФ. У пациентов группы риска с мягкой структурой поджелудочной железы значительно чаще развивались ППФ и другие тяжелые осложнения по сравнению с контрольной группой (ППФ В/С (38 % vs 8 %, $p = 0,000$), внутрибрюшной абсцесс (23 % vs 10 %, $p = 0,000$), тяжелые послеоперационные осложнения (26 % vs 13 %, $p = 0,003$), тяжелые кровотечения (18 % vs 6 %, $p = 0,012$)), а уровень смертности возрастал в 5 раз (5 % vs 1 %, $p = 0,034$).

Заключение. С помощью ИНС, а также комбинации клинических и радиологических параметров можно с высокой степенью вероятности предсказывать риск развития ППФ и других тяжелых осложнений еще до операции.

Первый опыт новой двухэтапной методики (*in situ split*) резекции печени

ЛЯДОВ К.В., ЕГИЕВ В.Н., ЕРМАКОВ Н.А., ЛЯДОВ В.К., КОЗЫРИН И.А., КОВАЛЕНКО З.А.
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Резекция печени в настоящее время остается основным методом выбора лечения больных с первичными и вторичными злокачественными новообразованиями печени. При этом основным лимитирующим фактором в определении показаний к операции остается недостаточный объем остатка печени. Использование методик окклюзии воротного кровотока с целью гипертрофии непораженной доли не всегда достаточно эффективно. В 2011 году А. Schnitzbauer с соавт. представили новый способ двухэтапной резекции печени



(*in situ split* резекция печени), применение которого позволяло достичь адекватной гипертрофии левого латерального сектора более чем у 90 % больных и в короткий срок (6–14 дней) выполнить R0 резекцию печени.

Материалы и методы. В Лечебно-реабилитационном центре в январе-марте 2013 года было выполнено 2 *in situ split* резекции печени. Методика операции заключается в выполнении перевязки правой воротной вены и последующего разделения паренхимы печени правее серповидной связки до нижней полой вены с сохранением артериального кровотока и венозного оттока правой доли печени.

У больного П., 63 лет, при обследовании выявлено билобарное метастатическое поражение печени с преимущественным поражением правой доли печени на фоне рака прямой кишки. В левом латеральном секторе выявлен 1 метастаз. Объем I–II–III сегментов по данным КТ-вольюметрии составлял 12,5 % функционирующей паренхимы.

Больной Л., 63 лет, обратился в центр по поводу метастазов рака ободочной кишки в правую долю печени. По данным дооперационного КТ: солитарный метастаз в VII сегменте печени. При интраоперационной ревизии выявлено множественное (4) поражение правой доли печени. Объем II–III–IV сегментов печени составлял 20 % от функционирующей паренхимы.

Первым этапом выполнены *in situ split* резекции печени: в первом случае линия разделения паренхимы прошла по границе II, III и IV сегментов печени, во втором случае — по срединной фиссуре.

Результаты. У больного П. через 10 дней объем гипертрофии левого латерального сектора оказался недостаточным, через 18 дней от первой операции он составил 25 % функционирующей паренхимы. Вторым этапом больному выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Выписан из стационара на 8-е сутки после второй операции с неосложненным течением послеоперационного периода.

У больного Л. через 7 суток объем гипертрофии левой доли печени составил 32 %. Больному была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия. Тяжелое течение послеоперационного периода сопровождалось пневмонией, потребовавшей продленной ИВЛ, развитием биломы зоны резекции печени. Выписан на 30-е сутки после повторной операции.

В обоих случаях и первичная, и повторная операции протекали без массивной кровопотери. Время окончательной операции не превышало 2 часов.

Заключение. Наш первый опыт выполнения *in situ split* резекции печени показал хорошие результаты в повышении резектабельности больных с распространенным метастатическим поражением печени. Требуются дальнейшие исследования и накопление опыта по применению методики *in situ split* резекции печени у первично нерезектабельных или погранично резектабельных больных.

Антиоксидантная защита гепатоцитов при ускоренной декомпрессии билиарного тракта

МАМЕДОВА Э.П., АБДУЛЛАЕВА А.З., МЕДЖИДОВ Р.Т

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

Материалы и методы. Проведено рандомизированное сравнительное исследование у 148 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза тяжелой степени. В основную группу вошли 76 (51,4 %) больных, которым после декомпрессии билиарного тракта (БТ) в лечебный комплекс была включена лекарственная схема: реамберин 400 мл + гептрал 400 мг + микседол 5 мг, а в контрольную группу — 72 (48,6 %) больных, которым проводили стандартную инфузионную терапию. Декомпрессия БТ проксимальным доступом выполнена 56 (37,9 %) пациентам (в основной группе — 29 (19,6 %), в контрольной — 27 (18,3 %); центральным доступом — 88 (59,4 %), из них в основной — 46 (52,3 %), в контрольной — 42 (47,7 %), и дистальным доступом — 4 (2,7 %), из них в основной — 2 (1,35 %), в контрольной — 2 (1,35 %). Диаметр катетеров при проксимальном, центральном и дистальном доступах в основной и контрольной группах был одинаковым. Для оценки состояния антиоксидантной системы и процессов свободнорадикального окисления у больных с синдромом механической желтухи нами изучены показатели антиокислительной активности плазмы крови и перекисного окисления липидов. Статистическая обработка полученных данных проведена с использованием программы BioStat 4.03.

Результаты. Синдром ускоренной декомпрессии БТ в контрольной группе больных отмечен в 18 (25 %) наблюдениях, в основной — в 4 (5,3 %). Показатель МДА в плазме крови на 3-и — 4-е сутки после декомпрессии БТ в контрольной группе больных составил $16,640 \pm 1,172$ мкмоль/л, в основной — $15,112 \pm 1,183$ мкмоль/л ($p < 0,05$); показатель глутатиона — $13,307 \pm 1,126$ мкмоль/мг и $13,437 \pm 1,122$ мкмоль/мг белка соответственно ($p < 0,05$), а показатели уровня окислительной модификации белков — $3,03 \pm 0,10$ нмоль/мг (исходный), $180,9 \pm 3,7$ нмоль/мг (Fe-зависимый) и $2,8 \pm 0,2$ нмоль/мг (исходный), $174,6 \pm 4,2$ нмоль/мг белка (Fe-зависимый) соответственно. На 6–8-е сутки после декомпрессии БТ указанные показатели выглядели следующим образом: МДА в контрольной группе — $7,330 \pm 0,290$ мкмоль/л, в основной — $6,012 \pm 0,066$ мкмоль/л ($p < 0,05$); глутатион — $7,33 \pm 0,136$ мкмоль/мг и $6,11 \pm 0,26$ мкмоль/мг белка соответственно; уровень окислительной модификации белков — $3,436 \pm 0,117$ нмоль/мг (исходный), $172,01 \pm 8,20$ нмоль/мг (Fe-зависимый) и $2,916 \pm 0,213$ нмоль/мг (исходный), $167,04 \pm 9,06$ нмоль/мг белка

(Fe-зависимый) соответственно. На первом этапе лечения умер один больной в контрольной группе от нарастающей печеночной недостаточности, в основной группе летальных исходов на первом этапе лечения не было. После второго этапа в контрольной группе умерли 2 пациента, в основной — 1. Общая летальность составила 2,7 %: в контрольной группе — 4,1 %, в основной — 1,3 %.

Заключение. Наблюдаемое у ряда пациентов после декомпрессии БТ прогрессирование печеночной недостаточности во многом связано с быстрым темпом декомпрессии, особенно у пациентов с длительной желтухой и чрезмерной дилатацией БТ. Включение в лечебный комплекс разработанной нами схемы антиоксидантной терапии значительно улучшает результаты лечения больных с синдромом механической желтухи.

Пути улучшения результатов лечения поддиафрагмального эхинококкоза печени

МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., СОБИРОВ А.ДЖ., ГУЛАХМАДОВ А.Д.
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: возможные пути улучшения результатов лечения больных с поддиафрагмальным эхинококкозом печени.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на анализе результатов лечения 51 пациента с эхинококкозом печени поддиафрагмального расположения, которые оперированы за период 2008–2013 гг. на базе Городской клинической больницы СМП г. Душанбе. При хирургическом лечении этих пациентов были применены усовершенствованные методики операций и дренирования, позволившие увеличить надежность оперативного вмешательства и тем самым уменьшить риск развития гнойных осложнений. Подавляющее большинство больных составили лица старше 40 лет, при этом мужчин было 22 (43,1 %), женщин — 29 (56,9 %).

Для диагностики поддиафрагмального эхинококкоза печени применяли УЗИ, КТ, МРТ и видеолaparоскопию.

Результаты. Течение послеоперационного периода при эхинококкозе печени, особенно поддиафрагмальной локализации, чаще осложняется нагноением остаточной полости и формированием абсцессов печени и поддиафрагмального пространства, что нередко требует проведения повторных оперативных вмешательств. Главной причиной подобного рода осложнений является отсутствие адекватного оттока раневого отделяемого после эхинококкэктомии, что приводит к его задержке и инфицированию. Оптимальное дренирование брюшной полости является залогом успеха в лечении этой категории больных. При поддиафрагмальных расположениях кист после ликвидации остаточной полости производилось дренирование правого поддиафрагмального пространства по Мельникову с поднадкостничной резекцией 8-го или 9-го ребра по средне-заднеподмышечной линии (n = 27). Длина разреза составляла 4–5 см. Поддиафрагмальное пространство дренировалось перчаточнo-трубчатым дренажом. Подобный способ дренирования обеспечивал адекватный отток раневого отделяемого в послеоперационном периоде, которое в силу тяжести стекало вниз, так что не происходило его задержки. Даже в тех случаях, когда происходило нагноение остаточной полости, адекватный отток гноя препятствовал формированию очагов абсцесса, что явилось профилактикой релапаротомии. Кроме того, после удаления дренажей на 4–6-е сутки формировался раневой канал, через который во время перевязок можно было хорошо санировать патологический очаг.

Послеоперационный период после дренирования по Мельникову протекал значительно легче, осложнений не отмечено.

Заключение. Дренирование правого поддиафрагмального пространства по методу Мельникова у больных с поддиафрагмальным эхинококкозом печени является оптимальной мерой профилактики формирования абсцессов, выполнять его технически несложно, оно не увеличивает сроков стационарного лечения больных и может широко применяться в клинической практике.

Видеолaparоскопическая аутофлуоресцентная спектроскопия опухолей печени

МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., МАГОМЕДОВ И.У., СУЛТАНОВА Р.С.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России, Махачкала, Россия

Цель исследования: определить эффективность интралaparоскопической аутофлуоресцентной спектроскопии в уточнении опухолевого процесса печени.

Материалы и методы. В исследование вошли 107 пациентов, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ГБОУ ВПО «Даггосмедакадемия» МЗ РФ. С применением лазерной аутофлуоресцентной спектроскопии обследовано 47 (43,9 %) пациентов с хроническим гепатитом и циррозом печени (контрольная группа) и 60 (56,1 %) пациентов со злокачественным опухолевым процессом печени (основная группа). Из них гиллюсная локализация рака печени с преимущественным ростом из желчных протоков отмечена у 13 пациентов, первич-



ный рак печени — у 23, метастатический рак печени — у 24 больных. Лазерную аутофлуоресцентную спектроскопию во время лапароскопии производили с помощью комплекта оборудования собственной конструкции. Каждому полученному спектру аутофлуоресценции присваивали ряд обязательных параметров: отношение площади аутофлуоресценции к площади лазерного пика (Кх), диагностическая контрастность (ДК). Статобработку полученных результатов проводили с использованием программы MS Excel, BioStat.

Результаты. При злокачественном опухолевом процессе печени пик максимума аутофлуоресценции всех спектров смещен влево, и указанное смещение более выражено, чем при хроническом гепатите и циррозе печени. Почти все спектры имеют быстрый и резкий подъем интенсивности аутофлуоресценции. Максимальная интенсивность флуоресценции выявлена в пределах $1,99 \pm 5,90$ отн.ед. при 410–520 нм. Подъем интенсивности отмечен при 460 нм, снижение до минимальных значений зарегистрировано в диапазоне 460 – 480 нм. Кх составило в среднем $18,23 \pm 1,15$ (диапазон от 4,2 до 32,7, $\chi^2 = 0,031$; $P = 0,861$). ДК рака печени в среднем составила $6,58 \pm 0,12$, что значительно превышает аналогичный показатель при хроническом гепатите ($2,98 \pm 0,33$, $\chi^2 = 0,000$; $P = 0,983$) и циррозе печени ($2,55 \pm 0,29$, $\chi^2 = 0,046$; $P = 0,830$). Указанная закономерность, безусловно, является одним из критериев дифференциальной диагностики. Более того, в спектрах пациентов с опухолевым процессом печени наблюдается тенденция к формированию двух пиков аутофлуоресценции, причем основной пик интенсивности люминесценции по амплитуде меньше, чем вновь сформированный. Согласно результатам спектрального анализа, гистологического исследования биопсированных и резецированных тканей печени, проведенной статистической обработки цифрового материала, чувствительность метода при раке печени составила 96,5 %, специфичность — 98,2 %.

Заключение. Применение метода лазерной аутофлуоресцентной спектроскопии во время диагностической лапароскопии позволяет уточнить наличие опухолевого процесса в печени, определить его распространенность, спланировать лечебную тактику. Данный метод может служить интраоперационным маркером опухолевого процесса.

Первый опыт анестезий и ведения ранних послеоперационных периодов у пациентов с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени

МИЕРБЕКОВ Е.М., ЧО С., ДЗЯДЗЬКО А.М., МИНОВ А.Ф., АРТЫКБАЕВ Ж.Т., КУСАИНОВ А.Ш., ЖАРАСБАЕВ А.М., ЖАЗЫЛБЕКОВ А.А., МУХАНОВА С.Р., ШИШКИН А.А.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель исследования: проведение анализа, обобщение опыта и особенностей анестезиологического обеспечения и ведения раннего послеоперационного периода у больных с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 6 больных после ортотопической трансплантации печени (ОТП). Оперированы реципиенты: 1 мужчина и 5 женщин в возрасте от 21 до 51 года (средний возраст $31,2 \pm 3,4$ года). Три ОТП были выполнены по поводу цирроза вирусной этиологии, 1 — у больного с билиарным циррозом, 1 — с циррозом аутоиммунного генеза, 1 — с криптогенным циррозом. По шкале Child — Pugh реципиенты относились к классу В и С, по шкале ASA — к IV классу. Донорами являлись близкие родственники реципиентов: братья (3), мать (1), сестра (1), супруга (1). Средний возраст — $31,2 \pm 5,4$ (20–50) года. Операции проводили совместно с врачебными бригадами Университетской клиникой г. Нагасаки (Япония) и Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей г. Минска (Республика Беларусь).

Результаты. Все произведенные у доноров операции в целом были сходны по продолжительности и травматичности. Средняя продолжительность операции у доноров составила $7,5 \pm 1,8$ ч. На всем протяжении у всех доноров сохранялась гемодинамическая стабильность, отражающая адекватность анестезиологической защиты. Общая кровопотеря в среднем составила $350,0 \pm 60,5$ мл и приходилась в основном на этап резекции печени.

Вводную анестезию реципиентам осуществляли дробным введением пропофола 1–1,2 мг/кг, фентанила 2,5 мкг/кг, пипекурония бромида 0,1 мг/кг, ингаляцией севофлюрана 1,5–2,0 об.%. Поддержание анестезии осуществляли непрерывной инфузией фентанила (0,05–0,1 мкг/кг/мин), пропофола (100 мкг/кг/мин) и ингаляцией севофлюрана 0,5–2,0 об.%. Средняя продолжительность операции у реципиентов составила $12,6 \pm 6,4$ (11–16) ч, продолжительность анестезии — $13,8 \pm 4,5$ (12–18) ч. Общая кровопотеря составила в среднем $3633,3 \pm 450,0$ мл.

В послеоперационном периоде в ОИТ состояние больных оценивалось как тяжелое. Длительность продолжительной ИВЛ в среднем составила $12,0 \pm 4,2$ ч. Среднее время пребывания больных в ОИТ составило $8,8 \pm 3,4$ сут. Пятеро больных в стабильном состоянии были экстубированы. Одна больная из-за неврологических нарушений была повторно переведена на ИВЛ. Двое больных по поводу послеоперационного кровотечения были повторно оперированы. Из 6 реципиентов двое умерли из-за полиорганной недостаточности. Обоим больным в лечении была применена модифицированная гемодиализация аппаратом искусственная почка DIAPACT CRRT, одной — MARS-терапия (альбуминовый диализ).

Заключение. Первый клинический опыт показал, что анестезиологическое обеспечение и ведение раннего послеоперационного периода у взрослых больных с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени является сложной проблемой анестезиологии-реаниматологии. Успешный исход больных после трансплантации печени определяется адекватностью анестезии, коррективным гемодинамическим и метаболическим мониторингом, качеством технического оснащения и грамотным ведением ближайшего послеоперационного периода.

Отдаленные результаты лечения больных эхинококкозом печени, оперированных традиционным способом и с применением плазменных технологий

МНАЦАКАНЯН Э.Г., МАЛАНКА М.И., ПОПОВ А.В.

**ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Ставрополь, Россия**

Лечение эхинококкоза, 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 исследованиям 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 проведен анализ историй болезни 160 пациентов, оперированных по поводу эхинококкоза печени в торакоабдоминальном отделении СККЦ СВМП за период с 1988 по 2010 г. Все больные были разделены на две группы: основную — 100 (62,5 %) больных, оперированных с применением плазменных технологий, и контрольную — 60 (37,5 %) больных, 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 выявлялись одиночные кисты с преимущественной локализацией в VII–VIII сегментах печени. Удельный вес открытой эхинококкэктомии составил 90,7 %, при этом в качестве оперативного доступа у 55 % больных использована торакофренолапаротомия. 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 разработана анкета для определения качества жизни (КЖ) обследуемого контингента больных, состоящая из 16 вопросов. С ее помощью выявлено, 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 дополняют высокие показатели самооценки КЖ. В контрольной группе, напротив, отмечены высокая частота рецидивов (25 %) 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.

Изменения ангиоархитектоники вен воротной системы при портальной гипертензии в зависимости от возраста больных циррозом печени

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.

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

Проведен анализ особенностей изменений ангиоархитектоники и гистоструктуры вен портокавального бассейна при циррозе печени (ЦП) в зависимости от возрастного фактора. В исследование включено 210 больных ЦП, которые были распределены по трем возрастным группам: группа 1 (до 30 лет) — 109 (51,9 %) пациентов; группа 2 (31–49 лет) — 83 (39,5 %) больных и группа 3 (старше 50 лет) — 18 (8,6 %) больных.

Развитие и прогрессирование цирроза печени с портальной гипертензией (ПГ) в различные возрастные периоды обуславливает изменение ангиоархитектоники сосудов воротной системы. Наиболее высокое положение селезеночной вены, соответствующее XII грудному позвонку, получено в группе 1 в 28 (25,7 %) случаях, в группе 2 — у 28 (33,7 %) пациентов и в группе 3 — у 8 (44,4 %) больных ЦП. Напротив, низкое расположение селезеночной вены — II поясничный позвонок — отмечено в группе 1 у 22,0 %, в группе 2 — у 10,8 % и в группе 3 — только у 5,6 %.

Тип селезеночной вены имеет важное значение при планировании больным с ПГ декомпрессивных хирургических вмешательств. Наиболее удобными для формирования спленоренальных анастомозов можно считать минимальную S-образную форму, максимальную S-образную форму и каудально U-образный тип. Как правило,



при этих вариантах уровень основного колена селезеночной вены, которое используется для анастомозирования, соответствует I или II поясничному позвонку и требует меньших технических затрат на выделение пригодной для шунтирования длины сосуда. Частота формирования наиболее сложных для выделения типов селезеночной вены составила: линейного — 2 (1,8 %) больных в группе 1, 7 (8,4 %) пациентов в группе 2 и 4 (22,2 %) в группе 3; краниально U-образной формы у 5 (4,6 %), 8 (9,6 %) и 2 (11,1 %) соответственно.

Проведенные морфологические исследования показали, что в условиях ЦП с ПГ структура стенок вен портолиенального бассейна претерпевает существенные изменения, выраженность которых зависит от возраста больных и для пациентов старше 50 лет характеризуется более выраженным утолщением оболочек, особенно t. media и t. adventitia ($P < 0,05$), а для пациентов до 30 лет — увеличением просвета вен ($P < 0,05$).

Таким образом, прогрессирование ПГ обуславливает изменение ангиоархитектоники спленопортального русла, при этом возрастной фактор оказывает значительное влияние на степень сосудистой трансформации. Наиболее значимые изменения выявляются у пациентов с ЦП до 30 лет, этот возрастной период характеризуется максимальными трансформацией спленопортального русла и, соответственно, компенсаторными возможностями. И если, с одной стороны, это приводит к удлинению безгеморрагического периода, то есть к снижению риска развития кровотечений из ВРВПЖ, то, с другой стороны, эти изменения существенно влияют и на технические аспекты выполнения декомпрессивных сосудистых операций. Для пациентов с ЦП старше 50 лет трансформация спленопортального русла, как правило, выражена минимально, что снижает компенсаторные возможности, и в условиях прогрессирующей ПГ именно у этой группы больных наиболее часто развиваются кровотечения из ВРВПЖ (61 %). Также в ряде случаев для них характерны технические сложности при выполнении шунтирующих операций, что связано с умеренным расширением селезеночной вены, высоким уровнем ее прохождения и линейной формой сосудистой трансформации в условиях прогрессирующей ПГ.

Интегральная оценка риска развития специфических осложнений и прогноза выживаемости больных циррозом печени после портосистемного шунтирования

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., МАХМУДОВ У.М., МАРДОНОВ Л.Л.
*Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова,
Ташкент, Узбекистан*

Достиженные за последнее десятилетие результаты портосистемного шунтирования (ПСШ) позволили определить возможности интегральной оценки риска его выполнения и развития специфических осложнений. В исследование включены 387 пациентов с циррозом печени (ЦП), которым произведено ПСШ за период с 2000 по 2010 г. Селективные анастомозы наложены 204 (52,7 %) больным, центральные — 183 (47,3 %) пациентам.

В основу программы положены 24 ведущих фактора, которые были разделены на три группы: антропометрические данные; клинико-инструментальные данные; ангиоархитектоника и гемодинамика в системе воротной вены. Каждый фактор включал от 2 до 8 критериев оценки. В общей сложности исследовано 115 критериев и 2277 расчетных показателей.

Анкетные данные включают 38 параметров, каждый из которых определяется в период предоперационной подготовки и включен в стандарт обследования: данные эндоскопии, УЗИ, лабораторных анализов, сцинтиграфии и ангиографии. Выходные данные содержат общую информацию о пациенте, а также расчетные показатели: риск кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ); вероятность выполнения ПСШ; рекомендуемый тип декомпрессии; вероятность наложения различных видов ПСШ; риск постшунтовых осложнений; риск летального исхода и прогноз выживаемости.

Для сравнительной оценки эффективности разработанной программы проведен анализ истинных результатов, то есть непосредственных результатов ПСШ за период наблюдения и анализ результатов работы программы.

После селективного шунтирования истинная частота развития печеночной недостаточности составила 3,7 % (у 4 из 109 пациентов), среднее значение по расчетам программы — $4,1 \pm 0,2$ %. ПЭ развилась у 11 (10,1 %) пациентов, при этом расчетный риск для этого осложнения составил $10,8 \pm 0,3$ %. Кровотечение из ВРВПЖ в ранний постшунтовой период отмечено у 4 (3,7 %) пациентов, расчетный риск для этой группы составил $4,2 \pm 0,2$ %. Риск нарастания асцита по данным программы составил $13,2 \pm 0,5$ %, истинное значение было 12,8 % (14 больных). Летальность от указанных осложнений составила 3,7 % (4 пациента), тогда как расчетный риск — $4,1 \pm 0,2$ %. Сводная расчетная выживаемость по данным программы составила $91,2 \pm 0,4$ %, при этом истинный показатель также особо не отличался — 93,0 %.

После центрального шунтирования истинная частота развития печеночной недостаточности составила 3,8 % (у 3 из 80 пациентов), среднее значение по расчетам программы — $3,6 \pm 0,1$ %. ПЭ развилась у 12 (15,0 %) пациентов, при этом расчетный риск для этого осложнения составил $16,2 \pm 0,4$ %. Кровотечение из ВРВПЖ в ранний постшунтовой период отмечено у 2 (2,5 %) пациентов, расчетный риск для этой группы составил $2,7 \pm 0,1$ %. Риск нарастания асцита по данным программы составил $5,9 \pm 0,2$ %, тогда как истинное значение

было 6,3 % (5 больных). Летальность от указанных осложнений составила 2,5 % (2 пациента), тогда как расчетный риск был $2,8 \pm 0,1$ %. Сводная расчетная программная выживаемость — $90,2 \pm 0,3$ %, при этом истинный показатель также особо не отличался — 91,2 %.

Таким образом, интегральная программа оценки риска ПСШ у больных ЦП, разработанная на основе концептуального подхода к формированию базы данных с определением прогностически значимых критериев, позволяет рассчитать риск развития специфических постшунтовых осложнений, летальности и прогноза выживаемости с верифицированной точностью методики 85,6–98,3 % для селективного типа шунтирования и 88,0–98,9 % — для центральных вариантов декомпрессии.

Особенности развития осложнений портальной гипертензии в зависимости от возраста больных циррозом печени

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.

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

В исследование включено 210 больных циррозом печени, которые были распределены по трем возрастным группам: группа 1 (до 30 лет) — 109 (51,9 %) пациентов; группа 2 (31–49 лет) — 83 (39,5 %) больных и группа 3 (старше 50 лет) — 18 (8,6 %) больных.

При изучении частоты развития кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) были получены следующие данные. Для пациентов старше 30 лет риск развития кровотечения оказался достоверно выше, что отражает частота перенесенных кровотечений в анамнезе. Так, для группы 31–49 лет этот показатель вырос по отношению к группе 1 с 41,3 до 59,0 % ($P = 0,022$). В свою очередь, в старшей возрастной группе частота кровотечений возрастает до 61,1 % ($P = 0,002$).

Одним из самых показательных отличительных параметров у пациентов с ЦП различных возрастных групп оказалась степень спленомегалии. В старшей возрастной группе развитие и прогрессирование портальной гипертензии (ПГ) не приводит к значительному увеличению размеров селезенки. Наоборот, в группе до 30 лет отмечалась тенденция к формированию спленомегалии 2–3-й степени. Критерий χ^2 к группе до 30 лет показал отличие тяжести спленомегалии с высокой степенью достоверности как от группы 2 ($P = 0,001$), так и от группы 3 ($P = 0,001$). В свою очередь, степень спленомегалии также достоверно отличалась между группами 2 и 3 ($P = 0,018$).

Уровень портального давления в группах сравнения в группе 1 составил $336,60 \pm 5,72$ мм вод.ст., в группе 2 — $362,03 \pm 10,21$ мм вод.ст., в группе 3 — $351,86 \pm 12,43$ мм вод.ст. Интересным представляется тот факт, что фактически при равноценном уровне портального давления наблюдалась существенная разница в диаметрах *v. portae* и *v. lienalis*. В группе до 30 лет диаметр портальной вены составил $1,45 \pm 0,03$ см, в группе 31–49 лет — $1,37 \pm 0,02$ см ($P < 0,05$), а в группе старше 50 лет диаметр оказался наименьшим — $1,30 \pm 0,03$ см и достоверно ($P < 0,01$) отличался от показателей группы 1, но с группой 2 достоверного отличия не получено ($P > 0,05$). При сравнении диаметра селезеночной вены по всем сопоставляемым параметрам получено достоверно отличие с формированием минимального диаметра — $1,05 \pm 0,04$ см в группе больных старше 50 лет ($P < 0,01$ по отношению к группе до 30 лет; $P < 0,001$ по отношению к группе 31–49 лет).

Этот факт доказывает, что прогрессирование ЦП с ПГ приводит к компенсаторному расширению сосудистого русла спленопортального бассейна, выраженность которого зависит от возрастного фактора. Так, максимальная вероятность компенсации нарастающей ПГ характерна для пациентов с ЦП до 30 лет, что доказывает достоверное увеличение диаметра *v. portae* и *v. lienalis* ($P < 0,05$), степени спленомегалии ($P = 0,001$) и меньшая частота перенесенных кровотечений из ВРВПЖ ($P < 0,05$) на фоне равнозначного показателя уровня портального давления по отношению к старшим возрастным группам. Характерными особенностями развития ЦП с ПГ для пациентов старше 50 лет является низкая компенсаторная возможность сосудистого русла спленопортального бассейна с достоверно меньшим расширением *v. portae* и *v. lienalis* ($P < 0,01$), отсутствием или формированием умеренной спленомегалии ($P < 0,02$), что на фоне высокого портального давления обуславливает для этой группы наибольшую частоту развития кровотечения из ВРВПЖ — 61,1 % ($P < 0,05$).

Оценка тяжести течения цирроза печени по шкале MELD при планировании портосистемного шунтирования

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х.

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

Степень прогрессирования патологического процесса в печени при условии отсутствия риска кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) является основным предиктором выживаемости пациентов с циррозом печени (ЦП). С учетом общепринятых показаний к трансплантации печени, которая должна выполняться пациентам с декомпенсированным ЦП, компенсированное состояние функции



гепатоцитов позволяет проводить динамическое наблюдение с консервативной терапией, направленной на все звенья патогенеза ЦП и портальной гипертензии (ПГ), с периодической переоценкой необходимости радикального хирургического лечения. На этом фоне нивелирование риска геморрагического синдрома становится одной из приоритетных задач, решение которой позволит снизить потребность в радикальном хирургическом вмешательстве или отсрочить его выполнение.

Для оценки тяжести ЦП и прогноза выживаемости больных после портосистемного шунтирования (ПСШ) применена система MELD (Model for End-Stage Liver Disease — модель конечной стадии заболевания печени), которая широко используется для определения очередности в листе ожидания пересадки печени. Проанализированы показатели у 32 пациентов, оперированных в 2011 г. и наблюдаемых в течение года после ПСШ. Средний возраст больных составил $30,97 \pm 3,12$ года.

При планировании ПСШ среднее значение по шкале MELD составляло $10,19 \pm 0,24$ балла, тогда как трансплантация печени, по литературным данным, выполняется при значении MELD более 15–20 баллов. Согласно общепринятым рекомендациям, переоценка баллов по шкале MELD для решения вопроса об оптимальных сроках выполнения трансплантации печени была необходима 1 раз в год у 62,5 % пациентов и не менее чем 1 раз в 3 месяца у 37,5 %.

Выполнение ПСШ в ближайший послеоперационный период не приводило к достоверному ухудшению показателя по шкале MELD ($10,19 \pm 0,24$ балла против $10,94 \pm 0,23$ балла). В течение первого года наблюдения это значение ухудшилось до $11,79 \pm 0,32$ балла ($P < 0,05$), что констатировало прогрессирование основного патологического процесса и обуславливало снижение годичной выживаемости до 90,6 %. При этом значение MELD выше 15 баллов в эти сроки выявлялись только у 15,6 % больных. Стабильное состояние констатировано у 21 (65,6 %) из 32 пациентов, в 3 случаях отмечали умеренную активность цирротического процесса. Прогрессирующая печеночная недостаточность с высокой степенью активности (билирубинемия, повышение аминотрансфераз, клинически выраженная печеночная энцефалопатия) в сроки через 3 и 6 месяцев после операции выявлена у 2 (6,3 %) больных. Еще в 2 случаях отмечено развитие кровотечения, в одном случае — из ВРВПЖ на фоне тромбоза анастомоза, в другом случае — из эрозий желудка на фоне портальной гастропатии. Явления асцита наблюдались у 4 (12,5 %) больных, что было связано с нарушением белковосинтетической функции печени. От нарастающей печеночной недостаточности в сроки через 6 месяцев после ПСШ умер 1 (3,1 %) больной.

Таким образом, высокая частота кровотечений из ВРВПЖ в условиях компенсаторного резерва функции печени оставляет хирургические вмешательства, направленные на профилактику геморрагического синдрома, в числе актуальных. ПСШ остается операцией выбора и, с одной стороны, при отсутствии возможности для проведения трансплантации печени является единственным оптимальным способом коррекции ПГ, а с другой стороны, при компенсаторном течении ЦП позволит снизить потребность в радикальных хирургических вмешательствах или отсрочить их выполнение.

Пути улучшения результатов обширных анатомических резекций печени

НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., НИШАНОВ М.Ш., САЙДАЗИМОВ Е.М., ХАКИМОВ Ю.У.

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

Хирургическое лечение злокачественных новообразований печени и внутривенных протоков, обширных доброкачественных опухолей представляет одну из важнейших проблем хирургии, что определяется повсеместным ростом заболеваемости населения очаговыми образованиями печени. Основными осложнениями, определяющими высокую степень операционного риска обширных резекций, являются массивные операционные кровотечения и послеоперационная печеночная недостаточность. Вопросы профилактики таких тяжелых осложнений не утратили своей актуальности.

Цель исследования: снизить частоту осложнений после обширных анатомических резекций печени путем внедрения новых технологий.

Материалы и методы. В период с 1997 по 2012 г. произведено 138 резекций печени по поводу заболеваний различного генеза. Возраст больных варьировал в пределах от 22 до 58 лет. Следует отметить, что среди них больные трудоспособного возраста (от 23 до 40 лет) составляли 65,2 % (90 больных). Метод резекции и состояние паренхимы печени играют важную роль в возникновении этих осложнений. По технике выполнения резекции все больные распределены на две группы. В первую группу включены 72 (52,2 %) пациента, у которых применены так называемые методики «бескровной» резекции печени с включением прецизионной техники, аргонового коагулятора (АК) и ультразвукового скальпеля (УС), атравматичного монофиламентного шовного материала и клипирующих устройств. Во вторую группу включено 66 (47,8 %) больных, которым резекционный этап проводился с традиционным гемостазом.

Результаты. Объем интраоперационной кровопотери в первой группе в среднем составил $202,7 \pm 11,6$ мл, тогда как во второй группе — $512,5 \pm 78,2$ мл. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение в первой группе — в 1 (1,3 %) случае, во второй — в 3 (4,5 %); поддиафрагмальный абсцесс, асцит, острое нарушение коронарного кровообращения и плевропневмония — по 1

(1,4 %) случаю во второй группе; печеночная недостаточность в первой группе наблюдалась в 1 (1,3 %) случае, во второй группе — в 5 (7,5 %) случаях. Наружный желчный свищ наблюдался у 4 (6 %) больных во второй группе. У двоих больных желчные свищи закрылись самостоятельно в течение 11 и 16 дней. Следует отметить, что в первой группе после применения УС + АК желчный свищ не наблюдался.

Общая частота осложнений в группах исследования составила 2,6 % в первой группе и 18 % во второй. Послеоперационная летальность в общей группе составила 4,1 %, в свою очередь, в группе, в которой применены «бескровные» технологии, прецизионная техника, аргоновый коагулятор и ультразвуковой скальпель, атравматичный монофиламентный шовный материал и клипирующие устройства, отмечено снижение этого показателя с 8,2 до 1,8 %.

Заключение. Условиями снижения частоты послеоперационных осложнений после обширных резекций печени является не только качественная предоперационная диагностика и тщательный послеоперационный мониторинг с адекватной коррекцией или профилактикой специфических осложнений, но и интраоперационное применение «бескровных» резекционных технологий, обеспечивающих «сухую» резекцию с минимальной кровопотерей, что способствует сокращению послеоперационных осложнений более чем в 4 раза — с 8,2 до 1,8 % случаев.

Результаты селективного портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с высокой портальной гипертензией

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., МАХМУДОВ У.М., РАИМОВ С.А.

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

Аналізу подвергнуты результаты дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) у больных с наличием кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) в анамнезе, а также среди пациентов с диагностированным до портосистемного шунтирования (ПСС) отечно-асцитическим синдромом. Основной целью исследования явилась оценка декомпрессивного эффекта селективного шунта, так как ранее указанные факторы считались относительными противопоказаниями к ДСРА и, соответственно, этой категории пациентов преимущественно выполнялись центральные виды шунтирования. Из 229 больных в анамнезе кровотечения из ВРВПЖ перенесли 120 (52,4 %) пациентов. Асцит диагностирован в 119 (52,0 %) случаях.

Среди всех специфических осложнений селективная декомпрессия при ДСРА достоверно ($P < 0,05$) влияет только на частоту послеоперационного прогрессирования асцитического синдрома (9,1 % в группе с отсутствием асцита до операции и 9,2 % в группе без кровотечений в анамнезе против 20,0 и 20,2 % для больных с наличием указанных осложнений соответственно), однако на фоне функционирующего шунта тяжесть этого осложнения не несет выраженного клинического значения и нивелируется посредством специфических лечебно-профилактических мероприятий. С учетом селективного декомпрессивного эффекта ДСРА для профилактики развития кровотечения из ВРВПЖ в ранний постшунтовой период необходимо дополнять операцию перевязкой левой желудочной вены (ЛЖВ), что позволит снизить риск развития этого осложнения с 5,8 до 1,1 %, в свою очередь, наличие перенесенных кровотечений в анамнезе обуславливает обязательное выполнение этой манипуляции при наложении ДСРА, что снижает риск ранней геморрагии с 8,7 до 2,0 %.

Фактор перевязки ЛЖВ на фоне селективного ДСРА, декомпрессивный эффект которого ниже, чем при центральных ПСС, имеет принципиальное значение. Если ЛЖВ попадает в зону декомпрессии, то отток из нее будет осуществляться в зону анастомоза, следовательно, напряженность ВРВПЖ будет снижаться. Однако при впадении ЛЖВ проксимальнее ее перевязки в ранний постшунтовой период остается риск высокого ретроградного кровотока по ней в сторону ВРВПЖ с сохранением давления, что в условиях возможной на фоне операционной травмы портальной гастропатии или без нее может способствовать развитию кровотечения даже на фоне функционирующего шунта. В дальнейшем остаточное портальное давление приводит к перестройке гемодинамики в воротном русле с формированием оттока в сторону ДСРА, о чем свидетельствуют отдаленные результаты после этого типа вмешательств с регрессом ВРВПЖ, вплоть до возможного формирования тотального гепатофугального кровотока.

Способ ограничения портокавального сброса при формировании дистального спленоренального анастомоза

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.

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

Одной из особенностей, влияющих на вероятность наложения дистального спленоренального анастомоза (ДСРА), является диаметр селезеночной вены. В условиях портальной гипертензии (ПГ) сосуды воротной системы могут претерпевать существенные изменения, среди которых выраженная трансформация по диаметру может препятствовать формированию анастомозов по типу «конец в бок». В 1998 г. предложена оригинальная



методика ограничения портокавального сброса при помощи ограничительной манжеты из дакронового сосудистого протеза. Первоначально эта методика применялась только при формировании центральных типов анастомозов для формирования парциального сброса по шунту. При планировании селективного ДСРА эта методика может быть применена на основании тех же принципов. Ограничительная манжета проводилась на дистальный участок пересеченной селезеночной вены, диаметр манжеты был всегда меньше диаметра сосуда (8–10 мм).

В исследование вошли 2298 пациентов. Для сравнения результатов ДСРА с ограничительной манжетой мы сформировали три группы: ДСРА с диаметром селезеночной вены до 1,5 см — 194 (84,7 %) больных; ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см без ограничения — 21 (9,2 %) больной; ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см с ограничением — 14 (6,1 %) больных.

В группе больных с широкой селезеночной веной наложения ДСРА без применения оригинальной методики ограничения сброса частота печеночной недостаточности составила 14,3 % (3 больных), в группе с ограничением — 7,1 % (1), а в группе с селезеночной веной до 1,5 см — 3,1 % (6). ПЭ выявлена у 18,2 % (2 больных), 8,3 % (1) и 7,1 % (6) соответственно. Наблюдались несколько большие отличия в частоте нарастания асцита — 23,8 % (5), 14,3 % (2) и 13,9 % (27). Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) в ранний период после ДСРА развилось у 14,3 % (3) больных их числа пациентов с диаметром селезеночной вены более 1,5 см и ДСРА без ограничения и у 3,1 % (6) пациентов из числа больных с диаметром вены меньше 1,5 см. Летальность также оказалась максимальной в группе с ДСРА без ограничения — 9,5 % (2).

В целом для группы пациентов с диаметром селезеночной вены более 1,5 см, которым ДСРА был наложен без использования ограничительной манжеты, было характерно увеличение частоты специфических осложнений ($P = 0,030$), тогда как применение оригинальной методики ограничения портокавального сброса при ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см позволяло нивелировать частоту специфических постшунтовых осложнений.

Проведенные исследования показали, что 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. Относительные противопоказания в виде высокого остаточного портального давления и, соответственно, риска кровотечения из ВРВПЖ даже на фоне функционирующего шунта, а также нарастания асцитического синдрома, которые характерны для ближайшего периода после селективной декомпрессии, могут быть нивелированы включением в комплекс лечения специфических терапевтических мероприятий.

Сравнительные результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени в различных возрастных группах

НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.

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

Для сравнения результатов дистального спленоренального анастомоза (ДСРА) сформированы три возрастные группы из 229 больных: до 30 лет, 31–49 лет и 50 лет, оперированных за период с 2000 по 2011 г. Анализ результатов проведен по основным специфическим осложнениям портосистемного шунтирования (ПСШ).

Как показал анализ, при соблюдении стандартизированных показаний к ПСШ для больных ЦП возраст пациентов старше 50 лет не связан с достоверно большим риском развития специфических постшунтовых осложнений по сравнению с больными младше 50 лет. Это доказывают сводные данные по всем осложнениям в группах сравнения.

Частота печеночной недостаточности составила 4,3 % (9 больных) в группе до 50 лет против 5,6 % (1 пациент) в группе старше 50 лет. ПЭ выявлена у 7,6 % (16 пациентов) и 11,1 % (2 больных) соответственно. Частота нарастания асцита отличалась с несколько большей разницей — 14,2 % (30 пациентов) против 22,2 % (4 пациента), но, опять же, эта разница оказалась недостоверной. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) в ранний период после ДСРА развилось у 3,8 % (8 больных) среди пациентов в группе до 50 лет и 5,6 % (1 пациент) среди больных старше 50 лет. Даже с учетом всех указанных параметров по критерию χ^2 ($df = 4$) значение $P > 0,05$.

Таким образом, накопленный опыт позволил расширить показания к выполнению ДСРА для пациентов с ЦП старше 50 лет. В зависимости от особенностей сосудистой трансформации селезеночной вены ДСРА в настоящий период является доминирующим методом и выполняется более чем в 50 % случаев, причем для старшей возрастной группы или в условиях низкого компенсаторного резерва гепатоцитов на фоне ЦП этот тип шунтирования остается приоритетным, а порой и единственным способом декомпрессии воротного бассейна. Конечно, с одной стороны, накопленный небольшой опыт требует дальнейшего изучения проблемы расширенного внедрения ПСШ в старшие возрастные группы. С другой стороны, возрастные особенности могут проявляться не только осложнениями по основной патологии, но и иметь ряд других, повышающих риск операции, факторов, что требует рационального подхода к выбору тактики лечения этой категории больных ЦП. Однако

в противовес этому можно всегда поставить наличие абсолютных показаний к коррекции ПГ в виде перенесенных кровотечений в анамнезе, рецидив которых обуславливает значительно больший риск в отношении летальности, нежели риск специфических постшунтовых осложнений. Соответственно при адекватном индивидуальном подходе к выбору типа хирургического лечения вероятность положительного исхода планируемого планового вмешательства будет всегда выше, чем попытки консервативной профилактики геморрагического синдрома, особенно для пациентов, перенесших кровотечение из ВРВПЖ в анамнезе.

Стрессовые язвы как осложнения после резекции печени и их профилактика

ОМОРОВ Р.А., АЙТБАЕВ С.А., АБДИЕВ А.А., АВАСОВ Б.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек, Кыргызстан

После радикальных операций на печени, выполненных по поводу альвеококкоза, нередко возникают гастродуоденальные кровотечения на почве стрессовых язв, которые существенно влияют на исход заболевания.

Цель исследования: оценить результаты разработанных мер профилактики стрессовых язв после резекции печени.

Материалы и методы. В исследование вошли 83 пациента, которым выполнены радикальные и паллиативные операции по поводу альвеококкоза печени. Пациенты были разделены на две группы. I группа (исследуемая) — 31 (37,3 %) больной, которым интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде применяли комплекс мер, направленных на предотвращение возникновения стрессовых язв. Профилактика заключалась в следующем: к концу операции вводили назогастральный зонд, и через него осуществляли орошение желудка с последующей аспирацией озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8–10 мкг/мг начиная с момента окончания операции и на протяжении 1–2 суток, а со вторых суток начинали дробное энтеральное питание, в промежутке между питанием вновь орошали желудок озонированным раствором. С первого дня после операции назначали квамател по 20 мг на 400 мл физиологического раствора поваренной соли, внутривенно 2 раза в сутки на протяжении 7–10 дней. Для уменьшения кислородной недостаточности назначали ингаляции кислорода по 20–40 минут 2–3 раза в день. Кроме того, ежедневно на протяжении 4–5 дней вводили внутривенно озонированные растворы по 400 мл с концентрацией озона 3–4 мкг/мл.

II группа (контрольная) — наблюдали 52 (62,7 %) больных, в отношении которых специфических мер, направленных на предотвращение возникновения стрессовых язв, не применяли.

Результаты. В I группе избранные меры снижали агрессию и повышали защитную функцию слизистых. Гастродуоденальное кровотечение не возникло ни у одного пациента. При гастроскопии, выполненной у 21 больного, стрессовых язв не обнаружено. Показатели общего анализа крови и функционального состояния печени и почек быстрее приходили к норме.

Во II группе в послеоперационном периоде на 3-и — 4-е сутки у 4 возникло гастродуоденальное кровотечение на почве стрессовых язв. Выполняли гемостатическую, заместительную, противовоспалительную терапию, у 2 кровотечения остановить удалось, а 2 погибли от нарастающей анемии, летальность составила 3,8 %. Анализ историй болезни показал, что это осложнение возникло у больных, у которых кровопотеря была наибольшей, а оперативное вмешательство было более продолжительным.

Заключение. Предложенные меры профилактики позволяют предотвратить развитие гастродуоденального кровотечения в послеоперационном периоде у пациентов, перенесших радикальные и паллиативные операции по поводу альвеококкоза печени. Эти меры профилактики можно использовать и после резекций печени, выполненных по поводу других заболеваний.

Осуществление резекции печени с использованием технологии электросварки живых тканей

ПОДПРЯТОВ С.Е., ГИЧКА С.Г., ПОДПРЯТОВ С.С., МАРИНСКИЙ Г.С., ЧЕРНЕЦ А.В.,

ТКАЧЕНКО В.А., ДУБКО А.Г., КОРЧАК В.П., ИВАХА В.В.

Киевская городская клиническая больница № 1, Киев, Украина

Институт электросварки им. Е.О. Патона, Киев, Украина

Цель исследования: оценить результаты использования технологии электросварки живых тканей (ТЭЖТ) при выполнении резекции печени.

Материалы и методы. Применение ТЭЖТ для резекции печени было разработано в эксперименте на 23 свиньях. В клинике ТЭЖТ применена у 6 пациентов.

Использовали источники питания ЕК-300М1 и ЕКВ3-300 «Патонмед®», а также инструменты разработки Института электросварки им. Е.О. Патона.

Результаты. В результате экспериментальных исследований установили, что выполнение операций на печени с применением ТЭЖТ должно быть разделено на три составляющие. Рассечение капсулы печени, разде-



ление паренхимы и перекрытие внутрисегментарных желчных протоков и сосудов требуют применения особых режимов подачи электросварочного тока и специальной работы инструментом.

Разделение паренхимы печени, перекрытие и разделение внутрисегментарных сосудов и желчных протоков осуществляли, используя режим коагуляции.

Сегментарные сосуды и желчные протоки перекрывали, применяя автоматический режим «сварка» и фиксированное усилие сжатия электродов. В результате образовывался типичный сварной шов. Разделяли ткани по линии электросварки, рассекая их с помощью ножниц.

Во всех наблюдениях достигнут гемо- и холестаз.

По данным морфологического исследования, по линии электросварочного разъединения паренхимы печени образовывалась коагуляционная капсула толщиной до 0,5 мм. В толще капсулы контуры клеток отсутствовали, ткань в основном была однородной. Лишь на отдельных участках встречались ядра клеток печени, до 30 % от их общего числа, а также ядра лейкоцитов.

В отдельных местах отмечена почти полная гомогенизация паренхимы печени с единичными ядрами в ней. Сосуды и желчные протоки, находящиеся в коагуляционной капсуле, были облитерированы.

Таким образом, коагуляционная капсула является не только местом перекрытия внутрисегментарных желчных протоков и сосудов, но и барьером, предотвращающим выход внутрисегментарного экссудата в околопеченочное пространство.

Непосредственно за коагуляционной капсулой располагалась зона слияния гепатоцитов толщиной до 1,5 мм. В этой зоне более 50 % гепатоцитов тесно примыкали один к другому, но их капсула и ядра были сохранены. Между группами из 15–20 гепатоцитов отмечали щели толщиной до 100 мкм, а также прослойки соединительной ткани с перекрытыми внутрисегментарными сосудами и желчными протоками.

Изменения сосудов и желчных протоков являются однотипными в различных участках резекции.

Глубже в паренхиме печени за зоной соединения гепатоцитов выявлена зона отека ткани толщиной 1–2 мм, в которой отмечено расширение расстояния между отдельными клетками в 3–5 раз по сравнению с обычной паренхимой.

В зонах соединения гепатоцитов и отека ткань печени имеет те же структурные характеристики основного заболевания, что и в остальной паренхиме.

В послеоперационном периоде не наблюдали осложнений, связанных с применением ТЭЖТ.

Выводы. 1. Применение ТЭЖТ позволяет выполнять как атипичную, так и анатомическую резекцию печени.

2. По линии электросварочной резекции печени происходит соединение гепатоцитов, надежное перекрытие внутрисегментарных сосудов и желчных протоков, образование коагуляционной капсулы.

Особенности антигипертензивной терапии у пациентов с нарушением функции печени

ПУТИНЦЕВ Ю.В., ПАНКРАТОВ А.Ю.

НУЗ «Дорожная клиническая больница имени Н.А. Семашко на ст. Люблино ОАО «РЖД», Москва, Россия

Артериальная гипертония (АГ) по-прежнему является самым распространенным заболеванием сердечно-сосудистой системы. Так, в России АГ страдают около 30 % взрослого населения. Самые ранние структурно-функциональные изменения у больных АГ обнаруживают на уровне сосудов микроциркуляторного русла органов-мишеней сердечно-сосудистой системы, почек, головного мозга, печени. Процессы ремоделирования в периферических сосудах включают в себя разрежение сосудистого русла, изменения соотношения медиа/просвет, замедление неангиогенеза, нарушение функции эндотелия.

В клинической практике врачу часто приходится сталкиваться с сочетанием у больного АГ и патологии печени. В настоящее время хорошо известно, что при заболеваниях печени не только избыточно экспрессируются «классические» компоненты ренин-ангиотензиновой системы (РАС), такие как ренин, ангиотензинпревращающий фактор (АПФ), ангиотензин II (АТ II) и АТ1-рецепторы, но также активируются и компоненты «альтернативной» РАС (АПФ-2, АТ (1–7), мас-рецепторы).

Возникает вопрос о выборе препарата с минимальным риском осложнений, особенно при наличии печеночной недостаточности.

Опыт применения комбинированной терапии, направленной на блокаду РАС у пациентов с АГ и сопутствующей патологией печени, позволяет оптимизировать сроки достижения целевых значений АД, снизить риск побочных эффектов препаратов, а также приводит к улучшению функции печени.

Антигипертензивная терапия, направленная на звенья РАС посредством ингибирования образования АТ II и блокирования рецепторов к нему, широко распространена в клинической практике. Применение ингибиторов АПФ и блокаторов рецепторов АТ II 1-го типа (БРА) позволяет уменьшить степень повреждения тканей и фиброз при сердечных заболеваниях независимо от действия на АД.

В настоящее время в арсенале врача существует множество препаратов с фиксированной комбинацией ингибитора АПФ и тиазидных диуретиков. Стоит отметить, что при выборе схемы антигипертензивной терапии

больным с АГ и заболеваниями печени следует отдавать предпочтение препаратам, имеющим преимущественно почечный тип элиминации, что в равной мере относится как к ингибиторам АПФ, так и к блокаторам ангиотензиновых рецепторов.

Пути профилактики осложнений при резекции печени

ПЫШКИН С.А., МАСЛОВ В.Г., БОРИСОВ Д.Л., УСТИНОВ Н.А.

Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия

МБУЗ «Городская клиническая больница КБ № 8», Челябинск, Россия

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с объемными поражениями печени (ОПП).

Материалы и методы. За последние 17 лет пролечено 1394 больных с ОПП: злокачественные (первичные и метастатические) — 367, доброкачественные > 5 см — 451, непаразитарные кисты печени — 348, эхинококк (гидатидозный и альвеолярный) — 173, редкие ОПП (шваннома и др.) — 17, абсцессы — 38. Выполнено 1028 операций. Проанализирован ближайший послеоперационный период у 109 больных, которым выполняли обширные резекции печени (удаление 3 и более сегментов): гемигепатэктомии — 105 (96,3 %) (правосторонние — 71, левосторонние — 34, в том числе расширенные — 24), трисегментэктомии — 4 (3,7 %). Размеры очагов варьировали в пределах от 9 до 30 см в наибольшем измерении. Возраст больных — от 16 до 74 лет. Выделены две группы. В основной группе (n = 45) для минимизации послеоперационных осложнений использовали комбинированную технику диссекции паренхимы печени (электрокоагуляция в режиме Spray, ультразвуковая и дигитоклазия), обработку раневой поверхности печени аргоноплазменной коагуляцией, аппликациями тахокомб и Surgicel, дренирование зоны удаленного препарата перчаточной-трубчатой дренажной системой. В группе сравнения (n = 64) осуществляли выделение сосудисто-секреторных элементов по линии резекции с помощью дигитоклазии или раздавливанием паренхимы зажимом, проводили обработку раневой поверхности печени электрокоагуляцией, дренирование области резекции трубчатыми дренажами. В обеих группах для холестаза применяли краевые компрессирующие швы без захвата крупных сосудов (атравматика — викрил, отступ от края резекции до 0,5 см).

Результаты. Общая летальность составила 5,5 %, интраоперационная — 1,8 % (кровотечения — 2), послеоперационная — 4,6 % (печеночная кома — 3, ТЭЛА — 1, кровотечение из острых язв — 1). Различные общехирургические и специфические осложнения в ближайшем и раннем послеоперационном периоде наблюдали в 18,5 %. Осложнения, требующие релапаротомии, — 3 (2,8 %) случая: кровотечение — 2, абсцесс — 1; вылеченные консервативно (иногда с пункцией или дренированием под УЗ-контролем) — 17 (15,7 %): гематома, абсцессы, плеврит, биломы.

При ретроспективном анализе установлено, что летальность и число послеоперационных осложнений значительно снизились в основной группе по отношению к контрольной с 3,7 до 1,3 % и с 11,6 до 6,9 % соответственно. Летальность от способа диссекции не зависела. Выявлено, что большая частота осложнений наблюдалась при правосторонних гемигепатэктомиях и резекциях задних сегментов (SVII–VIII) правой доли. Желчных свищей в обеих группах не было. Нозологическая форма, объем резекции, продолжительность операции, кровопотеря, использование приема Pringle в основной и группе сравнения на развитие осложнений не влияли.

Выводы. Уменьшению числа осложнений способствуют: 1) способ диссекции паренхимы; 2) эффективный холе- и гемостаз; 3) способ обработки раневой поверхности печени; 4) адекватное дренирование зоны удаленного препарата (использование перчаточной-трубчатого дренажа).

Хирургический доступ при операциях на VI–VII сегментах печени и нижней полой вене

РУСИН В.И., КОРСАК В.В., РУСИН А.В., БОЙКО С.А.

Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

Накопление опыта хирургии печени позволило расширить диапазон оперативных вмешательств как на самой печени, так и на органах, синтопически расположенных к ней.

Цель исследования: обосновать хирургический доступ при операциях на VI–VII сегментах печени, супра-ренальном, ретропеченочном и наддиафрагмальном отделах нижней полой вены (НПВ).

Материалы и методы. В исследование включено 50 больных в возрасте от 27 до 79 лет, которые были прооперированы по поводу травматических разрывов (7 (14,0 %) пациентов), метастатического поражения печени в VI–VII сегментах (13 (26,0 %) больных), опухолевого тромбоза НПВ (30 (60,0 %) пациентов). Больные оперированы из трансабдоминального двухподреберного доступа в модификации по типу Chevron. Во всех случаях выполнялась тщательная мобилизация правой доли печени и НПВ. После рассечения малого сальника осуществляется выделение гепатодуоденальной связки, которая берется на турникет. Печеночный угол толстой кишки вместе с восходящей ободочной кишкой отводится вниз и медиально, рассекается печеночно-по-



чечная связка, выполняется расширенная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру. Затем выполняется непосредственная мобилизация правой доли печени путем пересечения круглой, серповидной, правой треугольной и венечной связок, а также париетальной брюшины по нижней ее поверхности. Перевязываются и пересекаются короткие печеночные вены. Правую долю печени ротируют по методике *riggyback* в левое подреберье, при этом основные печеночные вены хорошо контролируются. После ротации правой доли печени передняя поверхность супрааренального и ретропеченочного отделов НПВ становится доступной для последующих манипуляций. На следующем этапе мобилизация НПВ достигается путем рассечения брюшины по обе стороны от нее, а также перевязывания и пересечения поясничных вен в этой области. Мобилизованная НПВ была подготовлена к наложению турникетов/сосудистых зажимов. В 20 случаях был применен маневр Pringle.

Результаты. Использование данного доступа обеспечивает хорошую визуализацию задних сегментов печени, печеночных вен и НПВ. Интраоперационная кровопотеря составила от 300 до 1500 мл в зависимости от объема выполняемой операции. Ни в одном случае не было неконтролируемого кровотечения.

Выводы. Выполнение трансабдоминального двухподреберного доступа в модификации по типу Chevron, широкая мобилизация правой доли печени с последующей ротацией ее по методике *riggyback* в левое подреберье, а также широкая мобилизация НПВ позволяют снизить количество интра- и послеоперационных осложнений при операциях на VI–VII сегментах печени и супрааренальном, ретропеченочном и наддиафрагмальном отделах НПВ.

Иммунный статус у больных с эхинококкозом печени

СТРАЖЕСКУ Г.И.

*Кафедра хирургии № 2 Кишиневского государственного университета медицины и фармации
им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова*

Городская клиническая муниципальная больница «Святая Троица», Кишинев, Молдова

На фоне пониженного иммунитета эхинококковая инфекция может развиваться с вариантами клинических и иммунных нарушений. Несмотря на почти идеальную лапароскопическую эхинококкэктомию печени, отмечается большое количество осложнений (29,2 %), возможно, связанных в большой степени с иммунными нарушениями.

Цель исследования: оценка иммунных нарушений у больных, прооперированных лапароскопически по поводу эхинококкоза печени.

Материалы и методы. В исследование было включено 123 человека. Изучение иммунного статуса было проведено у 73 (59,3 %) больных, из них у 44 был осложненный (нагноившийся) эхинококк. Клеточный иммунитет оценивали по относительному и абсолютному количеству CD3-лимфоцитов, подпопуляций CD4, CD8 и иммунорегулирующему индексу. Для тестирования неспецифического клеточного иммунитета оценивалась популяция CD16 (естественные киллеры). Гуморальный иммунитет оценивался при помощи относительного и абсолютного определения популяции CD19 и концентрации иммуноглобулинов классов M, G, A, E в плазме. Определение специфических антиэхинококковых антител производилось с использованием иммуоэнзимной тест-системы компании Alexon-Trend (США) и чтением результатов при помощи анализатора Stat Fax 303+ (США). Контрольная группа включала 50 (40,7 %) здоровых людей.

Результаты. В соответствии с полученными данными, у больных с эхинококкозом печени отмечены следующие нарушения. На фоне лимфопении ($1,34 \pm 0,07 \cdot 10^9/\text{л}$ по сравнению с $1,70 \pm 0,07 \cdot 10^9/\text{л}$ в контрольной группе, $P < 0,05$), отмечался рост общего количества Т-лимфоцитов — CD3 ($1,11 \pm 0,05 \cdot 10^9/\text{л}$ по сравнению с $0,95 \pm 0,04 \cdot 10^9/\text{л}$, $P < 0,02$). Одновременно отмечается уменьшение относительного количества CD4 ($35,25 \pm 1,35$ по сравнению с $43,76 \pm 1,19$ в контрольном лоте, $P < 0,01$). Что касается гуморального иммунитета, можем отметить достоверно высокий рост ($P < 0,01$) относительного и абсолютного количества лимфоцитов CD19 и снижение концентрации иммуноглобулинов класса G и A ($P < 0,05$) в плазме. Значительных изменений уровня IgM не наблюдали, что характерно для хронических инфекций, при которых преобладают нарушения IgG и IgA.

Выводы. При осложненном (нагноившемся) эхинококкозе печени отмечаются значительные нарушения клеточного иммунитета, проявляющиеся снижением уровня лимфоцитов Т-хелперов и относительным ростом уровня Т-супрессоров, что приводит к вторичному иммунодефициту этой иммунной фазы. Об этом свидетельствует и лейко-/Т-лимфоцитарный индекс (6,8). Отмечен рост абсолютных показателей популяции CD3, подпопуляций CD4 и CD8 и рост природных Т-киллеров. Отмечается достоверный рост показателей гуморального иммунитета (CD19 $0,27 \pm 0,02$ и $0,42 \pm 0,02$, $P < 0,001$). Наблюдается рост концентрации всех классов иммуноглобулинов, отмеченные послеоперационные показатели в 1,2–2,1 раза выше, чем при госпитализации.

Таким образом, хирургическое вмешательство привело к оптимизации показателей иммунного статуса благодаря исключению интоксикации паразитарными антигенами, уменьшению концентрации антигена в крови и, возможно, улучшению функции лимфоцитарной мембраны.

Лапароэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени

СТРАЖЕСКУ Г.И.

*Кафедра хирургии № 2 Кишиневского государственного университета медицины и фармации
им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова*

Городская клиническая муниципальная больница «Святая Троица», Кишинев, Молдова

Цель исследования: оценка преимуществ миниинвазивной (лапароэндоскопической) хирургии в сравнении с классической (лапаротомической) хирургией при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. В исследовании были проанализированы результаты лечения 118 больных, прооперированных по поводу эхинококкоза печени в период с 2006 по 2012 г., из них мужчин — 72 (61,0 %), женщин — 46 (39,0 %). Возраст больных был в пределах от 19 до 58 лет. Пациенты отбирались по следующим критериям: возраст больных — не старше 60 лет; отсутствие тяжелой сопутствующей патологии; отсутствие ожирения; живые одиночные эхинококковые кисты (без генераций); диаметр кист до 10 см; поверхностное расположение кисты. Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — 59 (50 %) больных, оперированных лапароэндоскопически; 2-я группа — 59 (50 %) больных, оперированных лапаротомически. В группе больных, оперированных лапароэндоскопически, были прооперированы кисты следующих локализаций: II сегмент — 8 кист; IV–V — 12 кист; VI — 19 кист; VII — 11 кист; VIII — 9 кист. Лапароскопическое хирургическое лечение было направлено на перикистэктомии в случаях преимущественно поверхностного расположения — 28 случаев; открытая кистэктомия (операция Lagrot) с последующей оментопластикой остаточной полости в печени и дренированием проводилась в 21 случае; открытая кистэктомия с последующим капитонажем остаточной полости в печени и дренированием — в 10 случаях. В группе больных, оперированных лапаротомически, были прооперированы кисты следующих локализаций: II сегмент — 1 киста; IV сегмент — 6 кист; VI — 3 кисты; VII — 29 кист; VIII сегмент — 20 кист. Применяли следующие доступы: правосторонняя подреберная лапаротомия — 49 случаев; верхнесрединная лапаротомия — 10 случаев. Выполнены следующие оперативные вмешательства: перикистэктомия — 24 случая; открытая кистэктомия (операция Lagrot) с простым дренированием — 13 случаев; открытая кистэктомия с последующей оментопластикой остаточной полости в печени и дренированием — 10 случаев; капитонаж остаточной полости в печени и дренирование — 12 случаев.

Результаты. Длительность лапароэндоскопических операций составляла 30–95 минут, лапаротомических — 70–175 минут. Были зарегистрированы 3 осложнения (билиррагия): в группе больных, оперированных эндоскопически, — 2 и в группе больных, оперированных лапаротомически, — 1. Для борьбы с осложнениями проводили эндоскопическую папиллосфинктеротомию. Длительность госпитализации в группе эндоскопических операций — 4–8 дней; в группе лапаротомических операций — 7–14 дней.

Выводы. Лапароэндоскопическая хирургия эхинококковых кист печени обладает преимуществами по сравнению с классической хирургией. Уменьшение операционной травмы, длительности госпитализации, снижение расходов на медицинскую помощь этим больным, снижение уровня послеоперационных осложнений, косметический комфорт брюшной стенки все больше приводят к показаниям к эндоскопическому оперативному вмешательству. В нашей клинике с каждым днем расширяются показания к лапароскопическим операциям при больших кистах, кистах с генерациями и осложненных кистах. Метод операции с классическим доступом при эхинококкозе печени остается в резерве и применяется практически преимущественно при конверсии.

Использование аппарата дозированного лигирующего воздействия LigaSure при выполнении лапароскопических операций на печени и внепеченочных желчных протоках

СУХИН И.А., АМБРУШ О.О., БЕЛИЛОВЕЦ А.Н., КАЧАН С.Г., ГОНЧАР И.В., ГИЛЕВИЧ Р.С.

Узловая больница № 1 ГТОО «Юго-западная железная дорога» ст. Дарница, Киев, Украина

Использование энергии электрического тока занимает ведущее место при рассечении тканей и осуществлении гемостаза. Среди большого количества электрохирургических аппаратов особое место занимает генератор дозированного электрического воздействия Vessel Sealing System (LigaSure). Аппарат LigaSure обеспечивает дозированную подачу энергии в зависимости от изменений свойств тканей в точке приложения, что приводит к испарению жидкости с последующей денатурацией коллагена и эластина с формированием гомогенной пломбы на весь просвет сосуда.

В работе использовали энергетическую платформу Force Triad фирмы Covidien, которая оснащена монополярным и биполярным режимами и функцией LigaSure второго поколения. С использованием данной технологии было выполнено 118 лапароскопических вмешательств, из них 97 (82,2 %) холецистэктомий и 21 (17,8 %) операция по поводу серозных кист печени различной локализации. Для обработки оболочек кист, пузырного протока и артерии использовали инструменты LigaSure™ V диаметром 5 мм и длиной 37 см, LigaSureAtlas™ диаметром 10 мм и длиной 37 см, которые имеют функцию лигирования и рассечения тканей. После выделения



пузырного протока на дистальную его часть накладывали одну клипсу, выше которой накладывали инструмент LigaSure. После срабатывания аппарата происходило надежное заваривание проксимальной части протока. Пузырную артерию обрабатывали аппаратом без накладывания клипс. В 15 случаях технологию использовали для герметизации пункционного отверстия желчного пузыря.

При обработке кист использование аппарата позволяет осуществить одновременное иссечение оболочек и добиться надежного гемостаза. Во всех случаях использования осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

Использование аппарата дозированного электрического воздействия при лапароскопических операциях на печени и внепеченочных желчных протоках позволяет избежать характерных для таких вмешательств осложнений, значительно сократить время операции, облегчает выполнение основных этапов.

Способ лечения абсцесса печени

ТИМЕРБУЛАТОВ М.В., МЕХТИЕВ Н.М., МАНАНОВ Р.А., ШИРЯЕВ А.А., СЕНДЕРОВИЧ Е.И., ХАФИЗОВ Р.М., РАХИМОВ Р.Р.

**ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия**

В настоящее время внедрение в клиническую практику ультразвукового метода исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) позволило своевременно диагностировать абсцессы печени.

Основным методом лечения абсцесса печени являются вскрытие и дренирование полости. Одни авторы придерживаются традиционного способа лапаротомии, вскрытия и дренирования гнойника. Другие авторы отдают предпочтение чрескожной пункции и дренированию абсцесса под контролем УЗИ или КТ.

Мы располагаем опытом лечения 11 пациентов с абсцессами печени. Мужчин было 7 (63,6 %) человек, женщин — 4 (36,4 %). При этом в 3 случаях абсцессы развились гематогенным путем в данные сроки после различных хирургических вмешательств на органах брюшной полости. У 4 больных абсцесс печени развился холангиогенным путем, у 1 больного имел место амебный абсцесс печени, у остальных причину возникновения абсцесса печени установить не удалось.

Лечебная практика при абсцессах печени заключалась в том, что под общим наркозом больным производили лапаротомию в правом подреберье. Вскрытие абсцесса производили минимально допустимым доступом. После санации и промывании в полость абсцесса устанавливали 2 трубчатых дренажа. В подпеченочное и поддиафрагмальное пространства устанавливали контрольные дренажи. В послеоперационном периоде через дренажи под давлением в 2–3 мм рт.ст. в полость абсцесса подавали из источника чистый кислород в течение 15–20 минут 3–5 раз в сутки. Помимо этого больные получали трансфузионно-инфузионную терапию, антибиотики, гепатопротекторы.

На 2-е — 3-и сутки отделяемое из полости становилось серозным, прозрачным, нормализовалась температура тела. Стихали боли. Ультразвуковая томография в динамике на 3-и, 5-е и 7-е сутки показала уменьшение объема полости. Дренажи удаляли на 7-е и 9-е сутки. Рецидива абсцесса у больных не наблюдали. Продолжительность лечения в стационаре составила $14,30 \pm 0,67$ дня.

Таким образом, анализ полученных результатов позволяет сделать вывод о том, что дренирование абсцесса двумя дренажными трубками, проведение сеансов внутриспиральной оксигенотерапии в комплексной терапии позволяют улучшить результат лечения.

Клеточная терапия при циррозе печени

ТИМЕРБУЛАТОВ Ш.В.

**ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия**

Введение. В эксперименте показано значительное ускорение регенерации печени при применении фетальных клеток печени (С.И. Рахматуллин, 2000), а в клинической практике этот метод пока не используется. В литературе имеются отдельные сообщения об успешном применении для лечения больных с циррозом печени (ЦП) мобилизованных аутологичных гемопоэтических стволовых клеток (ГСК) (А. Drawan с соавт., 2004; J.S. Esch с соавт., 2005; А.В. Берсенев, 2005; Е.Р. Черных с соавт., 2007).

Цель исследования: оценка клинической эффективности методики аутологичной трансплантации клеточных культур у больных с ЦП.

Материалы и методы. В исследование включены 32 больных с циррозом печени (19 (59,4 %) мужчин, 13 (40,6 %) женщин) в возрасте 17–56 лет. Проводилась аутоотрансплантация клеточных культур, выделенных и стимулированных из собственного костного мозга. Контрольную группу составили 40 больных с указанными заболеваниями, получивших традиционное консервативное лечение. Диагностику ЦП проводили на основании

клинических и биохимических данных, результатов ФЭГДС, УЗИ с дуплексным сканированием, КТ, пункционной биопсии печени. В соответствии с классификацией Child — Pugh ЦП класса А был у 8 (25 %), класса В — у 18 (56,2 %), класса С — у 6 (18,8 %). Выделение моноклеарных клеток костного мозга проводили путем лейкофереза сепаратором CobeSpectra после их предварительной стимуляции с использованием гранулоцитарного колониестимулирующего фактора (Г-КСФ) в дозе 1 млн ЕД/кг массы тела. Препарат вводили в/в в течение 3 дней, далее проводился лейкоферез, сбор фракции СД34+. Затем производили подсчет количества и определение жизнеспособности моноклеарных клеток на 1 кг веса. Трансплантацию ГСК проводили в v. portae через реканализированную пупочную вену 20 больным, 12 — ввиду ее невозможности — через желудочно-сальниковые, сальниковые вены. Через 6 месяцев проводили повторный курс аутотрансплантации криозамороженной фракции. Объем вводимого курсового клеточного материала в среднем составил 50 млн клеток.

Результаты. Оценивали через 3, 6, 12, 24 месяца после клеточной терапии (табл. 1). В послеоперационном периоде отмечены снижение активности печеночных ферментов, уровня билирубина, повышение альбумина и регресс ЦП из декомпенсированной в компенсированную стадию (с 7,2 до 6,0 баллов по индексу Child — Pugh). Достоверное сокращение размеров селезенки, диаметра селезеночной и воротной вены отметили у 18 больных после повторной аутотрансплантации клеточной культуры, у этих больных отмечено также заметное уменьшение асцита. В целом у 87,5 % больных через 12 месяцев биохимические показатели были в пределах нормы.

Таблица 1. Клинико-лабораторные показатели после повторной трансплантации аутологичных клеток костного мозга в динамике

Показатель	До аутотрансплантации	После аутотрансплантации		
		Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Альбумин, г/л	38,0 ± 1,3	43,2 ± 2,2*	46,8 ± 2,7*	41,6 ± 1,5
Общий билирубин, мкмоль/л	46,0 ± 3,6	25,5 ± 3,1**	26,7 ± 4,5*	24,8 ± 3,9*
АлАТ, ммоль/ч·л	1,90 ± 0,24	0,90 ± 0,24*	1,30 ± 0,33*	1,10 ± 0,21*
АсАТ, ммоль/ч·л	1,20 ± 0,14	0,68 ± 0,16*	1,03 ± 0,18	0,87 ± 0,14
Щелочная фосфатаза, ЕД/л	160 ± 32	129 ± 22	122 ± 23	146 ± 17
Тромбоциты, • 10 ⁹ /л	123 ± 12	173 ± 20*	168 ± 17*	135 ± 14
Диаметр воротной вены, мм	15,5 ± 0,7	14,8 ± 0,4	13,9 ± 0,2	13,5 ± 0,6
Диаметр селезеночной вены, мм	12,6 ± 0,5	11,8 ± 0,4	10,5 ± 0,6	11,7 ± 0,7
Размеры селезенки, мм	146 × 68	134 × 61	137 × 66	138 × 72
Астенический синдром, баллы	5,40 ± 0,34	2,70 ± 1,14*	1,60 ± 0,61**	1,80 ± 0,45**
Child — Pugh, баллы	7,20 ± 0,31	6,30 ± 0,28*	6,15 ± 0,34*	6,00 ± 0,21**

Примечания: * — < 0,05; ** — < 0,01 по сравнению с состоянием до лечения.

Таким образом, наши исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности клеточной терапии при ЦП.

Компьютерно-томографические характеристики контрастирования гепатоцеллюлярного рака

ТУМАНОВА У.Н., КАРМАЗАНОВСКИЙ Г.Г., ЩЕГОЛЕВ А.И.

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

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить особенности контрастирования гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) различной степени дифференцировки при компьютерно-томографическом (КТ) исследовании.

Материалы и методы. Работа основана на клинико-морфологических сопоставлениях 16 больных (11 (68,8 %) мужчин и 5 (31,2 %) женщин в возрасте 18–72 лет), оперированных в Институте хирургии им. А.В. Вишневского по поводу гепатоцеллюлярного рака (ГЦР). На дооперационном этапе всем больным выполняли компьютерную томографию (КТ) с болюсным контрастным усилением (по четырем фазам исследования). Определяли локализацию, размеры, границы, а также денситометрические показатели опухоли и окружающей ткани печени. На основании денситометрических данных рассчитывали индекс усиления изображения как отноше-



ние показателей КТ плотности тканей в разные фазы сканирования (артериальная фаза относительно нативной и венозная фаза относительно артериальной). Полученный после резекции печени операционный материал подвергали комплексному макро- и микроскопическому исследованию. Определение степени гистологической дифференцировки проводили согласно рекомендациям ВОЗ по Международной гистологической классификации опухолей печени: высокодифференцированный (ВД) вариант ГЦР диагностирован у 5 (31,3 %) пациентов, умереннодифференцированный (УД) — у 8 (50,0 %) и низкодифференцированный (НД) — у 3 (18,7 %).

Результаты. В результате спиральной КТ установлено, что показатели плотности ткани ГЦР зависят как от фазы КТ-исследования, так и степени гистологической дифференцировки (степени злокачественности) опухоли. Наибольшая КТ-плотность ткани новообразования в нативную фазу отмечается при ВД ГЦР. В артериальную фазу наблюдается повышение плотности опухолевой ткани, особенно в наблюдениях УД ГЦР. В венозную фазу исследования по сравнению с артериальной отмечается увеличение КТ-плотности ткани при ВД ГЦР и, напротив, снижение — при УД и НД раке. Отсроченная фаза КТ-исследования характеризуется снижением плотности во всех наблюдениях. Рассчитанные значения индекса усиления ткани ГЦР в артериальную фазу превышают соответствующие показатели паренхимы печени на 32,8 % при ВД, на 68,0 % — при УД и на 42,9 % — при НД форме. При этом показатели индекса усиления новообразования в венозную фазу, наоборот, меньше аналогичных значений ткани печени: на 10,1, 26,8 и 37,1 % при ВД, УД и НД ГЦР соответственно.

Выводы. Особенности контрастирования ГЦР при компьютерно-томографическом исследовании зависят от степени его гистологической дифференцировки (степени злокачественности). Рассчитанные значения индексов усиления плотности ГЦР способствуют проведению его дифференциальной диагностики.

Рецидивный холедохолитиаз как причина холангиогенного абсцесса левой доли печени. Клиническое наблюдение

**ФОМИН В.С., НИКОЛАЕВ Н.М., КОЛОСКОВ Ю.Б., ДАНИЛЕВСКАЯ О.В.,
ФОМИНА В.М., ФОМИНА М.Н., НИКОЛАЕВ Д.В.**

**ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия
Городская клиническая больница № 14 им. В.Г. Короленко, Москва, Россия**

Актуальность. На сегодняшний день холангиогенный генез абсцессов печеночной локализации превалирует над иными причинами (Г.Г. Ахаладзе, 2011). При этом способы хирургического лечения требуют не только вскрытие абсцесса, но также и санации билиарного дерева как первичного источника инфицирования и/или обструкции желчных протоков (G.J. Poston, L.H. Blumgart, 2003). Считается целесообразным применение пункции при пилефлебических абсцессах печени, дренирования — при холангиогенной природе абсцессов диаметром до 12 мм; больший размер подразумевает (первично или после предварительной декомпрессии) выполнение открытых операций (S. Vari с соавт., 2007; А.А. Malik с соавт. 2010; Н. Heneghan с соавт., 2011; Г.Г. Ахаладзе, 2011).

Цель наблюдения: демонстрация успешного этапного малоинвазивного лечения рецидивного холедохолитиаза, осложненного формированием гигантского солитарного холангиогенного абсцесса левой доли печени у пациентки старческой возрастной группы.

Клиническое наблюдение. Пациентка П., 77 лет, доставлена бригадой СМП в ГКБ № 14 с подозрением на правостороннюю нижнедолевую пневмонию с картиной лихорадки гектического типа, ознобами, болями в эпигастрии, правом верхнем квадранте живота. При поступлении состояние средней тяжести, кожные покровы чистые. Дыхание справа ослаблено, проводится во все отделы, хрипы не определяются. ЧСС — 84 в минуту. АД — 125/75 мм рт.ст. При осмотре больная щадит правую половину живота при дыхании, живот не напряжен, мягкий, болезненный в правом верхнем квадранте, эпигастрии с локальной гипертермией. Перитонеальные симптомы не определяются. В анамнезе у больной холецистэктомия с холедохотомией, дренированием общего желчного протока дренажом Кера в 1980-х годах. При поступлении выполнено УЗИ гепатобилиарного комплекса: внепеченочные протоки не расширены. Внутрпеченочные протоки не расширены. В левой доле солитарное образование до 75 × 55 мм с жидкостным компонентом до 200 см³, плотной стенкой до 3–4 мм. СКТ: визуализируется образование в левой доле на границе SII и SIII, гиподенсное, с пузырьками воздуха, до 75 мм в диаметре. Зон обструкции билиарного дерева не выявлено. Принимая во внимание наличие клинико-инструментальной картины абсцесса левой доли под УЗ-контролем, выполнили дренирование абсцесса катетером Malecot 14 Fr производства ООО «МИТ». Получено до 350 мл сливкообразного гноя (при посеве на 5-е сутки получен рост *E.coli*). Начата антибактериальная терапия, в том числе с применением эндолимфатического введения пefлоксацина по 0,4 г двукратно в периферический лимфатический катетер в течение 5 суток. Пирогенная реакция нормализовалась к концу 2-х суток. При фистулографии после декомпрессии выявлена связь полости абсцесса с сегментарным протоком левой доли, при этом в области конfluence отмечается округлая тень размером до 4–5 мм, что расценено как рецидивный холедохолитиаз. В раннем послеоперационном периоде больной вы-

полнены ЭРХГ + ЭПСТ, литэкстрация корзиной Dormia. Конкремент плотный, с неровными контурами, до 5 мм в диаметре. Течение периода реконвалесценции без осложнений, дренаж удален на 9-е сутки после «слипания» полости абсцесса. Исход лечения — выздоровление.

Заключение. Холангиогенные абсцессы печени как осложнение холедохолитиаза или иной причины обструкции и инфицирования билиарного дерева на сегодняшний день являются серьезной проблемой желчной хирургии. Применение малоинвазивного комплекса диагностических и лечебных процедур, особенно у пациентов старческого возраста, позволяет достигать значимых успехов в лечении столь тяжелой когорты больных.

Вторичная профилактика варикозных кровотечений с применением эндоскопических и эндоваскулярных хирургических вмешательств

**ФОМИН П.Д., КОЗЛОВ С.Н., СКИБА И.А., АСТАПЕНКОВ В.А., ИГНАТОВ А.В.,
ПРОСКУРКО В.Г., ШАПОВАЛЮК. В.В.**

*Национальный медицинский университет, Киев, Украина
Институт металлофизики НАН, Киев, Украина*

*Национальный технический университет Украины «Киевский политехнический институт»,
Киев, Украина*

Введение. Развитие гипердинамического типа кровотока (ГТК) при синдроме портальной гипертензии (СПГ) является ключевым моментом в патогенезе варикозных кровотечений. Рентгеноэндоваскулярные малоинвазивные и эндоскопические методы являются наиболее эффективными технологиями профилактики повторных кровотечений в современной клинической практике.

Актуальность. Коррекция СПГ и его осложнений в виде варикозного пищевода-желудочного кровотечения (ВПЖК) представляется актуальной медицинской и социально-экономической проблемой. В Украине до 70 % летальных исходов при неонкологических заболеваниях органов пищеварения обусловлено именно циррозом печени, при этом средняя продолжительность жизни после первого эпизода варикозного кровотечения не превышает 19 мес. Существующие методы вторичной профилактики (ВП) при ВПЖК не обеспечивают приемлемый клинический эффект либо сопряжены с высоким риском развития осложнений. На данный момент программы ортотопической трансплантации печени (ОТП) в Украине законодательно приостановлены. Летальность при лечении данной категории пациентов достигает 35–40 % в условиях специализированного центра и 45–50 % — в хирургических отделениях районных больниц.

Цель исследования: разработать критерии эффективности и проанализировать различные варианты вторичной профилактики ВПЖК у больных с СПГ.

Материалы и методы. Проанализированы клинические данные 89 пациентов после перенесенных (от 1 до 15) эпизодов ВПЖК при общем числе 218, в среднем 2,6 на 1 пациента. ВП проводили с предварительным выполнением эндоскопической склеротерапии (ЭС) у 40 пациентов, методом рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (РЭЭСА) — у 26, комбинацией этих методов (РЭЭСА + ЭС) — у 29, только медикаментозная профилактика с назначением бета-блокаторов применялась у 47 больных. В качестве показателя эффективности нами предложено использовать отношение количества эпизодов кровотечения к количеству пациентов, или индекс рецидива кровотечения (ИРК). Расчет ИРК, оценку эффективности и выживаемости проводили спустя 12 мес. после выполнения профилактики.

Результаты. ИРК в группе ЭС составил 1,22, РЭЭСА + ЭС — 0,93, РЭЭСА — 0,42, медикаментозной профилактики — 2,87. Выживаемость в течение 1 года: в группе медикаментозной профилактики — 42 %, ЭС — 66 %, РЭЭСА + СА — 70 %, РЭЭСА — 85 %.

Наиболее эффективными методами ВП следует считать РЭЭСА и комбинацию РЭЭСА + ЭС. ИРК при изолированном применении ЭС был наивысшим по сравнению с другими вариантами ВП, как можно предположить, из-за того, что воздействие на СПГ не было патогенетическим, носило симптоматический характер с непродолжительным эффектом. В соответствии с рекомендациями AASLD эндоскопическая склеротерапия не должна рассматриваться в качестве ВП при ВПЖК. Существенное различие между группами РЭЭСА и РЭЭСА + ЭС требует дальнейшего анализа и обусловлено, вероятно, степенью выраженности портальной гипертензии и различиями в методике эмболизации. Одногодичная выживаемость в группе РЭЭСА составила 85 %, что сопоставимо с результатами ОТП в США (80–85 %) в течение 2008–2011 гг. Дальнейшее совершенствование технологии и отбора пациентов может рассматриваться в качестве резерва улучшения результатов в условиях приостановки программ ОТП в Украине.

Выводы. Применение эндоваскулярных хирургических вмешательств патогенетически обосновано и существенно снижает риск рецидивных ВПЖК. Предложенный способ оценки эффективности ВП на основе расчета ИРК позволяет объективизировать оценку результатов лечения больных с ВПЖК в условиях специализированного центра.



Возможности эндоскопического лигирования и склеротерапии при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода

ХАДЖИБАЕВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., МЕЛЬНИК И.В., ЮСУПОВ У.Р.

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

Цель исследования: изучение результатов лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) с помощью применения эндоскопического лигирования.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 178 пациентов с кровотечениями из ВРВПЖ. Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 68 лет (в среднем $42,50 \pm 2,34$ года). Мужчин было 124 (69,7 %), женщин — 54 (30,3 %). Для оценки состояния вен пищевода и желудка использовали классификацию А.Г. Щерцингера (1983). В соответствии с ней I степень ВРВ обнаружена у 54 (30,3 %), II — у 66 (37,1 %), III — у 58 (32,6 %) больных. Стволовой тип ВРВ выявлен у 154 (86,5 %), смешанный — у 24 (13,5 %) пациентов. Локализация ВРВ в дистальной трети пищевода имела у 45 (25,3 %), в нижней и средней трети — у 81 (45,5 %), вены в пищеводе и кардиальном отделе желудка обнаружены у 49 (27,5 %), локальная заинтересованность кардиального отдела желудка имела место у 3 (1,7 %) больных. Наличие «красных маркеров» отмечено в 55 (30,9 %), явления эрозивного эзофагита диагностированы в 27 (15,2 %) случаях. Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено у 59 (33,1 %) больных, признаки состоявшегося кровотечения выявлены у 119 (66,9 %) пациентов.

Результаты. Лигирование ВРВПЖ проведено у 51 (28,7 %) больного (на высоте кровотечения у 9 пациентов и на фоне остановившегося кровотечения для профилактики его рецидива в 42 случаях). Одномоментно на вены накладывали от 4 до 8 эндолигатур. Эндоскопической склеротерапии подвергли 26 (14,6 %) больных: в целях профилактики рецидива после первичной остановки кровотечения — 20 (76,9 %) и в отдаленном послеоперационном периоде в связи с рецидивированием ВРВ — 6 (23,1 %). В качестве склерозирующего вещества использовали фибровен. Обычно в течение одного сеанса выполняли не более 2 инъекций, осуществляя воздействие на 1–2 венозных ствола.

Рецидив кровотечения до выписки из стационара после эндоскопического гемостаза возник у 8 (12,9 %) пациентов (у 5 — после эндоскопического лигирования, у 3 — после эндоскопического склерозирования). Пациенты в экстренном порядке были подвергнуты оперативному вмешательству (операция Пациоры).

В группе больных, перенесших эндоскопическую склеротерапию, отмечено 2 (18,2 %) летальных исхода. После эндоскопического лигирования умерло 4 (7,8 %) пациента. Причиной смерти у 3 больных явилась постгеморрагическая анемия, у 3 — прогрессирующая печеночная недостаточность.

Выводы. Эндоскопический гемостаз является высокоэффективным методом остановки и профилактики рецидива кровотечения и ВРВПЖ, особенно у больных с высокой степенью операционного риска. Применение эндоскопических методик гемостаза позволяет снизить летальность в этой тяжелой группе пациентов.

Интраоперационная внутриопухолевая алкоголизация при лечении нерезектабельного первичного рака печени

ХАСАНОВ Д.Ш., КАРИМОВ М.А., УСМОНОВ У.Д., ЗИЯЕВ Я.П., МАМАРАСУЛОВА Д.З.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Важным методом лечения при первичном раке печени, дающим шанс на длительную ремиссию и на общую безрецидивную выживаемость, является резекция печени. Эффективность различных локорегиональных и системных методов лечения нерезектабельного первичного рака печени остается неудовлетворительной. В связи с этим возникает необходимость разработать метод комбинированного лечения нерезектабельного первичного рака печени. Была предложена методика поэтапного использования интраоперационной внутриопухолевой алкоголизации и полихимиотерапии по схеме FAP с рофероном-А при нерезектабельном раке печени.

Цель исследования: улучшение результатов лечения нерезектабельного первичного рака печени.

Материалы и методы. Внутриопухолевая алкоголизация и полихимиотерапия по схеме FAP с рофероном-А произведены 21 больному с нерезектабельной формой первичного рака печени. Во время лапаротомии и при решении вопроса о неоперабельности опухолевого процесса проводили морфологическую верификацию опухоли путем пункционной биопсии.

Для инъекции использовали 96% этиловый спирт. Этиловый спирт вводили из расчета 1,0 мл на 1 см диаметра опухоли. Производили вертикальную пункцию в центр опухолевого образования. В зависимости от размеров образования каждому больному за одну манипуляцию дробно вводили от 8 до 25 мл спирта. Затем проводили спиртовую аппликацию вокруг опухоли для получения некротического кольца между опухолевой и неопухолевой тканью.

Результаты. Непосредственные результаты после лечения выражались в виде существенного улучшения общего состояния больного и уменьшения болевого синдрома.

Выводы. Применение метода внутриопухолевой алкоголизации и полихимиотерапии по схеме FAP с рофероном-А позволило успешно применять методику даже у больных с опухолями печени больших размеров.

Результаты химиотерапии при нерезектабельных формах первичного рака печени

ХАСАНОВ Д.Ш., КАРИМОВ М.А., УСМОНОВ У.Д., ЗИЯЕВ Я.П., МАМАРАСУЛОВА Д.З.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Несмотря на достигнутые успехи, ранняя диагностика и лечение первичного рака печени остаются одной из актуальных и трудных задач современной онкологии. Об этом свидетельствует неуклонный рост заболеваемости во всем мире. Следует отметить, что большинство больных, обращающихся в специализированные медицинские учреждения, приходят с запущенными стадиями, что не позволяет выполнить радикальное хирургическое лечение. Кроме того, более чем в 70 % случаев после радикальной резекции в течение 5 лет развивается рецидив заболевания. История химиотерапии первичного рака печени позволяет в ряде случаев надеяться на эффективное лечение и не рассматривает процесс как первично лекарственно-резистентный. В процессе клинических исследований противоопухолевых препаратов попытки лечения первичного рака печени определили спектр возможностей химиотерапевта.

Цель исследования: оценка эффективности моно- и полихимиотерапии с иммуностимулятором при лечении нерезектабельных форм первичного рака печени.

Материалы и методы. Обследовано 57 больных, которые были разделены на две группы в зависимости от метода лечения: 1-ю группу составили 30 (52,6 %) больных, которым проводили системную монохимиотерапию с фторурацилом; 2-ю группу — 27 (47,4 %) больных, получивших полихимиотерапию по схеме FAP с рофероном-А.

Результаты. В 1-й группе (проводили монохимиотерапию с фторурацилом) отмечали стабилизацию процесса только у 6 (20 %) больных, у остальных происходило прогрессирование заболевания.

Во 2-й группе (проводили полихимиотерапию по схеме FAP с рофероном-А) стабилизация опухолевого процесса была достигнута у 14 (52 %) пациентов, у 11 (40,5 %) больных, несмотря на проводимую химиотерапию, отмечено прогрессирование заболевания, и только у 2 (7,5 %) больных достигнут частичный противоопухолевый эффект.

Роферон-А играет определенную роль в качестве компонента при сочетании с цитостатиками (схема FAP с рофероном-А) за счет синергизма с цисплатином.

Выводы. Полихимиотерапия с иммуностимулятором является более эффективной при лечении больных с нерезектабельными формами первичного рака печени.

Лечение пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии

ХОЛМАТОВ П.К., КАЮМОВ А.А.

Кафедра хирургических болезней № 1 Таджикского государственного медицинского университета, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с кровотечением из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка.

Материалы и методы. За последние 12 лет располагаем опытом лечения 110 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями из ВРВ пищевода и кардиального отдела желудка. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 79 лет. Мужчин было 68 (61,8 %), женщин — 42 (38,2 %). Причиной развития цирроза печени у 90 % больных был вирусный гепатит. Для диагностики пищеводно-желудочных кровотечений у больных циррозом печени проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие эндоскопическое, ультразвуковое исследования (УЗИ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ).

Результаты. По методам лечения больные были разделены на две группы: лечение начинали с консервативной гемостатической терапии с применением препаратов, снижающих портальное давление (эднит, нитроглицерин, октреотид); для остановки кровотечения из ВРВ пищеводно-желудочной зоны использовали зонд Сенгстакена — Блэкмора в сочетании с гемостатической терапией.

Результаты лечения показали эффективность консервативной гемостатической терапии в сочетании с препаратами снижающими портальное давление, у 37,3 % больных. Летальный исход имел место в 10 % случаях. После применения зонда Сенгстакена — Блэкмора в сочетании с консервативными методами летальный исход отмечен в 7,3 % наблюдений.

Следует отметить, что на фоне пищеводно-желудочных кровотечений наблюдается смешанная форма гипоксии вследствие нарушения транспорта и утилизации кислорода тканями, в связи с чем изучали состояние гомеостаза в постгеморрагическом периоде у 27 больных с пищеводно-желудочными кровотечениями различ-



ной степени тяжести. Оказалось, что ведущим фактором в развитии нарушения гомеостаза является постгеморрагическая гипоксия тканей, особенно печени, вследствие снижения напряжения кислорода в смешанной венозной крови и в крови портальной системы.

На основании этого у 14 больных в комплекс консервативной терапии включен препарат, уменьшающий гипоксию (переносчик кислорода перфторан). Выявлено положительное влияние перфторана на газотранспортную функцию крови, наблюдали значительное повышение напряжения кислорода не только в артериальной крови, но и в смешанной венозной и портальной. Благоприятное действие перфторана на ишемизированную ткань печени обусловлено его положительным влиянием на гепатоциты.

В последние годы при лечении пищеводно-желудочных кровотечений наряду с прошиванием кровоточащих перфорированных варикозных вен и с целью снижения портального давления стволовую ваготомию с пилоропластикой на высоте пищеводно-желудочных кровотечений с хорошими непосредственными результатами выполнили у 7 больных.

К вышеизложенному следует добавить, что гемостатический эффект стволовой ваготомии обусловлен не только гипотензивным влиянием на портальное давление, но и подавлением пептической активности желудочного сока, являющимся одним из ведущих факторов развития пищеводно-желудочных кровотечений.

Выводы. 1. Диагностика пищеводно-желудочных кровотечений должна быть комплексной (УЗИ, эндоскопия и МРТ).

2. В комплекс консервативной терапии пищеводно-желудочных кровотечений целесообразно включение препаратов — переносчиков кислорода.

3. Перспективным методом хирургического лечения пищеводно-желудочных кровотечений является прошивание кровоточащих ВРВ пищевода и кардии в сочетании со стволовой ваготомией и пилоропластикой.

Портокавальные анастомозы у больных циррозом печени и портальной гипертензией

ХОЛМАТОВ П.К.

Кафедра хирургических болезней № 1 Таджикского государственного медицинского университета, Душанбе, Таджикистан

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

Материалы и методы. Плановому хирургическому лечению подвергнуты 118 пациентов с внутривенной формой портальной гипертензии (ПГ) на фоне цирроза печени. Женщин было 21 (17,8 %), мужчин — 97 (82,2 %). Средний возраст больных — $58,5 \pm 17,2$ года.

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

Состояние больных оценивали по прогностическим критериям Чайдла — Пью: класс А — 68 (57,6 %) пациентов, класс В — 17 (14,4 %) и класс С — 33 (28,0 %). При ФЭГДС варикозное расширение вен пищевода (ВРВП) I–II степени установлено у 79 % больных, III–IV степени — у 21 %. При проведении дуплексного сканирования показатель объемного кровотока по воротной вене в среднем составил $292,0 \pm 21,4$ мл/мин. Проведенные морфологические исследования подтверждали наличие цирроза печени.

Эпизод одного кровотечения из ВРВП в анамнезе отмечен у 86 % больных, 2 и более — у 14 %. У больных класса А выполняли спленоренальные анастомозы (68); класса В (42) — накладывали портокавальные анастомозы в 3 вариантах («конец в бок», «бок в бок», Н-типа с аутовенозным трансплантантом из внутренней яремной вены большой подкожной вены бедра, а также с использованием армированного протеза Core-Tex (< 10 мм); у пациентов класса С (8) выполняли операции деваскулиризации Hassab — Suqiura и М.Д. Пациора — прошивание вен пищевода.

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

Кровотечение было остановлено при помощи эндоскопической склерооблитерации 1% этоксисклеролом. Энцефалопатия развилась у 2 (11,8 %) и 12 (36,3 %) больных классов В и С соответственно.

Больных наблюдали в течение 5 лет. Пятилетняя выживаемость составила 92 % в классе А, в классе В — 41 %.

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

Трансъюгулярное портосистемное шунтирование (TIPS/ТИПС) при портальной гипертензии цирротического генеза и профилактика специфических осложнений этого вмешательства

ХОРОНЬКО Ю.В., МИКРЮКОВ В.А., САРКИСОВ А.Э., ГЛЕБОВ К.А., БЛИКЯН А.В.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Операция трансъюгулярного внутривенного портосистемного шунтирования (TIPS/ТИПС) является оптимальным способом портальной декомпрессии осложненной портальной гипертензии цирротического генеза, особенно при суб- и декомпенсированных стадиях заболевания, когда другие шунтирующие операции могут усугубить и без того плачевное состояние пациента. Однако данное вмешательство может привести к некоторым осложнениям, специфическим для портосистемных шунтирований: прогрессированию энцефалопатии, тромбозу шунта.

Цель исследования: систематизировать меры профилактики и лечения таких осложнений и повысить их эффективность.

Материалы и методы. Операции TIPS/ТИПС в период 2007–2012 гг. подвергнуты 134 пациента в возрасте от 14 до 83 лет (средний возраст $49,2 \pm 5,6$ года). При оценке печеночной недостаточности по критериям Child — Pugh больные распределились так: A/B/C = 3 (2,2 %)/65 (48,5 %)/66 (49,3 %). Для прогнозирования риска предстоящего портосистемного шунтирования использовали шкалу MELD (Model-for-End-stage-Liver-Disease), которую существенно модифицировали (патент РФ). Согласно результатам, низкий риск операции (менее 11 баллов) был у 14 (10,4 %) больных, умеренный (11–17) — у 67 (50,0 %), высокий (18–24) — у 49 (36,6 %) и очень высокий (более 24) — у 4 (3,0 %). Чаще других причинами показаний к операции было острое или состоявшееся в недавнем анамнезе варикозное пищеводно-желудочное кровотечение — у 102 (76,1 %) больных, причем у 58 шунтирование было дополнено селективной эмболизацией левой желудочной вены (ЛЖВ), осуществленной через созданный шунт. Еще у 32 пациентов показанием стал рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит, который у 13 пациентов сочетался с гепаторенальным синдромом.

Результаты. Констатация факта высокого риска вмешательства являлась поводом для проведения периоперационной терапии, интенсивность которой была пропорциональна степени декомпенсации. Это позволило в большинстве случаев обеспечить гладкое течение послеоперационного периода и довольно низкую 30-дневную летальность — 1,5 % (2 больных). Наиболее частым осложнением было усугубление энцефалопатии, выявленное у 19 (14,2 %) человек. По мере накопления опыта вмешательства профилактика этого осложнения, включающая препараты лактулозы, неабсорбируемый антибиотик из группы рифаксимины и L-орнитин-L-аспартат (LOLA), стала обязательной. Другим нередким осложнением является дисфункция портосистемного шунта, протекающая в форме его тромбоза или облитерации. Из 134 оперированных за период наблюдения в сроки от 2 недель до 5 лет это осложнение было у 18 (13,4 %). Острых тромбозов не отмечено, а ранние, возникшие до истечения 30-дневного периода, выявлены у 3 (2,2 %). Статистика различалась в группах больных, подвергнутых шунтированию по различным показаниям. Так, из 102 человек, которым TIPS/ТИПС выполнялся по поводу пищеводно-желудочных кровотечений, дисфункция шунта выявлена у 15 (14,7 %). Среди 32 оперированных по поводу рефрактерного асцита она выявлена у 3 (9,4 %).

Выводы. 1. Операция TIPS/ТИПС является переносимой пациентами, имеющими суб- и даже декомпенсированные стадии цирроза, при условии проведения периоперационной терапии, интенсивность которой зависит от степени риска операции, рассчитанной по модифицированной шкале MELD.

2. Профилактика прогрессирования энцефалопатии, прогнозируемой при любом шунтирующем вмешательстве, в том числе и TIPS/ТИПС, должна проводиться всем больным и включать препараты лактулозы, неабсорбируемые антибиотики группы рифаксимины и LOLA. Показанием для лечебных мероприятий достаточно одного лишь предположения врача о прогрессировании энцефалопатии.

3. У пациентов, подвергающихся TIPS/ТИПС по поводу варикозных кровотечений, вмешательство целесообразно дополнять селективной эмболизацией ЛЖВ.

Малоинвазивные технологии в лечении эхинококкоза печени

ЧЕТВЕРИКОВ С.Г., ЗАКАРИЯ МОХАММАД АХМАД
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Эхинококкоз человека является серьезной медицинской и социальной проблемой Одесской области, где имеются эндемические очаги этого заболевания. Традиционно применяемые методы оперативного лечения эхинококкоза печени травматичны, сопровождаются большим числом осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов в послеоперационном периоде. Использование новых малоинвазивных видеодоскопических и ультразвуковых технологий открывает новые перспективы в лечении этого паразитарного заболевания.



Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 217 больных с эхинококкозом печени. Сочетанное поражение печени и легких было у 38 (17,5 %) больных, диссеминированный эхинококкоз с поражением двух и более органов — у 18 (8,3 %) больных. У 53 (24,4 %) больных выполнены лапароскопические эхинококэктомии, у 94 (43,3 %) — пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ и у 70 (32,3 %) — традиционные лапаротомные эхинококэктомии. В послеоперационном периоде всем пациентам назначался вормил (альбендазол) по 10 мг/кг массы тела в сутки (в среднем по 1 таблетке, 400 мг дважды в день) на протяжении 4 недель. При рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени назначались от 2 до 4 месячных курсов.

Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось у всех 53 пациентов. Средняя продолжительность операции составила $41,1 \pm 7,4$ минуты (от 25 до 120 минут). Ни в одном случае мы не перешли к лапаротомии. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $3,5 \pm 1,2$ суток (от 2 до 9 суток). Летальность была нулевой. После лапаротомных эхинококэктомий средняя продолжительность пребывания в стационаре составила $12,3 \pm 4,2$ койко-дня.

Из 94 больных, которые были пролечены с использованием пункционного метода, хорошие результаты получены у 67 (71,3 %). Это были пациенты с моновезикулярными молодыми кистами размером до 5–6 см. У 27 (28,7 %) пациентов потребовались повторные пункционные вмешательства из-за неэффективной работы дренажа и возникших вследствие этого нагноений остаточной полости. Пациенты этой группы имели либо большие паразитарные кисты, либо старые осложненные кисты с дочерними пузырьками и толстой фиброзной капсулой. У 6 (6,4 %) пациентов из-за развившихся осложнений при пункционном дренировании паразитарных кист (кровотечение в полость кисты или свободную брюшную полость, развитие перитонита, длительно функционирующий желчный свищ) выполнили лапаротомию и лечение эхинококкоза традиционным путем. У 12 пациентов в сроки до 14 месяцев при ультразвуковом контроле диагностированы остаточные полости неправильной формы до 5 см в диаметре, которые при отсутствии клинической симптоматики не требуют какого-либо вмешательства и хирургической коррекции.

Всех пациентов наблюдали в период от 4 месяцев до 6 лет после операции (в среднем 18 месяцев). Рецидив эхинококкоза печени диагностирован у 14 (6,5 %) больных: у 1 (1,9 %) — после лапароскопической эхинококэктомии, 4 (5,7 %) — после лапаротомии и 9 (9,6 %) больных — после пункционного лечения.

Выводы. Использование малоинвазивных видеоэндоскопических и пункционных методик лечения эхинококкоза печени значительно улучшает результаты лечения больных. По мере накопления опыта выполнения этих операций для все большего числа больных эхинококкозом лапароскопические и пункционные доступы станут оптимальными для выполнения оперативного вмешательства.

Возможность использования криолизиса при первичном и метастатическом раке печени

КЖАО А.В.¹, ИОНКИН Д.А.¹, ЖАВОРОНКОВА О.И.¹, ВЕТШЕВА Н.Н.¹, КУНГУРЦЕВ С.В.²

¹ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²Инновационная компания «Биомедстандарт», Москва, Россия

Цель исследования: улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения — увеличение продолжительности жизни у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. Криодеструкция была произведена у 32 пациентов, из них в 10 случаях — по поводу первичного (ГЦР) и в 22 — метастатического рака печени. Средний возраст больных — 57 ± 3 года. Для проведения криолизиса использовали новый криохирургический аппарат, разработанный ЗАО «ИК Биомедстандарт». Вмешательство производили из лапаротомного доступа под ультразвуковым контролем. Замораживание проходило при температуре от -175 до -186 °С. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 9 см, число очагов — от 1 до 10 (4 ± 3). Длительность криодеструкции составила от 2 до 5 мин. Число сеансов на 1 очаг было от 1 до 5. У 3 больных с ГЦР и у 2 с метастазами колоректального рака криодеструкция была дополнена чрескожной алкоголизацией очагов в послеоперационном периоде. Всем больным в последующем была проведена адъювантная химиотерапия, в 6 случаях — дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. Ближайшие результаты. Были отмечены следующие осложнения криодеструкции: внутрибрюшное кровотечение ($n = 3$), нагноение послеоперационной раны ($n = 1$). Летальных исходов в послеоперационном периоде отмечено не было.

Отдаленные результаты. Максимальный срок наблюдения составил 30 мес. Из 5 пациентов с распространением опухолевого процесса за пределы печени в настоящее время жива 1 больная со сроком наблюдения 30 мес. Всего живы 2 больных, переживших 30 месяцев. При метастазах в печень ($n = 22$) было следующее распределение больных: IV стадия — 17 пациентов, III стадия — 5. При ГЦР ($n = 10$): в настоящее время живы 2 больных.

Выживаемость по Каплану — Мейеру у больных с метастазами в печень: наблюдение за 2010 год: 6 мес. — 84 %, 12 мес. — 66 %, 24 мес. — 41 %; наблюдение за 2011 год: 6 мес. — 53 %, 12 мес. — 29 %, 24 мес. — 15 %, 33 мес. — 15 %.

Заключение. Криодеструкция при первичном и метастатическом раке печени у неоперабельных больных является вмешательством, в значительной степени улучшающим качество жизни онкологических пациентов, в первую очередь за счет снижения болевого синдрома. При применении химиотерапевтического лечения отмечается и некоторое увеличение показателей выживаемости.

Тромбоцитарный концентрат в лапароскопической хирургии доброкачественных очаговых образований печени

ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., ПЕСЧАНСКИЙ Р.Е.

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

Цель исследования: изучение возможности применения концентрата тромбоцитов (КТ) при лапароскопическом лечении доброкачественных очаговых образований печени.

Материалы и методы. В течение 2007–2012 гг. в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна были пролечены 56 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени. Больные были разделены на две группы. По всем показателям обе группы были однородными.

I группа (исследуемая) — 36 (64,3 %) больных, в комплексном лечении которых использовали концентрат тромбоцитов. Морфологическая верификация образований этой группы: непаразитарная киста печени — 19 (52,7 %), гемангиома — 15 (41,7 %), аденома — 2 (5,6 %).

II группа (контрольная) — 20 (35,7 %) пациентов, которым проведено комплексное лечение без применения тромбоцитарного концентрата. Морфологическая верификация образований этой группы: непаразитарная киста — 12 (60,0 %), гемангиома — 5 (25,0 %), аденома — 3 (15,0 %).

Больным I и II групп сделаны лапароскопические операции: резекция стенок кисты, деэпителизация — 19 и 9; резекция печени — 11 и 8; энуклеация — 6 и 3 соответственно.

Концентрат тромбоцитов готовили по одноэтапной методике с применением медицинской лабораторной центрифуги ОПн-8, в которой могут одновременно находиться от 2 до 8 пробирок при скорости до 2000 оборотов в минуту. В центрифуге устранена вибрация, что является необходимым условием для получения КТ в форме сгустка или мембраны. КТ получали по разработанной стандартной методике. Сгусток концентрата тромбоцитов доставали из пробирки стерильным пинцетом непосредственно в операционной.

Во время выполнения операции (после резекции стенок кисты печени с деэпителизацией или резекции участка печени) оставшуюся полость заполняли одним или несколькими (в зависимости от объема полости) сгустками концентрата тромбоцитов.

Результаты. Использование концентрата тромбоцитов в комплексном лечении больных с ДООП позволило снизить вероятность развития воспалительных осложнений на 2,6 %, уменьшить сроки лечения и реабилитации на 5–7 суток благодаря созданию оптимальных условий для ускорения регенерации ткани печени, что подтверждено ультразвуковыми и компьютерно-томографическими исследованиями.

У пациентов I и II групп оценку проводили через 2, 4 и 6 месяцев после операции. Через 6 месяцев степень зрелости ткани в области операции в I группе была почти в 2 раза выше, а плотность ткани — на 20–35 % выше, чем во II группе. У пациентов основной группы при лучевом исследовании дефекта печени не было видно, в отличие от контрольной группы. Первые результаты показали целесообразность эффективного использования данного препарата в хирургии печени.

Данная методика не несет никакого риска для пациентов, поскольку их кровь используется относительно быстро. Кроме того, устраняется опасность переноса заболеваний или возникновения иммуногенных реакций, которые существуют при использовании аллогенных или ксеногенных материалов.

Выводы. Концентрат тромбоцитов является эффективным гепатозаместительным препаратом. Его применение в хирургии печени показало высокую эффективность при минимальных материальных затратах.

Диагностика пищеводно-желудочного кровотечения у больных с циррозом печени

ШЕВЧУК А.Г., ВАСЫЛЮК М.Д., ВАСЫЛЮК С.М., ГАЛЮК В.М., ИВАНЫНА В.В.

*Ивано-Франковский национальный медицинский университет,
Ивано-Франковск, Украина*

В странах Европы в течение последних 15 лет смертность от цирроза печени и его осложнений составила 15–20 на 100 тыс. населения. В первую очередь это обусловлено увеличением частоты кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.

В клинике проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения 61 пациента, которые поступили в ургентном порядке с диагнозом цирроза печени разной этиологии, осложненного пищеводно-желудочным кровотечением. Среди больных было 49 (80,3 %) мужчин и 12 (19,7 %) женщин в возрасте от 20 до 82 лет. Класс А за Child — Pugh — у 15 пациентов, класс В — у 31 и класс С — у 15 больных. Первая степень варикоза



вен пищевода (желудка) по Soehendra — Binmoeller была у 12 (39,0 %) пациентов, вторая степень — у 30 (16,0 %) и третья — у 19 (6,0 %). Длительность цирроза печени у 44 (72,1 %) пациентов не превышала пяти лет.

При анализе хирургического анамнеза было отмечено, что у 41 (67,3 %) больного перед началом кровотечения ухудшалось общее состояние, появлялись общая слабость, головокружение, тошнота, боль в верхней половине живота и правой подреберной области. Первым объективным симптомом была рвота темной кровью, позже присоединялась мелена. У 47 (77,1 %) пациентов развивалась выраженная кровопотеря, вплоть до явлений геморрагического шока. У всех больных присутствовали клинические признаки печеночной портальной гипертензии (желтуха, гепато- и спленомегалия, асцит и др.). У всех пациентов проводили неотложную эзофагогастродуоденоскопию, которая позволяла подтвердить наличие кровотечения из пищеводных или желудочных вариксов, установить степень их расширения, произвести топическую диагностику источника кровотечения, оценить тяжесть гастропатии и васкулопатии, а также диагностировать сопутствующую гастродуоденальную патологию. Согласно результатам эндоскопического обследования наиболее часто визуализировали вторую степень расширения вен пищевода с сопутствующим эрозивным эзофагитом и васкулопатией. Как было указано выше, практически у половины больных с второй и третьей степенью расширения вен пищевода наблюдали расширение вен желудка. Эндоскопическая остановка кровотечения часто была проблемной. Плохая визуализация источника вследствие большого количества крови в пищеводе и желудке не всегда позволяла эндоскописту провести эту манипуляцию. Если же кровотечение на момент эндоскопического осмотра остановилось, вариксы сморщивались и визуализация точного источника кровотечения не представлялась возможной. Общая летальность составила 39,3 % — умерло 24 пациента (класс А — 2 (13,3 %), класс В — 10 (32,3 %) и класс С — 12 (80,0 %)). Семнадцать больных погибли в возрасте 30–59 лет.

Заключение. Основным клиническим признаком пищеводно-желудочного кровотечения у больных с циррозом печени является рвота темной кровью на фоне клиники портальной гипертензии. Эндоскопическая диагностика — метод выбора у этой категории больных, но выполнение эндоскопического гемостаза у них часто не представляется возможным.

Использование высокоэнергетического лазера «МУЛ-хирург» в хирургии печени

ШУЛЕЙКО А. Ч., ВОРОБЕЙ А. В., ГРИШИН И. Н., АЛЕКСАНДРОВ С. В.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. Поиск новых источников энергии, позволяющих выполнять резекцию ткани печени, обеспечивая хороший гемостаз и при этом оказывая минимальное повреждающее действие на прилежащие ткани, является важной задачей хирургии.

Цель исследования: провести экспериментальное и клиническое изучение возможности использования высокоэнергетического лазерного излучения в хирургии печени и желчевыводящих путей.

Материалы и методы. В эксперименте сравнили коагулирующие и рассекающие свойства лазерного излучения при воздействии на печень кроликов ($n = 24$), изучили возможность применения лазерного излучения для литотрипсии конкрементов внепеченочных желчных протоков. В эксперименте и в клинике использовали лазерную установку «МУЛ-хирург» (Беларусь) с тремя длинами волн: 1064 нм, 1320 нм и 1440 нм с максимальной выходной энергией импульсов до 4 Дж и выходной средней мощностью 100 Вт.

В клинике с применением лазера выполнено 247 операций на печени, желчном пузыре и протоках: 22 открытые резекции печени при новообразованиях и паразитарных образований, из них 11 анатомических гемигепатэктомий, 5 лапароскопических атипичных резекций печени, 15 лапароскопических резекций-фенестраций кист печени, 198 лапароскопических холецистэктомий, 19 операций на внепеченочных желчных протоках, 4 случая лазерной литотрипсии конкрементов.

Результаты. В эксперименте при морфологическом исследовании препаратов печени установлено, что после воздействия лазерным излучением мощностью 20 Вт наибольшая глубина коагуляционного повреждения ткани печени отмечалась при воздействии излучения с длиной волны 1320 нм. Глубина перифокальной зоны у излучения с длиной волны 1320 нм и 1064 нм оказалась одинаковой. Наименьшая глубина коагуляционного поражения и перифокальной зоны отмечена у излучения 1440 нм. К 14-м суткам, независимо от использованной длины волны, происходило восстановление ткани печени. Максимально выраженными литотрипсическими свойствами обладает излучение с длиной волны 1440 и 1320 нм с энергией импульса 0,5–1,5 Дж.

В клинике все атипичные резекции печени выполнены только с использованием лазера: длина волны 1320 и 1440 нм, мощность 36–45 Вт. При анатомических резекциях печени использовали лазерное излучение тех же характеристик для транссекции поверхностных отделов печени по всему периметру в глубину 1,0–1,5 см, что существенно снижало время операции и кровопотерю. Объем кровопотери при анатомических гемигепатэктомиях ($n = 11$) составил 345 ± 123 мл. Отмечен один случай желчеистечения, которое ликвидировалось консервативными мероприятиями. Случаев кровотечения из зоны транссекции печени в послеоперационном периоде не было. При выполнении холецистэктомии применяли лазерное излучение с длиной волны 1320 нм

мощностью 25–35 Вт. На внепеченочных желчных протоках применяли лазерное излучение с длиной волны 1440 нм. Эпителиальную выстилку остающейся части кисты печени обрабатывали излучением с длиной волны 1440 нм. Осложнений в послеоперационном периоде не отмечено. Для литотрипсии в четырех случаях успешно использовали лазерное излучение с длиной волны 1440 и 1320 нм, позволившее полностью фрагментировать конкременты.

Выводы. 1. Использование высокоэнергетических многоволновых лазеров позволяет эффективно проводить рассечение и коагуляцию тканей печени при выполнении открытых и лапароскопических резекций печени.

2. Лазерная коагуляция внутренней выстилки кистозных образований печени позволяет выполнять органосохраняющие операции на этих органах.

3. Лазерная лапароскопическая холецистэктомия обеспечивает более эффективный гемо- и желчестаз в области ложа желчного пузыря.

Опыт трансплантации печени от живого донора

**ЭГУЧИ С., СЕЙСЕМБАЕВ М.А., АРЗЫКУЛОВ Ж.А., РАМАЗАНОВ М.Е., ТОКСАНБАЕВ Д.С., САДЫКОВ Н.К.,
МОЛДАБЕКОВ Е.Т., ИСБАМБЕТОВ А.С., ДОСХАНОВ М.О., КАНИЕВ Ш.А.**

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

В Республике Казахстан проблема заболеваний печени в их терминальных стадиях является одной из актуальных в связи с достаточно широкой распространенностью. В то же время трансплантация печени как единственный радикальный метод лечения не проводилась до 2011 года. Основное препятствие к внедрению данной технологии — это отсутствие в стране развитого трупного донорства в связи с особенностями ментальности населения и несовершенством законодательной базы.

С декабря 2011 года в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова проведено 7 трансплантаций печени взрослым реципиентам с циррозом печени, из них у 4 пациентов имелся цирроз печени вирусной этиологии (57,1 %), еще по одному случаю пришлось на первичный билиарный цирроз (14,3 %), аутоиммунный гепатит (14,3 %) и идиопатический цирроз печени (14,3 %). Возраст пациентов был в пределах от 20 до 57 лет. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале MELD, к моменту проведения операции это значение варьировало от 13 до 25.

Во всех случаях трансплантация была проведена от живых родственных доноров. При этом обеспечение безопасности донора было приоритетным.

По степени родства в большинстве случаев донорами фрагментов печени выступали сибсы (братья/сестры) пациентов — 4 (57,1 %) случая; по одному случаю — в качестве донора части печени оказывались: мать пациентки (14,3 %); сын пациентки (14,3 %); супруга пациента (14,3 %).

Выбор фрагмента донорской печени для формирования графта в каждом конкретном случае производился на основании точных расчетов объема предполагаемого графта и объема остающегося фрагмента печени у донора. Для этого применялась компьютерная волюметрия, основанная на построении виртуальной модели донорской печени, с использованием данных, полученных при проведении мультиспиральной компьютерной томографической ангиографии и обработанных в программном приложении Synapse Vincent®.

Этапы операций у донора и реципиента начинались одновременно во всех случаях. Среднее время операции у донора составило 5 часов 43 минуты, у реципиента — 11 часов 15 минут.

Общий объем интраоперационной кровопотери у донора составлял от 150 до 300 мл. Столь низкий объем кровопотери достигался за счет применения современных кровесберегающих технологий: техники двойного обеспечения гемостаза при рассечении паренхимы печени — использование кавитационного ультразвукового аблятора CUSA Excel+® и коагулятора, работающего в водной среде, TissueLink®, в совокупности с клипированием сосудистых структур танталовыми клипсами.

Объем кровопотери у реципиентов, особенно в случае развитых венозных коллатералей на фоне портальной гипертензии, мог составлять до 12 000 мл в течение всей операции. Поэтому наряду с восполнением кровопотери компонентами и препаратами крови применялись аппараты для сбора и реинфузии крови пациента типа CellSaver.

Среди прижизненных доноров фрагментов печени летальных исходов или осложнений не было.

Непосредственные результаты операций у реципиентов были успешными в 4 случаях. Еще в 3 случаях, пациенты погибли в ближайшем послеоперационном периоде в связи с развившимися неврологическими нарушениями.

Предварительные выводы, сделанные на основе полученного опыта, говорят о хорошей перспективе развития программы трансплантации печени от живого донора в Республике Казахстан. При этом необходимо более тщательно подходить к отбору, обследованию и предоперационной подготовке пациентов, а также их прижизненных доноров.



РАЗДЕЛ 2

Лечение колоректальных и неколоректальных метастазов печени



Одномоментная катетеризация печеночной артерии при резекции печени по поводу метастазов колоректального рака

БОНДАРЬ Г.В., ИЩЕНКО Р.В., АНТИПОВ В.Н., ЛАСАЧКО П.С.
Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина

До настоящего времени остается неясной роль регионарной химиотерапии в лечении метастазов колоректального рака (КРР). В частности, не ясно влияние послеоперационной регионарной химиотерапии на частоту рецидива болезни и выживаемость больных при метастазах КРР в печень после резекций печени, что и обуславливает актуальность и необходимость изучения данной проблемы.

Основой для исследования послужили данные о 240 больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени, паллиативное лечение которым было проведено в Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ) за период с 2002 по 2012 г.

Пациенты были разделены на две группы.

В исследуемую группу включены 123 (51,3 %) больных, комплексное паллиативное лечение которых включало проведение селективной внутриартериальной полихимиотерапии посредством разработанного в центре и внедренного в клиническую практику способа катетеризации печеночной артерии (с поражением в пределах одной доли — 72 (58,5 %) больных, с билобарным поражением — 51 (41,5 %)). Всем больным одномоментно с катетеризацией печеночной артерии была произведена резекция печени различного объема.

Контрольную группу составили 117 (47,7 %) больных колоректальным раком, сопоставимых по категориям TNM с исследуемой группой. Больные контрольной группы получали паллиативное комбинированное лечение в условиях ДОПЦ, включающее резекцию печени и системную полихимиотерапию. Из них у 35 (29,9 %) больных лечение проводили с использованием пероральных фторпиримидинов.

Прогрессирование процесса после резекции печени у пациентов исследуемой группы зафиксировано в 43 (35,59 %) случаях.

Средний срок появления метастазов в исследуемой группе (123 больных) составил 16,3 месяца. При этом в группе, где расстояние линии резекции от края опухоли составило менее 2 см, этот срок равен 13,4 месяца; в группе с расстоянием линии резекции от края опухоли 2 см и более средний срок равен 20,1 месяца.

У 56 (47,7 %) пациентов контрольной группы в процессе динамического наблюдения выявлено продолжение болезни.

Средний промежуток времени до появления метастазов (медианное значение) в исследуемой группе составил $19,7 \pm 2,4$ месяца, в то время как в контрольной — $14,5 \pm 3,5$ месяца (различие является статистически значимым, $p > 0,05$).

При рассмотрении случаев продолжения заболевания получены следующие результаты: в исследуемой группе минимальный срок метастазирования — 4,6 месяца, максимальный — 23,2 месяца; в контрольной группе больных минимальное и максимальное значения срока метастазирования составили 4,7 и 54,1 месяца соответственно.

Средняя продолжительность жизни в исследуемой группе наблюдения составила $3,37 \pm 0,17$ года, что превосходит статистические данные отечественных и зарубежных авторов. При этом одногодичная выживаемость составила $74,73 \pm 4,27$ %, двухлетняя — $69,35 \pm 7,30$ %, трехлетняя — $35,48 \pm 8,10$ %, пятилетняя — $11,82 \pm 8,10$ % соответственно.

Средняя продолжительность жизни в контрольной группе наблюдения составила $0,84 \pm 0,14$ года. При этом одногодичная выживаемость составила $63,80 \pm 4,63$ %, двухлетняя — $26,9 \pm 7,3$ %, трех- и пятилетней не отмечено.

Таким образом, предложенное сочетанное использование паллиативной селективной внутриартериальной полихимиотерапии одновременно с резекцией печени обеспечивает повышение трехлетней кумулятивной выживаемости у больных с унилобарным поражением печени до $48,1 \pm 2,2$ %, снижение частоты появления внутривнутрипеченочных метастазов — до $19,0 \pm 1,9$ %, отдаленных метастазов — до $27,6 \pm 2,4$ %, метаболических асцитов — до $22,5 \pm 1,5$ %.

Эхонавигационные пункционные биопсии в диагностике метастазов печени у пациентов, оперированных по поводу колоректального рака

ВЛАХОВ А.К.

Крымский государственный медицинский университет, Симферополь, Украина

Цель исследования: улучшить результаты диагностики больных с очаговой патологией печени, ранее оперированных по поводу колоректального рака (КРР), путем дифференцированного выбора биопсийных игл, рационального внедрения техники эхонавигации в сочетании с определением онкомаркеров сыворотки крови.

Материалы и методы. Объект исследования — 37 больных с очаговой патологией печени в возрасте 29–78 лет, ранее оперированных по поводу КРР. Всем больным выполняли компьютерную томографию. Сроки выявления метастазов — 7–16 месяцев после операции. Для пункций использовали сканер Sonoscape S6 с мультисоставным датчиком 3,5–7,5 МГц. Пункции выполняли двухсоставными иглами гильотинного типа 14–19 G, трехсоставными иглами оригинальной конструкции (патент Украины № 12064). Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне в режиме дуплексного сканирования. Трепан-биоптаты подвергали гистоморфологическим исследованиям. Определяли концентрацию ассоциированных с опухолью маркеров-антигенов сыворотки крови.

Результаты. С целью повышения качества выполнения пункционных биопсий была разработана универсальная трехсоставная игла, конструктивной особенностью которой является наличие канюли-павильона, исключающей контакт рабочих элементов, пребывающих в патологическом очаге, с интактной паренхимой и тканями пункционного канала, что предотвращает распространение опухолевых клеток в здоровые ткани.

При выборе безопасного акустического окна и зоны внедрения иглы в очаг проводили позиционирование в режиме дуплексного сканирования. Для детализации структуры и топографии выполняли трехмерное моделирование патологических образований. Применяемая тактика позволила оценить: внутриорганную ангиоархитектонику, гемодинамику; степень васкуляризации очагов; наличие/отсутствие фиброзной стромы, зон некроза опухоли; состояние интра- и перинодулярного кровотока; расположение очагов относительно сосудов и желчевыводящих путей; наличие портальной/билиарной гипертензии. На основании полученных данных и результатов биопсии проводили отбор больных для радиочастотной абляции (РЧА), этаноловой деструкции (ЭД) метастазов, системной химиотерапии (СХТ).

Наибольшее количество биопсийного материала получали при использовании игл 14–16 G. Уменьшение калибра до 18–19 G и длины среза приводило к уменьшению количества и фрагментации биоптата. При пункциях автоматическими инструментами и предложенной трехсоставной иглой качество и количество биоптатов позволило провести полноценную гистологическую верификацию метастазов ранее оперированного КРР. У 5,2 % больных при использовании механических игл 17–19 G малое количество биоптата не позволило провести гистологическую верификацию. Ряд критериев (фрагментация трепан-биоптата, межклеточные разрывы в глубине тканевого столбика, деформация клеток по краям срезанного участка) преобладали при использовании механических игл малого калибра.

Проведен анализ корреляции гистологического типа опухолей, эхографической семиотики и концентрации ассоциированных маркеров-антигенов. По ультразвуковым критериям в 89,3 % случаев выявлено преобладание гиперэхогенного типа над другими. Важной особенностью, подтверждающей продолжение болезни, явилась корреляция гистологических форм КРР с повышенной концентрацией онкомаркеров сыворотки крови у 86,7 % больных.

Выводы. Эхонавигационная пункционная биопсия очаговой патологии печени является высокоинформативным методом диагностики, позволяющим в кратчайшие сроки верифицировать гистоморфологическую форму.

Использование полипозиционного сканирования в режиме дуплексного сканирования и трехмерное моделирование патологических образований обеспечивают выбор безопасной пункционной траектории к очаговым образованиям печени, позволяют проводить отбор больных для РЧА, ЭД метастазов, СХТ.

Для полноценных гистологических и гистохимических исследований трепан-биоптатов предпочтительно использовать автоматические иглы 14–17 G, задавая длину среза не менее 20 мм.



Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с колоректальными метастазами печени: влияние современных технологий

ДАРВИН В.В., ОНИЩЕНКО С.В., ЛЫСАК М.М., КРАСНОВ Е.А.

**ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия
БУ ХМАО — Югры «Сургутская областная клиническая больница», Сургут, Россия**

Цель исследования: проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с колоректальными (КР) метастазами печени при применении различных хирургических технологий.

Материалы и методы. Проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения 126 больных с изолированными КР метастазами печени.

Объем поражения паренхимы печени составил от 7 до 55 %. Солитарные и единичные метастазы в печени выявлены у 65 (54,2 %) больных, множественные — у 61 (45,8 %). Монолобарное поражение — у 73 больных (57,9 %), билобарное — у 53 (42,1 %). Резекции печени в различных объемах выполнены у 52 (41,3 %) больных; резекции в сочетании с деструкцией очагов — у 27 (21,4 %) пациентов. Изолированные методики локальной деструкции (РЧА, криодеструкция) были использованы у 47 (37,3 %) пациентов.

Результаты. Для оценки влияния различных хирургических технологий в составе программы комбинированного лечения на ближайшие и отдаленные результаты больные были разделены на 5 групп.

Первую группу составили пациенты, которым были выполнены экономные анатомические и атипичные резекции печени, — 42. Осложнения отмечены у 14,2 % больных. Летальных исходов не было. Средняя величина интраоперационной кровопотери составила 380 мл. Одногодичная общая выживаемость составила 80 %, трехлетняя — 60 %, пятилетняя — 40 %.

Вторую группу составили пациенты после гемигепатэктомии — 10. Частота послеоперационных осложнений — 30 %. Послеоперационная летальность составила 20 % (умерли 2 больных от печеночной недостаточности). Расширенные резекции сопровождались кровопотерей в объеме 480–1430 мл. Гемотрансфузию проводили у 2 больных. Одногодичная общая выживаемость составила 92,9 %, трехлетняя — 50 %, пятилетняя — 38,1 %.

Третью группу составили пациенты с резекцией различных объемов в сочетании с РЧА — 27. Послеоперационные осложнения отмечены у 14,8 %. Послеоперационная летальность составила 11,1 % (3). Анализ отдаленных результатов: одно-, трех- и пятилетняя выживаемость составила 81,48; 44,4; 25,9 % соответственно; безрецидивная одно-, трех- и пятилетняя выживаемость — 62,9; 37,0; 18,5 %.

Четвертую группу составили пациенты только с РЧА — 40. Осложнения имели место у 5,0 % (у 2 больных выявлена субкапсулярная гематома малого объема). Летальных исходов не было. Одногодичная общая выживаемость составила 77,5 %, трехлетняя — 32,5 %, пятилетняя — 15 %.

Пятую группу составили пациенты, перенесшие криодеструкцию, — 7. Осложнения имели место у 57,1 % больных: трещины паренхимы в области ледяной глыбки — у 2 пациентов; тромбоцитопения — у 1, реактивный плеврит — у 1. Одногодичная общая выживаемость составила 71,4 %, трехлетняя — 14,3 %, пять лет не прожил никто.

Выводы. 1. Частота ранних послеоперационных осложнений при хирургическом лечении КР метастазов печени определяется технологией и объемом хирургического вмешательства: максимальное число осложнений отмечено при криодеструкции и гемигепатэктомиях.

2. Резекции печени обладают патогенетической обоснованностью при колоректальных метастазах печени и позволяют достоверно увеличить безрецидивную и общую выживаемость.

3. РЧА является эффективным методом локального воздействия на метастатический очаг, обладающим малой травматичностью, но как самостоятельный метод в лечении колоректальных метастазов печени не является альтернативой резекции.

Выбор метода лечения нейроэндокринных метастазов печени

ЕГОРОВ А.В., КОНДРАШИН С.А., МУСАЕВ Г.Х., ВАСИЛЬЕВ И.А., ПАРНОВА В.А.

Клиника факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Цель исследования: определить показания к различным методам лечения нейроэндокринных метастатических опухолей печени.

Материалы и методы. На лечении находились 39 пациентов с метастазами нейроэндокринных опухолей (НЭО) в печень. Характер НЭО: инсулинома — 11, карциноид — 8, гастринома — 5, ВИПома — 2, глюкагонома — 1, нефункционирующие опухоли — 12. Первичный очаг удален в 28 (72 %) наблюдениях, у 11 (28 %) больных опухоль была нерезектабельна или ее не удалось выявить. Резекция печени выполнена 10 (26 %) больным, химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) — 14 (36 %) пациентам (у пяти — в сочетании с системной химио- и биотерапией). Биотерапия аналогами соматостатина проведена в 15 (38 %) наблюдениях, причем в 7 случаях — после циторедуктивных операций.

Результаты. Резекции печени отдавали предпочтение при возможности полного удаления метастазов или циторедукции в объеме более 80–90 %. Циторедуктивные операции менее 80 % выполняли только при гормонально-активных НЭО после удаления первичной опухоли, что позволяло обеспечить надежный контроль над специфическими клиническими симптомами заболевания. У остальных пациентов проводили ХЭПА либо системную химио- и биотерапию. Последние годы прибегали к сочетанию данных методов лечения. Выявленная резектабельная первичная опухоль в любом случае должна быть удалена. Частота послеоперационных осложнений после ХЭПА составила 7 %, резекционных методов лечения — 17 % (учитывая вмешательства на поджелудочной железе и тонкой кишке). Летальных исходов не было.

В ближайшем послеоперационном периоде гормонально-зависимый синдром купировали у всех пациентов после резекционных методов лечения и в 90 % наблюдений как после ХЭПА, так и после проведения биотерапии. Трех- и 5-летняя выживаемость после ХЭПА и резекций печени составила соответственно 55 и 25 %; 75 и 62,5 %. На фоне проведения био- и химиотерапии в течение 4 лет живы 70 % больных. После ХЭПА в сочетании с биотерапией в сроки до 3 лет живы все 5 пациентов. У пациентов с удаленным первичным очагом медиана жизни была больше в 2 раза.

Заключение. При НЭО с метастатическим поражением печени предпочтение нужно отдавать удалению первичной опухоли с максимальным иссечением отдаленных метастазов (80–90 %). Для контроля за гормональными проявлениями НЭО необходимо выполнять циторедуктивное вмешательство на печени и в меньшем объеме, по возможности, с иссечением первичного очага. В ситуации, когда такой тактический подход невозможен, целесообразна ХЭПА. Циторедуктивные вмешательства и ХЭПА всегда нужно сочетать с системной биотерапией аналогами соматостатина. По нашему мнению, изолированное применение био-химиотерапии имеет право на жизнь только в той ситуации, когда комбинированное лечение невозможно, или у тяжелых онкологических больных.

Опыт анатомических резекций печени в лечении колоректальных метастазов

ЖУРАВЛЕВ В.А., РУСИНОВ В.М., БАХТИН В.А., ШЕРМАН Н.З.
ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России,
Киров, Россия

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень и наметить пути повышения резектабельности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 50 больных (мужчины — 28 (56,0 %), женщины — 22 (44,0 %)) с синхронными или метакронными метастазами колоректального рака в печень за 2006–2010 гг., находившихся на лечении в Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей. Локализация первичной опухоли: сигмовидная кишка — у 20 (40,0 %), прямая — у 15 (30,0 %), нисходящая ободочная — у 6 (12,0 %), поперечная ободочная — у 3 (6,0 %), восходящая ободочная — у 4 (8,0%), слепая кишка — у 2 (4,0%). В соответствии с классификацией метастазов в печень по локализации больные были распределены следующим образом: I тип — 25 (50 %): только правая — 17, только левая — 8; II тип — 11 (22 %): правая и одиночные в смежных сегментах левой — 4, левая и одиночные в смежных сегментах правой — 7; III тип — 14 (28 %): правая и одиночные в левой — 12, левая и одиночные в правой — 2; IV тип — 0.

Результаты. У 50 пациентов выполнено 56 резекций печени: одна — у 46 (92 %), две — у 2 (4 %), три — у 2 (4 %). Правосторонние гемигепатэктомии выполнены у 22 (44 %): ПГГЭ — у 19, расширенные ПГГЭ — у 3; левосторонние — у 7 (14 %): ЛГГЭ — у 6, расширенные ЛГГЭ — у 1; секционэктомии — у 4 (8 %); анатомические сегментэктомии (1 и/или 2 сегмента) — у 10 (20 %); атипичные резекции 3 сегментов и более — у 7 (14 %). Одномоментные резекции печени в сочетании выполнены у 20 (40 %) пациентов: с передней резекцией прямой кишки — у 6 (12 %), в сочетании с закрытием колостомы после ранее выполненной обструктивной резекции — у 5 (10 %), с резекцией тонкой кишки — у 2 (4 %), с резекцией диафрагмы — у 3 (6 %), с адреналэктомией — у 1 (2 %) и с нефрэктомией, резекцией и протезированием подвздошной артерии — у 1 (2 %). Имплантация артериального порта для регионарной химиотерапии в печеночную артерию после резекции печени выполнена 5 (10 %) больным. Послеоперационные осложнения возникли у 9 (18 %) больных: внутрибрюшное кровотечение — у 1, биломы — у 3, острая спаечная непроходимость — у 1, острая пострезекционная печеночная недостаточность — у 2, плевриты и пневмонии — у 2. Летальность составила 2 % (умер 1 больной от тромбоза легочной артерии). Медиана выживаемости после резекций печени при колоректальных метастазах составила 40,0 мес., 3- и 5-летняя выживаемость — 57,7 и 24,2 % соответственно.

Выводы. Обширные резекции печени в лечении колоректальных метастазов являются наиболее частой операцией и составляют 58 %, еще у 28 % больных метастазы удается удалить анатомическими секцион- или сегментэктомиями. У 8 % больных рецидивы метастазов в культе печени могут быть удалены повторными резекциями.



Комплексное лечение больных с метастатическим поражением печени

ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф., МУГАТАРОВ И.Н., КАМЕНСКИХ Е.Д., КОСЯК А.А., МАЛЬГИНОВ К.Е., ГАВРИЛОВ О.В.
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Министерства
здравоохранения России, Пермь, Россия
ГБУЗ «Пермская клиническая медико-санитарная часть № 1», Пермь, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с метастатическим поражением печени.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 г. пролечено 147 больных в возрасте от 36 до 78 лет, из них: с колоректальными метастазами — 118 (80,2 %), метастазами рака желудка — 8 (5,4 %), рака поджелудочной железы — 7 (4,8 %), рака молочной железы — 3 (2,0 %), рака желчного пузыря — 6 (4,1 %), рака яичника — 1 (0,7 %), рака почки — 2 (1,4 %), рака легких — 1 (0,7 %), метастазами рака шейки матки — 1 (0,7 %). Мужчин было 59 (40,1 %), женщин — 88 (59,9 %). Резектабельность определялась по данным УЗИ, КТ и МРТ брюшной полости, интраоперационного УЗИ печени. Всем больным выполнены биопсии очаговых образований.

Резекции печени произведены 103 пациентам: резекции 3 и более сегментов — в 42,7 % случаев, малые резекции — в 57,3 %. При билобарном поражении печени в 3 случаях резекция была дополнена РЧА метастазов контралатеральной доли. 41 больному произведена чрескожная абляция метастазов под УЗ-контролем. Применяли электрохирургический аппарат Radionics Cool-Tip®. Продолжительность сеансов варьировала в пределах от 5 до 30 минут. В пред- и послеоперационном периоде пациенты получали химиотерапию.

Результаты. Билиарные осложнения наблюдали в 4 (2,7 %) случаях: несостоятельность культи долевого желчного протока — 1; некроз стенки холедоха — 1; биллома — 2. Кровотечения из культи печени развились в 4 (2,7 %) случаях. Печеночная недостаточность отмечена у 5 (3,4 %) больных. Абсцессы брюшной полости сформировались у 4 пациентов, реактивный плеврит — у 5, тромбоз ретропеченочного сегмента НПВ — у 1.

Послеоперационная летальность составила 2,91 %. После РЧА гипертермия была у 14 пациентов, повышение трансаминаз — у всех. Через месяц отмечено уменьшение подвергнутых РЧА метастатических узлов в размерах. Повторные сеансы РЧА выполняли в 25 % случаев. Выживаемость после резекций печени на горизонте 1, 3, 5 лет составила 72,8; 50,5 и 39,8 % соответственно; после РЧА в течение первого года — 88,6 %, двухлетняя — 68,2 %.

Заключение. Активная хирургическая тактика при выявлении резектабельного метастатического рака печени позволяет добиться высокой 5-летней выживаемости у пациентов. При билобарном метастазировании возможно сочетание резекции печени с РЧА метастатических узлов в контралатеральной доле печени и различных вариантов химиотерапии.

Ультразвуковой мониторинг состояния метастазов печени после проведения радиочастотной термоабляции

ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф., КОЛЫВАНОВА М.В., МУГАТАРОВ И.Н., САМАНЧУК С.Ф.
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Министерства
здравоохранения России, Пермь, Россия

Цель исследования: определение возможности ультразвукового сканирования для выбора методики лечения и послеоперационного динамического наблюдения больных с колоректальными метастазами печени.

Материалы и методы. В нашей клинике с 2009 г. радиочастотная термоабляция (РЧА) колоректальных метастазов печени была выполнена 44 пациентам в возрасте от 47 до 75 лет. Мужчин было 30 (68,2 %), женщин — 14 (31,8 %) человек. Чаще всего отмечали билобарное поражение печени, опухоли располагались интрапаренхиматозно. Размеры метастазов варьировали от 1 до 4 см в диаметре. Использовали электрохирургический аппарат для радиочастотной абляции Valleylab Cool-Tip RF. Визуализацию процесса обеспечивали путем УЗ-мониторирования в режиме реального времени. Ультразвуковые исследования проводили на аппаратах GE Medical Systems Vivid 3, Logiq Book XP в В-режиме и при дуплексном сканировании.

Результаты. Алгоритм дооперационного исследования состоял из комплекса мероприятий: ультразвукового исследования, МРТ, биопсии с последующим гистологическим исследованием. Для выбора способа РЧА (чрескожная под УЗ-контролем или интраоперационная) определяющим являлось ультразвуковое сканирование. У 3 больных РЧА выполнена интраоперационно в связи с билобарным, субкапсулярным расположением очагов.

Ультразвуковое мониторирование проводили на первые, седьмые и тридцатые сутки после операции. Ранние исследования (первые и седьмые сутки) позволили выявить осложнения после манипуляции.

При динамическом наблюдении отмечали: на первые сутки — повышение эхогенности узлов печени; на седьмые — выраженное повышение эхогенности, усиление четкости границ и нарушение кровотока в области очагов.

Через месяц при визуализации места РЧА у всех больных отмечено уменьшение размеров очага на 10–30 %, отсутствие в нем кровотока.

Заключение. Ультразвуковое сканирование следует считать оптимальным скрининговым методом мониторинга больных после РЧА по поводу метастатического поражения печени в ближайшем послеоперационном периоде.

Метастазы колоректального рака в печень. Отдаленные результаты применения радиочастотной термоабляции

ИОНКИН Д.А., ВИШНЕВСКИЙ В.А., ЕФАНОВ М.Г., ЖАВОРОНКОВА О.И., МЕЛЕХИНА О.В., ШУРАКОВА А.Б., ЧЖАО А.В.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печень.

Материалы и методы. С 2002 г. накоплен опыт выполнения радиочастотной термоабляции (РЧА) у 118 больных с метастазами колоректального рака в печень. Мужчин было 51 (43,2 %), женщин — 66 (56,8 %); средний возраст составил 51,6 (27–83) года. Всем пациентам, кроме 3 наблюдений, первым этапом производили удаление первичной опухоли.

Для проведения РЧА использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. Вмешательство производили под УЗ-контролем. Всего было выполнено 209 сеансов РЧА. Чрескожная РЧА была выполнена в 191 наблюдении. Среднее число сеансов — $2,2 \pm 1,7$ (от 1 до 8). РЧА в открытом поле зрения была выполнена в 30 наблюдениях. Контроль эффективности производили с применением УЗИ, МРТ начиная с первых суток после вмешательства. Всем больным в послеоперационном периоде проводили адъювантную химиотерапию.

Результаты. Среди послеоперационных осложнений наиболее часто отмечался экссудативный плеврит (22,5 %). Двое (1,8 %) больных умерли в первые 2 месяца после вмешательства. У 63 % больных возникли новые очаги, несмотря на проводимую химиотерапию и повторные сеансы РЧА, в том числе: внутripеченочные — у 26 %, внепеченочные (в первую очередь в легкие) — у 34 % и внутри- и внепеченочные — у 45,8 %.

После РЧА 1-, 2-, 3-, 4- и 5-летняя выживаемость составила 84,2; 55,7; 39,7; 29,7 и 16,3 % соответственно. Медиана выживаемости составила 32 месяца.

Заключение. Результаты лечения больных с новообразованиями печени с применением РЧА, как и при резекции печени, зависят от факторов прогноза: период выявления метастазов, локализация, число и размеры опухолевых узлов. При оценке эффективности РЧА УЗИ и КТ менее информативны, чем МРТ. УЗИ более правильно использовать для выявления возможных осложнений, а не для определения адекватности вмешательства. Чаще отмечается не продолженный опухолевый рост, а неполная деструкция.

Прогноз отдаленных результатов резекции печени при метастазах колоректального рака

КОВАЛЕНКО Ю.А., ЧУГУНОВ А.О., АНДРЕЙЦЕВА О.И., ЧЖАО А.В.

Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

В настоящее время наряду с активной хирургической тактикой лечения метастазов колоректального рака в печень продолжается активный поиск молекулярных предикторов, определяется их значение для прогноза заболевания. Успех определения точного риска возникновения рецидива зависит от индивидуальной комплексной оценки клинико-патологических и молекулярных факторов, имеющих максимальный вес для исхода заболевания.

Цель исследования: выявить прогностические факторы, достоверно влияющие на выживаемость пациентов, и на основании их оценки изучить прогноз отдаленных результатов резекции печени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ отдаленных результатов резекций печени у 77 пациентов. Большинство больных было с IV стадией заболевания (по S. Iwatsuki с соавт.): IVA стадия — 32 (42 %), IVB стадия — 11 (14 %), III стадия — 16 (21 %), II стадия — 17 (22 %), I стадия — 1 (1 %). Изучены факторы риска: максимальный размер и число метастазов, их локализация, синхронность с первичной опухолью, степень дифференцировки, поражение лимфоузлов гепатодуоденальной связки, микрососудистая инвазия, край резекции, экспрессия CK20, β -cat, Ki67, Muc2 и 5A. Максимальный размер опухоли 5 см и менее был у 34 (44 %) пациентов, более 5 см — у 43 (56 %). В зависимости от числа метастазов: 4 и менее — у 46 (60 %) больных, более 4 см — 31 (40 %). В зависимости от объема резекции: большие (3 и более сегмента) — 52 (68 %), малые — 25 (32 %). Экспрессия CK20, β -cat, Ki67, Muc2 и 5A была определена у 20 человек с помощью иммуногистохимического исследования. Прогноз был



рассчитан по разработанной нами прогностической системе, основанной на клинико-патологических и молекулярных факторах.

Результаты. Зависимость выживаемости от прогностических факторов определяли с помощью регрессионной модели Кокса. При полифакторном анализе наиболее значимыми были степень дифференцировки ($p < 0,05$) и стадия заболевания. Между экспрессией CK20, β -cat, Ki67 и рецидивом опухоли была установлена высокая степень корреляции. Независимо от варианта резекции при выраженной опухолевой прогрессии исход был неблагоприятным. Общая и безрецидивная 5-, 7- и 10-летняя выживаемость составила 31, 14, 14 и 14, 12, 12 % соответственно. При резекциях R0 5-летняя выживаемость была более 30 %, при R1 и R2 — 75 % в течение 40 мес. Четырехлетняя выживаемость у пациентов с низкой степенью дифференцировки составила менее 20 %. Прогнозирование безрецидивной выживаемости проводили в три этапа ($n = 17$). На основании вариантов сочетания максимального размера и числа метастазов для клинико-патологических факторов и для молекулярных — степени дифференцировки метастаза выбирали уровень значимости факторов, затем находили соответствующее значению фактора число баллов. Для подсчета количества баллов, соответствующих факторам, использовали формулу площадей. При возникновении рецидива до 12 мес. прогноз считался плохим, с 12 до 24 мес. — умеренным, с 24 мес. и после — хорошим. Рассчитанный прогноз у 15 (88 %) пациентов соответствовал прогнозу при последующем наблюдении в течение первых двух лет после резекции. Плохой прогноз определен у 4 больных и умеренный — у 13.

Заключение. Клинико-патологические факторы определяют выбор варианта резекции печени, однако достоверно не влияют на прогноз заболевания (кроме низкой дифференцировки метастаза). Молекулярные маркеры являются значимыми прогностическими факторами и в комплексе с клинико-патологическими увеличивают точность прогноза до 90 %.

Симультанные резекции печени у больных со злокачественными новообразованиями и синхронными метастазами

КОТИВ Б.Н., ДЗИДЗАВА И.И., АЛЕНТЬЕВ С.А., СЛОБОДЯНИК А.В., СМОРОДСКИЙ А.В., ФЕДУН О.В.

Кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Синхронные метастазы в печень диагностируют у 25–50 % больных со злокачественными опухолями различной локализации. В настоящее время результаты лечения метастатического поражения печени хорошо изучены. Благодаря применению современных методов диагностики и оперативного лечения удается достичь пятилетней выживаемости в 30–40 %. Однако вопрос о выполнении симультанной операции, включающей удаление первичной опухоли и резекцию печени, остается дискуссионным.

На обследовании и лечении в клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2006 по 2012 г. находилось 246 больных со злокачественными новообразованиями с синхронным метастатическим поражением печени. Всем пациентам выполняли комплексное обследование, включавшее эндоскопическое исследование (ФЭГДС, колоноскопия), УЗИ, МСКТ органов грудной и брюшной полостей, исследование уровня онкомаркеров, морфологическую верификацию опухоли. При планировании симультанной резекции печени обследование дополняли углубленной оценкой ее функциональных резервов (биохимические маркеры, объем поражения, наличие хронической вирусной инфекции, клиренс-тест с индоциановым зеленым). Выполнение симультанных вмешательств считали возможным в случае нерасширенного, стандартного объема операции в области первичной опухоли и монолобарного метастатического поражения не более 50 % печени при отсутствии признаков ее хронического диффузного заболевания и значимых проявлений гепатодисфункции. Всего выполнено 31 симультанное оперативное вмешательство: рак желудка имел место в 7 (22,6 %) случаях, колоректальный рак диагностирован у 22 (71,0 %) и рак молочной железы — в 2 (6,4 %) наблюдениях. Гастрэктомия дополнена левосторонней кавальной лобэктомией в 3 случаях, левосторонней гемигепатэктомией — в 1 и правосторонней гемигепатэктомией — в 3 наблюдениях. Различные по объему вмешательства на толстой кишке сочетали с левосторонней кавальной лобэктомией у 7 больных, с левосторонней гемигепатэктомией — у 2, с правосторонней гемигепатэктомией — у 6, с атипичной резекцией печени — у 7 пациентов. Из них 4 больным в предоперационном периоде выполнена артериальная масляная химиоэмболизация метастаза печени. Правостороннюю гемигепатэктомию выполнили симультанно с мастэктомией по Мадден после неoadьювантной химиотерапии 2 больным.

Различные послеоперационные осложнения развились у 6 (19,4 %) больных (нагноение послеоперационной раны, внутригоспитальная пневмония, содружественный плеврит, формирование желчных свищей). В 2 случаях симультанной гастрэктомии и правосторонней гемигепатэктомии в раннем послеоперационном периоде наблюдали прогрессирующую гепатоцеллюлярную недостаточность, что явилось причиной летального исхода.

Отдаленный период прослежен у всех больных. Период наблюдения составил от 6 до 60 месяцев. Все больные в послеоперационном периоде получали химиотерапевтическое лечение. В 8 случаях (больные раком мо-

лочной железы — 2 и больные колоректальным раком — 6) проводили системную химиотерапию. В остальных наблюдениях применяли регионарное введение цитостатиков в режиме 4–6 курсов селективной артериальной химиоинфузии или масляной химиоэмболизации. Рецидив заболевания развился у 10 больных через 14 ± 4 мес. В данной группе пациентов возобновлено химиотерапевтическое лечение. Продолжительность жизни больных раком желудка составила: 60 мес. — в 1 наблюдении, 44 мес. — в 1, более 18 мес. — в 2 и 7 мес. — в 1 наблюдении. Трехлетняя выживаемость больных колоректальным раком составила $47,6 \pm 18,3$ %, пятилетняя — $30,7 \pm 9,9$ %.

Таким образом, у больных со злокачественными новообразованиями в случаях стандартного объема операции в области первичной опухоли и унилобарного синхронного метастатического поражения печени при отсутствии признаков гепатодисфункции возможно выполнение симультанной резекции печени, что в сочетании с послеоперационной регионарной химиотерапией как этапом комбинированного лечения способствует улучшению результатов лечения больных данной категории.

Подходы к хирургическому лечению пациентов с билобарными метастазами колоректального рака в печень

ЛЯДОВ К.В., ЕГИЕВ В.Н., ЕРМАКОВ Н.А., ЛЯДОВ В.К., КОЗЫРИН И.А., САМОЙЛОВ А.В.
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с билобарными метастазами колоректального рака в печень.

Материалы и методы. Работа основана на анализе клинических наблюдений 52 пациентов, находившихся на обследовании и лечении по поводу метастазов колоректального рака в печени в клинике хирургии и онкологии лечебно-реабилитационного центра Минздрава России. Больные были разделены на три группы. В первую группу вошли нерезектабельные пациенты с выявленным внепеченочным распространением процесса, распространенным канцероматозом или множественным билобарным поражением печени метастазами. Эту группу составили 24 (46,2 %) пациента (13 мужчин, 11 женщин), средний возраст — $64,25 \pm 7,93$. Вторую группу составили 14 (46,2 %) пациентов (4 мужчины, 10 женщин) с первично резектабельными опухолями без множественного билобарного поражения печени, с поражением менее 70 % печеночной паренхимы, отсутствием инвазии устьев основных печеночных вен, без нерезектабельных экстрапеченочных опухолей. Третья группа — первично нерезектабельные пациенты (14 (46,2 %) больных). Основными критериями, позволяющими отнести пациентов к этой группе, явились: объем остающейся паренхимы печени менее 30 % у пациентов с преимущественным опухолевым поражением в одной из долей и единичными метастазами в контралатеральной доле.

Результаты. Нерезектабельным пациентам рекомендовано проведение паллиативной химиотерапии.

1. Основой хирургического лечения в группе первично резектабельных пациентов являлись анатомические резекции печени в сочетании с атипичной резекцией в контралатеральной доле, реже использовали сочетание с радиочастотной абляцией. В 2 случаях было проведено редкое оперативное вмешательство — центральная резекция печени в сочетании с атипичной резекцией.

Интраоперационное осложнение было в 1 случае (кровопотеря 2500 мл). Послеоперационные осложнения выявлены у 6 больных: желчеистечение отмечено в 2 случаях; образование биломы в области резекции печени наблюдали у 2 больных. Эти осложнения не потребовали повторных операций. Печеночная недостаточность (1 пациент) и внутрибольничная пневмония (1 пациент) купированы консервативными мероприятиями.

2. Первично нерезектабельные пациенты.

А. Эмболизация правой ветви воротной вены выполнена 5 пациентам: достигнуть приемлемого объема остающейся паренхимы печени не удалось у 1 пациента; произошла значимая гипертрофия левой доли печени, и в последующем оперированы 4 пациента: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (пГГЭ) проведена 2 больным, расширенная пГГЭ в сочетании с сегментэктомией — 2. Интраоперационно выявлено 1 осложнение (кровопотеря 2700 мл). В послеоперационном периоде 1 желчеистечение, купированное консервативно. У 1 больного выявлена печеночная недостаточность с успешным результатом консервативного лечения.

В. Двухэтапная гемигепатэктомия выполнена 2 пациентам: атипичные резекции в комбинации с РЧА, затем эмболизация правой ветви воротной вены (ЭПВ) и расширенная правосторонняя гемигепатэктомия проведены 1 больному; сегментэктомия с атипичной резекцией, затем ЭПВ и расширенная пГГЭ — 1. Интраоперационных осложнений не было выявлено. Из послеоперационных осложнений выявлено 1 желчеистечение.

С. Конверсионная терапия как метод повышения резектабельности проведена 7 пациентам. После лечения проведение резекционного вмешательства 3 из них было нецелесообразно. Полисегментарные резекции и РЧА проведены 4 пациентам. Осложнений нет.

Д. In situ split-резекция выполнена 2 пациентам: одному — в сочетании с расширенной пГГЭ, другому — с пГГЭ. Интраоперационных осложнений нет. Послеоперационное осложнение: образование биломы в зоне



резекции (1 пациент) (было выполнено чрескожное дренирование под УЗ-контролем). Послеоперационная пневмония (1 пациент).

Выводы. Больные с билобарными метастазами колоректального рака в печень должны рассматриваться с точки зрения выполнения резекционных вмешательств. Современные хирургические технологии (ЭПВ, двух-этапная гепатэктомия, *in situ split*-резекция) позволяют успешно оперировать больных с билобарным метастатическим поражением, которое ранее считали неоперабельным.

Вопросы разрешения холестаза при метастатическом раке гепатобилиарной системы

МАГОМЕДОВ И.У., МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., СКОРОВАРОВ А.С., МЕДЖИДОВ Ш.Р.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Махачкала, Россия

Цель исследования: уточнить показания к декомпрессии билиарного тракта (БТ) проксимальным доступом и определить возможности его долгосрочного дренирования у пациентов с механической желтухой (МЖ), обусловленной метастатическим раком гепатобилиарной системы.

Материалы и методы. За последние 10 лет в гепатологическом центре Республиканской клинической больницы с метастатическим раком печени и в зоне гепатодуоденальной связки находилось 178 пациентов. У 69 (38,6 %) из них развилась МЖ. Женщин было 41 (60,1 %), мужчин — 28 (39,9 %). Причиной метастатического поражения гепатобилиарной зоны были опухоли следующей локализации: желудок — 23 (33,3 %), поджелудочная железа — 19 (27,5 %), ободочная и прямая кишка — 24 (35,0 %), гениталии — 2 (2,8 %), легкие — 1 (1,4 %).

Локализация, число, размеры метастазов в печень и в зоне гепатодуоденальной связки, а также степень дилатации БТ, уровень его обструкции устанавливали с помощью лучевых методов диагностики: УЗИ, КТ, МРТ. При планировании ЧЧХС применяли метод 3D-моделирования билиарной системы, портальных и кавальных сосудов по данным спиральной КТ и МРХПГ.

Результаты. Благоприятные условия для чреспеченочного дренирования БТ имелись у 49 (71,1 %) пациентов, относительно благоприятные — у 17 (24,6 %), неблагоприятные — у 3 (4,3 %). В последних 3 случаях провести ЧЧХС не удалось, попытка выполнения ЧЧХС в 4 (23,5 %) наблюдениях с относительно благоприятными условиями также оказалось не эффективной.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения имелись у 6 (9,6 %) пациентов из 62 больных, которым удалось произвести декомпрессию БТ проксимальным доступом. В 2 наблюдениях имело место выпадение катетера, была выполнена его реустановка. В 4 наблюдениях отмечена гемобилия, которая была остановлена консервативным путем. Наружно-внутреннее дренирование БТ удалось выполнить в 5 (8,1 %) случаях. В ближайшем послеоперационном периоде летальных исходов не было. Срок дренирования БТ до 3 месяцев был у 95,1 % больных, до 9 месяцев — у 8,0 %, до 1 года не дожил ни один пациент.

Заключение. При развитии МЖ у пациентов с метастатическим раком гепатобилиарной системы необходимо выяснить наличие условий для проведения декомпрессии БТ и при их наличии установить катетер в БТ проксимальным доступом. Устранение желтухи, хотя и не на длительный срок, улучшает качество жизни и несколько продлевает жизнь пациента.

Применение радиочастотной абляции в хирургии метастатических поражений печени

МАКСИМОВСКИЙ В.Е.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Внутрипеченочные метастазы часто представляют проблему для онкологов из-за их значительного негативного влияния на прогноз заболевания и сложности лечения, поскольку в большинстве случаев метастазы в печень оказываются неудаляемыми в силу разных причин: из-за локализации; снижения функциональных резервов как самой печени, так и пациента в целом; в связи с тяжестью сопутствующей патологии; из-за преклонного возраста пациента.

В 1993 году техника радиочастотной термоабляции (РЧТА) впервые была исследована для лечения опухолей у больных раком. Вскоре методика получила широкое распространение. РЧТА может выполняться чрескожно, лапароскопически и во время лапаротомии.

Целью исследования явилось изучение результатов использования чрескожной РЧТА в комплексном лечении больных с метастатическими поражениями печени.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2013 г. с помощью РЧ-генератора Rita 1500X (производство Rita Medical Systems Inc., USA) в Одесском областном онкологическом диспансере было выполнено 36 самостоятельных РЧТА, из которых чрескожных — 15 (41,7 %).

Результаты. Показаниями к выполнению РЧТА считали опухолевое поражение печени, когда выполнение традиционных хирургических вмешательств было необоснованным: недоступные для резекции опухолевые узлы; наличие в печени билобарных множественных (до 4–5) опухолевых узлов; диаметр каждого узла не более 5 см и расположение узлов не ближе 1 см от воротной или печеночной вены.

Большую часть пациентов представляли больные с метастазами колоректального рака — 78,6 % пациентов, с метастазами рака поджелудочной железы — 4,3 %, метастазами гепатоцеллюлярного рака — 2,8 %, метастазами рака женских половых органов — 4,7 %, метастазами рака желудка — 6,8 % пациентов.

Первичные очаги метастазирования ранее были удалены хирургическим путем. Размеры метастазов составляли от 2 до 4 см, а число одновременно леченых очагов — от 1 до 3. Через сутки после сеанса термоабляции в режиме дуплексного сканирования определяли гиперэхогенные участки, соответствующие зоне абляции в месте локализации метастазов, отмечали исчезновение мелких внутриопухолевых сосудов коллатерального типа с сохранением сосудов, окружающих опухоль, с магистральным типом кровотока.

Среди осложнений имело место одно внутрибрюшное кровотечение у больной раком толстой кишки с метастатическим поражением печени после выполнения резекции левой доли печени и РЧТА метастатических очагов в правой доле. Больная была повторно оперирована, после операции выздоровела. Жива на данный момент. На месте опухолевого узла после проведения РЧТА в одном случае сформировалась киста. Примерно в половине случаев РЧТА определяли транзиторное повышение ферментов печени — аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы.

Летальных исходов после проведения сеанса термоабляции в комплексном лечении метастатических поражений печени не было.

Выводы. Преимуществами чрескожной РЧТА являются сокращение времени оперативного вмешательства, техническая простота процедуры; сокращение расходов на анестезиологическое и хирургическое обеспечение операции; уменьшение времени наркоза; снижение расходов на приобретение шовного и биоадгезивных материалов; улучшение качества жизни пациента. Применение РЧТА уменьшает риск оперативного вмешательства у соматически ослабленных больных за счет малоинвазивности и малотравматичности с увеличением продолжительности жизни.

Опыт лечения метастатического колоректального рака

МИЛИЦА Н.Н., ПОСТОЛЕНКО Н.Д., АНГЕЛОВСКИЙ И.Н., МИЛИЦА К.Н.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

Лечение больных раком толстой кишки (РТК) с метастазами в печень является актуальной проблемой современной онкологии. От 20 до 50 % больных колоректальным раком (КРР) при первичном обращении уже имеют метастазы в печень. Хирургическое лечение метастатических поражений печени позволяет добиться значительного увеличения продолжительности жизни больных, повышая пятилетнюю выживаемость до 30–40 %.

Цель исследования: оценка результатов лечения метастатического колоректального рака.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 48 пациентов с метастатическим КРР печени, находившихся на лечении в 2004–2012 гг. Первичная опухоль была удалена за 5–26 месяцев до начала лечения метастазов. Морфологическое подтверждение злокачественного поражения печени было проведено при чрескожной биопсии печени под УЗ-контролем. В 91,4 % опухоль имела строение аденокарциномы различной степени дифференцировки.

Метастазирование в правую долю печени наблюдали у 67,3 % (n = 32), в левую долю — у 18,4 % (n = 8), и у 14,3 % (n = 4) больных имело место вовлечение обеих долей. Резектабельность определяли с учетом данных УЗИ, КТ с контрастным усилением и МРТ.

Типичные резекции печени (в том числе 5 гемигепатэктомий) произведены 23 (48,1 %) пациентам и атипичные резекции печени (в том числе 14 краевых резекций печени и 11 бисегментэктомий при размерах метастазов до 5 см в диаметре) — 25 (51,9 %) больным. При операциях от края опухоли отступали не менее 1 см. Во время операций использовали аргоноплазменный коагулятор ERBE APC 300 и ультразвуковой скальпель Harmonic, что позволило значительно уменьшить объем кровопотери и риск оперативного вмешательства. Кроме оперативного лечения, 2 пациентам выполняли химическую абляцию интрапаренхиматозно расположенных метастазов.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 5,8 % (n = 3). Частота послеоперационных осложнений — 20,8 %. Нагноение послеоперационной раны наступило в 8,3 % (n = 4) случаев; в поддиафрагмальном пространстве сформировались абсцессы, которые были дренированы под УЗ-контролем в 10,4 % (n = 5) случаев. У 4 (8,3 %) пациентов в послеоперационном периоде были диагностированы пневмония и реактивный плеврит. Выживаемость у радикально оперированных пациентов в течение одного года составила 82,5 %, трех лет — 43,2 % и пяти лет — 33,5 %.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости активной хирургической тактики при лечении резектабельного метастатического рака печени.



Микроволновая или радиочастотная абляция метастазов печени: что лучше?

МУСАЕВ Г.Х., ЮРИЧЕНКО Ю.Ю., БЕКШОКОВ А.С., ФАТЬЯНОВА А.С.

Университетская клиническая больница № 1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Введение. Развитие и разнообразие высокоэффективных абляционных методов хирургического лечения солидных образований печени неизменно ставит специалистов перед выбором: какой метод избрать?

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности применения чрескожной микроволновой (МВА) и радиочастотной абляции (РЧА) метастазов колоректального рака в печень.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование результатов лечения 30 пациентов с метастатическим поражением печени при колоректальном раке. Средний возраст пациентов составил $42,0 \pm 4,2$ года, мужчин было 19 (63,3 %), женщин — 11 (36,7 %). Диаметр опухоли варьировал в пределах от 1 до 9 см, отмечали преимущественное поражение правой доли печени (72 %). Чрескожная РЧА выполнена 18 (60,0 %) пациентам, из них повторно — 4. Чрескожная МВА проведена 12 (40,0 %) больным, из них повторно процедуре подверглись 10 человек, четверым из которых ранее применяли РЧА опухоли.

Всем пациентам проведено комплексное обследование с УЗИ, МСКТ с в/в болюсным контрастированием и до- и послеоперационной пункционной биопсией с исследованием полученного материала.

Контрольные осмотры проводили каждые 3 месяца после первой процедуры. В среднем пациентов наблюдали 8,9 мес. Максимальный срок наблюдения составил 2 года, минимальный — 1 месяц после абляции.

Результаты. Решающее значение при оценке эффективности метода абляции имела компьютерная томография, точнее, размеры зоны абляции и параметры васкуляризации этой области. Так, решение о необходимости повторной операции абляции принимали при сохранении периферической васкуляризации очага по КТ-критериям накопления контрастного вещества. Из 18 пациентов после РЧА 8 провели повторную чрескожную абляцию, у 6 была достигнута стабилизация процесса, а 4 были потеряны для наблюдения. Наилучшие отдаленные результаты после РЧА получены при диаметре очага не более 3 см. При этом применение метода МВА позволило достичь хороших результатов лечения и стабилизации роста метастаза после первой операции при диаметре опухоли не более 6 см.

Показано, что РЧА сопровождается выраженным нагреванием ткани во время процедуры, что приводит к перегреву датчика и автоматическому отключению радиочастотного зонда. Эта особенность методики затрудняет соблюдение протокола операции и не дает гарантию полноценной абляции очага, как следствие, увеличивая необходимость повторных операций, особенно при размерах опухоли более 3 см.

Отмечено также, что закономерное изменение тканевых характеристик после абляции (появление очагов фиброза) значительно снижает эффективность РЧА при повторных процедурах. Это обусловлено физическими особенностями распространения волн. При этом для МВА благодаря несколько иному механизму воздействия на ткани такой закономерности отмечено не было, что делает этот метод более предпочтительным для повторного применения.

Заключение. В целом сравнительный анализ двух наиболее распространенных и доступных методов чрескожной абляции вторичных опухолей печени свидетельствует о высокой эффективности как микроволновой, так и радиочастотной абляции. Однако, учитывая, что большинству пациентов показаны повторные процедуры, МВА все же предпочтительнее, поскольку является более щадящим и эффективным методом.

Возможности рентгеноэндоваскулярных методов лечения метастатического рака печени

НАРТАЙЛАКОВ М.А., МУХАМЕДЬЯНОВ И.Ф., ГРИЦАЕНКО А.И.

**ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия**

Цель исследования: изучить эффективность рентгеноэндоваскулярных вмешательств (РЭВВ) при метастатических опухолях печени.

Материалы и методы. В Башкирском республиканском центре хирургической гепатологии с 2005 по 2012 г. пролечен 131 больной с метастатическими опухолями печени. В соответствии с методами применяемого лечения больные были разделены на три группы: 1-я группа — только резекционные методы (в основном гемигепатэктомии) — 79 (60,3 %) больных; 2-я группа — различные по объему резекции печени в сочетании с рентгеноэндоваскулярными вмешательствами — 24 (18,3 %); 3-я группа — при нерезектабельных опухолях печени выполняли только рентгеноэндоваскулярные вмешательства — 28 (21,4 %) случаев.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде после 103 резекций печени (1-я и 2-я группы) летальность составила 6,8 % (7 больных). После изолированных РЭВВ (3-я группа) летальности не было. 52 больным 2-й и 3-й групп выполнено 195 процедур РЭВВ (в среднем 3,75 на 1 пациента).

Отдаленные результаты (после выписки из стационара до 8 лет) прослежены у 124 (94,7 %) больных. Выживаемость пациентов, пролеченных по поводу метастатического поражения печени, представлена в таблице 1.

Таблица 1. Выживаемость пациентов, пролеченных по поводу метастатического поражения печени (%)

Выживаемость	Группы		
	1-я	2-я	3-я
Годичная	87,4	21,4	87,5
Трехлетняя	59,7	10,7	70,8
Пятилетняя	30,5	41,7	–

Заключение. Резекции печени в сочетании с РЭВВ достоверно ($p < 0,05$) увеличивают 5-летнюю выживаемость по сравнению с группой больных, которым адъювантную химиотерапию в печеночную артерию не проводили.

Метастатические поражения печени: резервы улучшения ситуации

ПЫШКИН С.А., БОРИСОВ Д.Л., МАСЛОВ В.Г., ШАМСИЕВ А.Р., ГОТОВЦЕВ Ю.В., АЛИХАНОВ Н.Г.

Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия

МБУЗ «Городская клиническая больница № 8»,

Челябинск, Россия

Цель исследования: изучить структуру метастатического поражения печени (МПП) и возможности помощи этим больным.

Материалы и методы. Проанализирована лечебная тактика у 2024 пациентов с МПП при раке органов пищеварения, пролеченных с 1990 г. Морфология первичного опухолевого поражения: колоректальный рак — у 77,2 %, рак желудка — у 18,6 %, рак гепатопанкреатодуоденальной зоны — у 3,1 %, рак пищевода — у 1,1 % пациентов. МПП диагностировали при УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ, лапароскопии, интраоперационной ревизии, биопсии.

Результаты. Симптоматическое лечение получили 428 (21,2 %) лиц. Паллиативные и симптоматические операции выполнены в 1196 (59,1 %) случаях. Только химиотерапию получили 205 (10,1 %) пациентов. Кандидатов на радикальную операцию было 195 (9,6 %). Локализация первичного очага в зависимости от морфологического вида опухоли: колоректальный рак — 179 (91,8 %), желудок — 5, желчный пузырь — 2, карциноид — 1, печень — 6, поджелудочная железа — 2. Радикальную операцию выполняли при МПП в одной доле, отсутствии экстрапеченочной диссеминации. При билобарном поражении наряду с резекцией доли в зависимости от объема остающейся доли, числа и размера очагов, прогнозируемой сложности их удаления выполняли перипухолевую резекцию печени или РЧА либо их сочетание.

Радикально оперированы 107 пациентов, что составило 5,3 % от общего числа МПП. Средняя продолжительность жизни после операции при МПП колоректального рака составила 23,6 месяца.

Проанализированы причины запоздалой диагностики МПП. Позднее обращение больных было причиной в 62,4 %. В основе — недостаточная осведомленность о проявлениях онкопатологии, пренебрежение к собственному здоровью и врачебным рекомендациям. Немаловажное значение имеет страх перед социальными последствиями онкозаболевания — потеря работы, семьи, общественного статуса. Врачебные ошибки отмечены в 16,3 % случаев. Клиницисты мало информированы о достижениях онкогепатологии. При фатальности восприятия ситуации, незнании возможностей лечения МПП у врачей отсутствует представление о маршрутизации пациентов. Скрытое течение болезни отмечено у 8,1 % больных. МПП обнаруживали случайно при УЗИ, либо его проявления были манифестацией рака. Поздняя диагностика МПП вследствие сочетания ряда факторов отмечена у 13,2 % пациентов. Тревожно несвоевременное выявление МПП у лиц, уже состоящих на учете у онколога и перенесших радикальное лечение по поводу рака. Имеет место игнорирование врачами и больными конкретных рекомендаций по обследованию таких пациентов. Поэтому преимущества активной тактики при МПП нивелированы. В большинстве случаев выявление МПП имеет академический интерес.

Выводы. 1. Несмотря на наличие современных средств визуализации и значительные возможности хирургии, количество радикальных вмешательств при МПП остается на удручающе низком уровне. 2. Нужны конкретные меры по повышению квалификации врачей различных специальностей по проблеме МПП, а также по образованию населения по аналогии с сердечно-сосудистой патологией, сахарным диабетом и т.д. с пониманием: «МПП — не приговор!» 3. Диспансерное наблюдение онкобольных предполагает УЗИ печени как минимум три раза в первый год после операции, дважды — в течение второго года и далее ежегодно.



Эндоваскулярные технологии при хирургическом лечении обструктивного рака ободочной кишки с метастазами в печень

*РУСИН В.И., РУСИН А.В., ЧОБЕЙ С.М., БУЦКО Е.С., КУЦЕНКО А.Ю., ИГНАТ А.В.
Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина*

Цель исследования: оптимизировать методики эндоваскулярных вмешательств при метастатических опухолях печени.

Материалы и методы. Среди 336 больных, оперированных по поводу обструктивного рака ободочной кишки в хирургической клинике Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака, метастазы в печень имели 102 (30,4 %) пациента, тромбоз системы воротной вены был выявлен у 15 (14,7 %) из них.

Больные с метастатическим поражением печени и тромбозом воротной вены по методам лечения были разделены на 4 группы.

I группа — 27 (26,5 %) больных с обширными или множественными метастазами в печень, которым выполнено удаление рака ободочной кишки с продленной внутриартериальной полихимиотерапией через собственную печеночную артерию зоны метастаза, у 6 из них выполнена эмболизация сосудов, питающих обширный метастаз печени.

II группа — 26 (25,5 %) пациентов с солитарными метастазами в печень, атипичная резекция печени с удалением метастазов выполнена 12 из них, бисегментэктомия выполнена 8 пациентам, сегментэктомия — 4, гемигепатэктомия — 2. У 16 пациентов проводили удаление рака ободочной кишки, в день операции выполняя эндоваскулярное пломбирование сосудов, питающих метастаз печени, жидким эмболином.

III группа — 15 (14,7 %) пациентов с тромбозами в системе воротной вены, которым после радикального лечения обструктивного рака ободочной кишки проводили продленную внутриворотальную полихимиотерапию. У 11 больных с тромбозом воротной вены дополнительно проведен селективный тромболитизис (1 500 000 Ед стрептодеказы).

Больные I–III групп получили от четырех до шести курсов адъювантной полихимиотерапии по схеме FOLFOX-IV или FOLFIRI.

IV группа — 34 (33,3 %) больных с множественными метастазами в печень, которым после удаления опухоли толстой кишки проводили стандартную адъювантную системную полихимиотерапию.

Результаты. Ангиографическое исследование начиналось с селективного контрастирования верхней мезентериальной артерии для выявления возможного аномального отхождения собственной печеночной артерии от верхней брыжеечной артерии. Среди всех гепатикографий только у 5 больных наблюдали аномальное отхождение собственной печеночной артерии от верхней брыжеечной. Показанием для рентгеноэндоваскулярной эмболизации печеночной артерии в 6 случаях были иноперабельные метастатические опухоли печени. Рентгеноэндоваскулярную эмболизацию в качестве лечебной процедуры до резекции печени использовали у 16 больных.

Тромболитическая терапия, как показал наш небольшой опыт, при опухолевых тромбозах в системе воротной вены практически не эффективна. Отсутствие признаков цирроза печени и нормальных показателей печеночных проб предполагает использовать внутриворотальную полихимиотерапию с химиоэмболизацией ветвей воротной вены с невысокой эффективностью.

Заключение. Кумулятивный 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 комбинировании хирургического метода удаления метастазов и адъювантной полихимиотерапии. Общая продолжительность жизни у пациентов этой группы на третий год — 34,6 %. В первой группе больных средняя продолжительность жизни составила $24,0 \pm 2,3$ месяца. В третьей группе два года пережило 19,5 % больных, в четвертой группе средняя продолжительность жизни после операции составила $3,6 \pm 1,5$ месяца.

Интраоперационное УЗИ при резекции печени у пациентов с колоректальными метастазами

*РЫХТИК П.И., ЗАГАЙНОВ Е.В., САФОНОВ Д.В.
ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России»,
Нижний Новгород, Россия*

Интраоперационное УЗИ (ИОУЗИ) с высокой разрешающей способностью открывает новые возможности в выявлении метастазов в печени, поэтому целью исследования являлось изучение влияния ИОУЗИ на изменение объема резекции печени во время операции.

Материалы и методы. Исследование выполнено на ультразвуковом сканере Logiq Book (GE, США) мультисекторным I-образным линейным датчиком 4–10 МГц. Обследовано 114 пациентов без билатерального по-

ражения по данным комплексного лучевого обследования, включавшего УЗИ, СКТ и МРТ брюшной полости, у которых в печени на предоперационном этапе выявлен один очаг или несколько. Поражение захватывало один или два сегмента у 20 пациентов, долю — у 52 (правую — у 39 и левую — у 13), правую долю и IV сегмент — у 25, левую долю и V или VIII сегмент — у 16 больных.

Результаты. По данным предоперационного исследования, сегментэктомию планировали у 8 (7,0 %) больных; бисегментэктомию — у 12 (10,5 %); гемигепатэктомию (ГГЭ) — у 52 (45,6 %) больных (правостороннюю — у 39 (75,0 %), левостороннюю — у 13 (25,0 %)); расширенную ГГЭ — у 41 (36,0 %) (правостороннюю — у 25 (61,0 %), левостороннюю — у 16 (39,0 %)). При ИОУЗИ у 32 (28,1 %) больных были найдены дополнительные очаги диаметром менее 1 см, ранее не выявленные при трансабдоминальном обследовании и потребовавшие расширения объема хирургического вмешательства: с сегмент- или бисегментэктомии до ГГЭ — у 13 (11,4 %) пациентов, с ГГЭ до расширенной ГГЭ — у 19 (16,7 %) больных. У 3 (2,6 %) больных были обнаружены нерезецируемые метастазы в другой доле, что изменило характер хирургического вмешательства с предполагаемого радикального на паллиативный. У 4 (3,5 %) больных очаги, расцененные в дооперационном периоде как метастазы, при биопсии после ИОУЗИ верифицированы как гемангиомы, что привело к сокращению объема резекции с расширенной ГГЭ до ГГЭ в 2 случаях и с ГГЭ до сегментэктомии — в 2. В целом ИОУЗИ привело к изменению объема хирургического вмешательства у 39 (34,2 %) больных.

Выводы. При хирургическом лечении колоректальных метастазов в печени ИОУЗИ должно быть обязательным этапом в определении объема резекции, поскольку оно позволяет обнаружить невидимые при трансабдоминальном УЗИ очаги диаметром менее 1 см.

Резекционные вмешательства при метастатическом раке печени

*СЕЙСЕМБАЕВ М.А., ТОКСАНБАЕВ Д.С., САДЫКОВ Н.К., МОЛДАБЕКОВ Е.Т.,
ИСБАМБЕТОВ А.С., БАРЛЫБАЙ Р.А.*

*Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы,
Казахстан*

Цель исследования: анализ и оценка непосредственных результатов резекций печени при ее метастатическом поражении.

Материалы и методы. В период с 1981 по 2012 г. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова хирургическому лечению по поводу метастатического рака печени подвергли 39 больных. Диагностика метастатических опухолей у данной категории больных была основана на периодических лабораторных и инструментальных исследованиях, включающих определение уровня опухолевых маркеров, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, гистологическое исследование первичных опухолей. Во всех случаях диагноз был верифицирован морфологически.

Первичная локализация опухоли в сигмовидной кишке имела у 19 (48,7 %) пациентов, в прямой кишке — у 7 (18,0 %), в поперечно-ободочной — у 11 (28,2 %) и в нисходящей ободочной — у 2 (5,1 %) больных. В соответствии с классификацией по TNM I стадия заболевания была у 12 (30,7 %) больных, II — у 19 (48,7 %), III — у 6 (15,4 %), IVa — у 1 (2,6 %) и IVb — еще у 1 (2,6 %) пациента. Также при оценке степени тяжести заболевания учитывали число опухолевых очагов печени.

Из 39 больных экономные атипичные резекции были выполнены всего 7 (17,95 %) больным, расширенные правосторонние гемигепатэктомии — 7 (17,95 %), расширенные левосторонние гемигепатэктомии — 3 (7,7 %), правосторонние гемигепатэктомии — 10 (25,6 %), левосторонние гемигепатэктомии — 9 (23,1 %) и обширные атипичные резекции печени — 3 (7,7 %) больным.

Солитарный метастаз был резецирован у 58,9 % больных (n = 23); единичные опухолевые очаги (не более трех) были удалены в 25,7 % случаев (n = 10); оперативные вмешательства в случае наличия четырех и более очагов составили 15,4 % от общего числа наблюдений (n = 6).

Результаты. Различные специфические осложнения, такие как печеночная недостаточность, желчеистечение, абсцессы, гематома в зоне резекции печени, выявили у 10 (25,6 %) из 39 пациентов, оперированных по поводу метастатического поражения.

Летальный исход отмечен в 2 (5,1 %) случаях. Показатели летальности и частота послеоперационных осложнений находились в прямой зависимости от объема резекции органа, распространенности патологического процесса.

Выводы. Сравнительный анализ отдаленных результатов обширных и экономных резекций печени по поводу метастатических опухолей позволяет полагать, что резекционные вмешательства при метастатическом раке печени в большинстве случаев являются оптимальной лечебной тактикой.



Техника и непосредственные результаты анатомических резекций печени по поводу метастазов колоректального рака с использованием методики водоструйной диссекции паренхимы

СИДОРОВ Д.В., ЛОЖКИН М.В., ГРИШИН Н.А., ПЕТРОВ Л.О., МАЙНОВСКАЯ О.А., ТРОИЦКИЙ А.А.
ФГБУ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

В ходе выполнения обширных анатомических резекций печени ключевыми моментами операции являются выделение гиллюсных и глиссоновых элементов (в том числе интрапаренхиматозно), а также последующее уверенное, но деликатное разделение паренхимы печени по линии резекции. В настоящем исследовании проанализированы результаты выполнения анатомических резекций печени с применением водоструйного диссектора ERBEJET2® производства компании ERBE, Германия.

Материалы и методы. В отделении абдоминальной онкологии МНИОИ им. П.А. Герцена накоплен опыт хирургического лечения 112 пациентов с первичными и метастатическими опухолями печени. Среди оперированных пациентов мужчин было 54 (48,2 %), женщин — 58 (51,8 %). Возраст больных варьировал в пределах от 23 до 78 лет, средний возраст составил $57,5 \pm 11,2$ года. Анатомические резекции печени по поводу первичных и метастатических опухолей были выполнены 61 (54,5 %) пациенту, атипичные резекции — 51 (45,5 %) больному. При выполнении анатомических резекций печени нами использовались два принципиально разных подхода. У первой группы больных (18 (29,5 %) пациентов) применялся традиционный воротный доступ. Во вторую группу включены 43 (70,5 %) пациента, у которых при выполнении анатомических резекций печени использован модифицированный воротный доступ с интрапаренхиматозным выделением глиссоновых пучков.

Результаты. В ходе анализа результатов были оценены: продолжительность операции, объем интраоперационной кровопотери, необходимость применения маневра Прингла, частота развития послеоперационных осложнений, госпитальная летальность. Дополнительно оценивали удельную долю анатомических сегментарных резекций печени (сегментэктомии, бисегментэктомии) до и после начала применения описанной методики.

Сравнительный анализ непосредственных результатов анатомических резекций в зависимости от использования стандартной методики либо описанной выше модифицированной методики (с применением водоструйного диссектора и выделением глиссоновых пучков) показал отсутствие достоверных различий в продолжительности операции. Так, среднее время операции в контрольной группе составило $386,6 \pm 133,4$ минуты, в основной — $375,6 \pm 107,0$ минуты ($p > 0,05$).

При анализе влияния техники выполнения анатомических резекций печени на объем интраоперационной кровопотери зафиксировано статистически значимое снижение среднего объема и медианы объема кровопотери в группе больных, оперированных по модифицированной методике. В данной группе пациентов медиана объема кровопотери составила 700 мл по сравнению с 2250 мл в группе резекций, выполненных по стандартной методике. Кроме того, в группе больных, оперированных с применением модифицированного воротного доступа, удалось существенно уменьшить частоту использования маневра Прингла по сравнению с контрольной группой пациентов (16,2 и 55,5 % соответственно).

При сравнении частоты и структуры послеоперационных осложнений статистически значимых отличий в исследуемых группах выявлено не было. В большинстве своем осложнения были связаны с формированием отграниченных жидкостных скоплений в зоне резекции печени (биломы, организовавшиеся гематомы). Во всех случаях адекватное дренирование жидкостных скоплений под контролем УЗИ позволило благополучно выписать пациентов. Послеоперационная летальность в исследуемых группах составила 16,7 и 2,3 % соответственно (в послеоперационном периоде умерли 3 пациента из первой группы и 1 больной — из второй).

Выводы. Представленный опыт применения водоструйного диссектора в ходе выполнения анатомических резекций печени позволяет говорить о безопасности и эффективности данной методики.

Комплексная лучевая диагностика в оценке эффективности радиохирургического лечения новообразований печени

СПИЖЕНКО Н.Ю., ФЕДУСЕНКО А.А., ШАРАЕВСКИЙ О.А., БУРЫК В.М., ЛЕЩЕНКО Ю.Н., БОБЫРЬ В.Н., МАКАРОВА Ж.Н.
Кибер клиника Спуженко, Киев, Украина

Введение. Частота возникновения первичных злокачественных (гепатоцеллюлярный рак — ГЦР) и вторичных метастатических (Мтс) поражений печени продолжает увеличиваться во многих странах мира. При ГЦР чаще поражаются пациенты в возрастной группе после 50 лет, часто на фоне гепатитов С или В. Метастатическое поражение печени встречается более чем в 20 раз чаще в сравнении с первичными опухолями. Известным является факт, что неинвазивная дифференциальная диагностика между различными очаговыми поражениями базируется на особенностях кинетики контрастных препаратов. В некоторых случаях, по ряду объективных причин, больному невозможно произвести классическое радикальное хирургическое лечение.

Цель исследования: выработка оптимального дифференциально-диагностического алгоритма и динамического контроля больных с новообразованиями печени, пролеченных радиохирургическим методом (РХЛ). Оценить место и роль различных лучевых диагностических модальностей в выявлении возможных рецидивов печеночных новообразований.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лучевых методов исследования печени (ультразвуковая диагностика (УЗД), мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ)) 60 больных, пролеченных в Кибер клинике Спиженко экстракорпоральным радиохирургическим методом на кибер-ноже CyberKnife G4 за период с 2009 по 2013 г. Комплексная УЗД выполнена 33 больным на сканере Xario SSA-660A (Toshiba). Всем больным были проведены МСКТ на сканере Activion 16 (Toshiba) и МРТ на МР-томографе ExcelArt Vantage 1,5T (Toshiba). Всем пациентам на до- и послеоперационном этапах выполняли общеклинические, биохимические лабораторные анализы, определяли уровень опухолевых маркеров.

Результаты. Все 60 больных имели морфологическую верификацию патологического процесса (гистологическую и/или иммуногистохимическую) посредством выполнения трепан-биопсии под контролем УЗД или МСКТ: с первичной гепатоцеллюлярной карциномой — 4 (6,7 %) больных; с метастатическим поражением печени — 56 (93,3 %) больных. Осложнений в процессе и после выполнения биопсии не было.

Критериями эффективного лечения считали: а) отсутствие увеличения размеров новообразования; б) появление зон дегенерации в очаге (при их отсутствии ранее); в) улучшение показателей коэффициента диффузии (ADC) по данным DWI; г) отсутствие перфузии в очаге или улучшение ее показателей. Критериями отрицательной динамики патологического процесса считали: увеличение размеров новообразования; нарастающее ограничение ADC по данным DWI; ухудшение интранодальных перфузионных параметров кровотока. Отрицательная динамика выявлена у 2 (3,2 %) больных.

Выводы. На первичном диагностическом этапе комплексное лучевое исследование (УЗД, МСКТ и МРТ с в/в усилением) позволяет максимально точно высказаться о локализации, числе, размерах и природе выявленных печеночных очагов.

Комплексная УЗД показана всем больным на начальном этапе диагностики и может выполнять роль скринингового метода визуализации. УЗД позволяет произвести количественный анализ портальной и артериальной перфузии печени. При наличии у больного гиперваскулярного новообразования комплексная УЗД может применяться в динамике для оценки степени постлучевого патоморфоза новообразования после РХЛ. МСКТ с в/в усилением — диагностический метод выбора при подозрении на ГЦР.

МСКТ обладает существенно меньшей информативностью в отношении поиска возможного рецидива ПКР при установлении радиохирургической метки интранодально.

Из всех используемых диагностических модальностей МРТ с применением перфузии и DWI обладает наивысшей чувствительностью и точностью выявления рецидивов новообразований печени.

Хирургическое лечение метастатического поражения печени при колоректальном раке

СТАРЦЕВ А.Б., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВ О.А., ПЕЛЬЦ В.А.

МБУЗ «Городская клиническая больница № 3», Кемерово, Россия

Введение. Несмотря на достигнутые успехи гепатологии последних десятилетий, проблема метастатического поражения печени при колоректальном раке сохраняет свою актуальность. Это связано с высокой заболеваемостью колоректальным раком во всем мире, частым поражением печени при данной нозологии и рецидивированием, несмотря на своевременное хирургическое лечение.

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с метастазами колоректального рака в печень.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 78 больных (мужчины — 46 %, женщины — 54 %), оперированных в Кузбасском областном гепатологическом центре (КОГЦ) в период с 2008 по 2012 г. по поводу метастазов колоректального рака в печень. Преобладали больные в возрасте 50–70 лет (74 %). Средний возраст — $57,4 \pm 1,2$ года. Практически все больные поступили после удаления первичного очага, выполненного в стационарах Кемеровской области, с верифицированным диагнозом. Перед госпитализацией в КОГЦ 18 (23 %) больных получили от 4 до 25 курсов системной химиотерапии. Диагностика включала в себя стандартные клиничко-лабораторные методы; обязательно УЗИ и МСКТ (МРТ) брюшной полости с болюсным контрастированием, кровь на РЭА, ФГДС и ФКС. Одиночный метастаз выявлен у 25 (32,0 %) больных, два — у 30 (38,5 %), множественные — у 23 (29,5 %). Средний размер метастазов составил $5,4 \pm 0,7$ см.

Результаты. Всем больным провели хирургическое лечение. В конце операции всем выполнена химиоинфузия 5-фторурацила в общую печеночную артерию. Наиболее частой операцией явилась субсегментэктомия печени (у 48 (61,5 %) больных). В ряде случаев субсегментэктомия была дополнена алкоголизацией или радиочастотной абляцией очагов (7 и 4 соответственно). Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 4 (5,1 %) больных. Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 13 (16,7 %) больных, в 2 случаях она была дополнена субсегментэктомией из левой доли печени. Левосторонняя гемигепатэктомия — у 2 (2,6 %) больных



и кавальная лобэктомия — у 1 (1,3 %) больного также сочеталась с субсегментэктомией из контралатеральной доли. У 4 больных из-за распространенности процесса от резекции отказались, операция закончена химиоинфузией в ОПА.

Летальность составила 3,8 % (3 больных). Причиной смерти была прогрессирующая печеночная недостаточность в 1 случае, острый инфаркт миокарда — в 1, синдром полиорганной недостаточности — в 1.

Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде было 7: билема подпеченочного пространства — у 4 (5 %) больных, гидроторакс на стороне резекции — у 3 (3,8 %) больных. Гидроторакс был разрешен пункционным способом. Биломы дренированы под контролем УЗИ с последующим удалением дренажа.

В послеоперационном периоде все больные регулярно наблюдаются у хирурга-гепатолога, проходят динамическое УЗИ каждые 3 месяца, МСКТ — не реже 1 раза в год. Отдаленные результаты прослежены у 54 (70 %) больных. Рецидив метастазов в печени выявлен у 6 больных. Они подверглись повторным операциям.

Заключение. У больных колоректальным раком выполнение абдоминального УЗИ и МСКТ является обязательным для своевременного выявления возможных метастазов печени. Комбинированное лечение при метастазах колоректального рака в печень является наиболее эффективным. Больные, оперированные по поводу метастазов печени, подлежат обязательному длительному диспансерному наблюдению с целью выявления возможного рецидива.

Ближайшие и отдаленные результаты резекций печени при метастатическом поражении

ТАРАСЕНКО С.В., КОПЕЙКИН А.А., БАШАРОВА У.В., ЧУДИН С.В.

ГБУРО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Рязани», Рязань, Россия

В последние годы имеется отчетливая тенденция к неуклонному росту числа пациентов с метастатическим поражением печени, большинство из которых составляют больные с колоректальным раком. В Российской Федерации число ежегодно выявляемых пациентов с карциномой указанной локализации достигает 46 000 человек. В 70 % случаев колоректальный рак метастазирует в печень, более чем у 50 % выявляют синхронные метастазы, которые без специфического лечения приводят к летальному исходу в течение 5–11 месяцев. Более 80 % больных с метастазами колоректального рака в печень не подлежат радикальному лечению. Необходимо подчеркнуть, что только хирургическое лечение является эффективным методом, дающим удовлетворительные результаты.

Целью исследования была оценка эффективности хирургического лечения метастатического поражения печени.

Материалы и методы. Представлен анализ результатов 29 резекций печени, проведенных на базе ГБУ РО ГКБСМП, выполненных по поводу метастатического поражения печени с 2002 по 2012 г. включительно. Пациенты были распределены следующим образом: с метастазами колоректального рака — 22 (75,86 %), неколоректального — 7 (24,14 %). В исследование были включены 11 (38 %) мужчин, средний возраст — $56,4 \pm 8,4$ года, и 18 (62 %) женщин, средний возраст — $61,8 \pm 7,9$ года. Выполнены 21 (72,4 %) большая резекция печени и 8 (27,6 %) малых, среди которых анатомические резекции: сегментэктомия — 1; бисегментэктомия — 2; атипичная — 5.

Результаты. Ранняя послеоперационная летальность (в течение первых 30 суток после оперативного вмешательства) при хирургическом лечении пациентов с метастазами колоректального рака в печень составила 9,1 %, неколоректального — 22 %. Частота послеоперационных осложнений — 27,6 %.

Согласно анализу кумулятивной выживаемости по методу Каплана — Майера, медиана выживаемости в группе пациентов с метастазами колоректального рака в печень — 24 мес., неколоректального — 12 мес., трехлетняя выживаемость — 27,5 и 0 % соответственно, пятилетняя — 9,1 %.

Заключение. Резекция печени является единственным радикальным методом лечения больных с метастатическим поражением, улучшающим прогноз и обеспечивающим пятилетнюю выживаемость до 9,1 %. Улучшение результатов резекций печени у пациентов с метастатическим поражением подразумевает необходимость совершенствования техники и стремление к выполнению анатомических резекций с целью уменьшения ранней послеоперационной летальности и специфических осложнений.

Применение методов локальной деструкции в лечении больных с первичным и метастатическим раком печени

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ГРЕКОВ Д.Н., ТАВОБИЛОВ М.М., ШИКОВ Д.В., КУЛИКОВ В.М., ДРОЗДОВ П.А.

МУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова», Москва, Россия

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время отмечается увеличение заболеваемости первичным и метастатическим раком печени. Хирургический метод позволяет добиться более длительной выживаемости у данной

группы больных. Однако лишь у 5–25 % пациентов удается применить резекционные способы лечения. Этим объясняется необходимость широкого применения технологий локальной деструкции опухолей печени как в самостоятельном виде, так и в дополнение к хирургическому лечению.

Материалы и методы. С мая 2007 по апрель 2013 г. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы на стационарном лечении находились 352 больных с первичным и метастатическим раком печени. Методами локальной деструкции пролечено 39 (11,1 %) пациентов: радиочастотную абляцию (с мая 2007 г.) выполнили 30 (76,9 %) больным; СВЧ-абляцию (с августа 2012 г.) — 9 (23,1 %) больным. Женщин было 29 (74,3 %), мужчин — 10 (25,7 %), в возрасте от 36 до 77 лет, средний возраст составил $59,6 \pm 11,3$ года.

Критерии включения: единичный интрапаренхиматозный очаг в контралатеральной доле при резекционных способах лечения; единичные очаги при метастазах рака молочной железы, матки, нейроэндокринных опухолях; цирроз печени класса А и В по Чайлду — Пью; отказ больного от операции.

Пациенты были разделены на две группы: 1-я группа — метастатический рак печени был у 33 (84,6 %) больных; 2-я группа — первичный рак печени был у 6 (15,38 %) больных.

По морфологии первичного очага больные группы с метастатическим поражением печени (33) были распределены следующим образом: метастазы колоректального рака — у 15 (38,4 %), метастазы рака молочной железы — у 10 (25,6 %), метастазы рака почки — у 2 (5,12 %), метастазы рака желудка — у 2 (5,12 %), метастазы рака других нозологий — у 4 (10,25 %).

Морфологические формы у больных группы с первичной опухолью печени (6) были представлены следующим образом: с гепатоцеллюлярной карциномой — 4 (10,25 %), с холангиокарциномой — 2 (5,12 %).

Всего абляции подвергли 67 очагов размером от 7 до 86 мм, средний размер — $27,06 \pm 13,83$ мм. Если размер очага превышал 3 см, абляцию проводили из нескольких точек: из 2 точек абляция выполнена 12 (30,77 %) больным (средний размер составил 40,75 мм); из 3 точек абляция выполнена 2 (5,12 %) больным (размер образований 86 x 53 и 43 x 44 мм). Чрескожный метод абляции применен у 23 (58,9 %) больных, интраоперационно абляция выполнена 16 (41,1 %) пациентам, из них в сочетании с резекционными способами лечения — 10 (25,6 %) больным, все больные с метастазами колоректального рака. Всем больным проводили системную химиотерапию.

У больных с метастатическим поражением печени оценивали 1-, 2-, 3- и 4-летнюю выживаемость (в зависимости от сроков наблюдения).

В группе пациентов с первичным раком печени срок наблюдения составил от 1 до 55 месяцев.

Результаты. Постабляционный синдром зафиксирован у 100 % больных. Он был купирован в течение 2–3 суток на фоне консервативной терапии. Повышение уровня печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, ГГТП) было у 22 (56,4 %) пациентов. Осложнений (перфорация, гематома, абсцедирование), летальных исходов не было.

У пациентов с метастазами колоректального рака, которым была выполнена резекция печени в сочетании с интраоперационной абляцией, 1-, 2-, 3- и 4-летняя выживаемость составила 100, 100, 66,6 и 25 % соответственно. При чрескожной и интраоперационной абляции под контролем УЗИ 1-, 2-, 3-летняя выживаемость составила 100, 100 и 50 % соответственно.

Выживаемость при метастазах в печень рака молочной железы составила: 1-летняя — 90%; 2-летняя — 42,9%.

Выводы. Методы локальной деструкции являются эффективным способом лечения больных с опухолевыми поражениями печени, позволяющим добиться хороших непосредственных и отдаленных результатов лечения.

Хирургическое лечение метастатических опухолей печени

ШТОФИН С.Г., АНИЩЕНКО В.В., ФУРСОВ С.А., ЧЕКАНОВ М.Н.

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

Цель исследования: показать возможности хирургического метода лечения метастатических опухолей печени.

Материалы и методы. По поводу метастатического рака печени было прооперировано 50 пациентов. Метастазы колоректального рака были у 38 (76,0 %) больных, рака желудка — у 4 (8,0 %), поджелудочной железы — у 2 (4,0 %), молочной железы — у 5 (10,0 %), рака яичников — у 1 (2,0 %). В возрасте до 40 лет оперированы 10 больных, до 60 лет — 24, до 75 — 16 больных. Женщин было 27 (54,0 %), мужчин — 23 (46,0 %).

По классификации mTNM метастазы в печени были распределены следующим образом:

- I (mT1) солитарные до 2 см — 8;
- II (mT2) солитарные более 2 см — 12;
- II (mT2) множественные унилобарные менее 2 см — 5;
- III (mT3) множественные унилобарные более 2 см — 17;
- IV (mT4) солитарные с инвазией воротной и печеночной вен — 4;
- IV (mT4) множественные биллобарные — 4.



Показаниями к резекции печени являлись отсутствие отдаленных внепеченочных метастазов в окружающие органы, прежде всего в крупные сосуды, и толерантность пациента к вмешательству.

Были выполнены следующие радикальные вмешательства: правосторонняя гемигепатэктомия — у 15 (30,0 %) (умер один от ТЭЛА); правосторонняя расширенная гемигепатэктомия — у 9 (18,0 %) (умер один от пилефлебита); левосторонняя гемигепатэктомия — у 8 (16,0 %); левосторонняя расширенная гемигепатэктомия — у 1 (2,0 %); сегментарная резекция — у 13 (26,0 %); неанатомическая резекция — у 4 (8,0 %).

Результаты. Послеоперационная летальность составила 4,0 % (умерли 2 пациента). Осложнения возникли у 13 (26 %): тромбоэмболия легочной артерии — у 1, пилефлебит — у 1, наружный желчный свищ — у 4, подпеченочный абсцесс — у 1, биллома — у 5, распространенный перитонит — у 1. Консервативными мероприятиями купированы 10 осложнений, релапаротомия для устранения источника перитонита потребовалась в одном наблюдении.

Средняя продолжительность жизни после резекций печени по поводу метастатического рака желудка и поджелудочной железы составила 6 месяцев, рака яичника и молочной железы — 3 и 5 лет соответственно, при колоректальном раке 1-, 3- и 5-летняя выживаемость составила 78,4; 52,5 и 39,1 % соответственно.

При анализе данных о выживаемости учитывали пол пациентов, стадию поражения, число метастазов в печень, вариант резекции печени и степень дифференцировки первичной опухоли.

Заключение. Тактика хирургического лечения метастатического рака печени должна быть активной, резекция печени может быть выполнена у больных с достаточным функциональным резервом органа и более молодого возраста. Предпочтительнее выполнение анатомических резекций. Ближайшие и отдаленные результаты лечения этой категории больных оправдывают предложенную тактику.

РАЗДЕЛ 3

Хирургия неопухолевой механической желтухи



Высокие повреждения внепеченочных желчных протоков

АБДУЛЛАЕВ А.А., АШИЕВ Г.М., БЕРКЕЛИЕВ Ю.Г., АБДУЛЛАЕВ А.Б., КАРАЕВА М.К., РАХМЕДОВ А.А.
Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков становится более значимой проблемой, что связано с увеличением числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей и операций по их поводу. Частота повреждения желчных протоков при традиционной холецистэктомии составляет 0,1–0,5 %, при лапароскопической — 0,2–3,5 %. Несмотря на большое количество публикаций на эту тему, многие вопросы лечения остаются спорными.

Цель исследования: отработать оптимальные варианты оперативной тактики и сроки их выполнения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 57 больных с повреждением внепеченочных желчных протоков за период с 1998 по 2013 г., полученных при проведении открытой холецистэктомии. Один случай зафиксирован в нашей клинике, остальные — в областных больницах. 48 больным была выполнена холецистэктомия в экстренном порядке по поводу деструктивного холецистита, в плановом — 9. По классификации Н. Bismuth, модифицированной Э.И. Гальпериным (2002), все повреждения относились к категории 0 и –1.

Результаты. Реконструктивные операции произведены через 2 мес. после наружного дренирования общего желчного протока у 46 больных, через 2,5 мес. — у 11. Во всех случаях — гепатикоюностомия на выключенной по Ру — Герцену петле с дренированием зоны анастомоза по Прадеру — Смити. Помимо иссечения рубцовых тканей, для выделения неизменной стенки печеночных протоков применяли рассечения долевых протоков по Нерр — Goinand. Длительность дренирования составляла 2–4 мес. После всех реконструктивных операций хорошие отдаленные результаты были у 51, удовлетворительные — у 6.

Заключение. Для улучшения результатов лечения при ятрогенных повреждениях желчных протоков важен выбор оптимальных сроков для выполнения реконструктивных операций, которые в наших исследованиях составили 2,0–2,5 мес. после наружного дренирования желчного протока. Обязательным условием при выполнении реконструктивных операций является дренирование зоны анастомоза длительностью не менее 2–4 мес.

Транспапиллярные вмешательства при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки

АЛТЫЕВ Б.К., ХАКИМОВ Б.Б., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХАШИМОВ М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с дивертикулами папиллярной области двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 1913 больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом (ХЛ), стенозом БДС и механической желтухой, у 191 из них (9,9 %) выявлены дивертикулы папиллярной области (ДПО). Женщин было 113 (59,1 %), мужчин — 78 (40,9 %). Больные пожилого и старческого возраста составили 157 чел. (82,1 %). У 165 (86,3 %) пациентов имелась механическая желтуха.

Результаты. При дуоденоскопии выявлены: одиночные дивертикулы — у 188 (98,4 %), множественные — у 3 (1,6 %) больных. В соответствии с классификацией А.Г. Земляной ДПО разделили: на перипапиллярные — 145 (75,9 %), парапапиллярные — 46 чел. (24,1 %). У 73,3 % больных размеры ДПО составили от 2 до 3 см. 185 (96,8 %) больным выполнена ЭРПХГ, у 6 (3,2 %) пациентов осуществить данное вмешательство не удалось. Причины невозможности выполнения ЭРПХГ при ДПО следующие: в 3 случаях — отсутствие продольной складки



и невозможность локализовать место БДС, в 2 случаях БДС располагался в глубине дивертикула, в 1 случае БДС расположен на нижней стенке дивертикула. При ЭРПХГ ХЛ диагностирован у 143 (77,3 %) больных, стеноз БДС — у 27 (14,6 %), сочетание ХЛ и стеноза БДС — у 11 (5,9 %), в 4 (2,2 %) случаях со стороны желчевыводящих путей патологии не выявлено. У 181 (97,8 %) пациента выполнена ЭПСТ, у 4 (2,2 %) провели рассечение БДС. Гнойный холангит наблюдали у 29 (16,0 %) больных, ущемленный камень БДС — у 4 (2,2 %). Одноэтапная ЭПСТ проведена у 32 (17,6 %) больных, двухэтапная ЭПСТ + стандартная литоэкстракция (СЛЭ) — у 130 (71,9 %), двухэтапная ЭПСТ + СЛЭ — у 19 (10,5 %). После ЭРПХГ и ЭПСТ из 185 больных у 11 (5,9 %) наблюдались следующие осложнения: в 1 случае — вклинение корзинки Dormia в просвете холедоха, в 2 — контрастный холангит, в 3 случаях — кровотечение из краев папиллотомного разреза (в 1 случае гемостаз достигнут консервативным способом, в 2 случаях — диатермокоагуляцией папиллотомных краев) и в 5 случаях — острый панкреатит.

Выводы. У больных желчнокаменной болезнью, осложненной ХЛ, стенозом и МЖ с ДПО, в 94,7 % эндоскопические транспапиллярные вмешательства оказались основным и окончательным методом лечения. Только у 5,3 % пациентов патология БДС и холедоха корригировалась открытым способом.

Влияние вида премедикации и факторов риска на развитие острого ЭРХПГ-индуцированного панкреатита

АМИНОВ И.Х., ЧУРКИН М.В., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., СОХАРЕВ А.С.
МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

Исследовано 3 группы больных (по 120 человек), перенесших ЭРХПГ. Группа 1: 26 мужчин (21,7 %), 94 женщины (78,3 %), средний возраст — $62,20 \pm 1,25$ года. Группа 2: 29 мужчин (24,2 %), 91 женщина (75,8 %), средний возраст — $61,40 \pm 1,45$ года. Группа 3: 26 мужчин (21,7 %), 94 женщины (78,3 %), средний возраст — $63,10 \pm 1,41$ года. По полу и возрасту группы сопоставимы. Показаниями для проведения ЭРХПГ было осложненное течение ЖКБ (холедохолитиаз, стеноз БДС). Критерии исключения — онкопатология дуоденопанкреатобилиарной зоны, наличие острого панкреатита на период вмешательства. Всем пациентам проводилась медикаментозная профилактика. Пациенты группы 1 за 30 минут до вмешательства получали: атропина сульфат 0,1% — 1,0 мл в/м, димедрол 1% — 1,0 мл в/м, промедол 2% — 1,0 мл в/м. В группе 2 в дополнение к вышеперечисленному объему за 30 минут до вмешательства применялся дроперидол 0,25% — 2,0 мл в/м и нитросорбид 10 мг сублингвально за 60 минут до ЭРХПГ. Объем премедикации у пациентов группы 3 был расширен за счет введения эзомепразола (в дополнение к объему группы 2) — 40 мг в/в за 30 минут до вмешательства.

В ходе проводимого вмешательства у 94 пациентов группы 1 (78,3 %) выполнена эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), в 60 (50 %) случаях отмечена сложность канюляции большого дуоденального сосочка, при этом у 25 (20,8 %) больных выполнено предварительное рассечение устья БДС; у 19 пациентов (15,8 %) исследование сопровождалось введением контраста в вирсунгов проток. Группа 2: ЭПТ — у 88 больных (73,3 %), сложность канюляции БДС — в 66 (55 %) случаях, предрассечение устья БДС — у 30 (25 %) больных; вирсунгов проток контрастирован в 23 (19,2 %) случаях. Группа 3: ЭПТ — у 104 пациентов (86,7 %), затруднения при канюляции БДС — у 60 больных (50 %), в 25 случаях (20,8 %) выполнено предрассечение устья БДС; контрастирование вирсунгова протока — у 23 (19,2 %) пациентов.

Развитие острого ЭРХПГ-индуцированного панкреатита отмечено у 16 (13,3 %) больных группы 1, у 5 (4,2 %) пациентов группы 2 и у 7 (5,9 %) больных группы 3. Смертельных исходов не было. Статистически значимое различие частоты развития острого ЭРХПГ-индуцированного панкреатита получено при сравнении групп 1 и 2, а также групп 1 и 3. Статистически значимых различий между группами 2 и 3 не выявлено.

Применение расширенной схемы медикаментозной профилактики позволило статистически значимо уменьшить частоту развития острого панкреатита после ЭРХПГ, причем применение эзомепразола достоверно не улучшило результаты. Факторами, значимо влияющими на развитие острого панкреатита после рентгеноэндоскопических вмешательств на БДС, определены возраст больного, применение атипичного доступа в общий желчный проток в ходе оперативной эндоскопии БДС, введение контраста в вирсунгов проток.

Бесконтрастная холангиография при механической желтухе доброкачественной этиологии

АРИПОВА Н.У., ИСМАИЛОВ У.С., МАТМУРАТОВ С.К.
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

В последние годы отмечена тенденция увеличения количества больных с механической желтухой. Правильная и своевременная диагностика ее причины имеет большое значение, определяя дальнейшую тактику ведения больного и результаты его лечения.

Цель исследования: изучить роль и значение бесконтрастной холангиографии при нарушении проходимости желчного протока доброкачественной этиологии.

Материалы и методы. В Научном центре хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз 23 пациентам выполнена МРХПГ (магнитно-резонансная томография с применением специальной бесконтрастной методики — магнитно-резонансная холангиопанкреатография) на томографе Magnetom SPPI (Siemens, Германия) с напряженностью поля сверхпроводящего магнита 1,0 Тл. При сканировании применялись программы T1, T1 STAGE, T2 с сопряжением по частоте дыхания больного.

Результаты. По результатам МРХПГ причинами механической желтухи явились: стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) — у 4 больных, холедохолитиаз — у 9, у 10 больных было сочетание холедохолитиаза со стенозом БДС. По данным биохимического исследования венозной крови, у этих пациентов отмечалась гипербилирубинемия в пределах от 23,4 до 520,3 мкмоль/л.

На основании МРПХГ определены конкретные показания к ЭРПХГ и ЭПСТ и открытой коррекции непроходимости терминального отдела холедоха. Результаты данных МРПХГ и ЭРПХГ во всех случаях были одинаковы. 19 больным для ликвидации механического препятствия была произведена ЭПСТ, которая позволила устранить стеноз БДС. МРПХГ показала нецелесообразность проведения ЭРПХГ с ЭПСТ у 4 больных, которым из-за больших размеров конкрементов в холедохе и наличия парафатерального дивертикула двенадцатиперстной кишки непроходимость желчного протока ликвидирована открытым путем. В 2 случаях сформирован супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу — Виноградову, у 1 больного сформирован ХДА по Киршнеру и у 1 больного проведена операция с формированием ретродуоденального холедоходуоденоанастомоза с помощью сшивающего аппарата СПП-20.

Выводы. Применение МРПХГ в диагностике доброкачественных поражений терминального отдела холедоха является неинвазивным и исчерпывающим методом диагностики, определяющим конкретный метод коррекции доброкачественных поражений терминального отдела холедоха.

Изучение динамики желчевыделения и желчеобразования при внепеченочном холестазах доброкачественной этиологии

АРИПОВА Н.У., НАБИЕВ А.Н., МАТМУРОДОВ С.К., ДЖАМАЛОВ С.И., АРИПОВА М.У.

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

В настоящее время отсутствует единое мнение о комплексе патофизиологических изменений, характеризующих состояние желчевыделительной и желчеобразующей функции печени и возникающих в данной ситуации.

Цель исследования: изучение динамики выделения желчи и ее основных компонентов при внепеченочном холестазах.

Материалы и методы. В НЦХП и ЖВП МЗ РУз проводились экспериментальные исследования на беспородных крысах массой 140–180 г, и после перевязки общего желчного протока, у лапаротомированных крыс на 3, 7, 14, 21, 28 и 35-е сутки собирали желчь. Определяли объем секретируемой желчи и ее основные компоненты: билирубин, холестерин, желчные кислоты. Высчитывали показатели литогенности желчи: холатохолестериновый коэффициент (ХХК) и индекс литогенности (ИЛ).

Результаты. Определение уровня желчи на 3-й день внепеченочного холестаза у выживших крыс показало, что за 4-часовой период наблюдения у них накапливается желчи на 31,4 % больше по сравнению с интактными. На 7-й и 14-й день количество желчи уменьшается в 3 и в 7,7 раза соответственно. В последующие сроки при 4-часовом сборе желчи секреторной активности печени не наблюдалось. Следует отметить, что с 7-го дня холестаза желчный проток расширяется и приобретает форму мешка, в котором накапливается желчь. Объем «мешка» на 7-й день составляет 576,6 мг/100 г массы крыс, на 14-й день — 1575,3 мг/100 г; на 21-й — 2574 мг/100 г и на 35-й день — 4666,6 мг/100 г.

Концентрация и содержание желчных кислот в полученной желчи крыс после 3-дневного холестаза показывают, что основная функция гепатоцитов имеет тенденцию к снижению и достоверно не отличается от интактных. На 7-й день концентрация и содержание холатов снижены соответственно в 2,25 и 6,4 раза. На 14-й день отмечается ухудшение секреторной активности печени. На 21-й день концентрация желчных кислот в желчи из «мешка» была в 1,5 раза выше, чем на 7-й день холестаза. Общее содержание желчных кислот составило 8,360 мг/100 г. Видимо, подобное повышение концентрации можно объяснить дегидратацией желчи. Аналогичные изменения отмечены на 35-е сутки эксперимента.

Отмечается угнетение холестериновыделительной функции начиная с 3-го по 35-й день, в эти же сроки наблюдения экскреция билирубина в желчь усиливается.

Вычисление показателей литогенности желчи показало: ХХК на 3-й день эксперимента увеличивается в два раза. В последующие дни (7–35-й) наблюдения ХХК существенно не изменился и составил 20,5–25,7.

Индекс литогенности начиная с 3-го дня эксперимента постепенно увеличивался и составлял от 0,35 до 0,54.

Выводы. При механической желтухе у наблюдаемых больных в течение 35 дней отмечается угнетение выделения и образования желчи. Начиная с 7-го дня холестаза резко подавляются холатосинтетическая и холестеринвыделительная функции печени. Возрастает концентрация билирубина в желчи. Ухудшается коллоидная стабильность желчи.



Эндоскопические вмешательства при механической желтухе доброкачественной этиологии

АРИПОВА Н.У., ИСМАИЛОВ У.С., МАТМУРАТОВ С.К., АЛЛАЗАРОВ У.А.

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

Выявление патологий гепатопанкреатобилиарной зоны, особенно желчнокаменной болезни и ее осложненных форм, неуклонно растет, в том числе и в связи с улучшением диагностики данных патологических изменений благодаря внедрению новых технологий и методов исследования.

Цель исследования: улучшение результатов лечения и диагностики у больных с холедохолитиазом.

Материалы и методы. В НЦХПиЖВП МЗ РУз проведено исследование и лечение 28 больных с подозрением на механическое препятствие в желчном протоке. Средний возраст больных составлял $57,40 \pm 7,12$ года. Мужчин было 10 (35,7 %), женщин — 18 (64,3 %), т.е. соотношение мужчин и женщин составило 1 : 1,8.

Всем больным были проведены УЗИ, ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ).

Результаты. Из общего числа больных при УЗИ у 15 выявлено расширение холедоха более чем 7 мм, у 14 больных удалось обнаружить камни в общем желчном протоке, размеры конкрементов в холедохе составили от 0,3 до 3,0 см (средний размер — $1,60 \pm 0,15$ см).

С целью подтверждения наличия поражений в желчных протоках и последующего устранения причин механической желтухи 28 больным проведена РПХГ. При проведении РПХГ у 19 больных выявлен холедохолитиаз, у 6 — стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) и у 3 — сочетание стеноза БДС и холедохолитиаза. У 6 больных со стенозом БДС выполнена адекватная ЭПСТ. Из 22 больных с холедохолитиазом 17 выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией.

В 5 случаях удаление камней эндоскопическим методом не увенчалось успехом. В 1 случае причинами неудач были множественные конкременты (50–60 шт. с замазками); в 1 случае адекватную ЭПСТ не удалось выполнить из-за парафатерального дивертикула; в 3 случаях захват конкрементов с помощью корзинки Dormia не увенчался успехом, конкременты из холедоха не удалены. Этим больным выполнена открытая коррекция непроходимости желчного протока с формированием билиодигестивного анастомоза.

Заключение. Применение эндоскопических методов диагностики и лечения при механической желтухе доброкачественной этиологии дает возможность определить характер поражения желчного протока и ликвидировать причины механической желтухи.

Хирургическое лечение альвеококкоза печени, осложненного желтухой

АХМЕДОВ С.М., РАСУЛОВ Н.А., РАДЖАБОВ А.М., САФАРОВ Б.ДЖ., ТАБАРОВ З.В.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

Ввиду инфильтративного и длительно агрессивного роста альвеококкоза печени, особенно центральной его локализации (I, IV, V и VII), как правило, развивается синдром механической желтухи, который, являясь терминальной стадией заболевания, сложен в хирургическом аспекте решения вопроса и служит плохим прогностическим признаком.

Цель исследования: улучшение непосредственных результатов хирургического лечения альвеококкоза печени, осложненного механической желтухой.

Материалы и методы. В Республике Таджикистан благодаря расширению сети высокоинформативных методов лучевой диагностики (КТ, МРТ) и развитию гепатохирургии впервые за период 2010–2013 гг. выявлены и прооперированы 19 больных альвеококкозом печени, в т.ч. у 16 больных имел место синдром механической желтухи. Мужчин было 4, женщин — 12, их возраст составил 26–69 лет. Все больные — коренные жители республики, только двое мужчин выезжали на заработки в Россию. Размеры альвеококка варьировали от 7 до 25 см. Диагноз установлен на основании характерной для альвеококкоза печени гладкой поверхности, массивно-каменистой консистенции опухолевидного образования, что было подтверждено инструментально (УЗИ, КТ, МРТ), интраоперационно и гистологически. Наряду с вовлечением в патологический процесс элементов портальных ворот печени было характерно прорастание узла альвеококкоза в диафрагму (7), желудок (2), желчный пузырь (2), головку поджелудочной железы (1). Длительность желтухи составила от 4 нед. до 18 мес., клиническая картина холангита была у 25 больных.

Результаты. Все 8 случаев билобарного поражения печени закончились анатомической околоопухоловой резекцией пораженных сегментов печени с обработкой элементов портальной триады на срезе по мере выявления последних. Для удобства доступа и верификации элементов портальных и кавальных ворот печени ввиду прорастания узла в соседние органы допускали вариант предварительной резекции отдельных узлов методом кускования. При этом тромбированные сосуды, как правило, не кровоточат. Тщательная пре-

паровка желчных протоков в зоне конfluence определяла способ завершения операции в каждом конкретном случае. Так, правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 3 случаях, левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией конfluence, гепатикохоледоха, холедоха с формированием гепатикоеюноанастомоза с правым печеночным протоком — в 2 случаях. Ввиду тяжести состояния больных (гипербилирубинемия свыше 200 мкмоль/л с длительностью желтухи более 6 нед.) в трех случаях вслед за удалением основной массы альвеококка, оставляя плотную пластинку паразита на нижней полой вене, формировали наружную гепатикостому и микрогастродуоденостому по Дедереру. После операции умерли 2 больных от нарастающей печеночной недостаточности и не поддающегося коррекции холемического кровотечения.

Заключение. При альвеококкозе печени, осложненном механической желтухой, одинаково допустимо выполнение анатомических и околоопухолевых резекций печени как с формированием билиодигестивного анастомоза, так и с оставлением его на последующий этап операции.

Хирургическое лечение постхолецистэктомических повреждений и стриктур желчных протоков

АХМЕДОВ С.М., САФАРОВ А.М., РАСУЛОВ Н.А., САИДМУРОДОВ А.С., ТАБАРОВ З.В.

Институт гастроэнтерологии АМН МЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения постхолецистэктомических стриктур и ятрогенных повреждений желчных протоков (ЯПЖП).

Материалы и методы. Представлен анализ хирургического лечения 52 больных с непреднамеренными повреждениями и стриктурами желчных протоков при открытой (20) и лапароскопической (32) холецистэктомии за период 1993–2013 гг. Интраоперационно ЯПЖП обнаружены у 20 % больных, в интервале от одной недели до 1 месяца с момента операции — у 60 %.

Инструментальная диагностика ЯПЖП включала данные УЗИ, фистулохолангиографии, ЧЧХГ и МРТ.

Тактические подходы к выбору метода хирургической коррекции повреждений и стриктур желчных протоков в процессе работы претерпели существенные изменения.

Первый период работы (до 2000 года) характеризовался двумя направлениями:

- 1) приоритетом восстановительных операций (шов протока, пластическое закрытие дефекта протока, пластика желчного протока по Гейнеке — Микуличу, билиобилиарный анастомоз) перед реконструктивными;
- 2) широким использованием чреспеченочного каркасного дренирования при выполнении восстановительных и реконструктивных операций (в 39,1 % случаев).

Реконструктивные операции выполняли при повреждениях на уровне развилки желчных протоков, при диастазе между сегментами протока 30 мм и более, а также в случаях повреждений, когда не удавалось обнаружить дистальный отдел общего желчного протока. При невозможности сформировать билиодигестивный анастомоз шириной 1 см и более, а также при повреждениях выше конfluence прибегали к каркасному чреспеченочному дренированию.

Результаты. Удовлетворительные отдаленные результаты после гепатико- и бигепатикоеюностомии с применением каркасного чреспеченочного дренирования отмечены у 80 % больных, хотя специфические осложнения возникают у 30 % больных, отдаленный рецидив заболевания — у 40 %.

Второй период работы характеризовался существенным сужением показаний для формирования билиобилиарного и гепатикодуоденоанастомоза, операций с чреспеченочным каркасным дренированием, внедрением высокой гепатикоеюностомии в качестве операции выбора при полных повреждениях желчных протоков, широким применением миниинвазивных вмешательств с целью коррекции и ликвидации осложнений. Высокая гепатикоеюностомия выполнена у 32 больных с повреждениями и стриктурами желчных протоков. Высокий уровень (93 %) положительных результатов в сроки наблюдения свыше 5 лет подтверждает то, что вмешательство является операцией выбора при лечении больных с полными повреждениями желчных протоков в случаях их обнаружения как в ходе холецистэктомии, так и в различные сроки послеоперационного периода. Показанием для выполнения восстановительных операций считаем только случаи частичных повреждений желчных протоков.

При интраоперационном обнаружении частичного повреждения ушивали дефект желчного протока в поперечном направлении узловыми швами с помощью атравматической иглы и монофиламентной рассасывающейся или нерассасывающейся нити 4/0–6/0 (PDS) на Т-образном дренаже, длинный конец которого выводили через отдельное отверстие в стенке желчного протока вне зоны повреждения. Такой подход можно применить только в тех случаях, когда повреждение не превышает 1/3 окружности протока и локализуется не выше чем в 2 см от развилки. Операцией выбора при интраоперационном обнаружении полного повреждения желчного протока (6 случаев) являлась высокая гепатикоеюностомия, при отсутствии условий и технических возможностей — наружное дренирование желчных протоков из лапаротомного доступа. Радикальную коррекцию желчеоттока проводили по мере ликвидации воспалительных изменений в зоне операции через 1–2 мес.



Повышение эффективности эндохирургической коррекции механической желтухи неопухолевого генеза

БЕБУРИШВИЛИ А.Г., ЗЮБИНА Е.Н., МАНДРИКОВ В.В., ТУРОВЕЦ М.И., ВЕДЕНИН Ю.И., ГЕРАСИМОВ М.В.
Клиника факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Волгоград, Россия

Цель исследования: улучшение ближайших результатов лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза.

Материалы и методы. В период проведения проспективного когортного исследования с 2008 по 2012 год в клинику № 1 ВолгГМУ были госпитализированы 272 пациента в возрасте 17–92 лет с явлениями механической желтухи. У 264 (97,1 %) из них были выполнены эндохирургические методы коррекции. Неопухолевым причина возникновения механической желтухи была подтверждена у 140 больных (средний возраст — $60,8 \pm 1,3$ года). В основную группу ($n = 83$) включены пациенты, у которых диагностировано осложненное течение калькулезного холецистита. В контрольную группу ($n = 57$) включены больные с постхолецистэктомическим синдромом. Каждая из групп разделена на подгруппы в зависимости от причины нарушения (холедохолитиаз, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки, стриктура холедоха) и способа восстановления желчеоттока (баллонная гидродилатация (БГД), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), эндопротезирование холедоха (ЭПХ) или назобилиарное дренирование (НБД)), метода интраоперационного обезболивания (наркотические анальгетики или эпидуральная анальгезия (ЭА)).

Результаты. Удовлетворительные результаты декомпрессии желчевыводящих путей при первичном вмешательстве получены у 83,1 % (69/83) больных основной и у 89,5 % (51/57) пациентов контрольной группы. Повторные санации ЖВП (от 1 до 3) потребовались 12 (14,5 %) больным основной и 5 (8,8 %) пациентам контрольной группы ($p > 0,05$). Лапаротомии выполняли 2 (2,4 %) больным основной и 1 (1,8 %) пациенту контрольной группы ($p > 0,05$) по поводу синдрома Мириizzi.

Адекватность дренирования ЖВП оценивали по динамике снижения прямой фракции билирубина плазмы крови. В первые 3 суток после эндоскопического вмешательства в основной группе прямая фракция билирубина снизилась на 45,8 % (с $81,2 \pm 7,1$ до $44,0 \pm 5,7$ мкмоль/л), а в контрольной — на 47,7 % (с $66,4 \pm 8,7$ до $34,7 \pm 5,8$ мкмоль/л). При этом статистически значимого различия эффективности методов эндоскопической коррекции (ЭПСТ, или БГД, или НБД, или ЭПХ) не выявлено ($p > 0,05$).

В основной группе ранний послеоперационный период осложнился развитием острого послеоперационного панкреатита (ОПП) в 18,1 % (15/83), при этом панкреонекроз отмечен в 1,2 % (1/83) наблюдений. В контрольной группе ОПП диагностирован у 14 % (8/57) больных. Достоверное снижение частоты развития ОПП выявлено у больных основной (с 30,2 до 5 %) и контрольной групп (с 27,6 до 0 %) ($p < 0,001$), у которых периперационно применяли ЭА.

У 2 (1,4 %) больных после ЭПСТ ранний послеоперационный период осложнился кровотечением из зоны папиллотомии, что потребовало выполнения эндоскопического гемостаза.

Летальность в исследуемых группах составила 0,7 % (1/140).

Заключение. Применение эндоскопических транспапиллярных вмешательств в сочетании с регионарной анальгезией у пациентов с механической желтухой неопухолевого генеза позволило достигнуть удовлетворительных результатов в 97,9 % наблюдений.

Видеолапароскопическая тактика при лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом

Березницкий Я.С., Лысунец П.Б., Шевченко В.Ю., Дука Р.В.
Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, Украина

Цель работы: оценить возможности одномоментного и двухэтапного лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

Материалы и методы. В областном центре эндоскопической хирургии г. Днепропетровска с 1995 по 2013 г. операции на желчном пузыре и протоках выполнены у 4733 пациентов, из них у 1150 (24,3 %) — при холедохолитиазе. Из них с хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, — 495 (43,0 %), остальные с резидуальным холедохолитиазом — 655 (57 %). В работе использовали лапароскопическую хирургическую установку «Карл Шторц» с передвижной рентген-телевизионной установкой DV-29 фирмы Fillips.

Результаты и обсуждение. Выбор метода оперативного лечения при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, зависит от нескольких факторов: формы и размера конкрементов, возраста и компенсации систем гомеостаза пациента; длительности и интенсивности механической желтухи, наличия воспалительного процесса и его распространенности, возможности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС) двенадцатиперстной кишки. Основопологающим исследованием, которое позволяет выработать тактику

оперативного вмешательства, является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ). До 2000 года в клинике ЭРХПГ выполнялась всем больным с подозрением на холедохолитиаз до проведения холецистэктомии. В настоящее время используется дифференцированный подход к исследованию и ЭРХПГ выполняется в случае наличия признаков резидуального холедохолитиаза, при холестазах неясного генеза или при подозрении на опухолевый и ятрогенный холестаз, а также при механической желтухе у больных с высоким операционно-наркозным риском. В последнем случае исследование зачастую заканчивается эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ).

До 2000 года придерживались двухмоментной тактики лечения холедохолитиаза: перед лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) выполнялась ЭПСТ — всего у 148 больных (29,9 %). Из них осложнения развились у 17 (11,5 %). Помимо тяжелых осложнений, ЭПСТ далеко не во всех случаях является эффективной, что обусловлено как диаметром конкрементов, так и их геометрической формой. В наших наблюдениях у 33 (6,7 %) пациентов при диаметре камней до 1,5 см ЭПСТ пришлось дополнять холедохолитоэкстракцией или холедохолитотрипсией. Еще у 31 (6,3 %) больного с конкрементами более 1,5 см в диаметре или при их кубической форме выполнена холедохолитотомия лапаротомным доступом.

Показаниями к ЭПСТ как единственному или сочетанному методу лечения холедохолитиаза в настоящее время считаем: наличие эндоскопических признаков вклинения конкремента в БДС, длительную гипербилирубинемия или явления гнойного холангита у больных с высоким операционно-наркозным риском (как единственный способ лечения или как вариант подготовки к операции), резидуальный холедохолитиаз, выявленный в ближайшем послеоперационном периоде («забытые камни»), признаки стенозирующего папиллита.

При сочетании холецистолитиаза и холедохолитиаза в настоящее время предпочтение отдаем одномоментным операциям. Обязательным условием успешной операции считаем выполнение интраоперационной холангиографии после экстракции камней. Рану холедоха ушиваем непрерывным обвивным швом, используя рассасывающиеся мононити 4/0 с периодом рассасывания 60–90 суток. В большинстве случаев дренируем холедох по Холстеду — Пиковскому (глухой шов использовали у 5 пациентов). На 2-е — 3-и сутки выполняем контрольную ИХГ. Билиодигестивные анастомозы (12 больных) выполняли только при диаметре холедоха более 2 см или интраоперационной травме холедоха.

Подобный подход позволил индивидуализировать тактику лечения и в 3 раза снизить количество осложнений. Осложнения различного рода выявлены у 17 (11,5 %) больных после сочетания ЭПСТ с лапароскопической холецистэктомией, а после с одномоментной лапароскопической холедохолитотомией в сочетании с холецистэктомией — у 7 (2,0 %).

Выводы. Одномоментная ЛХЭ с холедохолитотомией показана больным с длительностью желтухи до 1–2 недель при билирубинемии до 100 мкмоль/л. Индивидуализация подхода к лечению холедохолитиаза позволяет не только добиться эффективного излечения, но и существенно снизить частоту послеоперационных осложнений.

Желчнокаменная болезнь как причина механической желтухи

БОГОМОЛОВ Н.И., ВОТЬЕВ И.В., ПРОХОРОВ Н.Б., СКАЖУТИН В.Г., СОЛОВЬЕВ В.Ю., ХАВЕНЬ Б.Н., ТОМСКИХ Н.Н.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России, Чита, Россия

ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита, Россия

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) в современном хирургическом стационаре на протяжении последнего пятилетия устойчиво доминирует среди других нозологических форм. Осложнения ЖКБ, в первую очередь механическая желтуха, особенно у пациентов, обремененных возрастной патологией,кратно усложняют лечебно-диагностический процесс.

Цель исследования: обосновать целесообразность принципа «каждому больному своя операция в нужное время».

Материалы и методы. За последние 5 лет в Краевой больнице Забайкальского края по поводу ЖКБ оперировано 2773 человека. Выбор метода опирался на индивидуальные особенности течения заболевания, выраженность и давность желтухи.

Результаты. Лапароскопическая холецистэктомия сделана у 2148 (77,46 %), холецистэктомия из мини-доступа — у 142 (5,12 %), традиционным лапаротомным способом оперировано 483 (17,41 %) пациента. Острый холецистит был у 278 (10,03 %) человек, холедохолитиаз — у 281 (10,13 %). ЭПСТ в усовершенствованном варианте (патент РФ № 2463975) до или после холецистэктомии выполнена у 86 чел. (3,10 %). При предоперационной подготовке в 89 (3,21 %) случаях применено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей, у 32 человек использовали препараты ремаксол и реамберин, у 64 — методы эфферентной терапии, что позволило справиться с тяжелой патологией даже у пациентов с отягощенным анамнезом. У 126 (4,54 %) выполнены симультанные операции: эзофагофундопликация (у 99), герниотомия, пластика дефекта брюшной стенки сетчатым трансплантатом (у 23), адреналэктомия и кистэктомия из печени (по 2 человека). При лапароскопической холецистэктомии кон-



версия потребовалась у 6 пациентов, у 5 чел. вынуждены были оставить шейку пузыря и пузырный проток, им выполнена мукоклазия. В 3 случаях при необоснованном отказе от холедохоскопии и холангиографии зафиксирован резидуальный холедохолитиаз. Интра- и послеоперационные осложнения имели место в 48 (1,73 %) случаях. Умерло после операции 6 (0,22 %) человек и еще 8 — без операции от конкурирующей патологии.

Основополагающими тактическими приемами в лечении механической желтухи доброкачественного генеза мы считаем:

1) адекватную предоперационную подготовку с использованием способов декомпрессии билиарного тракта и ликвидации желчной гипертензии путем ЧЧХС, ЭПСТ и лекарственную терапию, направленную на нормализацию функции печени;

2) малоинвазивную литоэкстракцию при ЭПСТ или чрездренажный литолиз;

3) при открытой холедохолитотомии предпочитаем глухой шов холедоха и дренаж по Холстеду — Пиковскому с обязательной интраоперационной холедохоскопией и, по показаниям, холангиографией;

4) дооперационное максимальное использование средств инструментальной визуализации для сокращения времени на хирургическое пособие;

5) реабилитацию после операции в санатории «Кука» (Забайкальский край) с его уникальными природно-климатическими факторами.

Выводы. В лечении ЖКБ, осложненной желтухой, на современном этапе есть широкий выбор методов лечения, который строится на индивидуальном подходе по принципу «каждому больному своя своевременная операция», чтократно улучшило общие результаты лечения, а малоинвазивные технологии стали доминирующими в структуре операций. Плановая санация больных с ЖКБ позволилакратно снизить частоту острого и осложненного калькулезного холецистита и холедохолитиаза.

Холедохоскопия

БОГОМОЛОВ Н.И.

ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения России, Чита, Россия

ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита, Россия

Материалы и методы. За период с 1978 по 2013 год выполнено 626 интраоперационных эндоскопических исследований желчных протоков. Мужчин было 191, женщин — 435, их возраст составил от 14 до 94 лет. Холедохоскопия использована при первичной операции, как правило холецистэктомии, у 296 человек и при повторных вмешательствах — у 330 пациентов. Операция выполнялась на фоне желтухи у 567 больных, в том числе с функционирующим наружным свищем — у 64. Неоднократные повторные (от 1 до 6) операции на желчных протоках были у 72 пациентов. Использовались 6 моделей аппаратов. Из 4 моделей холедохоскопов лучшей считаем изделие фирмы Olympus. Холедохоскоп фирмы ACMI (USA) не имел биопсионного канала, но сопровождался стойкой, и изображение транслировалось на монитор. Инфекционных осложнений, связанных с холедохоскопией, не зафиксировано.

Результаты. Холедохотомическое отверстие лучше выполнять в супра- или ретродуоденальной части холедоха после мобилизации двенадцатиперстной кишки, чтобы использовать его и для билиодигестивного анастомоза. В других случаях использовалась гепатикотомия. Культя пузырного протока, если она широкая и угол впадения близок к прямому, — альтернативный порт для введения аппарата. Осмотр начинаем с долевых и внутripеченочных протоков после визуализации картины, оценивая сегментарные и субсегментарные структуры билиарного дерева. Сразу осуществляем санацию и экстракцию камней, если они обнаружены. После этого исследуется дистальная часть и делается попытка проникновения в двенадцатиперстную кишку, в норме это всегда удается. Биопсия выполняется из всех подозрительных на злокачественный процесс участков. А в 14 случаях опухоль протоков удалось верифицировать только благодаря биопсийному материалу. Наибольшее количество обнаруженных и извлеченных из протоков камней у одной больной с болезнью Кароли было 102. В 5 случаях во внутripеченочных протоках и в 7 — в ампуле соска камни коралловидной формы вросли в стенки протоков и извлечь их не удалось, что потребовало у 6 больных выполнить дуоденотомию с папиллосфинктеротомией и экстракцией камня. В 3 случаях эндоскопом через дефект в холедохе, образовавшийся из-за пролежня камнем, проникли в забрюшинное пространство и там обнаружили конкременты. У 3 пациентов тень камня на холангиограмме формировали слепки из слизи, гноя и песка, а у 2 — сгустки крови (гемобилия). В 29 случаях обнаружены стриктуры и аномалии протоковой системы, в 9 — полости холангиогенных абсцессов, в 7 — компрессия протоков паразитом (4) и опухолью (3). Внутripеченочные холангиокарциномы диагностированы у 18 больных. В 4 случаях диагностированы полипы желчных протоков. У 1 пациентки в протоках обнаружены аскариды. В 11 случаях при эндоскопии удалось оценить и дистальную часть вирсунгова протока с камнями в его просвете у 2 больных. У всех пациентов с желтухой необходимо до операции выполнять дуоденоскопию для исключения опухоли фатерова сосочка.

Заключение. Холедохоскопия абсолютно показана во всех случаях, когда интраоперационно вскрывается желчевыводящая протоковая система, ее результаты позволяют отказаться от других диагностических процедур. Безусловно и финансово-экономическое преимущество холедохоскопии с учетом исключения интраоперационной холангиографии.

Эволюция хирургии неопухоловой механической желтухи в Забайкальском крае

БОГОМОЛОВ Н.И., ТОМСКИХ Н.Н., ВОТЬЕВ И.В.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России, Чита, Россия
ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита, Россия

На начало 2012 года в Забайкальском крае (Заб. кр.) России проживало 1 105 659 человек. За последние 35 лет население субъекта федерации с учетом ведомств уменьшилось более чем на 200 000 человек, в основном за счет миграции, которая в последние пять лет ежегодно составляет 29–34 тысячи человек.

Заболееваемость болезнями органов пищеварения на 100 000 населения составляет: в Заб. кр. — 10716,2 (1987,5; здесь и далее в скобках — впервые выявленная); в СФО РФ (Сибирский федеральный округ) — 13140,4 (3220,2); в РФ — 11323,4 (2280,5). Болезни желчного пузыря и желчных путей выявлены соответственно у 3107,7 (322,1), 2122,8 (363,6), 1885,1 (261,2). Таким образом, по последнему показателю наша территория выглядит достоверно хуже, чем СФО и Россия в целом. Безусловное значение имеют: традиционный уклад жизни, характер питания и качество воды, резко континентальный климат.

В 1981 году в клинике завершено масштабное диссертационное исследование Г.А. Мироненко по хирургическому лечению ЖКБ, в том числе и осложненной механической желтухой. За период с 1966 по 1980 (15 лет) год в Областной больнице по поводу ЖКБ оперировано 1268 пациентов, то есть примерно по 423 за каждые 5 лет. Но уже тогда было отмечено повышение заболеваемости ЖКБ в последнее из трех пятилетий в 1,7 раза. За последние 5 лет (2008–2012 гг.) только в ГУЗ ККБ оперировано 2773 пациента с ЖКБ, т.е. на 1,5 тысячи (1505) больше, чем за 15 лет второй половины XX века, при достоверно большем числе жителей тогда. Необходимо напомнить, что в прошлом веке подобные операции выполнялись только традиционным открытым способом и в основном в областной больнице. Сейчас только в 10 из 30 ЦРБ имеются лапароскопические стойки и выполняются десятки холецистэктомий, а в краевом центре, помимо ККБ, подобные операции выполняют еще в 3 клиниках и других 4 ЛПУ. ЖКБ в настоящее время приняла характер хирургической эпидемии, коренным образом изменились методики хирургического лечения, среди которых малоинвазивные составляют 80–85 %, что положительно сказалось и на результатах, летальность удалось снизить более чем в 4 раза.

Заключение. Эволюция методов хирургического лечения ЖКБ, особенно осложненной желтухой, всецело зависит от научно-технического прогресса. Новые технологии лечения с минимальной травмой для больного совершенствуются, и следует ожидать еще лучших результатов.

Хирургическое лечение непроходимости терминального отдела холедоха у больных с наружным желчеистечением после холецистэктомии

БОЙКО В.В., СМАЧИЛО Р.М., БРИЦКАЯ Н.Н., САРИАН И.В.
Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, Харьков, Украина

Хирургическая коррекция нарушений проходимости терминального отдела общего желчного протока вследствие рецидивного или резидуального холедохолитиаза до настоящего времени остается актуальной проблемой гепатобилиарной хирургии.

Цель исследования: разработка программы лечения непроходимости терминального отдела гепатикохоледоха у больных с желчеистечением после перенесенной холецистэктомии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 145 пациентов, находившихся на лечении в ГУ «ИОНХ НАМНУ» с 2003 по 2013 г. Первичные операции были выполнены в других стационарах у 98 пациентов. Больные поступали в различные сроки от первичной операции — от 3 суток до 5 недель. Женщин было 95, мужчин — 50. Возраст варьировал от 23 до 85 лет. Первичным вмешательством у 85 больных была открытая холецистэктомия с наружным дренированием общего желчного протока, у 34 больных — открытая холецистэктомия, у 26 — лапароскопическая холецистэктомия. Выделение желчи по дренажу холедоха наблюдалось у 85 больных, по дренажу брюшной полости — у 60. Дебит желчи колебался от 100 до 1000 мл за сутки. Механическая желтуха отмечена у 32 пациентов, у которых не были дренированы желчевыводящие пути, холангит — у 15 больных. У 24 больных выявлены внутрибрюшные скопления желчи, у 4 — с явлениями диффузного желчного перитонита. После проведения комплексного клинико-лабораторного и инструментального исследований определялась дальнейшая тактика.

Результаты. Разработанная нами программа хирургической коррекции непроходимости дистального отдела холедоха у больных с наружным желчеистечением первым этапом включала разрешение внутрибрюшных



осложнений, обусловленных желчеистечением. С этой целью у 15 больных выполнено дренирование биллом под ультразвуковым (УЗИ) контролем, у 5 — релапароскопия, дренирование брюшной полости, у 4 — лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха, санация и дренирование брюшной полости.

В качестве второго этапа после разрешения внутрибрюшных осложнений с помощью миниинвазивных вмешательств (пункционно-дренирующие операции под УЗИ навигацией, релапароскопии) выявляли причины непроходимости гепатикохоледоха посредством использования фистулографии и эндоскопической ретроградной холангио-панкреатикографии (ЭРХПГ). Так, резидуальный холедохолитиаз диагностирован у 93 пациентов, стенозирующий папиллит — у 23, стеноз дистального отдела холедоха вследствие хронического панкреатита — у 29. Основными методами лечения пациентов на втором этапе явились миниинвазивные эндоскопические эндобилиарные вмешательства, использовали этапность их выполнения. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 33 больным, ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией — 83 больным. Эффективность проведенных эндоскопических эндобилиарных вмешательств составила 87,1 %. Среди осложнений у 10 пациентов отмечены явления острого панкреатита, из них у 4 — тяжелого панкреатита; кровотечение из папиллотомной раны — у 5 больных, у которых остановлено консервативно. Летальных случаев не было. У 10 больных выполнить ЭРХПГ по техническим причинам (резекция желудка по Бильрот II, парафатеральный дивертикул) не представлялось возможным. Данным пациентам и еще 5 больным, которым эндоскопически не удалось извлечь конкременты, выполнены лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха. 13 больным произведена холедоходуоденостомия, 10 пациентам — холедохоеюностомия. В группе больных, оперированных открытым способом, был 1 летальный случай, обусловленный полиорганной недостаточностью у больной с желчным перитонитом.

Заключение. Предложенная двухэтапная программа коррекции непроходимости терминального отдела общего желчного протока у больных с наружным желчеистечением после перенесенной холецистэктомии с преимущественным использованием миниинвазивных вмешательств позволила улучшить результаты лечения данной категории больных.

Малоинвазивные ретроградные и антеградные способы лечения резидуального холедохолитиаза и его осложнений

БОЛДИЖАР А.А., РУСИН В.И., БОЛДИЖАР П.А., КРАВЧУК И.Б.
Ужгородский национальный университет, Ужгород, Украина

Цель исследования: определение роли и возможностей малоинвазивных вмешательств в лечении больных с резидуальным холедохолитиазом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 132 больных с резидуальным холедохолитиазом за период с 2002 года на базе ЗОКБ им. А. Новака, которым были выполнены эндоскопические ретроградные вмешательства. В большинстве случаев ($n = 81$) холедохолитиаз разрешен выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), после которой конкременты отошли самостоятельно. У 24 больных ЭПСТ одномоментно дополнена низведением конкрементов корзинкой Дормиа ($n = 18$) или литотрипсией ($n = 6$) либо отсрочена на 3–5 дней для уменьшения риска возникновения вторичного травматического кровотечения из линии разреза большого дуоденального сосочка. У 8 больных отсутствовали условия для выполнения ЭПСТ, из них у пяти пациентов с наличием внешнего дренажа общего желчного протока одним из способов выполнена антеградная литоэкстракция корзинкой Дормиа под рентгеновским контролем через свищевой ход после удаления дренажа. У троих пациентов произведена чрескожная чреспеченочная холангиостомия с последующей открытой холедохолитоэкстракцией после снижения показателей билирубина ниже 50 мкмоль/л.

Даже при наличии крупных либо вколоченных конкрементов выполнялась ЭПСТ (19 пациентов) с целью временной частичной декомпрессии, местного лечения гнойного холангита и внутреннего дренирования методом стентирования (12 больных). У 9 больных успешно применено назобилиарное дренирование.

Результаты. Эффективность малоинвазивных ретроградных и антеградных способов лечения резидуального холедохолитиаза и холангита составила 93,2 %. Осложнения в виде кровотечения из линии разреза наблюдали в пяти (3,7 %) случаях, острый панкреатит — у 11 (8,3 %) больных, с летальным исходом — в 1 (0,7 %) случае.

Из 19 больных, которым была выполнена ЭПСТ, дополненная стентированием либо назобилиарным дренированием, после ликвидации желтухи и купирования холангита у 12 выполнена успешная литотрипсия и низведение конкрементов в двенадцатиперстную кишку. Пяти пациентам этой группы была выполнена открытая холедохолитотомия в связи с нарастанием явлений холангита и механической желтухи в первые 3–4 дня после транспапиллярных вмешательств. У двоих больных с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным риском ЭПСТ, дополненная стентированием холедоха, явилась конечным оперативным вмешательством.

Заключение. Применение комплексных малоинвазивных методик при резидуальном холедохолитиазе и его осложнениях значительно снизило удельный вес травматических открытых операций.

Особенности патоморфологических изменений печени при паразитарных механических желтухах

БРАЖНИКОВА Н.А., ЦХАЙ В.Ф., МЕРЗЛИКИН Н.В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Томск, Россия

Цель исследования: изучить морфологические изменения печени при паразитарных механических желтухах.

Материалы и методы. Проведен анализ секционных исследований печени 34 умерших больных с желтухой паразитарного генеза и гистологических исследований интраоперационного и биопсийного материала 556 оперированных больных.

Результаты. К общим признакам морфологии печени при механических желтухах паразитарного генеза относится резко выраженный механический холестаз, связанный с нарушением оттока желчи. Имеет место стаз желчи в желчных капиллярах, наиболее выраженный в зонах циркуляторной периферии ацинусов, с прогрессирующей конденсацией желчи и формированием желчных тромбов, с расширением капилляров. При длительном холестазе отмечается разрыв последних и вытекание желчи в межклеточные пространства с образованием «желчных озер». Выраженность этих изменений определялась длительностью и степенью холестаза. Всюду выражены дистрофические и некротические изменения печеночных клеток, отмечаются экстравазаты, окруженные макрофагами. У всех больных наблюдается нейтрофильная инфильтрация портальных трактов, а при длительных холестазах — и стенок желчных протоков, а также их просветов, что следует расценивать как проявление холангита.

При поражении печени альвеококкозом и эхинококкозом механическая желтуха характеризуется большой длительностью. Холестаз сопровождается отложением холестерина и других липидов в макрофагах с образованием ксантомных клеток. Такие же явления найдены в гепатоцитах, которые приобретают при этом псевдоксантоматозный вид. Выражена пролиферация желчных протоков вокруг паразитарных узлов, но в пределах портальных трактов на границе с паренхимой. При вовлечении в процесс крупных желчных протоков резко выражен холестаз во всех трех зонах ацинусов с резчайшими дистрофическими и некротическими изменениями гепатоцитов. Имеются желчные инфаркты — поля некротизированных, пропитанных желчью гепатоцитов. По периферии узла, кист наблюдается мезенхимальная реакция в виде отека стромы, инфильтрация ее клетками лимфоидного ряда, эозинофилами. В отдалении от узлов, кист дистрофия гепатоцитов выражена меньше, превалирует их регенерация.

При описторхозных желтухах в печени выражены пролиферативный холангит с аденоматозом, холангиоэктазы, лимфолейкоцитарная и эозинофильная инфильтрация стенок желчных протоков, дистрофические и некротические изменения гепатоцитов, преимущественно в центральных отделах, склерозирование внутрипеченочных и пузырного протоков, БДС с распространением на терминальный отдел холедоха, реже — склерозирующий холангит.

Выводы. При изучении биопсийного материала больных и секционных гистологических препаратов печени умерших с механической желтухой вследствие обструкции желчных путей на почве альвеококкоза, эхинококкоза и описторхоза выявлены как общие для всех холестазов изменения патологоанатомической картины, так и характерные для каждого паразитарного заболевания. Последние определяли особенности клинического их течения.

Принципы лечения механической желтухи описторхозного генеза

БРАЖНИКОВА Н.А., ЦХАЙ В.Ф., МЕРЗЛИКИН Н.В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Томск, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с механической желтухой описторхозного генеза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 499 (38,4 %) больных с желтухой вследствие осложнений хронического описторхоза, выполненного в клинике кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ в течение 40 лет. Применялись УЗИ, ЭГДС, ЭРХПГ, инструментальная холангиография и ФХС, лабораторная диагностика.

Результаты. Механическая желтуха развивалась при длительной (10–15 лет) и интенсивной инвазии, определяемой в желчи по А.Г. Соколову (1989). Соотношение мужчин и женщин — 1 : 4,3, средний возраст больных — $50,4 \pm 1,3$ года. Причинами желтухи были склеротические изменения билиарной системы с развитием стриктур в местах физиологического сужения (377 — 75,6 %) или первичного склерозирующего холангита (38 — 7,6 %), псевдотуморозного панкреатита (75 — 15 %), реже — кист (9 — 1,8 %). Усиливался холестаз обу-



рацией протоков описторхозным детритом, холедохолитиазом, перихоледохеальным лимфаденитом, гнойным холангитом с абсцессами печени у 23 больных (4,6 %). Всегда выражены изменения желчного пузыря.

Дооперационная декомпрессия желчных путей не всегда возможна, ЧЧПХС опасна повреждением тонкостенных подкапсульных холангиоэктазов, характерных для описторхоза, с последующим развитием желчного перитонита, а ЭПСТ затруднена из-за протяженного характера стриктуры БДС и дистального отдела холедоха.

Лечение заключалось в холецистэктомии, восстановлении пассажа желчи в ДПК СДХДА с обязательным наружным дренированием желчных протоков для санации от инфекции и антигельминтной санации йодиолом. Из-за множественности абсцессов применяются резекция печени по Б.И. Альперовичу, криодеструкция поджелудочной железы, иссечение и криодеструкция кист печени.

Высокий процент ОПН (31 %), осложняющей желтуху при описторхозе, диктует необходимость интенсивной печеночной терапии, наиболее эффективны внутриворотальные инфузии лекарственных препаратов.

Серьезные нарушения в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета вызывают необходимость иммунокорректирующей терапии. Хорошо зарекомендовали себя инфузии свежезамороженной плазмы.

Из-за сенсibilизации организма больных продуктами обмена паразитов инфузионную терапию следует проводить под прикрытием седативных препаратов для предупреждения аллергических реакций.

Заключение. Адекватная коррекция холестаза, антигельминтная санация желчных путей, внутриворотальные инфузии снизили летальность до 1,9 %. Не решен вопрос о лечении склерозирующего холангита.

Хирургия механической желтухи при ятрогенных повреждениях и/или стриктурах внепеченочных желчных протоков

ВАФИН А.З., АЙДЕМИРОВ А.Н., МНАЦАКАНЯН Э.Г., ДЕЛИБАЛТОВ К.И., ПОГОСЯН Г.А., ЕГОЯН Х.С.
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Ставрополь, Россия

Цель исследования: совершенствование выбора оптимальной лечебной тактики и методов хирургического лечения механической желтухи ятрогенного происхождения как следствия повреждения и/или стриктуры ВЖП.

Материалы и методы. В 1989–2013 гг. на лечении находились 114 пациентов с ятрогенными повреждениями и стриктурами внепеченочных желчных протоков. Средний возраст больных составил $45,8 \pm 13,3$ года (от 17 до 80 лет), из них до 60 лет — 79,8 %. У 81 (71 %) диагноз ятрогенного повреждения и/или стриктуры ВЖП установлен в послеоперационном периоде, из них в раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) — у 55 (48,2 %), позже (с 8 до 365 суток) — у 26 (22,8 %) больных.

Основными симптомами травмы и/или стриктуры протоков были механическая желтуха — у 61 (55,3 %) больного, холангит — у 29 (25,4 %), желчный перитонит — у 22 (19,2 %), наружный желчный свищ — у 27 (23,6 %) и подпеченочный абсцесс — у 7 (6,1 %), встречалось и сочетание нескольких симптомов.

В комплекс диагностического обследования больных входили: УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолеграфия, ЧЧХГ, КТ/МРТ, МР-холангиография. Нами установлены следующие типы повреждений и стриктур (Э.И. Гальперин, 2002): +2 — у 19 (16,6 %); +1 — у 30 (26,3 %); 0 — у 45 (39,5 %); -1 — у 17 (15,0 %); -2 — у 3 (2,6 %) пациентов.

Результаты. Выбор хирургической тактики зависит от выраженности желтухи и характера повреждения и/или стриктуры. На первом этапе при механической желтухе проводились декомпрессия билиарного тракта и комплексная терапия, направленная на нормализацию функций печени, снижение уровня билирубина, коррекцию водно-электролитного обмена, кислотно-основного состояния, профилактику кровотечения и инфекционных осложнений. Средний уровень билирубина в группе больных с желтухой составил $70,9 \pm 55,1$ мкмоль/л. Повышение уровня трансаминаз и щелочной фосфатазы было у 46 (40,3 %) пациентов.

С целью декомпрессии механической желтухи 40 (35,0 %) больным выполнены: лапаротомия, наружное дренирование желчных путей — у 11 (9,6 %), эндоскопическая папиллосфинктеротомия — у 12 (10,5 %), чресочно-чреспеченочная холангиостомия — у 17 (14,9 %).

Реконструктивно-восстановительные операции выполнялись в условиях стабилизации функции печени спустя 40–70 суток после восстановления оттока желчи и снижения гипербилирубинемии. Проведено 24 (21,1 %) восстановительных операции и 90 (78,9 %) реконструктивных, из них: гепатикохоледоходуоденостомия — у 22 (24,4 %), гепатикоеюностомия — у 68 (75,6 %), кроме того, у 9 (7,8 %) больных произведены реконструкция и реканализация стриктуры билиодигестивного соустья.

Послеоперационные осложнения были у 36 (31,5 %) оперированных. Летальные исходы в послеоперационном периоде были у 9 (14 %) человек.

Заключение. Хирургическая тактика при механической желтухе зависит от длительности и уровня гипербилирубинемии, характера повреждения и общего состояния больных. Реконструктивные вмешательства возможны только после ликвидации механической желтухи и нормализации функций печени.

Современные варианты билиарной декомпрессии при обструктивных заболеваниях панкреатодуоденальной зоны

ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н., ВЕЛИГОЦКИЙ А.Н., АРУТЮНОВ С.Э., АВДОСЬЕВ Ю.В.,
ПАВЛИЧЕНКО С.А., ШАДРИН О.В., СКАЛИЙ Н.Н.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

К обструктивным заболеваниям панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) относятся как доброкачественные, так и злокачественные заболевания. Рост желчнокаменной болезни сопровождается увеличением частоты осложненных форм. Заболеваемость раком головки поджелудочной железы за последние 30 лет выросла на 20 %. Выбор метода билиарной декомпрессии при обструктивных заболеваниях ПДЗ является предметом дискуссий и требует усовершенствования.

Цель исследования: выработать тактику лечения больных при обструктивных заболеваниях ПДЗ с применением современных методов билиарной декомпрессии.

Материалы и методы. Представлены результаты применения билиарной декомпрессии у 1057 больных с 2003 по 2012 г. Применялись инструментальные методы диагностики: УЗИ, ЭРХПГ, СКТ, МРТ, импедансная спектроскопия, термометрия холедоха, морфология большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Результаты. Выполнено 986 (93,3 %) транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ), эндоскопических стентирований при опухолях ПДЗ — 11 (1,0 %), лапароскопических — 18 (1,7 %), чрескожно-чреспеченочных — 24 (2,3 %), рентгенэндоваскулярных вмешательств — 18 (1,7 %).

Холедохолитиаз (ХЛ) выявлен у 687 (69,7 %), стеноз БСДК — у 89 чел. (9,0 %), их сочетание — у 109 (11,1 %), стеноз желчного протока на почве индуративного панкреатита — у 14 (1,3 %), острый билиарный панкреатит — у 87 (8,8 %).

С целью декомпрессии у больных с заболеваниями ПДЗ доброкачественного генеза выполнены следующие ТЭВ: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) — 839 (85,1 %): ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией — 434 (51,7 %), ЭПСТ с механической литотрипсией — 359 (42,8 %), ЭПСТ с вирсунготомией — 18 (2,1 %), ЭПСТ с назобилиарным дренированием — 84 (10,0 %), эндоскопическая папиллодилатация — 147 (14,9 %), стентирование — 4 (0,4 %). У 87 (8,8 %) чел. с билиарным панкреатитом на фоне ХЛ при выполнении ТЭВ применен подход с учетом импедансометрии, позволивший дифференцировать тип морфологических изменений в БСДК и сформулировать алгоритм выбора методики билиарной декомпрессии. При выявлении вклиненного конкремента выполнена ЭПСТ у 56 чел. (64,4 %), при наличии мелких конкрементов, билиарного сладжа произведена эндоскопическая дилатация с холедохолитоэкстракцией у 31 (35,6 %) больного.

У больных с злокачественными обструктивными заболеваниями ПДЗ выполнено 71 (6,7 %) вмешательство: эндоскопическое стентирование — 11 (15,5 %), лапароскопические вмешательства (холецистостомия) — 18 (25,4 %), чрескожно-чреспеченочная холангиостомия — 24 (33,8 %), со стентированием зоны обструкции — 4 (5,6 %). В настоящее время применяются рентгенэндоваскулярные вмешательства, они выполнены 18 (25,4 %) больным, 4 (5,6 %) — с проведением химиоэмболизации. При неэффективности миниинвазивных вмешательств применялись операции внутреннего дренирования: холецистоюноанастомоз, гепатикоюноанастомоз на удлинённой петле по Ру с оставлением культи тощей кишки для наложения на втором этапе панкреатоеюноанастомоза. При неэффективности традиционного холецистоюноанастомоза из-за перекрытия опухолью пузырного протока предложен компромиссный вариант с сохранением предыдущего анастомоза, наложением гепатикохолецистоанастомоза с гартмановым карманом или шеечной частью желчного пузыря.

Выводы. 1. Выполнение билиарной декомпрессии с применением ТЭВ больным с обструктивными заболеваниями ПДЗ доброкачественного генеза у большинства пациентов является окончательным методом лечения. 2. При раке головки ПЖ выполнение на первом этапе лечения современных вариантов билиарной декомпрессии позволяет выполнить в последующем радикальные оперативные вмешательства (панкреатодуоденальная резекция) с минимальными периоперационными осложнениями.

Возможности эхонавигационных интервенционных методов при обструктивной патологии желчевыводящих путей

ВЛАХОВ А.К.

Крымский государственный медицинский университет, Симферополь, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с обструктивными процессами билиарной системы (ОПБС) путем дифференцированного выбора и рационального внедрения чрескожных чреспеченочных эхоконтролируемых холецистостомии (ЧЭХ) и холангиостомии (ЧЭХС).

Материалы и методы. Объект исследования: 86 больных с ОПБС обоих полов в возрасте 62–93 лет с сопутствующей патологией, когда тяжесть общего состояния указывала на критический операционно-наркозный риск (КОНР). Для интервенций использовали сканер Sonoscare S6 с мультислотным датчиком 5–7,5 МГц,



пакетом доплеровских режимов. Применяли двухсоставные иглы 16–19 G; дренажи 6–12 Fr. Для санации применяли антисептики с антибиотиками и ферментами. Проводили детоксикационную, антибактериальную, гепатопротекторную, посиндромную терапию; ежедневно — ультразвуковой мониторинг.

Результаты. Показания к ЧЭХ: 1) острый калькулезный или бескаменный холецистит у больных с КОНР; 2) ОПБС различного генеза с целью билиарной декомпрессии; 3) дифференциальная диагностика патологии желчных путей, проведение холецистохолангиографии. Показания к ЧЭХС: 1) длительная обструкция желчных путей различного генеза, сопровождающаяся гипербилирубинемией, холангитом, печеночной недостаточностью; 3) дифференциальная верификация билиарной патологии, проведение холангиографии.

Выбирали интервенционную траекторию через слой паренхимы толщиной не менее 10 мм, что обеспечивало достаточный обжим иглы и дренажа, предотвращало подтекание желчи в брюшную полость. Эффективность ЧЭХ и ЧЭХС оценивали в динамике по совокупности сонометрических и клинико-лабораторных тестов: 1) уменьшение размеров желчного пузыря (ЖП), ликвидация деструктивных изменений стенки, перивезикальной экссудации, дислокация вклиненного в шейку конкремента; гомогенный просвет ЖП; 2) купирование болевого синдрома, местной клинической симптоматики, температурной и лейкоцитарной реакций; 3) снижение билирубинемии, нормализация показателей функции печени, бактериологических параметров и свойств желчи с сохраненным дебитом по холангиостоме.

Преимущества ЧЭХ и ЧЭХС перед лапароскопической и традиционной операциями: 1) проводятся под местной анестезией; 2) существенно менее продолжительны и травматичны в сравнении с открытой и лапароскопической холецисто-, холангиостомией, не требуют создания пневмоперитонеума; 3) для ЧЭХ не имеет значения наличие перивезикального инфильтрата; 4) эхолокация позволяет визуализировать положение пункционно-дренажного инструмента, контролировать пункционный канал, предотвращая контакт с сосудами печени.

Средняя продолжительность дренирования: ЧЭХ — 6,8 суток; ЧЭХС — 21,2 суток. В 73,2 % случаев ЧЭХ и ЧЭХС явились первым этапом хирургического лечения ОПБС, что позволило позитивно изменить структуру радикальных операций в пользу отсроченных и плановых с минимальным риском для пациентов. В 62,8 % случаев операции выполнены путем лапаротомии, в 38,2 % — лапароскопически и эндоскопически. У 26,8 % больных с КОНР при ОПБС ЧЭХ и ЧЭХС явились окончательным и безальтернативным методом хирургического лечения.

Осложнения: болевой синдром в зоне вмешательства — 8,9 %, френикус-симптом — 7,1 %, гемобилия более 3 суток — 23,6 %, миграция дренажа — 3,6 %, подтекание желчи по парадренажному каналу — 3,2 %. Летальных исходов при выполнении ЧЭХ и ЧЭХС не было.

Выводы. ЧЭХ и ЧЭХС при ОПБС являются первичными хирургическими вмешательствами, патогенетически обоснованным компонентом периоперационной подготовки у больных с КОНР, лиц пожилого и старческого возраста. Раннее применение ЧЭХ позволяет позитивно изменить структуру радикальных операций при ОПБС в пользу отсроченных и плановых вмешательств — до 73,2 %, способствует существенному снижению количества периоперационных осложнений, показателей послеоперационной летальности.

Современные диагностические и лечебные подходы при стриктурах гепатикоюноанастомозов

ВОРОБЕЙ А.В., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Е.И., ШУЛЕЙКО А.Ч., ЛАГОДИЧ Н.А.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. Гепатикоюностомия является наиболее эффективной операцией внутреннего желчеотведения, которая широко используется при различной доброкачественной и злокачественной патологии внепеченочных желчных протоков (ВЖП). В настоящее время среди всего имеющегося арсенала методов диагностики стриктур гепатикоюноанастомозов (ГЕА) наиболее достоверной является двухбаллонная энтероскопия (ДБЭ), которая позволяет четко определить характер и выраженность патологических изменений зоны ГЕА.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 год в РЦРХГ, КПиЛХ имеется опыт хирургического лечения 153 пациентов, которым первично или при повторных операциях были сформированы ГЕА. С ятрогенными повреждениями ВЖП было 92 пациента, с синдромом Мириizzi — 20, панкреатодуоденальными резекциями (ПДР) по поводу рака головки поджелудочной железы, травм и хронического панкреатита — 12; кистами холедоха — 4, с холангиолитиазом и стриктурами терминального отдела холедоха после резекции желудка по Бильроту II — 9, билиарной гипертензией при хроническом панкреатите — 16 пациентов. Для дифференциальной диагностики стриктур ГЕА и рецидивирующего холангита применяли МРТ-холангиографию, предложенную нами полипозиционную фистулохолангиографию и ДБЭ-осмотр петли тощей кишки, который выполнен в 33 наблюдениях. При этом в 21 наблюдении (63,6 %) удалось достичь ГЕА и выполнить 12 (57,2 %) ДБЭ-холангиографий. В 13 из 21 осмотра стриктура ГЕА была подтверждена (62 %).

Результаты. 18 больным в разные сроки после операции была выполнена МРТ-холангиография (МРТ-ХГ), по данным которой у 4 из этих пациентов исключить стриктуру ГЕА было невозможно.

Осмотреть зону ГЕА удалось у 21 (63,6 %) пациента: у 3 — на петле тощей кишки с соустьем по Брауну, у 2 — на петле по Ру после ПДР, у 16 — после реГЕА на петле по Ру. При осмотре соустья выяснено: в 8 случаях анастомоз функционировал адекватно и диаметр его оставался широким, что исключало стриктуру ГЕА, ранее диагностированную по данным МРТ-ХГ. В 13 из 21 осмотра стриктура ГЕА была подтверждена (62 %). У этих больных было выполнено 6 реопераций, 7 малоинвазивных вмешательств (лазерная реканализация стриктур с использованием белорусского хирургического лазера «МУЛ-1» — 3; литоэкстракция — 2, лазерная литотрипсия — 1; в 1 наблюдении первым этапом выполнили литоэкстракцию, а затем — дважды лазерную вапоризацию).

Диагностическая эффективность ДБЭ-холангиоскопии при наличии петли с соустьем по Брауну составляла 100 %, при наличии петли по Ру — 55,6 %. Терапевтическая эффективность составила 53,9 %. В связи с накоплением опыта проведения ДБЭ в 2012 году диагностическая эффективность составила 81,3 %.

12 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 был диагностирован кандидозный холангит.

Выводы. Частота рубцовых стриктур ГЕА зависит от технических погрешностей при его формировании. Осмотр петли тощей кишки и ГЕА с помощью ДБЭ является перспективным методом исследования и выполним в 55,6–100 % случаев в зависимости от вида реконструкции; МРТ-ХГ 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.

Современная тактика при доброкачественных стриктурах желчных протоков и стриктурах билиодигестивных соустьей

*ВОРОБЕЙ А.В., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Е.И., ШУЛЕЙКО А.Ч., ЛАГОДИЧ Н.А.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь*

Введение. Проблема лечения пациентов с доброкачественными обструктивными поражениями билиарного тракта остается актуальной в связи с высокой заболеваемостью, отсутствием тенденции к ее снижению, а также рядом нерешенных проблем.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 год в РЦРХГ, КПиЛХ находилось на лечении 646 пациентов со стриктурами различных отделов холедоха и стриктурами билиодигестивных анастомозов. Со стриктурами дистального отдела холедоха при холангиолитиазе (ХЛ) было 506 (78,3 %) пациентов, посттравматическими стриктурами — 55 (8,5 %), синдромом Мириizzi — 20 (3,1 %), ХЛ и стриктурами терминального отдела холедоха после резекции желудка по Б-II — 9 (1,4 %), билиарной гипертензией при хроническом панкреатите (ХП) — 16 (2,5 %), стриктурами ранее сформированных анастомозов: гепатикоеюностомии (ГЕА) — 36 (5,6 %), холедоходуоденостомии (ХДА) — 4 (0,6 %) пациента.

В группе пациентов с ХЛ были выполнены следующие вмешательства: ХДА — 332, в том числе лапароскопически — 3; ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией — 125; литотрипсия с литоэкстракцией — 26, в том числе лазерная — 3; антеградная папиллотомия при интраоперационной холангиоскопии — 8; лапароскопическая холедохолитотомия с глухим швом холедоха — 12; холедохоеюностомия — 3 пациента. При синдроме Мириizzi основным вмешательством была ГЕА на петле по Ру — 14 наблюдений, реже — ХДА — 6 пациентов.

Из 55 пациентов с посттравматическими стриктурами гепатикохоледоха были выполнены: ГЕА «конец в бок» на позадиободочной петле тощей кишки по Ру — 53; панкреатодуоденальная резекция — 1; ХДА — 1.

У 40 пациентов со стриктурами билиодигестивных анастомозов первично в районных центрах в 67,2 % были неадекватно сформированы соустья. Мы выполнили 3 ГЕА, 29 реГЕА, у 7 пациентов — малоинвазивные эндоскопические вмешательства с помощью двухбаллонного энтероскопа (лазерная реканализация — 4; литоэкстракция — 2; лазерная литотрипсия — 1) и одну трансдуоденальную реканализацию стриктуры ХДА.

В других 16 наблюдениях при стриктурах терминального отдела холедоха на фоне ХП были выполнены Бернский вариант операции Вегер с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой (12) либо с ГЕА на петле по Ру (4). В отдельную группу вошли 9 пациентов после резекций желудка по Б-II. Всем им формировали ГЕА «бок в бок» на петле по Ру.

Результаты. В группе с посттравматической стриктурой гепатикохоледоха умерла 1 пациентка (1,8 %), после ХДА — 8 (2,4 %). Рецидивы стриктур ГЕА возникли в 4 наблюдениях (7,3 %), ХДА — у 3 (0,9 %) пациентов. Послеоперационные осложнения у пациентов с билиарной гипертензией при ХП составили 23,1 %.

Заключение. При формировании стриктур в терминальных отделах холедоха на фоне ХЛ первым этапом показана ЭРХГ с папиллосфинктеротомией или ХДА (открытая или лапароскопически). При развитии билиарной гипертензии при ХП оптимальным является выполнение Бернского варианта операции Вегер с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой. В случае развития стриктуры в проксимальных отделах билиарного дерева операцией выбора является только позадиободочный ГЕА на петле по Ру. В отношении стриктур ГЕА первым этапом должны выполняться малоинвазивные вмешательства, при неэффективности — реГЕА на петле по Ру.



Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного механической желтухой

ВОРОНЧИХИН В.В., КАТАЙКИН А.Н., БАЙХАНОВ Ж.С., ЕГОРОВ А.О., ГРИГОРЬЕВ В.В.
АУ «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия

Цель исследования: выбор оптимального хирургического вмешательства при хроническом панкреатите (ХП), осложненном механической желтухой.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 35 операций по поводу ХП, осложненного механической желтухой. До операции собиралась информация о протяженности сужения дистального отдела гепатикохоледоха. С этой целью выполнялась ретроградная холангиопанкреатография или МР-холангиография. Билиопанкреатическое соустье в зоне резекции головки поджелудочной железы (ПЖ) производилось при уверенности в проходимости участка общего желчного протока (ОЖП), расположенного выше резецированной головки ПЖ. Внутренний билиопанкреатический анастомоз по ходу субтотальной дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ накладывали при расширении интрапанкреатического отдела ОЖП. Выполнено 19 операций. Расширение супрадуоденального отдела ОЖП и стеноз на протяжении панкреатического отдела ОЖП были показанием к наложению гепатикоюноанастомоза. При протяженном стенозе дистального отдела гепатикохоледоха гепатикоюноанастомоз наложен в 4 случаях. Невозможность достоверно дифференцировать развитие рака головки ПЖ на фоне ХП являлась показанием к панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Выполнено 12 операций. Во всех случаях проводились интраоперационное УЗИ и срочная биопсия ПЖ.

Результаты. После субтотальной дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ в сочетании с внутренним билиопанкреатическим анастомозом получены хорошие результаты, все больные отмечали стойкое избавление от болевого абдоминального синдрома, явлений холангита и механической желтухи. После субтотальной дуоденумсохраняющей резекции головки ПЖ с наложением гепатикоюноанастомоза у 2 больных остались явления хронического холангита. При ПДР, несмотря на то что при полном удалении головки ПЖ боль и механическая желтуха купировались, потеря привратника и двенадцатиперстной кишки снижала уровень качества жизни. Летальных исходов не было.

Выводы. Субтотальная дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ в сочетании с внутренним билиопанкреатическим анастомозом имеет преимущество перед другими видами операций при ХП, осложненном механической желтухой. Она позволяет осуществить полноценную декомпрессию желчевыделительной системы печени. Вовремя выполненное оперативное вмешательство способно предотвратить развитие тяжелых функциональных нарушений, вторично-билиарного цирроза печени, купировать болевой абдоминальный синдром, обеспечивает отток панкреатического сока из остающейся части органа, восстанавливает пассаж желчи и проходимость воротной вены, ликвидирует дуоденостеноз.

Миниинвазивные комбинированные антеградные и ретроградные методы в лечении холедохолитиаза

ВОРОТЫНЦЕВ А.С., ОВЧИННИКОВ А.А., МЕГРАБЯН Р.А.
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

На кафедре общей хирургии 1-го МГМУ проведен анализ хирургического лечения 563 больных холедохолитиазом, осложненным внепеченочным холестазом с применением этапных комбинированных миниинвазивных методов декомпрессии и санации желчных протоков. Пациенты старше 60 лет составили 75 %. Больные с калькулезным холециститом составили 81,2 %, из них с острым — 82,5 %, с постхолецистэктомическим синдромом — 18,8 %. Холедохолитиаз в чистом виде встречался у 229 (40,67 %) чел., в 59,33 % случаев выявлено сочетание с патологией терминального отдела общего желчного протока: с папиллитом — в 36,77 % (207), стенозом канала БДС — в 10,66 % (60), парафатериальным дивертикулумом — в 11,9 % (67). Холедохолитиаз осложнился холангитом в 47 %, панкреатитом — в 35 % случаев. У 18 чел. (3,2 %) холедохолитиаз не сопровождался явной механической желтухой, гипербилирубинемией и был установлен при помощи инструментальных методов. Комплексное обследование включало эхографию (1-е), ЭРПХГ (1–2-е), ЧЧХГ (1–2-е), скинтиграфию (2-е — 3-и сутки). Лабораторное обследование позволило установить степень эндогенной интоксикации, эхография определяла дальнейшую диагностическую и лечебную тактику, гепатобилисцинтиграфия помогала установить непроходимость желчных путей на ранней стадии, степень нарушения функции печени, что позволяло проводить рациональную предоперационную подготовку и выбрать оптимальные сроки для операции. Выбор тактики лечения больных был строго дифференцированным, зависел от степени операционно-анестезиологического риска, которая определялась тяжестью и продолжительностью холестаза и механической желтухи, эндотоксикоза, сопутствующих заболеваний, патологии желчных прото-

ков и выраженностью воспалительных изменений стенки желчного пузыря. Выделены следующие клинико-тактические группы больных.

1-я группа — 338 (60 %) пациентов с холедохолитиазом, механической желтухой в сочетании с острым катаральным или хроническим калькулезным холециститом. На 1-м этапе проводились ретроградные эндоскопические декомпрессионные операции на БДС, устранение патологии терминального отдела общего желчного протока, санация желчных путей, на 2-м этапе выполнялась экстренная, срочная лапароскопическая холецистэктомия.

2-я группа — 141 (25 %) больной с механической желтухой и острым деструктивным холециститом, перивезикальным абсцессом, прогрессированием воспаления в желчном пузыре после ретроградных эндоскопических операций. Сначала проводились одновременно или последовательно декомпрессия и санация желчного пузыря (чрескожная чреспеченочная холецистостомия под УЗИ-контролем), ретроградные эндоскопические операции, на следующем этапе — отсроченная лапароскопическая холецистэктомия или холецистэктомия из мини-доступа.

3-я группа — 28 (5 %) пациентов с бессимптомным холедохолитиазом, у которых во время или после лапароскопической холецистэктомии были обнаружены конкременты в общем желчном протоке. Для декомпрессии был установлен дренаж Холстеда, затем проведена эндоскопическая литоэкстракция.

4-я группа — 56 (10 %) пациентов в тяжелом состоянии, с выраженной и продолжительной механической желтухой, холангитом, острым холециститом, невозможностью или неэффективностью эндоскопических чреспапиллярных вмешательств. Проводили антеградную декомпрессию и санацию желчного пузыря и желчных протоков, затем ретроградные операции на БДС, дополнение ретроградного дренирования антеградным.

Дифференцированная тактика позволила снизить послеоперационную летальность до 0,7 %.

Содержание цитокинов в протоковой желчи и сыворотке крови при обтурационной желтухе неопухолевого генеза

ГАДЖИЕВ ДЖ.Н., ТАГИЕВ Э.Г., ГАДЖИЕВ Н.ДЖ.

Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

Как известно, одной из основных причин желтухи доброкачественного генеза является холедохолитиаз. Независимо от природы обтурации желчевыводящих путей он приводит к холестазу, механической желтухе, холестатическому гепатиту, холангиту и функционально-морфологическим изменениям, вплоть до некроза печеночных клеток, глубоким нарушениям пигментного, белкового и др. видов обмена и накоплению в крови токсических продуктов метаболизма.

Общеизвестно, что состояние всех физиологических систем организма в значительной степени зависит от нормальной функции иммунной системы. Однако состояние иммунной системы, особенно цитокиновой сети, при обтурационной желтухе изучено недостаточно.

Цель исследования: сравнительное изучение содержания местного и системного (сывороточного) TNF- α и IL-6 в динамике при хирургическом лечении больных с обтурационной желтухой (ОЖ).

Материалы и методы. Обследовано 9 больных с ОЖ неопухолевого этиологии. У всех больных причиной ОЖ был холедохолитиаз. Исследовали уровень TNF- α и IL-6 в сыворотке крови у больных до операции, на 3-и и 7-е сутки после операции, а в желчи — во время операции (первая порция), на 3-и и 7-е сутки после декомпрессии желчных путей (холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха).

Результаты. У больных с ОЖ содержание TNF- α в сыворотке крови составляло от 66,2 до 112,6 пкг/мл (в среднем $88,3 \pm 6,5$ пкг/мл, т.е. в 2,2 раза больше нормы), в протоковой желчи — от 8,2 до 121,8 пкг/мл (в среднем $111,2 \pm 4,1$ пкг/мл). В послеоперационном периоде к 7-м суткам имело место незначительное повышение концентрации TNF- α в сыворотке крови. После декомпрессии желчных путей на 3-и сутки содержание TNF- α в протоковой желчи повышалось от $111,2 \pm 4,1$ пкг/мл в первой порции до $120,6 \pm 5,6$ пкг/мл. Однако на 7-е сутки уровень TNF- α в протоковой желчи снизился до $113,5 \pm 4,5$ пкг/мл.

До операции концентрация IL-6 в сыворотке крови составила в среднем $17,4 \pm 1,9$ пкг/мл, т.е. на 4,7 % была ниже нормального значения. Содержание провоспалительного цитокина IL-6 в первой порции протоковой желчи составило в среднем $19,46 \pm 3,02$ пкг/мл, т.е. было несколько больше, чем в сыворотке крови. На 7-е сутки после операции на фоне базисной терапии концентрация IL-6 в сыворотке крови, достоверно на 49,7 % повышаясь по сравнению с исходной, оставалась на 42,7 % ($p < 0,01$) больше показателя у здоровых лиц. Концентрация IL-6 в протоковой желчи после декомпрессии на 3-и и 7-е сутки, достоверно повышаясь, составила $28,30 \pm 4,05$ и $38,82 \pm 2,93$ пкг/мл. Проведенные исследования показали, что при ОЖ у всех больных имело место повышение содержания TNF- α и IL-6 в протоковой желчи.

Заключение. У больных с ОЖ в послеоперационном периоде наблюдались однотипные по направленности изменения: в первые дни повышение, а затем снижение в сыворотке крови и желчи концентрации TNF- α . Сравнительная оценка динамики IL-6 в сыворотке крови и желчи выявила разнонаправленные изменения, что свидетельствует о различных по времени развития компенсаторных механизмах на местном и системном уровне.



Место каркасного дренирования в хирургии рубцовых структур желчных протоков на современном этапе

ГАЛЬПЕРИН Э.И., КУЗОВЛЕВ Н.Ф., ЧЕВОКИН А.Ю., ДЮЖЕВА Т.Г., ГАРМАЕВ Б.Г.
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Цель исследования: определить необходимость применения каркасного дренирования (КД) у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков (РСЖП).

Материалы и методы. Оперировано 604 больных с РСЖП, из них произведен анализ у 427: 1-я группа — 179 больных, которым производили КД билиодигестивного анастомоза (БДА) (1979–1989 гг.) и 2-я группа — 248 больных, которым накладывали прецизионный БДА (1990–2012 гг.). Группы сравнимы по исходным признакам. Внутривнутрипеченочные стриктуры (0, -1, -2, -3) были соответственно у 131 (73,2 %) и 194 (78,2 %), внепеченочные (+1, +2) — у 48 (26,8 %) и 54 (21,8 %). Среди внутривнутрипеченочных стриктур 2-й группы у 55 больных были стриктуры -2 и -3.

Результаты. У больных 2-й группы КД было применено у 40 чел. (16 %), у всех — только при внутривнутрипеченочном уровне стриктуры. У 30 (54,5 %) из них были стриктуры -2 и -3. Основная причина использования КД — трудность иссечения всех рубцовых тканей и наложения широкого БДА. Успеху в лечении больных со стриктурами -2 и -3 способствовала методика резекции части IV сегмента печени с обнажением долевого и сегментарного протоков и созданием нового конfluence (38 больных). Но и у таких больных из-за трудности иссечения рубцовых тканей в 25 случаях было применено КД. Показанием к применению КД являются также биломы, гематомы, абсцессы, расположенные вблизи анастомоза. Вместе с тем бескаркасные анастомозы сопровождаются меньшей летальностью (2,8 % против 5,03 %) и меньшим числом послеоперационных осложнений (кровотечение — 2,8 % против 5,6 %, гемобилия — 0 % против 4,5 %, абсцедирующий холангит — 2,8 % против 13,4 %), редким развитием рестриктур — 6,4 % против 11,8 % и лучшим качеством жизни (55 (50; 71,5) и 83 (65; 92)).

Заключение. Прецизионный бескаркасный БДА является операцией выбора при РСЖП. КД должно применяться у 50 % больных со стриктурами -2 и -3 и по строгим показаниям при стриктурах 0 и -1: при невозможности иссечения рубцовых тканей, узкой площадке, трудностях при наложении прецизионного анастомоза, при наличии гнойных образований в воротах печени. В настоящее время КД у 15–20 % больных обеспечивает получение хороших результатов лечения.

Антеградная баллонная дилатация БСДК в лечении микрохолангиолитиаза

ГЕРАСИМЕНКО О.С., ШАПОВАЛОВ В.Ю., ДОВБЕНКО О.В., КОЛОТВИН А.А.
Военно-медицинский клинический центр ЮР МО, Одесса, Украина

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных в мире заболеваний, которым страдает около 15 % взрослого населения. Холангиолитиаз встречается у 6–15 % больных с ЖКБ. Показания к выполнению интраоперационной холангиографии (ИХГ) во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) окончательно не определены. Также дискуссионными являются вопросы лечения микрохолангиолитиаза во время ЛХЭ.

С 2007 по 2012 г. в ВМКЦ ЮР МО Украины оперировано 4863 больных с ЖКБ, из них ЛХЭ выполнена у 4527 (93,1 %), открытая операция — у 336 (6,9 %). Возраст больных варьировал в пределах от 16 до 96 лет. По поводу острого холецистита оперировано 1553 больных, в плановом порядке — 3310.

Интраоперационную холангиографию выполнили 321 больному, что составило 6,6 %. ИХГ во время ЛХЭ выполнена у 266 (5,9 %) больных. Баллонная дилатация БСДК во время ЛХЭ выполнена 11 больным, у 7 из них — острый холецистит.

В нашей клинике ИХГ во время ЛХЭ выполняется по строгим показаниям: при расширении холедоха более 7–8 мм, наличии мелких камней в ЖП, механической желтухе в анамнезе, холангите, подозрении на холангиолитиаз, нечеткости анатомических ориентиров. При обнаружении небольших конкрементов (до 5 мм) их извлекали через культю пузырного протока при помощи корзинки Дормиа или катетера Фогарти.

При наличии конкрементов до 3 мм провести литоэкстракцию не представлялось возможным, в связи с чем выполняли баллонную дилатацию БСДК для адекватной санации желчных протоков. При этом применяли «встречную методику» (патент № 59529 от 25.05.11 г., бюл. № 10), сущность которой состоит в следующем: через пузырный проток в фатерову ампулу вводится катетер Фогарти под контролем видеодуоденоскопии. Баллон катетера Фогарти размещается на уровне сфинктера Одди, после чего проводится трехкратная дилатация БСДК с давлением 3–4 атм и экспозицией 20 секунд. Затем выполняется лаваж общего желчного протока с видеодуоденоскопическим контролем. Общий желчный проток дренируется через культю пузырного протока по Холстеду — Пиковскому.

Осложнений во время и после ИХГ с баллонной дилатацией не было. У 2 (18,2 %) пациентов отмечалась транзиторная амилаземия.

Показаниями к интраоперационной холангиографии при лапароскопической холецистэктомии являются: расширение общего желчного протока более 7–8 мм, наличие мелких камней в ЖП, механическая желтуха в анамнезе, холангит, подозрение на холангиолитиаз, нечеткость анатомических ориентиров.

Применение баллонной дилатации БСДК под контролем видеодуоденоскопии во время лапароскопической холецистэктомии позволяет достичь хороших результатов при осложненных формах ЖКБ с микрохолангиолитиазом.

Возможности комбинированных малоинвазивных вмешательств

ГЕРАСИМОВ Д.В., ГРУБНИК В.В., ТКАЧЕНКО А.И., МАЛИНОВСКИЙ А.В.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

При наличии конкрементов в желчных протоках, холангита, мы, как правило, выполняем эндоскопическую папиллотомию с извлечением конкрементов и при необходимости с эндобилиарным дренированием. Однако у некоторых больных эти вмешательства оказываются очень сложными и опасными в связи с наличием дивертикулов в области фатерова сосочка, очень крупных конкрементов. В этих ситуациях мы прибегаем к чрескожным чреспеченочным вмешательствам.

На первом этапе устанавливаем холангиостому, которая позволяет устранить желчную гипертензию, снизить уровень желтухи, быстро купировать холангит. В дальнейшем проводим эндобилиарное стентирование при наличии рубцовых сужений желчных протоков либо проводим эндобилиарный стент в двенадцатиперстную кишку. Как показал наш опыт, проводить механическую литотрипсию значительно легче через чрескожный чреспеченочный доступ.

Подобные чрескожные вмешательства мы выполнили у 53 больных с холедохолитиазом, которые поступили в клинику в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Средний возраст составил $67,7 \pm 6,5$ года. Из 53 больных у 39 ранее была выполнена холецистэктомия, у 15 пациентов была интраоперационная травма желчных протоков с формированием рубцовых стриктур, 7 пациентов ранее перенесли реконструктивные операции по поводу травмы желчных протоков. У 14 пациентов на фоне рубцовых стриктур и сужений внепеченочных желчных протоков имелись конкременты во внутривнутрипеченочных желчных протоках. Чрескожные чреспеченочные вмешательства удалось произвести у всех 53 пациентов под местным обезболиванием без общего наркоза.

Для удаления конкрементов у 39 пациентов выполнялась механическая литотрипсия. У всех, кроме 2 больных с рубцовыми стриктурами, удалось произвести дилатацию и стентирование места сужения. 2 пациентам понадобилось повторное оперативное вмешательство с реконструкцией билиодигестивных анастомозов. 3 пациентам выполнены открытые оперативные вмешательства для удаления множественных крупных конкрементов из желчных протоков. У 9 пациентов после стабилизации состояния успешно произвели холецистэктомию и удаление конкрементов из холедоха. У 39 больных благодаря использованию чрескожных чреспеченочных методик полностью удалось удалить все конкременты из желчных протоков и ликвидировать механическую желтуху.

Осложнения возникли у 5 из 53 больных. Летальности в этой группе больных не было.

Заключение. Чрескожные чреспеченочные вмешательства на желчных протоках являются высокоэффективными и достаточно безопасными методиками вмешательств на желчных протоках при холедохолитиазе и рубцовых стриктурах протоков. Эти вмешательства являются успешными дополнениями к эндоскопическим вмешательствам на фатеровом сосочке и желчных протоках.

Механическая желтуха и холангиолитиаз

ГРИШИН И.Н., ГРИЦ В.Н., ЛАГОДИЧ С.Н.
Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Материалы и методы. Сообщение базируется на анализе 1184 клинических случаев с подозрением на холангиолитиаз за период с 1971–2011 гг. с выделением двух групп: до 1999 г. — 884 чел. и до 2011 г. включительно — 616 больных. Использовались общеклинические исследования, УЗИ, РХПГ, фистулография, чрескожная и чреспеченочная катетеризационная холангиография, КТ, МРТ с контрастированием протоков, ангиография.

Результаты. Выделены гепато-, гепатохолангио-, гепатикохолангио-, гепатико- и холедохолитиаз. Отмечены и сочетанные локализации камнеобразования. Механическая желтуха протекала в различных клинических формах: скрытое течение, острая и полная блокада магистрального желчного протока, преходящая, перемежающаяся желтуха. Холангиолитиаз неравнозначен наличию механической желтухи: при остром холецистите у 50 больных желтуха отмечена у 38 чел. (76 %), при хроническом холецистите у 330 — у 264 (80 %), при опухолях головки или фатерова сосочка при механической желтухе не обнаруживалось камней в протоках, при последствиях повреждения желчных протоков (из 93) механическая желтуха отмечена у 81 чел. (87 %), при стриктурах внепеченочных протоков у 72 — у 62 (86 %), при резидуальных и рецидивных камнях протоков у 44 — у 33 чел. (75 %), при синдроме Мириizzi у 17 — у всех больных, при врожденных пороках с холангиолитиазом у 3 чел.



механическая желтуха не отмечена. С 1971 года методом выбора лечения считаем реконструктивные вмешательства (билиодигестивные анастомозы с периметром анастомоза не менее 3 см) на протоках, при которых максимально устраняется причина холангиолитиаза и восстанавливается пассаж желчи — основной фактор камнеобразования. Это обеспечивает выздоровление в 98,7 % случаев. При восстановительных операциях (наружное дренирование, литоэкстракция, глухой шов) частота выздоровления колеблется от 20 до 70 %, а рецидивов камнеобразования — достигает 80 %. В соответствии с этим летальность при восстановительных операциях — около 3,5 %, при реконструктивных — 0,3 %.

Заключение. При лечении холангиолитиаза следует отдавать предпочтение реконструктивным операциям. Необходимо понимать, что выздоровление больных во всех случаях — понятие условное и о нем можно говорить лишь после 5-летнего наблюдения.

Эффективность лапароскопических операций у больных с механической желтухой на фоне холедохолитиаза

ГРУБНИК В.В., ТКАЧЕНКО А.И., КОШЕЛЬ Ю.Н., ИЛЬЯШЕНКО В.В., ЕВСИКОВ Б.В.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель исследования: сравнить эффективность лапароскопической и эндоскопической холедохолитотомии.

Материалы и методы. С 2009 по 2012 г. в клинике проведено проспективное рандомизированное исследование, включающее 86 больных с механической желтухой на фоне холедохолитиаза. Больные были разделены на две группы: в 1-й группе (42 пациента) выполнили лапароскопическую холецистэктомию с холедохолитотомией, при этом использовали как вмешательства через пузырный проток, так и холедохотомию; камни удаляли под контролем фиброхоледохоскопа, а также использовали интраоперационную холангиографию; во 2-й группе (44 пациента) использовали эндоскопическую папиллосфинктеротомию с последующей лапароскопической холецистэктомией.

Результаты. В 1-й группе при наличии в холедохе не очень крупных конкрементов старались удалять их через пузырный проток, что было предпринято у 16 больных, однако успешно удалить конкременты из холедоха удалось лишь в 7 (43,7 %) случаях. Если через пузырный проток не удавалось удалить конкременты, выполняли лапароскопическую холедохотомию. Лапароскопическая холедохотомия произведена у 35 пациентов, среди которых полное удаление камней из желчных протоков удалось выполнить у 29 (82,8 %). Длительность лапароскопических вмешательств на желчных протоках была от 92 до 210 минут, в среднем 128 ± 32 минуты. Длительность стационарного лечения в этой группе больных была от 5 до 24 суток, в среднем $8,9 \pm 3,7$ дня.

У больных 2-й группы эндоскопическую папиллосфинктеротомию удалось выполнить у 42 из 46 пациентов. Полностью удалить все конкременты удалось у 39 (84,8 %) пациентов. Для полного удаления конкрементов больным было проведено от 2 до 6 сессий эндоскопических вмешательств, в среднем 2,8 сессии. Средняя длительность лечения больных 2-й группы составила $12,5 \pm 4,2$ дня.

Заключение. Проспективное рандомизированное исследование показало достаточно высокую эффективность обоих методов лечения холедохолитиаза. При исследовании лапароскопических методик полное удаление конкрементов удалось выполнить у 36 (85,7 %) из 42 больных, осложнения наблюдались у 6 больных (14 %), летальность составила 2,4 %. При применении эндоскопических методик полностью удалить конкременты удалось у 39 (85,7 %) из 46 больных, осложнения наблюдались у 5 (11 %) больных, летальности не было. Несмотря на одинаковую эффективность обоих методов, мы считаем, что у больных с холедохолитиазом, осложненным желтухой, необходимо начинать лечение с применения эндоскопических методов.

Взаимоотношения минимально инвазивных диагностических и традиционных операций при хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни и хронического панкреатита

ДАНИЛОВ М.В., ЗУРАБИАНИ В.Г., КАРПОВА Н.Б.

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

Цель исследования: разработка показаний и методов повторных и реконструктивных лапаротомных операций у пациентов, подвергшихся неэффективным минимально инвазивным вмешательствам на желчных путях и большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК) при осложнениях ЖКБ и хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. За период с 1995 по 2013 г. авторы наблюдали 102 пациента, перенесших по поводу заболеваний органов билиарно-панкреатической системы минимально инвазивные диагностиче-

ские и лечебные вмешательства на желчных путях и поджелудочной железе (ПЖ): ЭРХПГ и ЭПСТ (n = 45), лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) (n = 5), эндоскопическое билиарное стентирование (n = 32). В связи с развитием осложнений этих процедур или рецидивами основного заболевания все пациенты данной группы подверглись: лапаротомным (n = 89), эндоскопическим или пункционно-катетеризационным (n = 24) повторным и реконструктивным операциям.

Результаты. Причинами неэффективности ЭРХПГ и ЭПСТ у пациентов с холедохолитиазом у 13 пациентов оказались билио-билиарные свищи (синдром Мириззи), не позволявшие выполнить полноценную литотрипсию и литоэкстракцию, а также крупные конкременты холедоха диаметром более 2 см — у 19 чел. Основными причинами развития послеоперационного острого холангита и деструктивного калькулезного холецистита у 23 пациентов являлись неполноценная литоэкстракция и длительная инкубация контрастного вещества в просвете желчного пузыря и протоков, что потребовало выполнения экстренных и срочных лапаротомных операций на желчных путях и БСДК.

Повторные операции на желчных путях и ПЖ производили в послеоперационном периоде у 24 пациентов, ранее подвергшихся ЛХЭ по поводу острого и хронического холецистита, а также при ХП и опухолях панкреатодуоденальной зоны. Причинами интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений ЛХЭ, потребовавших выполнения конверсионных или экстренных (срочных) лапаротомий, являлись: неконтролируемое кровотечение (n = 6), повреждения желчных протоков (n = 19), недостаточность культы пузырного протока как следствие не диагностированных до операции холедохолитиаза, псевдотуморозного панкреатита и даже опухолей органов панкреатодуоденальной зоны (n = 5). Основными задачами повторных операций являлись обеспечение гемостаза, восстановление целостности желчных протоков при их малых повреждениях и создание полноценного желчеоттока путем наложения билиодигестивных анастомозов с магистральными желчными протоками у пациентов с их большими повреждениями. В поздние сроки после ошибочно выполненных ЛХЭ задачей повторных операций на желчных путях и ПЖ была коррекция, часто запоздавшая, основного заболевания этих органов и восстановление нарушенного желчеоттока.

Показаниями к повторным операциям на желчных путях и ПЖ у 32 пациентов были рецидивы механической желтухи и холангита после эндоскопического билиарного стентирования, выполненного при опухолях органов панкреатодуоденальной зоны (n = 19), при доброкачественных заболеваниях, симулировавших опухоли, — индуративном панкреатите с тубулярным стенозом холедоха (n = 4) и холедохолитиазе (n = 9). Основной разновидностью повторных операций явились: восстановление нарушенного желчеоттока и наложение билиодигестивных анастомозов (n = 27), а у 4 пациентов — радикальные операции (ПДР).

Заключение. Методы минимально инвазивной хирургии желчных путей и БСДК наряду с благоприятными исходами этих вмешательств не свободны от развития осложнений и рецидивов исходных заболеваний билиарно-панкреатической системы. Возникающие нарушения в целом ряде случаев требуют безотлагательного выполнения повторных и реконструктивных лапаротомных операций с целью устранения осложнений, эффективного восстановления нарушенного желчеоттока, а в отдельных случаях — выполнения радикальных операций на ПЖ.

Обоснование хирургической тактики у больных острым холангитом, осложненным билиарным сепсисом

ДАЦЕНКО Б.М., БОРИСЕНКО В.Б., ТАММ Т.И., КРАМАРЕНКО К.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель исследования: разработка программы хирургического лечения больных острым холангитом (ОХ), осложненным билиарным сепсисом (БС).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 40 больных ОХ, течение которого осложнил БС. Возраст пациентов был от 30 до 78 лет (средний возраст — $62,4 \pm 14,3$ года); мужчин было 19 (47,5 %), женщин — 21 (52,5 %). Желтушный период составил от 1 до 60 суток (в среднем 12,3 суток).

Диагностическая программа включала клинико-лабораторную диагностику, ультразвуковое исследование, дуоденопапилоскопию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию и была дополнена определением уровня прокальцитонина крови, изучением признаков синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), определением степени органной дисфункции по шкале SOFA. Диагноз БС устанавливали при показателях $SIRS \geq 2$, $SOFA > 4$, прокальцитонина $> 1,3$ нг/мл.

Пациенты были распределены на две группы. Группу сравнения составили 20 (50 %) больных (период 2008–2010 гг.), лечение которых проводили по традиционной схеме с применением открытых операций (без предварительной билиарной декомпрессии) и редких миниинвазивных вмешательств. Основную группу составили 20 (50 %) больных, госпитализированных в 2011 и 2012 гг., лечение которых производилось по разработанной нами программе. В качестве I этапа производилась неотложная, при необходимости — этапная и дозированная билиарная декомпрессия с санацией и устранением причины непроходимости желчных прото-



ков путем эндобилиарных транспапиллярных вмешательств (ЭТВ): эндоскопической папиллосфинктеротомии, литоэкстракции, литотрипсии. При неэффективности ЭТВ выполняли паллиативную декомпрессию: назобилиарное дренирование, стентирование, чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС).

Результаты. Наиболее частой причиной МЖ, приведшей к развитию ОХ и БС, явились холедохолитиаз и синдром Мириззи (II тип), выявленные у 14 (70 %) больных основной группы и 13 (65 %) — группы сравнения, реже встречались стеноз большого дуоденального сосочка, стриктура холедоха, тубулярный стеноз холедоха вследствие псевдотуморозного панкреатита.

В группе сравнения выполнено 21 миниинвазивное ЭТВ у 12 (60 %) пациентов. В 8 (40 %) случаях произведены одноэтапные и открытые операции без предварительной билиарной декомпрессии. Послеоперационные осложнения отмечены в 11 (37,9 %) случаях, а летальность составила 30 %.

Пациентам основной группы произведено 37 миниинвазивных манипуляций, которые в 16 (80 %) случаях были окончательным методом лечения. При неэффективности транспапиллярной декомпрессии желчных путей на I этапе у 3 (15 %) больных выполнена ЧЧХС, после которой в качестве II этапа у 4 (20 %) пациентов после ликвидации билиарной гипертензии и явлений холангита произведены открытые операции. Осложнения отмечены в 9 (21,9 %) случаях, а летальность составила 20 %.

Выводы. Разработанная программа хирургического лечения позволила улучшить результаты лечения больных ОХ путем уменьшения количества открытых операций с 40 до 20 %, снижения процента послеоперационных осложнений с 37,9 до 21,9 %, а также летальности при БС с 30 до 20 %.

Мини-лапаротомная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция в хирургическом лечении холангиолитиаза

ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И.

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России, Омск, Россия*

Введение. Желчнокаменная болезнь остается актуальной проблемой современной хирургии, особенно осложненных холангиолитиазом форм.

Цель исследования: изучить возможности применения мини-лапаротомного доступа с диагностической интраоперационной фиброхолангиоскопией и литоэкстракцией (по необходимости) при лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом, с сохранением целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Для применения мини-лапаротомного доступа с диагностической интраоперационной фиброхолангиоскопией и литоэкстракцией при хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом, разработано устройство для проведения холедохоскопа, позволяющее устранять технические трудности выполнения данного этапа оперативного лечения.

За период с 2002 по 2011 г. при хирургическом лечении 78 больных применен мини-лапаротомный доступ, при котором осуществлялись диагностическая интраоперационная фиброхолангиоскопия и литоэкстракция.

Всего прооперировано 78 больных в возрасте от 28 до 79 лет. Из 78 пациентов старше 65 лет был 61 чел. (78,2 %). Мужчин было 22 (28,2 %), женщин — 56 (71,8 %), средний возраст больных составил $62,7 \pm 6,4$ года.

Показаниями для проведения диагностической холангиоскопии являлись признаки гипертензии в желчных протоках, выявленные при предоперационном обследовании больных (гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубина, повышение показателей щелочной фосфатазы, наличие желтухи, расширение внутрипеченочных протоков и холедоха больше 10 мм по данным УЗИ), а также по данным визуального осмотра холедоха во время операции. В этих случаях нами выполнялись диагностическая интраоперационная фиброхолангиоскопия и литоэкстракция без предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии с целью сохранения целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Результаты. Для мини-лапаротомии использовался набор инструментов «Мини-ассистент» фирмы «Лига-7». Мини-лапаротомная холецистэктомия была выполнена 78 пациентам, она сочеталась с холедохотомией и интраоперационной фиброхолангиоскопией с помощью устройства. Техника вмешательства заключалась в следующем. После удаления желчного пузыря и выполнения холедохотомии в продольном направлении в просвет холедоха вводится устройство с выполнением последующего диагностического исследования в виде фиброхолангиоскопии. При обнаружении конкрементов их извлечение производится с помощью корзинок Дормиа или зонда Фогарти. Операцию заканчивают дренированием холедоха и брюшной полости. У 60 пациентов операция закончилась установкой наружного Т-образного дренажа по Керу, у 11 пациентов холедох дренировался по Холстеду — Пиковскому, в 7 случаях применялся первичный шов холедоха.

Течение послеоперационного периода у 75 пациентов протекало без осложнений. У 3 пациентов имелись следующие осложнения: нагноение послеоперационной раны, желчеистечение из ложа желчного пузыря, правосторонняя пневмония.

После минимально-инвазивного хирургического лечения среднее пребывание больных в отделении реанимации составило $1,145 \pm 0,135$ суток ($p = 0,041$), а в отделении хирургии — $18,700 \pm 0,215$ суток ($p = 0,043$). На 14-й день после операции выполняли фистулохолангиографию и удаляли дренаж.

Выводы. Созданное устройство, с помощью которого без технических трудностей выполняется диагностическая мини-лапаротомная фиброхолангиоскопия при хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом, позволяет:

- 1) улучшить как диагностику холангиолитиаза, так и результаты хирургического лечения данной патологии;
- 2) сохранить сфинктерный аппарат большого сосочка двенадцатиперстной кишки и предотвратить применение открытых методов хирургического лечения.

Таким образом, полученный положительный опыт применения диагностической мини-лапаротомной троакарной фиброхолангиоскопии с сохранением целостности БСДК при одноэтапном минимально-инвазивном хирургическом лечении открывает новые возможности для улучшения интраоперационной диагностики и результатов лечения больных холецистохолангиолитиазом.

Эндоскопические методы лечения холедохолитиаза

ДРОНОВ А.И., НАСТАШЕНКО И.Л., ЦИМБАЛЮК Р.С., НЕГРЯ Е.В., ШВЕЦ Ю.П., РОГУШИН Д.А.

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца,
Киев, Украина*

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с холедохолитиазом (ХЛ) путем усовершенствования существующих и разработки новых методов эндоскопических эндобилиарных вмешательств.

Материалы и методы. На основе анализа опыта выполнения 17 000 транспапиллярных вмешательств разработана тактика эндоскопического лечения больных с ХЛ. Традиционным, применимым в 70–80 % случаев, является метод лечения ХЛ, предусматривающий выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) и холедохолитоэкстракции. Индивидуальные анатомические особенности, особенности основной и сопутствующей патологии, перенесенные операции могут затруднять выполнение адекватной папиллотомии — это породило имеющееся на сегодняшний день разнообразие способов ЭПСТ. В нашей клинике разработаны: способ выполнения ЭПСТ при наличии околососочковых дивертикулов; канюляционная супрапапиллярная холедоходуоденостомия; инвагинационная папиллотомия.

С учетом достаточно высокого процента непосредственных осложнений ЭПСТ (кровотечение — 0,3–2,0 %; перфорация двенадцатиперстной кишки — 0,1–0,3 %; панкреатит — 1,7–4,0 %) актуальными являются вопросы их профилактики.

Одной из основных причин неудовлетворительных отдаленных результатов транспапиллярных вмешательств является рефлюкс-холангит, обуславливающий рецидив ХЛ в 4,0–5,0 % случаев. В связи с этим актуальной представляется возможность проведения органосохраняющего вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки — баллонной дилатации СО, но частота возникновения послеоперационных панкреатитов после нее большая по сравнению с ЭПСТ — 15,4 и 0,8 % соответственно. В связи с этим нами разработан способ баллонной дилатации СО, позволяющий предупредить вышеописанные осложнения вмешательств на сосочке и проводить эндобилиарные транспапиллярные вмешательства в полном объеме.

Следующим этапом лечения является извлечение конкрементов из желчных протоков (ЖП). Не удалось извлечь или не отошли после ЭПСТ 7,4 % конкрементов из-за крупных размеров — они подлежат литотрипсии. Из всех предложенных методов литотрипсии наиболее практически значимой является механическая литотрипсия. Для повышения ее эффективности в клинике разработана методика предварительной обработки конкрементов 3,0% водной взвесью силикса.

При безуспешности приведенных вмешательств методом выбора является эндоскопическое дренирование ЖП: внутреннее или наружное. В клинике разработаны и широко применяются методики наружно-внутреннего и моделированного дренирования ЖП.

Результаты. Эндоскопически-радикальной санации желчных протоков удалось добиться в 88,9 % случаев, в 6,7 % эндоскопия была первым этапом оперативного лечения больных с ХЛ и в 4,4 % — проведение транспапиллярных вмешательств было невозможно или неэффективно.

Осложнения эндоскопического лечения ХЛ отмечались в 4,3 % наблюдений: кровотечение из папиллотомной раны — в 1,8 %, прогрессирование холангита — в 0,9 %, острый панкреатит — в 0,9 %, синдром «разгрузки» — в 0,6 %, перфорация двенадцатиперстной кишки — в 0,1 %. Летальность составила 0,8 %. Количество рецидивного ХЛ после радикальной эндоскопической санации ЖП составило 4,0 %.

Выводы. 1. Применение разработанных в клинике методик у больных с ХЛ позволило улучшить непосредственные результаты их лечения на 7,2 %. 2. Изучение отдаленных результатов эндоскопического лечения больных с ХЛ позволяет определить меры профилактики рецидива заболевания.



Механическая желтуха у больных рефлюкс-холангитом после холедоходуоденостомии

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М., БАТЮК В.И., АДАМОВИЧ Д.М., ЛИН В.В., ЗЫБЛЕВ С.Л.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Холедоходуоденостомия относится к числу распространенных операций в билиарной хирургии, составляя 21,4–77,5 % от общего числа билиодигестивных 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 механической желтухи (МЖ) у больных рефлюкс-холангитом после ХДА.

Материалы и методы. За период 2000–2012 гг. пролечено 32 больных с рефлюкс-холангитом, которым ранее был сформирован ХДА. Из числа этих больных 17 были ранее оперированы в нашей клинике, что составило 8,9 % 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 26 (81,2 %), мужчин — 6 (18,8 %). Основными клиническими проявлениями были: периодически возникающие боли в правом подреберье у 32 чел., сопровождающиеся гипертермией, нередко с ознобами — 30 (93,7 %); транзиторная желтуха — 18 (56,2 %); диспептические явления — 21 (65,6 %); снижение массы тела — 13 чел. (40,6 %). Алгоритм диагностики помимо клинических проявлений включал лабораторные исследования, УЗИ, ФГДС, рентгенологическое обследование.

Результаты. При УЗИ: утолщение стенок желчных протоков (ЖП) отмечено у всех больных, расширение внутрипеченочных ЖП — у 17 (53,1 %), милиарные абсцессы печени — у 2 (6,2 %), множественные абсцессы левой доли печени — у 1 (3,1 %). При ФГДС: анастомоз был проходим у всех больных, ширина его колебалась от 1,0 до 1,5 см. Этот факт часто вводил в заблуждение врачей, и больным длительное время проводилась консервативная терапия по поводу так называемого постхолецистэктомического синдрома, не дававшая положительного эффекта. При рентгеноскопии желудка и двенадцатиперстной кишки у всех больных отмечались дуоденобилиарный рефлюкс и длительная задержка контрастного вещества в ЖП. Хронические нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП) различной степени выраженности отмечены у 27 (84,3 %) больных.

Все эти больные были оперированы. Им было выполнено: разобщение ХДА с ушиванием двенадцатиперстной кишки и формированием гепатикоэюностомии (ГЕА) по Ру — 28 (87,5 %) больных; ГЕА и дуоденоэюностомия с нижнегоризонтальным ее отделом на одной петле, выключенной по Ру (при декомпенсированной стадии ХНДП) — у 3 (9,4 %), левосторонняя гемигепатэктомия и ГЕА — у 1 (3,1 %). Умер 1 (3,1 %) больной с милиарными абсцессами печени и холангиогенным сепсисом.

Прослежены отдаленные результаты в сроки от 1 года до 6 лет у 23 чел. Признаков холангита не отмечено ни у одного из них. Периодически возникающие тупые боли в правом подреберье, не требующие специального лечения, беспокоили 5 (21,7 %) пациентов.

Заключение. Одним из серьезных и опасных для жизни больного осложнением 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 билиодигестивного анастомоза в виде гепатикоэюностомии по Ру.

Механическая желтуха у больных циррозом печени

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М., БАТЮК В.И., АДАМОВИЧ Д.М., ЛИН В.В., ЗЫБЛЕВ С.Л.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Цель исследования: изучить результаты лечения механической желтухи (МЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 27 больных с сочетанием ЦП и МЖ. У 21 пациента МЖ развилась на фоне имеющегося ЦП. У 6 больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков (ВЖП) развился билиарный ЦП. Алгоритм обследования: клинические, лабораторные данные, УЗИ, ФГДС, КТ, МРТ. Средний возраст составил $57,3 \pm 4,1$ года. Функциональный класс ЦП по Child — Pugh: А — 13 чел., В — 9, С — 5.

Результаты. Дифференциальная диагностика МЖ и печеночного холестаза представляла определенные трудности из-за общности многих клинических и лабораторных проявлений, часто возникающих трудностей трактовки данных УЗИ. Чувствительность УЗИ составила 81,5 %. У 18,5 % чел. холангиоэктазии не выявлено вследствие ригидности ЖП. Наиболее информативными оказались МРТ-холангиография (96,2 %) и ЭРХПГ. Холедохолитиаз выявлен у 16 (59,3 %) чел., стриктура БДС — у 3 (11,1 %), рубцовая стриктура ВЖП — у 6 (22,2 %), хронический панкреатит (ХП) — у 2 (7,4 %). Клинические признаки холангиогенной инфекции отмечены у

22 чел. (81,5 %). Билиарный сепсис констатировали у 7 (26 %) больных. Эта группа отличалась тяжелым течением заболевания, быстрым ухудшением общего состояния, признаками синдрома системной воспалительной реакции. В клинической картине преобладали симптомы, составляющие пентаду Reynolds.

Медикаментозная терапия включала антибактериальную, спазмолитическую, гепатотропную, инфузионную терапию. Несмотря на проводимую терапию, у 17 (63 %) больных отмечено увеличение степени печеночной недостаточности, что проявлялось нарастанием признаков цитолиза, снижением уровня альбумина и протромбина, геморрагическим синдромом, энцефалопатией. В связи с этим стремились к максимально раннему выполнению декомпрессионных вмешательств. ЭПСТ выполнена 19 больным, которая оказалась эффективной у 17 (89,5 %), в 3 (15,8 %) случаях осложнилась массивным кровотечением. В 2 случаях у больных ХП выполнена холецистостомия под УЗ-контролем.

Несмотря на декомпрессию ЖП, у всех больных отмечен затяжной характер холестаза (в 8 случаях (29,6 %) рост уровня билирубина), позднее — купирование явлений холангита. Умерло 5 (18,5 %) больных с функциональным классом С ЦП от прогрессирующей печеночной недостаточности. Остальные больные оперированы. Холецистэктомия (ХЭ) у больных ЦП выполняли по методике Прибрама во избежание массивных кровотечений из ложа желчного пузыря. Выполнены операции: ХЭ + наружное дренирование — 11, ХЭ + ХДА — 3, иссечение рубцовых тканей ВЖП с гепатикоюностомией по Ру — 6, операция Бегера — 2 чел.

Заключение. Тяжесть больных МЖ на фоне ЦП обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации и взаимоотношающимся прогрессирующим ухудшением функционального состояния печени и гомеостаза в целом. Это приводит к затяжному характеру холестаза, более частому развитию инфекционных осложнений и печеночной недостаточности, кровотечениям различного генеза, высокой летальности. На исходы заболевания оказывает влияние функциональный класс ЦП. Комплексная медикаментозная терапия с максимально ранним малоинвазивным декомпрессионным вмешательством может улучшить результаты лечения этой категории больных.

Пути сохранения автономности желчного дерева при холедохолитиазе

ЕРШОВ К.Г., ХАЛЬЗОВ В.Л., ГОНЧАРОВ О.В., ТЕТЕРИН Г.В., ТЕРЕНТЬЕВ В.А.
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 11», Новосибирск, Россия

Количество пациентов с холедохолитиазом постоянно увеличивается. ЭПСП как золотой стандарт при конкрементах в желчных протоках приводит к разрушению сфинктера Одди и нарушению автономности желчного дерева. Зияющее холангиодуоденальное соустье — причина холангита.

Цель исследования: оценить методику санации желчного дерева при холедохолитиазе с сохранением его автономности.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 г. в клинике находилось на лечении 5705 пациентов с ЖКБ. Из них 5456 оперировано. Холедохолитиаз сопутствовал или был изолированным у 421 больного, что составило 7,71 %.

В практике выделено 2 этапа: до 2004 г., когда широко использовались билиодигестивные анастомозы, и после — с использованием холедохоскопии при мини-доступе или лапароскопии. На первом этапе прооперировано 105 больных с холедохолитиазом. Выполнено 29 билиодигестивных анастомозов, 45 ЭПСП, 31 холедохолитотомия с дренированием по Керу, из них с применением холедохоскопа — 31. На втором этапе выполнено 316 пособий. Анастомозов — 12. Остальные (304) прооперированы из мини-доступа по М.И. Рудкову (194) и лапароскопически (110). Во всех случаях проведены холедохоскопия, литоэкстракция. Использовался холедохоскоп фирмы Olympus диаметром 4,1 мм. Это позволяет выполнить ревизию желчного дерева до субсегментарного уровня.

Результаты. Осложнений и летальности на II этапе не было. В сроки до 7 лет рецидивов холедохолитиаза не выявлено. Клинических проявлений холангита не встречалось.

Выводы. Метод сохраняет автономность желчного дерева, позволяет с высокой степенью уверенности санировать желчные пути путем мини-доступа и лапароскопии — максимально снижает операционную травму, уверенность в полноценной ревизии позволяет избежать билиодигестивных анастомозов.

Результаты хирургического лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой

КАДОЩУК Т.А.

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

Цель исследования: провести анализ результатов комплексного патогенетически обоснованного лечения больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, после выполненной эндоскопической папиллотомии и хирургической коррекции патологии внепеченочных желчных путей.

Материалы и методы. С 1982 по 2012 г. проведено лечение 159 больных холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Мужчин было 48 (30 %), женщин — 111 (70 %) в возрасте от 27 до 71 года. У 132



(83 %) пациентов причиной механической желтухи был холедохолитиаз, хронический панкреатит, осложненный кистами головки ПЖ, — у 19 (11,9 %) пациентов с дилатацией и нарушением дренирующей функции и органический дуоденостаз — у 8 (6,5 %) пациентов. Предоперационную подготовку проводили на протяжении 5–8 дней, она была направлена на снижение эндогенной интоксикации и улучшение свертывания крови для уменьшения риска при выполнении эндоскопических и открытых хирургических вмешательств. Для уменьшения и ликвидации холестаза у 132 (83 %) больных выполнены эндоскопическая папиллотомия и литоэкстракция. У 27 (17 %) больных при открытых операциях выполнена интраоперационная холангиография (а.с. № 1188072). У 19 больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и стенозом интрапаренхиматозной и интрамуральной части холедоха на фоне хронического панкреатита, осложненного кистой головки ПЖ, выполнены холедохотомия с литоэкстракцией, цистодуоденоанастомоз с цистодуоденогастроназальным наружным дренированием и антирефлюксный супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (пат. № 85986). У 8 пациентов с органическим дуоденостазом произведены выключение двенадцатиперстной кишки из пассажа пищи и интраоперационная папиллотомия (а.с. № 1106494), а также холецистэктомия с наружным дренированием холедоха. Контроль за нормализацией функционирования билиарной системы в послеоперационном периоде выполняли с помощью УЗИ, чрездренажной холангиографии и бактериологического исследования желчи.

Результаты. У 132 больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и выраженной эндогенной холемической интоксикацией с учетом ее продолжительности (уровень билирубина крови более 150 мкмоль/л), выполнялась комплексная патогенетически обоснованная терапия, которая обеспечила быстрое снижение уровня холемической эндогенной интоксикации и уровня билирубина крови, выздоровление пациентов. Для выбора открытых оперативных вмешательств у 27 больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, производили интраоперационную диагностику, холангиографию (а.с. № 183072) и по показаниям — интраоперационную биопсию (а.с. № 614791) со срочным цитологическим и гистологическим исследованием, что служило основанием для выполнения патогенетически обоснованных сочетанных хирургических вмешательств. Операцию завершали дренированием подпеченочного пространства спаренным дренажным устройством (а.с. № 1109175).

Заключение. У больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, предоперационная подготовка включала патогенетически обоснованную комплексную терапию с учетом тяжести состояния больного. Выполнение дифференцированной хирургической тактики обеспечило сокращение периода стационарного лечения на 21,6 % с одним летальным исходом.

Хирургическая коррекция механической желтухи у больных хроническим панкреатитом

КАНИКОВСКИЙ О.Е., ПАВЛИК И.В., КАНИКОВСКИЙ Д.О., ФАТИМИ САИД ХУСЕЙН
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования: оценка эффективности оперативного лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 24 больных хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой. В предоперационном периоде всем больным выполняли КТ для установления формы ХП. Кальцифицирующая форма диагностирована у 2, обструктивная — у 5, фиброз ПЖ — у 5, ретенционные и псевдокисты ПЖ — у 13 больных. Также с диагностической целью выполняли лабораторные исследования с определением маркеров Са 19-9, РЕА. Средний срок госпитализации 16,4 ± 3,5 суток. Всем больным проводили лечение соответственно стандартам оказания медицинской помощи. Послеоперационная летальность — 4,1 % (1).

Результаты. У 13 больных с ретенционными и псевдокистами ПЖ средний уровень гипербилирубинемии составил 124,0 ± 45,7 мкмоль/л. Интраоперационно у всех больных определяли уровень амилазы, РЕА и проводили цитологическое исследование содержимого кисты. У 6 больных выполнено внутреннее дренирование кисты на отключенной по Ру петле (4) и путем формирования цистодуоденоанастомоза (2). У 6 больных с большими кистами ПЖ выполняли наружно-внутреннее дренирование кисты. У 1 пациента с ретропанкреатической кистой ПЖ выполнена продольная панкреатоеюностомия по Frey — Izbicky, дополненная наружным дренированием кисты.

У 2 больных с фиброзной формой ХП лечение проводилось в два этапа: первый — стентирование холедоха для коррекции гипербилирубинемии и наложение ГЕА на длинной петле, второй — панкреатодуоденальная резекция.

У 3 больных с фиброзом ПЖ выполнен антирефлюксный холедоходуоденоанастомоз с наружным дренированием холедоха по Эббу.

Больным с кальцифицирующей (2) и обструктивной (5) формой ХП проводили одноэтапное лечение. Средний уровень гипербилирубинемии составил 253,8 ± 52,1 мкмоль/л. У 3 больных выполнена операция Frey —

Izbicky, у 1 из них дополнена формированием холедохопанкреатоанастомоза в полости ПЖ, у 2 — дополнена наложением антирефлюксного ХДА. У 4 больных выполнена оригинальная операция Фрея, дополненная антирефлюксным ХДА и наружным дренированием холедоха по Эббу.

Среднее время нормализации уровня билирубина в крови составило $16,9 \pm 3,2$ дня. Послеоперационная летальность составила 4,1 % (1), причиной смерти послужила ТЭЛА.

Выводы. У больных хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой, целесообразно выполнять одноэтапную коррекцию билиарной и панкреатической гипертензии. У больных с фиброзной формой ХП, когда в процесс втянуты двенадцатиперстная кишка и холедох, целесообразно выполнять двухэтапное хирургическое лечение: первый этап направлен на коррекцию билиарной гипертензии, второй — панкреато-дуоденальная резекция.

Хирургическая тактика при механической желтухе в пожилом и старческом возрасте

КАНИКОВСКИЙ О.Е., БОНДАРЧУК О.И., КАРЫЙ Я.В., БАБИЙЧУК Ю.В., КАНИКОВСКИЙ Д.О.
Винницкий национальный медицинский университет им Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования: изучить эффективность открытых и малоинвазивных методов ликвидации механической желтухи (МЖ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Прооперировано 60 больных пожилого и старческого возраста с МЖ неопухолевого генеза. Причиной МЖ были: холедохолитиаз — у 37 больных; синдром Мириizzi (СМ) — у 5; стриктура общего желчного протока (ОЖП) — у 4; стенозирующий папиллит — у 6; хронический индуративный панкреатит — у 3 и резидуальный холедохолитиаз — у 5.

Результаты. У 32 больных с уровнем билирубина больше 100 мкмоль/л, длительностью МЖ более 14 дней и декомпенсированной сердечно-легочной недостаточностью проводили двухэтапные оперативные вмешательства. На первом этапе выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) у 26 больных с холедохолитиазом. После ЭПСТ из ОЖП выделялись конкременты диаметром от 3 до 5 мм. При размерах конкрементов от 10 до 12 мм проводили механическую литотрипсию (9 случаев) и удаляли фрагментированные камни корзинкой Дормиа. У 6 больных сочетание холедохолитиаза со стенозирующим папиллитом также устранено путем ЭПСТ. При наличии гнойного холангита (11 случаев) на первом этапе проводили ЭПСТ, назобилиарное дренирование и санацию ОЖП. После ликвидации МЖ и явлений гнойного холангита, в среднем через 10–14 дней, проводили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

У 23 больных с уровнем билирубина меньше 100 мкмоль/л, длительностью МЖ не более 14 дней, компенсированной или субкомпенсированной сопутствующей патологией, а также при отсутствии гнойного холангита выполнены одноэтапные оперативные вмешательства. У 3 пациентов с холедохолитиазом проведены ЛХЭ и литоэкстракция через культю пузырного протока зондом Фогарти. При СМ I типа (2 случая) проведена ЛХЭ с внешним дренированием ОЖП. В остальных 18 случаях выполнены открытые вмешательства на желчных протоках. При непроходимости дистального отдела ОЖП у 8 больных проведена открытая холецистэктомию (ОХЭ) с холедоходуоденостомией по разработанной антирефлюксной методике. В 4 случаях при сочетании холедохолитиаза со стриктурой ОЖП и у 3 больных с СМ II типа проведена ОХЭ с гепатикоеюностомией на выключенной петле по Ру. При хроническом индуративном панкреатите у 3 пациентов сформирован холедоходуоденоанастомоз. В послеоперационном периоде ЭПСТ проведено в 5 случаях при рецидуальном холедохолитиазе.

Летальности после двухэтапных вмешательств не было. Умер один больной после ОХЭ с холедоходуоденостомией, где причиной смерти стал инфаркт миокарда.

Выводы. Двухэтапная хирургическая тактика при МЖ в пожилом и старческом возрасте является приоритетной: первый этап — ЭПСТ; второй — ЛХЭ. Одноэтапные оперативные вмешательства возможны при гипербилирубинемии меньше 100 мкмоль/л, длительности МЖ не более 14 дней, наличии компенсированной или субкомпенсированной сопутствующей патологии, а также при отсутствии гнойного холангита.

Верхняя срединная лапаротомия, преобразованная методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова, как оперативный доступ в неотложной хирургии механической желтухи доброкачественной этиологии

КАПШИТАРЬ А.В.
Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: проанализировать результаты неотложного хирургического лечения механической желтухи доброкачественной этиологии при использовании верхней срединной лапаротомии, преобразованной путем аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова.

Материалы и методы. В хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, базовом отделении клиники общей хирургии ЗГМУ, с 2000 по 2012 г. по неотложным показаниям холе-



цистэктомия из различных доступов выполнена у 468 пациентов. Механическая желтуха доброкачественной этиологии имела место у 47 (10 %) больных.

Результаты. У 22 (46,8 %) пациентов с механической желтухой оперативное пособие выполнено путем верхней срединной лапаротомии. Мужчин было 10 (45,5 %), женщин — 12 (54,5 %), их возраст колебался от 33 до 83 лет. Показанием к неотложной операции у 14 (63,6 %) больных был острый калькулезный холецистит, у 5 (22,7 %) — холецистопанкреатит, у 2 (9,1 %) — острый холецистит? перфоративная язва желудка? панкреонекроз? и у 1 (4,5 %) — перитонит. Верхняя срединная лапаротомия преобразована методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова, что значительно улучшило условия оперативного доступа к большинству недостаточно доступных анатомических зон брюшной полости. По результатам операции всех пациентов разделили на 2 группы.

В I группу включили 15 (68,2 %) больных с острым калькулезным холециститом. Катаральная форма холецистита диагностирована у 5 (33,3 %) пациентов (холедохолитиаз — 2, холецистодуоденальный свищ — 2), флегмонозная — у 7 (46,7 %) (холедохолитиаз — 2, холангит — 4), гангренозная — у 2 (13,3 %) (синдром Мириizzi — 1, холангит — 1) и у 1 (6,7 %) — гангренозно-перфоративная, холедохолитиаз. II группу составили 7 (31,8 %) больных острым холецистопанкреатитом. У этих больных отечная форма панкреатита сочеталась с гангренозным холециститом (1) и ферментативным холециститом (1). Асептический панкреонекроз, имевший место у 5 пациентов, также сочетался с ферментативным холециститом. Наряду с этим у 4 (18,2 %) больных выявлен околопузырный инфильтрат и у 2 (9,1 %) — абсцесс, у 8 (36,4 %) — перитонит и у 5 (22,7 %) — парапанкреатит.

Всем пациентам выполнены холецистэктомия от шейки, наружное дренирование холедоха (по Холстеду — 15, Вишневному — 4, Керу — 3). Дополнительно у 5 (22,7 %) больных осуществлена холедохолитотомия, у 4 (18,2 %) — дренирование сальниковой сумки, у 2 (9,1 %) — разъединение холецистодуоденального свища, ушивание раны двенадцатиперстной кишки.

Умерли 2 (9 %) больных пожилого и старческого возраста с гангренозно-перфоративной формой острого холецистита и тяжелой интоксикацией при наличии гнойного холангита (1) и гнойно-некротической фазы прогрессирующего панкреонекроза (1).

Выводы. Преобразование верхней срединной лапаротомии методом аппаратной коррекции ретрактора Ми Сигала — Кабанова значительно улучшает оперативный доступ к органам брюшной полости, позволяет легко осуществить необходимый объем хирургического пособия при механической желтухе доброкачественной этиологии в неотложной хирургии.

Холецистэктомия из мини-доступа у больных острым холециститом, осложненным механической желтухой

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: изучить возможности хирургической коррекции различных причин механической желтухи у пациентов с острым холециститом из мини-доступа.

Материалы и методы. В хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющейся базой кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ, с 2000 по 2012 год холецистэктомия (ХЭ) из правостороннего трансректального продольного мини-доступа выполнена у 446 пациентов.

Из них у 25 (5,6 %) больных течение болезни осложнилось развитием механической желтухи различной этиологии. Мужчин было 3 (12 %), женщин — 22 (88 %), их возраст колебался от 32 до 76 лет. Средний возраст — 59,7 года. Все страдали сопутствующими заболеваниями. Доставлены СМП в разные сроки от начала заболевания (от 6 часов до 3 недель). Пациенты всесторонне обследованы (лабораторно-биохимические методы, лучевые, эндоскопические, лапароскопия). Консервативная терапия выявилась неэффективной. В связи с этим у 23 (92 %) больных показанием к операции был острый калькулезный холецистит и у 2 (8 %) — холецистопанкреатит, осложненные механической желтухой. Из них лишь у 2 (8 %) пациентов определена ее этиология — холедохолитиаз. В течение 6 часов после госпитализации оперирован 1 (4 %) больной, 6–24 часов — 6 (24 %), 1–2 суток — 15 (60 %), 3 суток — 2 (8 %) и 5 суток — 1 (4 %).

Результаты. Во время операции катаральная форма ОХ диагностирована у 8 (32 %) пациентов, флегмонозная — у 12 (48 %) и перфоративная — у 1 (4 %). Околопузырный инфильтрат выявлен у 5 (20 %) больных и абсцесс — у 2 (8 %). После дальнейшей ревизии определена этиология механической желтухи. Наиболее частыми причинами ее был холедохолитиаз — у 7 (28 %) пациентов, гнойный холангит — у 7 (28 %) и синдром Мириizzi (сдавление желчным пузырем гепатикохоледоха) — у 6 (24 %). Редкими причинами механической желтухи оказались околопузырный инфильтрат при медиальном расположении желчного пузыря — у 2 (8 %) больных, панкреонекроз со сдавлением холедоха — у 2 (8 %) и папиллит — у 1 (4 %).

Всем пациентам выполнена ХЭ от шейки, дренирование холедоха (по Холстеду — 23, Вишневному — 2), дополненные холедохолитотомией у 5 чел. (25 %). Релапаротомия потребовалась 1 (4 %) больному, который са-

мостоительно удалил дренаж из культы пузырного протока. Сняты швы с раны, проведены повторное дренирование холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде после фистулохолангиографии у 3 (12 %) пациентов диагностирован резидуальный холедохолитиаз. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, из них у 2 (66,7 %) больных после литоэкстракции восстановлен пассаж в двенадцатиперстную кишку, у 1 (33,3 %) — литоэкстракция не удалась из-за большого диаметра конкремента. При повторной операции осуществлена холедохолитотомия. Все выздоровели.

Выводы. У пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, выполняемыми из мини-доступа холецистэктомия с коррекцией разнообразных причин желтухи.

Стандартизация ретроградных эндоскопических вмешательств у больных с парафатеральными дивертикулами

КАРИМОВ Ш.И., ХАКИМОВ М.Ш., МАТКУЛИЕВ У.И., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХОШИМОВ М.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

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

Цель исследования: улучшить результаты ретроградных эндобилиарных вмешательств (РЭВ) при парафатеральных дивертикулах (ПД) путем стандартизации лечебных подходов в зависимости от анатомических особенностей зоны большого дуоденального сосочка (БДС).

Материалы и методы. За период с 2000 по 2012 год эндоскопические вмешательства при ПД были выполнены у 135 больных. 102 пациента поступили с клиникой механической желтухи (МЖ) на фоне холедохолитиаза, у 15 холедохолитиаз диагностирован на основании УЗИ, в 18 случаях — по результатам МРТ-холангиографии. Сложность в канюляции БДС отмечено у 19 пациентов с ПД. В зависимости от тактических подходов к выполнению РЭВ все пациенты были распределены на две группы: контрольная (62 больных), в которой тактические вопросы выполнения РЭВ решались без учета анатомических особенностей зоны БДС, и основная (73 пациента), где РЭВ выполнялись с учетом анатомических особенностей зоны БДС.

Изучив анатомические особенности зоны БДС, мы определили 5 типов ПД, что позволило стандартизировать проводимые вмешательства.

1-й тип. БДС располагается внутри дивертикула, продольная складка (ПС) незначительной длины или отсутствует. В данном случае рекомендуется этапная баллонная дилатация. При выраженной МЖ или холангите производится стентирование или НБД с последующей баллонной дилатацией и литоэкстракцией. При безуспешности процедуры производится чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с последующей баллонной дилатацией и литоэкстракцией антеградно.

2-й тип. БДС располагается внутри дивертикула, ПС значительной длины или выражена, расположена в вертикальном направлении при установленной позиции дуоденоскопа. Производится папиллотомия с папиллотомом с режущей струной менее 1 см по установленному ранее в холедох проводнику. При недостаточной папиллотомии для литоэкстракции выполняется дополнительная баллонная дилатация.

3-й тип. БДС располагается у шейки дивертикула ДПК, ПС прослеживается полностью внутри (3а), в шейке (3б) дивертикула или между (3в) дивертикулами. Производится папиллотомия с папиллотомом с режущей струной менее 1 см по установленному ранее в холедох проводнику.

4-й тип. БДС располагается у шейки дивертикула ДПК, ПС незначительной длины или не выражена. Производится порционная папиллотомия с папиллотомом с режущей струной менее 1 см и баллонная дилатация БДС. При необходимости баллонная дилатация выполняется с интервалом 3–4 дня. При выраженной МЖ или холангите производится стентирование или НБД с последующей баллонной дилатацией и удалением конкремента. При безуспешной процедуре производится ЧЧХС с последующей баллонной дилатацией и литоэкстракцией антеградно.

5-й тип. БДС и ПС расположены вне дивертикула ДПК, ПС не переходит в стенку дивертикула. Производится папиллотомия с папиллотомом с режущей струной менее 1 см по установленному ранее в холедох проводнику.

Результаты. Стандартизация действий при определенном типе ПД позволила снизить частоту развития острого панкреатита с 9,7 до 4,1 %, рецидивного кровотечения из постпапиллотомного разреза — с 3,2 до 0 % и перфорации ДПК — с 3,2 до 1,4 %.

Эндоскопические аспекты вклиненного конкремента в желчных протоках

КАШТАЛЬЯН М.А., ДОВБЕНКО О.В., ГЕРАСИМЕНКО О.С., КОЛОТВИН А.А.
Военно-медицинский клинический центр ЮР МО, Одесса, Украина

Среди осложненных форм ЖКБ вклинение конкремента (ВК) в желчных протоках (ЖП), ампуле БДСК является одним из самых грозных осложнений. Этой проблеме уделяется недостаточно внимания в связи с ограниченным количеством эндоскопических центров, выполняющих транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ).



За период 1997–2013 гг. из более 1,9 тыс. транспапиллярных вмешательств 77 % выполнялись по неотложным показаниям при механической обструкции, постоперационных осложнениях. ВК в ЖПр выявлено у 172 (9,1 %) пациентов.

Первичное ВК у 87 (50,6 %) больных происходило конкрементом из желчного пузыря в 97 %, при синдроме Кароли — в 2 % случаев, содержимым кист в ампулу БДСК. Причиной дислокации конкремента из желчного пузыря явилось расширение пузырного протока, обусловленное: хроническим панкреатитом — в 41,2 %, стенозирующим папиллитом (СП) — у 31,2 %, и у 18,8 % пациентов — в послеродовом периоде в сроки от 3 до 8 мес.

Вторичное ВК у 47 (27,3 %) больных на фоне некупируемого болевого синдрома сопровождалось: несостоятельностью культи пузырного протока — 7 (4,1 %), усилением наружного желчеистечения по дренажам — 30 (17,4 %), гипербилирубинемией — 10 (5,8 %). У 17 (9,9 %) первый этап ЭТПВ при неудаленном конкременте ЖПр обусловил ВК в дистальном отделе, а у 21 (12,2 %) пациента — в терминальном отделе ОЖП.

Размеры конкрементов меньше 9 мм сопровождалась выраженным болевым синдромом, а при большем диаметре клиника носила доброкачественное течение.

СП, приводя к повышению давления в ЖПр более 180 мм. вод.ст., является пусковым механизмом дилатации ОЖП, пузырного протока, и последующая дислокация конкремента из желчного пузыря в ОЖП привела к ВК в БДСК в 75 % случаев. Данный симптомокомплекс мы описали как синдром вторичного холангиолитиаза.

В первые сутки ВК в области собственного сфинктера ОЖП эндоскопическая картина соответствовала проявлениям острого панкреатита. У 55 % пациентов ВК происходило в самой ампуле БДСК. У 45 % больных на 3-и сутки с момента начала болезни выявлялся симптом флюктуации, обусловленный развитием эрозивно-некротического папиллита.

Все манипуляции на БДСК носили атипичный характер. Первым этапом проводили рассечение игольчатым папиллотомом от устья по направлению ОЖП, порционно открывая доступ к ампуле БДСК. Вторым этапом проводилась инструментальная ревизия с контрастированием. При введении под рентгенологическим контролем проводника использовали разработанную нами методику виброрежима с частотой 4 Гц. По проводнику заводили стандартный папиллотом и контрастировали терминальную часть ОЖП.

При невозможности извлечения конкремента, а также на этапах ЭТП вмешательств при неудаленном конкременте тактика заключалась в смещении его проксимально, проведении стентирования или НБД.

Верифицировать ВК ЖПр транспапиллярным доступом удалось в 97,7 % случаев. Применение ЭТПВ в 86,6 % случаев позволило сместить конкремент, провести механическую литотрипсию, литоэкстракцию.

Лечение ВК в желчных протоках нужно проводить как можно раньше в специализированных центрах с использованием эндоскопического транспапиллярного доступа.

Билиарная гипертензия и механическая желтуха у больных хроническим панкреатитом: хирургическая тактика и способы хирургического лечения

КЛИМЕНКО В.Н., КЛИМЕНКО А.В., СТЕШЕНКО А.А.

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: разработать и обосновать способы хирургического лечения больных хроническим панкреатитом (ХП) с билиарной гипертензией и механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 56 больных ХП; мужчин было 48 (85,7 %), женщин — 8 (14,3 %), средний возраст — 46 лет. Алкогольный генез ХП был у 51 (91,1 %) больного. Выраженная панкреатическая и билиарная протоковая гипертензия наблюдались у всех больных: диаметр вирсунгова протока составлял от 6 до 13 мм, общего желчного протока — от 12 до 25 мм. Механическая желтуха была у 18 (32,1 %) пациентов с колебанием общего билирубина крови от 28 до 82 мкмоль/л. У всех больных выполнена разработанная универсальная паренхимосохраняющая операция, одномоментно корригирующая билиарную и панкреатическую протоковую гипертензию: продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденопапиллотомия с продольным панкреатикоюнодуоденоанастомозом на короткой петле по Ру (38) или изолированно (18). Применялись УЗИ, КТ, видеогастродуоденоскопия, ЭРХПГ; определялись С-пептид, эндогенный инсулин, СА 19-9, IgG, паратгормон, панкреатическая эластаза 1 в кале.

Результаты. После продольного тотального рассечения вирсунгова протока и его устья, включая передне-медиальную стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК), поджелудочная железа (ПЖ) представляется в виде развернутой книги. Для устранения билиарной гипертензии и механической желтухи интрапанкреатический отдел холедоха (тубулярный стеноз) рассекался от устья большого дуоденального сосочка в направлении 3 часов условного циферблата длиной 1,5–2,5 см. Диаметр образованного проксимального отверстия холедоха был 4–6 мм. Рассеченная интрапанкреатическая часть холедоха обшивалась по периметру редкими (шаг 5–7 мм) узловыми швами атравматической проленовой нитью 5/0.

У 54 (96,4 %) больных через 3–5 месяцев после операции диаметр холедоха значительно уменьшался, составляя в среднем 9–11 мм; быстро нормализовались показатели общего билирубина крови при механической

желтухе, что указывало на эффективное устранение билиарной гипертензии предложенным способом. У 2 (3,6 %) больных из-за, вероятно, имевшейся до операции атонии холедоха (диаметр 22 и 25 мм) сохранялась механическая желтуха (общий билирубин 30–45 мкмоль/л), что потребовало повторной операции (через 5 и 7 недель) с дополнительным формированием гепатикоеноаноанастомоза на той же петле по Ру.

Выводы. Предложенный паренхимосохраняющий тип операции у больных ХП с панкреатической и билиарной (механическая желтуха) протоковой гипертензией является высокоэффективным и патогенетически обоснованным способом (физиологическое направление пассажа желчи и сока ПЖ в ДПК). Только при диаметре холедоха более 20 мм из-за возможного развития его атонии рекомендуется дополнительное формирование еще и отдельного билиодигестивного соустья.

Анализ хирургических операций на желчных протоках

КЛИМОВ А.Е., ФЕДОРОВ А.Г., ПЕРСОВ М.Ю.

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

В хирургической клинике с 2003 по 2012 г. было выполнено 4105 холецистэктомий, из них лапаротомным доступом оперировано 1519 (37,0 %), лапароскопическим — 2586 (63,0 %) больных.

За исследуемый период РХПГ была выполнена 520 (12,7 %) пациентам при осложнениях калькулезного холецистита. При этом выявлена следующая патология желчных путей до операции: холедохолитиаз и стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) — 295 (56,7 %); стеноз БСДК — 167 (32,1 %); холедохолитиаз — 46 (8,8 %); стриктура желчного протока — 10 (1,9 %); травма желчного протока — 2 чел. (0,4 %). Спектр трансдуоденальных операций заключался в папиллотомии, литоэкстракции, баллонной дилатации, стентировании желчного протока, назобилиарном дренировании. В дальнейшем, после полной эндоскопической санации желчных протоков, решался вопрос о хирургической тактике: лапароскопическая холецистэктомия — 325 чел. (62,5 %); лапаротомная холецистэктомия — 148 (28,5 %); не оперированы из-за сопутствующей патологии 29 чел. (5,6 %); не оперированы с синдромом Мирицци, при котором эндоскопический способ лечения явился окончательным, 18 чел. (3,5 %).

Патология желчного протока не была выявлена до операции у 92 (2,2 %) больных, которым выполнены открытые вмешательства на желчном протоке. Мужчин было 24 (26,1 %), женщин — 68 (73,9 %). Средний возраст составил 64,8 года. Плановых операций было 38 (41,3 %), экстренных — 54 (58,7 %). Причинами вмешательства на желчных протоках явились: хронический калькулезный холецистит в сочетании с холедохолитиазом — 38, в сочетании со стенозом БДС — 5, холедохолитиаз и стеноз БДС — 1, без патологии желчного протока — 2, острый калькулезный холецистит в сочетании с холедохолитиазом — 32, со стенозом БДС — 2, с панкреонекрозом — 2, несостоятельность культи пузырного протока — 1, состояние после РХПГ — 1, онкологическое заболевание без гистологического подтверждения — 6, травма двенадцатиперстной кишки — 1, хронический псевдотуморозный панкреатит — 1 чел.

Выполненные оперативные вмешательства открытым способом: холецистэктомия и холедохолитотомия — 56 (60,9 %); холедохотомия диагностическая — 20 (21,7 %); холецистэктомия, холедохолитотомия и трансдуоденальная папиллотомия — 9 (9,8 %); холецистэктомия, холедохотомия и трансдуоденальная папиллотомия — 6 (6,5 %); резекция головки поджелудочной железы — 1 чел.

Методами завершения вмешательства на желчном протоке были: глухой шов желчного протока — 75 (81,5 %), из них с дренированием пузырного протока — 2; дренаж Кера — 11 (11,9 %); гепатикоэнтероанастомоз — 3 (3,3 %); холедоходуоденоанастомоз — 3 чел. (3,3 %).

Послеоперационная летальность у больных после открытых вмешательств на желчных протоках составила 3,3 % (3 больных).

Таким образом, патология желчных протоков в настоящее время в мегаполисе встречается в 14,9 % случаев, выявить осложнения со стороны внепеченочных желчных путей до операции удается в 84,9 % случаев, а проблема с желчными протоками встречается во время операции в 15,1 % случаев.

Оптимальной ситуацией будут точная диагностика патологии желчных протоков до операции и полная эндоскопическая санация с последующим решением хирургической тактики. Если патология желчных путей встречается во время операции, то оптимальным способом коррекции патологии будет достижение проходимости желчного протока с формированием глухого шва.

Оптимизация хирургической тактики лечения больных с обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом

КОВАЛЬЧУК Л.А., ДЗЮБАНОВСКИЙ И.Я., СМАЧИЛО И.И., ДЗЮБАНОВСКИЙ О.И., ГАЛЕЙ Н.М.

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Тернополь, Украина

Цель исследования: оптимизировать хирургическую тактику у больных с обтурационной желтухой (ОЖ) путем первоочередного выполнения видеоэндоскопической билиарной декомпрессии и выбора сроков радикальных опе-



ративных вмешательств с использованием лапароскопических технологий по данным цитологического и холестатического синдромов.

Материалы и методы. Обследовано 177 больных с ОЖ, обусловленной холедохолитиазом. В возрасте 20–59 лет был 91 больной (51,4 %), 60–74 лет — 71 (40,1 %), 75 лет и больше — 15 (8,5 %). С легкой степенью ОЖ было 42 % больных, со средней — 36 %, с тяжелым протеканием ОЖ — 22 %.

Для диагностики причин ОЖ выполняли ультрасонографию с определением эхоплотности печеночной ткани и стенок печеночных протоков в виде гистограмм, эндоскопическую ретроградную холедохопанкреатографию, фиброгастродуоденоскопию, эндоскопическую сонографию, компьютерную томографию. Биохимические исследования включали определение содержания общего билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы, мочевины, креатинина перед операцией, на 1, 2, 3, 4 и 5-е сутки после ликвидации холестаза. Уровень маркера повреждения печени L-FABP определяли с помощью иммуноферментного анализатора Stat-Fax-303 с использованием набора реактивов фирмы Nu Cult biotechnology (Голландия, 2004). Морфологическую структуру паренхимы печени изучали пункционным методом под контролем УЗИ. Класс операционно-анестезиологического риска определяли по шкале Detsky — Larsen — Goldman (1995).

Результаты. После проведения билиарной декомпрессии путем эндоскопической папиллосфинктеротомии и экстракции конкрементов из общего желчного протока у больных с легкой степенью ОЖ нормализация холестатических показателей произошла на 4-е послеоперационные сутки. Цитолитическая активность печени по показателям трансаминаз снижалась к норме на 3-и сутки после операции, а по данным маркера повреждения печени L-FABP — на 4-е сутки. У больных со средней степенью тяжести ОЖ после первого декомпрессионного этапа показатели уровня билирубина нормализовались на 6-е послеоперационные сутки, а уровень щелочной фосфатазы — на 5-е. Цитолитическая активность по маркерам повреждения печени L-FABP восстанавливалась на 6-е сутки после операции.

У больных с тяжелым протеканием ОЖ после проведения предварительной билиарной декомпрессии уровни щелочной фосфатазы и билирубина крови снижались к норме на 7-е сутки. Показатели трансаминаз стабилизировались в пределах 3–5 послеоперационных суток. Цитолитическая активность по маркерам повреждения печени L-FABP восстанавливалась на 7-е сутки.

У 76,3 % пациентов с легкой и средней степенью тяжести ОЖ и с I–III классом ОАР были выполнены миниинвазивные двухэтапные операции (I этап — эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, II этап — лапароскопическая холецистэктомия). У 15,2 % больных со средней и тяжелой степенью ОЖ и IV классом ОАР выполнены одноэтапные миниинвазивные декомпрессионные операции в экстренном порядке.

Выводы. Маркер L-FABP объективно отображает степень тяжести гепатоцитолитического процесса и является критерием выбора сроков второго этапа радикальных оперативных вмешательств у больных с ОЖ.

Лечение пациентов с механической желтухой, обусловленной микрохолелитиазом

КОЛОМИЙЦЕВ В.И., СЫРОИД А.М.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Микрохолелитиаз (МХЛ) — это плотные структуры, определяемые в желчи, диаметром от 0,01 до 3,0 мм. МХЛ относится к начальной (предкаменной) стадии желчнокаменной болезни. Несмотря на то что МХЛ преимущественно является терапевтической проблемой, у ряда пациентов микролиты приводят к развитию механической желтухи (МЖ).

Цель исследования: изучить причины возникновения МЖ у больных с МХЛ и особенности их хирургического лечения.

Материалы и методы. На протяжении 2008–2012 гг. в клинике хирургии № 1 на лечении по поводу МХЛ находилось 811 пациентов. МЖ диагностировано у 358 (44,1 %) больных с МХЛ в возрасте от 21 до 92 лет. Мужчин было 93 (26,0 %), женщин — 265 (74,0 %) чел. Диагноз МХЛ верифицировали эндоскопической ретроградной холангиографией и микроскопическим исследованием протоковой желчи.

Результаты. МХЛ I степени (по классификации Juniper — Burson) определен у 19 (5,3 %) пациентов, II степени — у 35 (9,8 %), III степени — у 81 (22,6 %), IV степени — у 223 (62,3 %) больных. Наличие только микролитов в желчном пузыре и желчных протоках установлено у 28 (7,8 %) лиц. Острый холецистит констатирован у 45 (12,6 %) пациентов, постхолецистэктомический синдром — у 64 (17,9 %) больных.

Причинами МЖ на фоне МХЛ были стеноз большого дуоденального сосочка — у 226 (63,1 %) чел., острый папиллит — у 99 (27,7 %), парапапиллярный дивертикул — у 33 (9,2 %) пациентов. Гнойный холангит осложнил течение МХЛ у 59 (16,5 %) больных, острый панкреатит — у 79 (22,1 %) чел.

Сопутствующую соматическую патологию диагностировали у 254 (70,9 %) пациентов, в т.ч. эндокринные расстройства (метаболический синдром, ожирение, гипотиреоз, сахарный диабет, первичный гиперпаратиреоз) — у 214 (59,8 %) больных.

Лечение пациентов с МЖ, обусловленной МХЛ, проводили в несколько этапов. Первым этапом осуществляли билиарную декомпрессию с помощью эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Папиллосфинктеротомию выполнили 235 (65,6 %) больным, баллонную дилатацию папиллы — 123 (34,4 %), дополнительное билиарное стентирование — 37 (10,3 %). Вторым этапом являлось лапароскопическое удаление желчного пузыря, которое проведено 224 (62,6 %) пациентам.

Кроме стандартной терапии (гепатопротекторы, спазмолитики, антибиотики), больным с МЖ назначали средства для нормализации свойств желчи. При наличии кристаллов моногидрата холестерина использовали препараты урсодезоксихолевой кислоты; билирубиновых микролитов — желчегонные средства и прокинетики. Эндокринные дисфункции способствовали возникновению МХЛ, поэтому обязательным компонентом лечения считали их компенсацию.

Послеоперационные осложнения возникли у 12 (3,4 %) больных. Летальных исходов не было. Сроки стационарного лечения составили 3–12 (Me = 4,0) суток.

Заключение. Почти у половины (44,1 %) пациентов с симптомным МХЛ развилась МЖ. При лечении таких больных для билиарной декомпрессии следует отдавать предпочтение эндоскопическим сфинктеросохраняющим вмешательствам с последующей этиотропной терапией.

Тактика при стенозирующих заболеваниях терминального отдела холедоха

КОНДРАТЕНКО П.Г., СТУКАЛО А.А.

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

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения стенозирующих заболеваний терминального отдела холедоха (ТОХ).

Материалы и методы. Объектом исследования были 2377 пациентов с патологией общего желчного протока, которым с 2003 по 2012 год в клинике были произведены эндохирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ). В исследование отобраны 1128 (47,5 %) пациентов с выявленными стенозирующими заболеваниями ТОХ. К терминальному отделу холедоха относим панкреатическую, интрамуральную и папиллярную части общего желчного протока (ОЖП). Первая группа — 341 (30,2 %) пациент со злокачественными опухолями ТОХ. Вторую группу составили 129 (11,4 %) больных с доброкачественными опухолями большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК). Третья группа исследования — 392 (34,8 %) пациента, у которых основным фактором нарушения проходимости ТОХ признаны парапапиллярные дивертикулы. Четвертую группу составили 161 больной (14,3 %) с вклиненными камнями в интрамуральной и папиллярной зоне ТОХ. Пятая группа — 105 (9,3 %) пациентов с воспалительным и рубцовым характером стеноза.

Использовали дуоденоскопы Olympus, Pentax, холедохоскоп CHF-BP-30, Olympus и инструментарий фирм Olympus, Wilson-Cook, Boston scientific, Endo-technic.

Результаты. Проведен анализ комплексной диагностики стенозирующих заболеваний ТОХ. Наряду с общеклиническими и биохимическими тестами наибольшее значение, по нашим данным, имеет ультразвуковое исследование, в частности признаки протоковой гипертензии, и прежде всего диаметр ОЖП более 7 мм и/или главного панкреатического протока (ГПП) более 2 мм. Всем пациентам выполнялась дуоденоскопия с визуальной, а при необходимости с морфологической оценкой папиллярной зоны, ретроградная или антеградная холангиография. По данным литературы, более высокую чувствительность, специфичность и диагностическую эффективность имеет эндо-УЗИ.

Первоочередной задачей лечения, по нашему мнению, является ликвидация или существенное снижение протоковой гипертензии. Пациентам с сонографическими признаками деструкции желчного пузыря лечебные мероприятия начинали с пункционных декомпрессионных вмешательств. С целью топической диагностики и наиболее физиологического способа ликвидации стеноза ТОХ всем больным выполняли ЭХТВ. У пациентов со стенозом папиллярного сегмента преимущественно производили эндоскопическую супрапапиллярную дуоденохоледохостомию в интрамуральной части ОЖП. У больных с парапапиллярными дивертикулами и деформацией оси ТОХ преимущество отдавали канюляционной поэтапной послойной папиллотомии. Большинству пациентов устанавливали назобилиарный дренаж. Больным со злокачественным стенозом выполняли эндопротезирование.

Попытки эндоскопической ликвидации стеноза панкреатической части ТОХ наиболее опасны и сопровождаются развитием панкреонекроза и перфорации. Осложнения возникли у 62 больных (5,5 %). Умерли 9 пациентов: 7 — в связи с осложнениями панкреонекроза, 2 — в результате ретродуоденальной перфорации. Летальность составила 0,8 %. Эффективность эндоскопической ликвидации доброкачественных форм стеноза ТОХ составила 88,6 % (697 из 787 больных). Эффективность эндохирургического разрешения билиарного блока у 341 больного обтурационной желтухой злокачественного происхождения составила 49,3 % (168 пациентов). Необходимость в этапных ЭХТВ возникла у 25,8 % больных.

Выводы. Диагностика стенозирующих заболеваний ТОХ базируется на сонографических, эндоскопических и рентгеновских критериях. ЭХТВ эффективны при стенозе папиллярного и интрамурального сегментов ТОХ.



Хирургическая тактика при неопухоловой механической желтухе

КОТИВ Б.Н., ДЗИДЗАВА И.И., СМОРОДСКИЙ А.В., СЛОБОДЯНИК А.В., ФЕДУН О.В.

Кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

В клинике госпитальной хирургии Военно-медицинской академии в период с 2009 по 2012 г. находилось на обследовании и лечении 78 больных неопухоловой механической желтухой. Подавляющее большинство пациентов поступало в порядке оказания скорой помощи (83,3 %). Всем пациентам выполнялся комплекс скрининговых методов обследования: клинический анализ крови, определение уровня общего билирубина и его фракций, ультразвуковое исследование, ФЭГДС. В ходе трансабдоминальной ультрасонографии, кроме выявления признаков билиарной гипертензии, в 78,2 % наблюдений установлена причина механической желтухи. В спорных случаях обследование дополняли магнитно-резонансной томографией, включая режим холангиопанкреатографии. Считаем, что бесспорным преимуществом среди методов диагностики обладает эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), которая не только позволяет достоверно верифицировать причину неопухоловой механической желтухи, но и минимально-инвазивно и эффективно разрешить ее.

Наиболее частой причиной неопухоловой механической желтухи являлся холедохолитиаз на фоне ЖКБ, острого или хронического калькулезного холецистита ($n = 43$; 55,1 %). Реже нарушение пассажа желчи было вызвано резидуальным холедохолитиазом ($n = 9$; 11,5 %), стриктурой терминального отдела холедоха ($n = 14$; 17,9 %), синдромом Мириizzi ($n = 5$; 6,4 %), воспалением или доброкачественной аденомой папиллы ($n = 4$; 5,1 %), парафатериальным дивертикулумом ($n = 3$; 3,8 %). Признаки острого холангита имели место в 38,5 % наблюдений. Острый билиарнозависимый панкреатит установлен в 17,9 % случаев.

В случаях холедохолитиаза, как первичного на фоне калькулезного холецистита, так и резидуального, с целью купирования механической желтухи выполняли папиллосфинктеротомию (ПСТ) с последующей литоэкстракцией корзинкой Дормиа. Для извлечения крупных конкрементов использовали механическую литотрипсию. При отсутствии явлений холангита и билиарнозависимого панкреатита на 2-е — 3-и сутки вторым этапом больным данной группы выполняли лапароскопическую холецистэктомию. В случаях выявления гнойного холангита эндоскопическое вмешательство завершали назобилиарным дренированием для продленной санации желчных протоков, а холецистэктомию осуществляли после купирования воспаления.

В случаях нарушения желчеотведения вследствие воспалительных или рубцовых (после ранее выполненной ПСТ) стриктур терминального отдела, папиллитов, парафатериальных дивертикулумов папиллосфинктеротомию дополняли стентированием гепатикохоледоха временными билиарными стентами на срок до 3–6 месяцев.

У 11,6 % больных хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой, обусловленной мелкими конкрементами, в связи с техническими трудностями канюляции БДС литоэкстракция выполнена антеградно — через культю пузырного протока в ходе лапароскопической холецистэктомии.

Крупные или вклиненные конкременты, не поддающиеся эндоскопической литотрипсии и экстракции, выраженный перипузырный инфильтрат, синдром Мириizzi, тяжелая сопутствующая патология, не позволяющая наложить карбоксиперитонеум, являлись показанием к выполнению холецистэктомии, холедохотомии и литоэкстракции с последующим дренированием желчных протоков лапаротомным доступом ($n = 7$; 16,3 %). При выявлении выраженной стриктуры терминального отдела общего желчного протока операцию дополняли билиодигестивным анастомозом.

Заключение. Хирургическое лечение неопухоловой механической желтухи требует дифференцированного подхода с учетом причины нарушения желчеотведения, выраженности эндогенной интоксикации и холангита и в большинстве случаев может быть разрешено минимально-инвазивными эндоскопическими методами.

Хирургическое лечение больных с тяжелой неопухоловой механической желтухой

КРАВЧЕНКО А.И., КРЫЖАНОВСКИЙ В.В., НЕТКОВ А.Д.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с тяжелой механической желтухой неопухолового генеза.

Материалы и методы. Материалом обсуждения послужили результаты лечения 74 больных с тяжелой механической желтухой неопухолового генеза (с уровнем билирубина плазмы > 200 мкмоль/л), оперированных в КУ «ГКБ № 1» г. Одессы за период 2007–2012 гг. Возраст больных — от 58 до 82 лет. При поступлении больным проводились: клиническое лабораторное исследование, УЗИ, КТ и МРТ органов брюшной полости, ЭФГДС.

Результаты. В зависимости от характера выбранной тактики больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу включены 19 (25,7 %) пациентов, которым было выполнено одноэтапное оперативное вмешательство (наружное либо внутреннее дренирование) на высоте желтухи. У 2 больных наложение холецистостомы было обусловлено тяжелым циррозом печени, у 1 больного — множественными гемангиомами печени. У 13 больных выполнена

холедохолитотомия с дренированием холедоха по Керу, у 3 больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Во 2-ю группу включены 55 (74,3 %) больных, у которых предварительно выполнялась малоинвазивная декомпрессия желчных путей (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия) с последующей лапароскопической холецистэктомией (34 случая) и лапаротомией с холецистэктомией, ревизией протоков и дренированием холедоха по Керу (21 случай).

В 1-й группе больных умерло 7. Причинами смерти послужили: острая печеночно-почечная недостаточность — 4, кровотечение из головки поджелудочной железы (после выполнения биопсии) — 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 2.

Во 2-й группе больных умерло 3. Причинами смерти послужили: острый инфаркт миокарда — 1, острое нарушение мозгового кровообращения — 1, острая почечная недостаточность — 1.

Выводы. 1. Применение малоинвазивных методов в сочетании с чрескожной декомпрессией желчных путей снижает летальность и риск повторных оперативных вмешательств. 2. У больных преклонного возраста с тяжелой сопутствующей патологией оправдано выполнение лапароскопической холецистостомии для снижения уровня билирубинемии при вклиненных конкрементах в большом дуоденальном соске и неэффективной папиллосфинктеротомии.

Усовершенствование диагностической и хирургической тактики

КРАСИЛЬНИКОВ Д.М., ЗАХАРОВА А.В., МИРГАСИМОВА Д.М., ВАСИЛЬЕВ Д.Ж., ШИГАБУТДИНОВ Р.Р.
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Казань, Россия
ГАОУ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,
Казань, Россия

Вопросы рациональной диагностики и лечебной тактики при механической желтухе (МЖ) остаются одними из наиболее сложных в абдоминальной хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с синдромом МЖ путем оптимизации диагностической и хирургической тактики.

Материалы и методы. Был проведен анализ историй болезни 763 больных с МЖ неопухолевого генеза, находившихся на лечении в отделениях абдоминальной и эндоскопической хирургии РКБ МЗ РТ с 2006 по 2011 г. Мужчин было 259 (33,9 %), женщин — 504 (66,1 %). Возраст больных варьировал от 17 до 89 лет, причем более 60 % составили пациенты пожилого и старческого возраста. Причинами МЖ явились: холедохолитиаз — 504 (66,1 %) случая (в т.ч. со стенозом БДС — 103 больных, с холангитом — 110 больных), стеноз БДС — 216 (28,3 %) случаев, панкреатит — 28 (3,7 %) случаев, стриктура холедоха — 15 (1,9 %) случаев.

Выбор метода инструментальной диагностики определялся предполагаемой причиной обтурации желчных протоков, возможностью продолжения диагностического исследования во время лечебного вмешательства, техническим оснащением лечебного учреждения.

Лечение больных проводили с использованием традиционных, эндовидеохирургических и миниинвазивных вмешательств на фоне консервативной терапии.

В течение первых суток больным с МЖ проводили весь комплекс мер, включавший клинические и биохимические анализы, УЗИ, эзофагогастродуоденоскопию с осмотром зоны БДС. При наличии наружного желчного свища (таких больных было 120) выполняли фистулохолангиографию.

Результаты. Наиболее информативным методом диагностики является прямое контрастирование желчных путей. Методом выбора служит ЭРПХГ, позволившая поставить правильный диагноз в 95 % случаев.

Всего за период с 2006 по 2011 г. было выполнено 715 ЭРПХГ. У 33 (4,6 %) больных не удалось провести исследование. В этих случаях производили антеградное пункционное дренирование желчных протоков под УЗИ-наведением.

При необходимости ЭРПХГ сопровождалась ЭПСТ. Всего было выполнено 661 ЭПСТ, в т.ч. неоднократно (от 2 до 4 раз) — 236 (35,7 %) больным, с литоэкстракцией — 358 (54,1 %) больным.

Являясь инвазивными методами, ЭРПХГ и ЭПСТ иногда вызывают осложнения. В нашей клинике частота осложнений составила 8,6 % (57 случаев), а летальность — 1,2 % (8 случаев).

Миниинвазивные вмешательства стали окончательными способами лечения у 598 (78,4 %) больных, в остальных случаях на втором этапе по мере разрешения желтухи проводились хирургические операции.

Абсолютным показанием к экстренной лапаротомии явилась механическая желтуха, сопровождавшаяся перитонитом при деструктивном холецистите в сочетании с холедохолитиазом. Также открытая операция производилась при невозможности эндоскопической литоэкстракции из-за крупных плотных конкрементов, синдрома Мириizzi, свищей, парафатеральных дивертикулов, состояния после резекции желудка по способу Бильрот II, рубцовых стриктур желчных протоков, ятрогенных повреждений. Всего сделано 137 операций. Летальность составила 6,16 % (47 больных).



Анализ проведенных нами исследований позволил определить наиболее рациональную последовательность применения методов диагностики и тактики лечения при МЖ.

Выводы. 1. ЭРПХГ и ЭПСТ при высокой технике выполнения в условиях хорошо оснащенных специализированных эндохирургических отделений позволяют повысить диагностическую ценность до 95 %, снизить осложнения, выбрать рациональное оперативное лечение у больных с механической желтухой. 2. Предложенный алгоритм диагностики и тактики лечения при механической желтухе позволяет улучшить результаты лечения больных и снизить послеоперационную летальность до 6,16 %.

Антеградные вмешательства при рубцовых стриктурах и ятрогенных повреждениях желчных протоков: когда и как?

КУЛЕЗНЕВА Ю.В., ИЗРАИЛОВ Р.Е., КИРИЛЛОВА М.С., СМИРНОВ Е.А.

Кафедра факультетской хирургии № 2 ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Городская клиническая больница № 68, Москва, Россия

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы, Россия

Цель исследования: определить показания к выполнению и выбору способа антеградных эндобилиарных вмешательств при рубцовых стриктурах и ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. С 2006 по 2013 г. на различных клинических базах кафедры находилось на лечении 14 больных с рубцовыми стриктурами и травмами желчных протоков различного происхождения: постхолецистэктомическая стриктура общего желчного протока (ОЖП) — 3, стриктура общего печеночного протока (ОПП) после эмболизации правой печеночной артерии — 1, стриктура гепатикоэнтероанастомоза после реконструктивных операций — 3, полное пересечение протока во время лапароскопической холецистэктомии — 3, травма общего желчного протока при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) — 3, наружный желчный свищ после холедохолитотомии и холедохолитоэкстракции — 1. 12 больным было произведено антеградное стентирование стриктуры или области дефекта протока нитиноловым стентом с внутренним покрытием из силикона (фирма Mitech, Корея), причем у 1 больной со стриктурой гепатикоэнтероанастомоза — билобарное стентирование. Двум больным выполнена баллонная дилатация стриктуры билиодигестивного анастомоза и наружно-внутреннее дренирование желчных протоков дренажем диаметром 14 Fr, причем у 1 из них в настоящий момент процедура дилатации и замены дренажа повторена трижды с интервалом 2,5–3 мес.

Результаты. Стентирование технически было успешно осуществлено во всех случаях. Медиана наблюдения составила 18 месяцев. Максимальный период функционирования стента у прослеженных больных составил 48 месяцев. Повторная госпитализация потребовалась 7 из 12 стентированных пациентов, у которых отмечены явления холангита в различные сроки после установки стентов. Им потребовались повторные хирургические вмешательства: формирование гепатикоэнтероанастомоза — 2, наружное или наружно-внутреннее желчеотведение — 2, эндоскопическая холедохолитоэкстракция из просвета стента — 2, дренирование холангиогенных абсцессов печени — 1. У 3 больных с дефектом ОЖП после ЭПСТ стент был свободно извлечен эндоскопически через 5–6 мес. после установки. 1 больная после стентирования дефекта ОЖП после открытой холедохолитотомии находится под наблюдением в течение 8 мес. 1 больная вышла из-под наблюдения через 2,5 года после стентирования зоны пересеченного ОЖП.

Антеградная баллонная дилатация стриктуры билиодигестивного анастомоза успешно произведена у обеих больных. В 1 случае в раннем послеоперационном периоде отмечено формирование подкапсульной гематомы печени, которая была дренирована под УЗ-контролем. Больная находится под наблюдением. У второй больной все три манипуляции баллонирования стриктуры выполнены без осложнений.

Выводы сделаны на основании анализа большого объема данных мировой литературы и собственных наблюдений.

При сформированных рубцовых стриктурах внепеченочных желчных протоков стоит воздержаться от стентирования покрытыми нитиноловыми стентами в пользу эндоскопической установки нескольких пластиковых стентов. Установка непокрытых или частично покрытых нитиноловых стентов категорически противопоказана.

Использование покрытых нитиноловых стентов является перспективным направлением при ятрогенных травмах протоков для закрытия наружных желчных свищей, однако стенты необходимо извлекать не позднее 6 месяцев после установки.

Рубцовая стриктура билиодигестивного анастомоза является абсолютным противопоказанием для стентирования; при лечении этих больных следует использовать периодическую антеградную баллонную дилатацию стриктуры в сочетании с заменой чреспеченочного наружно-внутреннего дренажа большого диаметра.

Дифференцированный подход в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов старших возрастных групп

КУЛИЕВ С.А., ВОРОТЫНЦЕВ А.С.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Введение. Главной особенностью у больных старших возрастных групп является наличие сопутствующей патологии, которая, в свою очередь, может осложнить течение доминирующего в момент госпитализации заболевания. Не является исключением и хирургическая патология, и в особенности острый холецистит, как наиболее частое хирургическое заболевание у лиц пожилого и старческого возраста (Уханов А.И. и соавт., 2012). Количество же осложненных форм желчнокаменной болезни достигает 35 % (Бебуришвили А.Г. и соавт., 2005), среди них такие, как холедохолитиаз, острый холангит, механическая желтуха и другие.

Материалы и методы. Проведено лечение 204 больных старше 70 лет с механической желтухой, имевших тяжелую сопутствующую терапевтическую патологию. При поступлении для выбора оптимальной хирургической тактики, объективизации оценки общего состояния использовали балльный показатель прогностической шкалы SAPS II, который был равен $27,1 \pm 3,3$. Также на момент госпитализации исследовали уровень общего билирубина и щелочной фосфатазы, которые составили $128,1 \pm 25,3$ мкмоль/л и $537,5 \pm 85,9$ мкмоль/л соответственно и определяли степень холестаза.

Результаты. Всем больным применен этапный метод лечения, включающий последовательное применение малоинвазивных и эндохирургических вмешательств. Диагностическая программа включала в себя: данные физикального обследования, определение прогностического индекса по шкале SAPS II, лабораторные и инструментальные методы исследования. При УЗИ органов брюшной полости диагностированы конкременты в желчном пузыре и расширение холедоха в среднем до $12, \pm 1,1$ мм в диаметре. Всем пациентам выполняли релаксационную дуоденоскопию, при которой у 10 пациентов выявлено расположение большого дуоденального сосочка в дивертикуле. У 29 отмечены выраженные воспалительные изменения в желчном пузыре и гепатодуоденальной связке, холангит, тяжелый холестаз, неудачи эндоскопических операций. В связи с этим 39 (19 %) пациентам был применен метод чрескожной чреспеченочной холецистостомии и холангиостомии под УЗ-контролем. 165 (81 %) больным была выполнена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография. Наличие конкрементов в общем желчном протоке удалось диагностировать у 116 (56,8 %) больных. Стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) был диагностирован у 33 (16 %) пациентов, папиллит — у 41 (20,2 %) пациента, парафатеральный дивертикул — у 14 (7 %). Сочетание холедохолитиаза с патологией терминального отдела общего желчного протока (ТО ОЖП) выявлено у 67 (32,8 %) пациентов, комбинированная патология ТО ОЖП выявлена у 47 чел. (23 %). При этом всем больным после выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии устанавливался назобиллярный дренаж, через который проводилась ежедневная санация желчевыводящих протоков озонированным физиологическим раствором. Осложнений после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке не отмечалось. Для оценки выраженности воспалительного процесса в БДС проводили гистологическое, цитологическое и микробиологическое исследования. Впоследствии лапароскопическая холецистэктомия выполнена 173 пациентам (85 %). При противопоказании к пневмоперитонеуму, деструктивных изменениях в желчном пузыре, выраженном инфильтративно-воспалительном процессе в шейке, невозможности удалить конкременты из ОЖП эндоскопическим методом 31 (15 %) больному выполнены холецистэктомия из минидоступа, холедохолитотомия, ревизия холедоха, дренирование по Керу, интраоперационная холангиография.

Заключение. Этапный метод лечения больных пожилого и старческого возраста с механической желтухой с использованием прогностических шкал оценки операционного риска позволяет в ранние сроки купировать явления холестаза, механической желтухи, уменьшить количество послеоперационных осложнений, снизить послеоперационную летальность до 2,1 %.

Лечение малоинвазивными методами острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста

КУЛЬЧИЕВ А.А., ХЕСТАНОВ А.К., ТИГИЕВ С.В., МОРОЗОВ А.А., КАРСАНОВ А.М., ТИБИЛОВ А.М.

Кафедра хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Владикавказ, Россия

Узловая больница ст. Владикавказ, Россия

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), острым калькулезным холециститом и холецистохоледохолитиазом.

Материалы и методы. В нашу клинику с июня 2001 года по декабрь 2012 года обратилось 3265 пациентов пожилого и старческого возраста. Произведено всего 2577 холецистэктомий: плановых — 933, по экстренным,



срочным и отсроченным показаниям — 1644. В работе использованы и обобщены результаты хирургического лечения 1644 больных пожилого и старческого возраста с острым калькулезным холециститом и холедохолитиазом с использованием различных методик холецистэктомии в общехирургическом отделении узловой больницы № 2 на ст. Владикавказ ОАО РЖД с июня 2001 г. по декабрь 2012 г.

В клинике применяют три метода хирургического лечения ЖКБ, острого холецистита и холедохолитиаза: холецистэктомия мини-доступом выполнена 967 (58,8 %) больным, лапароскопическая холецистэктомия — 483 (29,4 %) больным и традиционная холецистэктомия — 194 (11,8 %). Холедохолитотомия мини-доступом выполнена 73 пациентам; ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией двухэтапно произведена 85 пациентам; традиционная холедохолитотомия — 58.

Результаты. 1. У больных с холецистохоледохолитиазом без стеноза большого дуоденального сосочка наиболее эффективно одноэтапное лечение из мини-доступа. 2. Холецистэктомия, выполняемая из мини-лапаротомного доступа, позволяет статистически достоверно сократить время операции, послеоперационные осложнения и длительность госпитализации пациентов. 3. Противопоказаниями к холецистэктомии из мини-доступа являются распространенный перитонит и необходимость проведения широкой ревизии брюшной полости.

Заключение. Полученные результаты позволяют улучшить результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста с ЖКБ.

Особенности транспеченочного дренирования при лечении холестаза

КУРБОНОВ К.М., ДАМИНОВА Н.М., МАХМАДОВ Ф.И., РАСУЛОВ Н.А.

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

Цель исследования: оценить эффективность транспеченочного дренирования желчных протоков (ТДЖП) у больных с холестазом различного генеза.

Материалы и методы. В основу работы положен опыт диагностики и лечения 45 больных с холестазом различной этиологии, которым во время операции эффективно использован ТДЖП. Мужчин было 18, женщин — 27. Возраст пациентов варьировал от 17 до 84 лет. По причине развития холестаза пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю группу включены 18 пациентов с метастатическими поражениями печени вследствие колоректального рака ($n = 10$) и рака желудка ($n = 8$), во 2-ю группу — 19 пациентов с паразитарными поражениями сегментарных желчных протоков и в 3-ю — 8 больных с высокими стриктурами печеночных протоков.

Для диагностики причины развития холестаза, а также оценки эффективности ТДЖП больным проводили клиничко-лабораторные, биохимические исследования крови и инструментальные методы: УЗИ, ФГДС, фистулохолангиографию, КТ, МРТ.

Результаты. Для разрешения холестаза традиционным методом были оперированы 42 больных, 3 пациентам выполняли чрескожное дренирование расширенных внутрпеченочных желчных протоков. ТДЖП при метастатическом блоке позволяло эффективно разрешить желтуху и развитие печеночной недостаточности у 16 пациентов. При паразитарном поражении ТДЖП наряду с лечением паразитарного холангита и печеночной недостаточности позволило рационально дренировать остаточную полость у 19 больных и тем самым снизить частоту рецидивов заболевания. При холестазе, обусловленном рубцовыми стриктурами печеночных протоков, транспеченочный дренаж выполнял каркасную функцию, предотвращал дальнейшее стенозирование желчных протоков и позволял провести адекватную санацию билиарного дерева.

В послеоперационном периоде после ТДЖП наблюдалось 4 гнойно-септических осложнения с 2 летальными исходами.

Заключение. ТДЖП не только эффективно разрешает явления холестаза, оно позволяет в значительной степени уменьшить частоту его рецидивов.

Механическая желтуха неопухолевого генеза, чрескожные методы лечения

КУРМАНСЕИТОВА Л.И.

Республиканская больница, Черкесск, Россия

Цель исследования: оценить возможности чрескожных методов лечения механической желтухи неопухолевого генеза и сравнить результаты с оперативными вмешательствами.

Материалы и методы. 1-я группа — пациенты с клиническими проявлениями механической желтухи, которым выполнено чрескожное дренирование желчных протоков под УЗ- и рентгентелевизионным контролем с последующим стентированием и которых сравнивали с пациентами контрольной группы.

Результаты. В 1-й группе больных (10 пациентов) при доброкачественных стриктурах на первом этапе выполнено чрескожное дренирование желчных протоков под УЗ- и РТВ-контролем, на втором этапе — стентирование нитиноловыми стентами. Во 2-й группе пациентов (20 пациентов) выполнена радикальная операция. После-

операционные осложнения в 1-й группе — 0 %, в контрольной — 20 %. Ранняя послеоперационная летальность в 1-й группе составила 0 %, во 2-й — 10 %. В динамике при наблюдении пациентов в первой группе продолжительность жизни при первично-стенозирующем холангите составила 46 дней, при синдроме Мириizzi — 60 дней, при стриктуре ХДА летальных исходов не выявлено. В контрольной группе рецидив стриктуры выявлен в 20 % случаев (потребовалось повторное оперативное вмешательство), летальный исход от сопутствующих заболеваний в течение 5 лет — у 2 пациентов.

Заключение. Внедрение в клиническую практику миниинвазивных чрескожных оперативных вмешательств на желчных протоках позволит улучшить результаты лечения доброкачественных стриктур, если комбинировать их с радикальными операциями после купирования симптомов механической желтухи.

Хирургическая тактика при механической желтухе доброкачественного генеза

КУРБОНОВ К.М., РАСУЛОВ Н.А., МУРОДОВ А.И., КАРИМИ Р.

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

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения механической желтухи доброкачественного генеза (МЖДГ).

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексного лечения 130 больных с МЖДГ. Женщин было 93 (72 %), мужчин — 37 (28 %). Возраст пациентов варьировал в пределах от 24 до 83 лет. Причиной МЖДГ являлись: холедохолитиаз — в 80 (61,5 %) наблюдениях, стеноз большого дуоденального сосочка — в 22 (17 %), острый панкреатит — в 14 (11 %), синдром Мириizzi III–IV форма — в 8 (6 %), перихоледохеальный лимфаденит — в 4 (3 %) и парафатериальный дивертикул двенадцатиперстной кишки — в 2 (1,5 %).

Для диагностики МЖДГ проводили клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, МРТ, ЭРХПГ, ЧЧХ.

Результаты. Ведущим методом диагностики МЖДГ являлись прямые методы контрастирования желчных путей — ЭРХПГ и ЧЧХ, позволяющие в 96 % наблюдений установить причину МЖДГ.

При выборе сроков и объема оперативного вмешательства ориентировались на разработанные в клинике критерии тяжести МЖДГ. Так, при уровне билирубина не выше 100 мкмоль/л, общего белка $69,2 \pm 3,2$ мкмоль/л и отсутствии холангита в 72 (55 %) наблюдениях выполняли традиционные одноэтапные ($n = 40$) и сочетанные эндоскопические вмешательства ($n = 32$) для коррекции холестаза. В 38 (29 %) наблюдениях при уровне билирубина от 100 до 200 мкмоль/л, общего белка $57,2 \pm 2,8$ мкмоль/л и наличии холангита на первом этапе выполняли ЭПСТ с литэкстракцией назобилиарным дренированием ($n = 29$), а также ЧЧХ ($n = 9$). После разрешения желтухи в 24 наблюдениях ограничивались видеолапароскопической холецистэктомией, а в 44 — традиционной холецистэктомией с формированием билиодигестивных анастомозов.

В 20 (15 %) наблюдениях при тяжелой МЖДГ и уровне общего билирубина выше 200 мкмоль/л, общего белка $49,6 \pm 4,3$ мкмоль/л и явлении выраженного холангита выполняли эндоскопическую декомпрессию желчных протоков ($n = 8$) и традиционные оперативные вмешательства с формированием наружного дренажа желчных протоков.

В послеоперационном периоде в 27 (21 %) наблюдениях отмечали осложнения с 12 (9,2 %) летальными исходами.

Заключение. Хирургическая тактика при МЖДГ строго дифференцирована и должна основываться на разработанных критериях тяжести механической желтухи.

Интраоперационное дробление камней в желчных протоках гольмиевым лазером

ЛЕВЧЕНКО Н.В.^{1,2}, ХРЯЧКОВ В.В.¹, ШАВАЛИЕВ Р.Р.^{1,2}

¹Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Ханты-Мансийск, Россия

²БУ ХМАО — Югры «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

Введение. В настоящее время большинство хирургов отдает предпочтение двухэтапному методу лечения холецистохоледохолитиаза. Выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с различными видами литотрипсии и извлечения конкрементов холедоха и лапароскопическая холецистэктомия.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии.

Материалы и методы. В работе использовали лазерную установку Cogent (США), оснащенную YAG:Но-лазером, два эндовидеохирургических комплекса Karl Storz (Германия), фиброхоледохоскоп Karl Storz (Германия).

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. После выделения элементов шейки желчного пузыря клипируется и пересекается пузырная артерия. Также клипируется дистальный отдел пузырного протока. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока в холедох заводится



фиброхоледохоскоп. При невозможности введения холедохоскопа через пузырный проток выполняется холедохотомия. 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, через рабочий канал холедохоскопа подводят устройство для прицельной лазерной контактной литотрипсии. Конкремент захватывают корзинкой, фиксируют и 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.

Процедуру литотрипсии повторяют до тех пор, пока все фрагменты не мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости.

При необходимости холедох дренируют через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие. Дренажную трубку выводят наружу через один из троакаров передней брюшной стенки. Если холедох не дренируют, то культю пузырного протока клипируют, а холедохотомическое отверстие ушивают. Желчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком.

Результаты. С сентября 2003 г. описанным выше способом (патент РФ № 2334486) нами прооперировано 70 больных холецистохоледохолитиазом. Во всех случаях отмечалась механическая желтуха. У 39 больных конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха. В 31 случае конкременты свободно размещались в просвете холедоха. Для фиксации подвижных конкрементов при проведении прицельной литотрипсии использовалось устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ № 57584). В 50 случаях имели место деструктивные формы холецистита. Гнойный холангит отмечался в 26 случаях. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита или была выполнена холедохотомия.

У 2 больных операция закончилась лапаротомией в связи с затруднениями манипуляций в холедохе из-за выраженных явлений холангита и отека головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха. Все больные выписаны с выздоровлением.

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, 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.

Интраоперационный способ антеградного рассечения БДС лазером

ЛЕВЧЕНКО Н.В.^{1,2}, ХРЯЧКОВ В.В.¹, ШАВАЛИЕВ Р.Р.^{1,2}

¹Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Ханты-Мансийск, Россия

²БУ ХМАО — Югры «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

Введение. К настоящему времени одной из самых распространенных операций на большом дуоденальном сосочке является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). При ЭПСТ нередко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет проведение ЭПСТ, а иногда делает ее невозможной.

Целью исследования стали разработка и внедрение нового способа папиллотомии путем антеградного рассечения большого дуоденального сосочка излучением гольмиевого лазера.

Материалы и методы. В работе использовали лазерную установку Coherent (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 стенки холедоха в холедох заводится фиброхоледохоскоп. Проводится ревизия холедоха. При наличии стеноза по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводится гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя излучение YAG:Ho-лазера, производится рассечение большого дуоденального сосочка. Процедура выполняется в избранном режиме. После проведения папиллотомии холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа при необходимости устанавливается дренаж в просвет холедоха.

Результаты. С 2010 года описанным выше способом (патент РФ № 2449757) нами прооперировано 25 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Данным пациентам выпол-

нялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет при наличии холецистохоледохолитиаза одновременно выполнять холецистэктомию и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту.

Заключение. Считаю, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

Выбор метода хирургической коррекции синдрома механической желтухи неопухолевого генеза

ЛУПАЛЬЦОВ В.И., СИПЛИВЫЙ В.А., КОТОВЩИКОВ М.С., ВОРОЩУК Р.С.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Вследствие увеличения количества заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны отмечается повышение частоты обтурационного холестаза. Несмотря на прогресс в современной хирургии гепатобилиарной зоны вопросы выбора рациональной хирургической тактики лечения синдрома механической желтухи и ее осложненных форм не всегда удовлетворительны. И если при внедрении миниинвазивных вмешательств вопрос хирургической коррекции холецистохоледохолитиаза большинством хирургических коллективов решен в пользу двухэтапного лечения, то при других причинах возникновения синдрома механической желтухи вопросы его коррекции требуют своего разрешения.

Цель исследования: изучить эффективность эндоскопической папиллосфинктеротомии при синдроме механической желтухи с определением показаний к ее выполнению.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 104 больных с обтурационным холестазом, обусловленным холецистохоледохолитиазом, стенозом большого дуоденального сосочка (СБДС), папиллитом и билиарным панкреатитом. Средний возраст больных $58,9 \pm 1,5$ года. Гипербилирубинемия отмечена у всех анализируемых больных, средний показатель общего билирубина составлял свыше 100 мкмоль/л.

Причинами обтурационного холестаза у 86 больных был холецистохоледохолитиаз, у 11 — заболевания большого дуоденального сосочка (папиллит, рубцовая стриктура), у 3 — синдром Мирризи, у 4 — склерозирующий холангит. Наиболее частыми осложнениями механической желтухи при поступлении больных в стационар были холангит, печеночно-почечная недостаточность, энцефалопатия. Одним из наиболее опасных осложнений механической желтухи считаем билиарный панкреатит, выявленный нами у 7 больных. Причиной его развития является ущемленный в большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДПК) камень.

Всем пациентам проводили стандартное общеклиническое обследование с обязательным выполнением УЗИ, ФЭГДС с осмотром БСДПК. Комплекс клиничко-лабораторной диагностики был направлен на изучение предоперационного состояния жизненно важных органов и систем организма больного, коррекцию их расстройств и в первую очередь функционального состояния печени, учитывая ее первостепенное поражение при длительной холемии.

Результаты. Основой лечения больных с синдромом механической желтухи, обусловленной холецистохоледохолитиазом, являлось восстановление желчеоттока. При выборе двухэтапного метода оперативного лечения холецистохоледохолитиаза руководствовались прежде всего необходимостью раннего выполнения декомпрессии желчных путей с компенсацией осложнений, обусловленных холеемией. С этой целью 101 больному выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. После устранения внутрипротоковой гипертензии переходили ко второму этапу — устранению причинного фактора холедохолитиаза. В зависимости от выбора способа оперативного лечения на втором этапе больные распределились следующим образом: лапароскопическая холецистэктомию выполнена у 29 больных, холецистэктомию традиционным способом — у 32 больных. Выполненная ЭПСТ позволила значительно облегчить подготовку пациентов к выполнению второго этапа оперативного лечения.

Наиболее частыми осложнениями, с которыми нам пришлось встретиться, были острый послеоперационный панкреатит, развившийся у 8 (7,9 %) пациентов, у 6 больных отмечено кровотечение из БСДПК при его расстечении, наружный желчный свищ возник у 1 больного и у 1 — подпеченочный абсцесс. Умерла одна больная от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности.

Выводы. Выбор метода лапароскопической холецистэктомии у больных с синдромом механической желтухи должен сочетать в себе на первом этапе антеградную папиллосфинктеротомию, расширяющую возможности миниинвазивных вмешательств у больных не только с холецистохоледохолитиазом, но и другими причинными факторами.



Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов

МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н., СТРУКОВ Е.Ю.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Одной из основных проблем гепатобилиарной хирургии, несмотря на активное внедрение в клиническую практику современных диагностических и лечебных технологий, остается синдром механической желтухи доброкачественного генеза (МЖДГ). Не снижается число осложненных форм этой патологии (холестатическим гепатитом, холангитом, острым панкреатитом, сепсисом и т.д.) с увеличением числа больных старших возрастных групп. Даже в пределах одного региона нет единых лечебно-диагностических подходов, что сказывается на показателях летальности и инвалидизации больных.

С целью оптимизации лечебно-диагностической тактики при синдроме МЖДГ было проведено клиническое исследование 986 больных, направленное на выработку дифференцированного подхода и определение диагностических алгоритмов, а также хирургической тактики в условиях специализированного учреждения.

Комплексный клиничко-статистический анализ обследованных больных позволил выделить отдельные группы лиц в зависимости от тяжести анестезиологического и операционного риска, причины развития синдрома МЖДГ и прочих осложнений, влияющих на решение диагностических, тактических и технических задач.

Использование клиничко-лабораторных и инструментальных данных обеспечивает выделение достоверных критериев диагностики, исключающих дублирование или неадекватность их использования. Это обеспечило индивидуализацию диагностических алгоритмов. Их результативность способствовала определению тактических решений при обосновании одно- и двухмоментных операций.

Технические решения при использовании открытых, лапароскопических и миниинвазивных вмешательств, а также их сочетания во многом определялись адекватностью и эффективностью реализуемой программы интенсивной терапии, достоверно влияющей на результативность лечения таких больных.

Реализация дифференцированной лечебно-диагностической программы при синдроме МЖДГ в условиях специализированного стационара обеспечила снижение летальности до 4 % и достаточный уровень качества жизни больных.

Диагностическая тактика ведения пациентов с механической желтухой

**МАКАРОВ В.И., СТЕГНИЙ К.В., ЮДИН С.В., КОРОЛЕВ Д.Н., ШУМЕЙКО В.М., ДМИТРИЕВ О.Н.,
ЩЕПЕТИЛЬНИКОВА О.И., КОРОЛЕВ А.Н.**

ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения России, Владивосток, Россия

КГБУЗ «Владивостокская клиническая больница № 2», Владивосток, Россия

Цель исследования: улучшить результаты диагностики у больных с механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ данных историй болезни 321 пациента с механической желтухой, находившихся на лечении в отделении экстренной хирургии нашей клиники в 2007–2012 гг. Среди них с доброкачественными заболеваниями желчевыводящих путей (ЖВП) — 288 (89,7 %) и пациентов со злокачественными новообразованиями — 33 (10,3 %).

Результаты. Среди пациентов было 215 (67 %) женщин и 106 (33 %) мужчин, которые распределились по возрастным группам следующим образом: 20–40 лет — 20 чел., 41–60 лет — 78, 61–80 лет — 177, старше 80 лет — 46. Сроки с момента заболевания до поступления в отделение экстренной хирургии варьировали от нескольких часов до одного месяца. Причинами возникновения механической желтухи были доброкачественные заболевания: желчнокаменная болезнь, калькулезный холецистит и холедохолитиаз — 225 (70 %) случаев, рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков — 16 (5 %), хронический идуриативный панкреатит — 29 (9 %). Злокачественные процессы: опухоль головки поджелудочной железы — 38 (12 %), опухоли внепеченочных желчных протоков — 13 (4 %).

В диагностический алгоритм включены клиническое обследование, биохимические анализы крови, УЗИ, ЭРХПГ, МРХГ. УЗИ органов брюшной полости и взятие биохимического анализа крови выполнено 100 % больных, поступивших в отделение экстренной хирургии, в первые часы от поступления. При этом выявлены признаки билиарной гипертензии, причина, вызвавшая развитие механической желтухи, определен уровень окклюзии желчных протоков. ЭРХПГ выполнялась 211 больным, в 182 случаях она дополнена ЭПСТ. МРХГ выполнялась по строгим показаниям в трудных диагностических ситуациях. Причина механической желтухи после этих исследований была установлена в 100 % случаев.

Заключение. Обследование больных механической желтухой, поступающих в экстренном порядке в хирургическое отделение, должно быть комплексным, срочным, информативным. С целью определения причины механической желтухи на первом этапе показано УЗИ, при котором диагноз устанавливается у 75 % больных. В неясных

случаях (до 25 %) проводится второй этап исследований, в ходе которого, в зависимости от полученных при УЗИ результатов, выполняются МРХГ или ЭРХПГ, которые позволяют выставить правильный и окончательный диагноз.

Возможности определения критериев тяжести неопухолевых механических желтух

МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., НУРОВ З.Х., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ.

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

Цель исследования: определение тяжести течения механической желтухи (МЖ) неопухолевого генеза по критериям, разработанным в клинике.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 156 пациентов с МЖ неопухолевого генеза за период с 2004 по 2012 г. Возраст больных варьировал от 19 до 89 лет. Среди них женщины составили 55,8 %, мужчины — 44,2 %.

Среди причин возникновения МЖ превалировал холедохолитиаз — 60,9 % (n = 95), прорыв эхинококковой кисты во внепеченочные ЖП составил 19,2 % (n = 30), стриктура холедоха — 14,7 % (n = 23) и панкреонекроз — 5,2 % (n = 8) случаев. Для дифференциальной диагностики МЖ применяли клинико-лабораторные, неинвазивные (УЗИ, ФГДС, МРХПГ, МСКТ) и инвазивные (ЭРХПГ, ЧЧХГ) методы.

Результаты. Для диагностики МЖ немаловажное значение имел биохимический анализ крови, при котором отмечалось резкое увеличение концентрации прямого и непрямого билирубина, щелочной фосфатазы, умеренное повышение активности трансаминаз и альдолазы. Зачастую изложенные изменения у пациентов сопровождались также увеличением содержания липидов, лецитина и свободного холестерина.

Особый акцент при исследовании сделан на показателях свертывающей системы крови, прежде всего протромбиновом индексе, так как в зависимости от тяжести МЖ имелось его пропорциональное снижение. С учетом вышеуказанного в клинике разработаны критерии тяжести МЖ для определения тактики одно- и (или) двухэтапных вмешательств, включая миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем. При тяжести желтухи «А» количество баллов составило от 4 до 5, при этом показатели билирубина до 100 мкмоль/л составили 1 балл; уровень белка 64–74 г/л — 2 балла; протромбиновый индекс по Квику 78–88 % — 2 балла; отсутствие картины холангита — 0 баллов. Тяжесть желтухи «В» от 6 до 7 баллов: билирубин 100–200 мкмоль/л — 2 балла; уровень белка 54–64 г/л — 2 балла; протромбиновый индекс 68–78 % — 2 балла и картина умеренного холангита — 1 балл. Тяжесть желтухи «С» более 9 баллов: билирубин более 200 мкмоль/л — 3 балла; уровень белка ниже 54 г/л — 3 балла; протромбиновый индекс ниже 68 % — 3 балла и картина выраженного холангита — 3 балла.

Анализ результатов исследования показал, что разработанные критерии дали возможность распределить больных по степени тяжести и соответственно выбирать тактику лечения. Эффективными способами ликвидации билиарной гипертензии у пациентов с тяжестью «В» и «С» считались различные виды эндоскопической декомпрессии (n = 41) и чрескожная чреспеченочная холангиостомия (n = 26), которые выполняли в сочетании с ЭРХПГ и ЧЧХГ. Сравнительной оценке подверглась возможность выполнения этих видов декомпрессии желчевыводящих протоков, их эффективность в разрешении желтухи составила 93,3 %.

Заключение. Больным с тяжестью МЖ «В» и «С» и наличием сопутствующих заболеваний целесообразно выполнение двухэтапных вмешательств с применением на первом этапе миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем и эндоскопические операции. При тяжести МЖ «А» возможно выполнение одномоментных радикальных операций.

Методы эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей в зависимости от причины механической желтухи

МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., НУРОВ З.Х., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой применением эндоскопических вмешательств.

Материалы и методы. В исследовании участвовали 57 пациентов с механической желтухой, которым с целью декомпрессии ЖВП были применены эндоскопические вмешательства. В 30 (52,6 %) случаях механическая желтуха была связана с холедохолитиазом, в 23 (40,3 %) — с объемными образованиями печени и в 4 (7,1 %) случаях — с рубцовыми стриктурами большого дуоденального сосочка. Для декомпрессии билиарной гипертензии применяли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (n = 57), ревизию желчных протоков с помощью корзинки Дормиа и катетера Фогерти с возможной контактной литотрипсией и литоэкстракцией (n = 28), назобилиарное дренирование (n = 6) и эндоскопическое удаление фрагментов хитиновой оболочки эхинококковых кист (n = 18).

Результаты. ЭПСТ показала высокую результативность при устранении желтухи, обусловленной холедохолитиазом, рубцово-воспалительными стриктурами терминального отдела общего желчного протока, стенозирующим папиллитом.



При выявлении конкрементов в гепатикохоledохе ЭПСТ всегда дополняли ревизией последнего, в случае необходимости — контактной литотрипсией и (или) литоэкстракцией, эффективность которой составила 93,3 %. Необходимость в назобилиарном дренировании возникала при выраженной желтухе и наличии холангита в условиях, когда санация гепатикохоledоха оказалась неполной и желчеотток не был окончательно восстановлен. Назобилиарный дренаж позволял промывать желчные протоки растворами антибиотиков и антисептиков, что способствовало быстрой ликвидации холангита.

Выполнить декомпрессию ЖВП оказалось невозможным у 4 (7,0 %) больных, что было обусловлено грубой деформацией и анатомическими особенностями в области папиллы, интрадивертикулярным расположением БСДК, техническими проблемами. В этих ситуациях разрешения МЖ удалось добиться путем выполнения чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) в 2 наблюдениях, путем повторного эндоскопического вмешательства в 1, с помощью оперативного вмешательства в 2 случаях.

Из осложнений ЭРХПГ и различных видов эндоскопической декомпрессии отмечали только реактивный панкреатит (n = 6).

В 1 (9,1 %) наблюдении после ЧЧХС желтуху разрешить не удалось, отмечалось дальнейшее нарастание гипербилирубинемии. При повторном дренировании под УЗ-контролем удалось получить удовлетворительный результат. В 2 (6,4 %) наблюдениях после ЧЧХГ и ЧЧХС было отмечено желчеистечение, не потребовавшее хирургического вмешательства. Летальных исходов, связанных с исследованием и дренированием, не было отмечено.

Заключение. Дифференцированный подход к больным с механической желтухой, с учетом выявления характера желчной гипертензии, причины и уровня блока, на определенном уровне дает возможность эндоскопическими вмешательствами произвести декомпрессию ЖВП с восстановлением пассажа желчи.

Вопросы диагностики и лечения проксимальных неопухолевых обструкций билиарного тракта

*МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., АБДУЛЛАЕВА А.З., МАМЕДОВА Э.П.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России, Махачкала, Россия*

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 53 больных с рубцовыми проксимальными обструкциями билиарного тракта (БТ). Пациентов с посттравматическими стриктурами было 47 (88,7 %); поствоспалительными стриктурами — 5 (9,4 %); с эхинококкозом — 1 (1,9 %). У 36 (67,9 %) пациентов в анамнезе лапароскопическая холецистэктомия. В 26 (49,4 %) случаях факт повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) установлен интраоперационно или в ближайшем послеоперационном периоде. В 7 случаях в прошлом была выполнена операция по поводу холедохолитиаза и тотального гнойного холангита, а в одном наблюдении — по поводу прорыва эхинококковой кисты в БТ. Все пациенты по типу стриктуры (Гальперин Э.И. и соавт., 2011) были распределены на 5 групп «+2» — 14; «+1» — 12; «0» — 16; «-1» — 7; «-2» — 4. Для определения уровня обструкции БТ наряду с общепринятыми исследованиями всем пациентам выполнены УЗИ и МРТ. В 11 (21,0 %) случаях была использована одноэтапная тактика хирургического лечения и выполнены следующие оперативные вмешательства — резекция ЖП и гепатикоюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки — 6 (54,7 %); бигепатикоюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки — 3 (27,2 %); тетрагепатикоюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки — 2 (18,1 %).

Двухэтапная тактика предпринята в отношении 42 (79,0 %) больных. Первым этапом выполнялась чрескожная чреспеченочная декомпрессия БТ. На втором этапе лечения проведены следующие вмешательства: резекция ЖП и гепатикоюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки — 17 (40,5 %); бигепатикоюностомия на изолированной по Ру петле тощей кишки — 22 (52,3 %); тетрагепатикоюностомия — 3 (7,2 %).

Результаты. Интраоперационные осложнения в виде кровотечения были отмечены в 4 (7,3 %) наблюдениях. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения отмечены в 8 (15,0 %) случаях. Из них несостоятельность билиодигестивного анастомоза — 2; аррозивное кровотечение — 1; биломы — 3. Печеночная недостаточность в послеоперационном периоде прогрессировала в 1 наблюдении. Нагноение послеоперационной раны имело место в 1 случае. Летальность в ближайшем послеоперационном периоде составила 3,5 %. В ближайшем послеоперационном периоде явления холангита имели место у 19 (35,8 %) больных. В отдаленном послеоперационном периоде стеноз билиодигестивных анастомозов отмечен в 6 (11,3 %) наблюдениях.

Заключение. Наиболее чувствительным, специфичным и точным методом диагностики высоких окклюзий ЖП является МР-холангиопанкреатография. Основным видом хирургического лечения является наложение билиодигестивных анастомозов. Билиодигестивные анастомозы с целью профилактики рефлюкс-холангита желательнее выполнять с изолированной по Ру петлей тощей кишки длиной не менее 100 см. При малом диаметре ЖП, наличии воспалительно-склеротических изменений и явлений холангита целесообразно выполнение «каркасного» дренирования.

Хирургическая тактика при осложненных формах желчнокаменной болезни

МИРОНОВ В.И., ОСТАПИШИН В.Д., БАШЛЫКОВ Д.В.

*ФГБУ «Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации ФМБА», Сочи, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Иркутск, Россия*

Последние тенденции в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) позволили пересмотреть подходы к решению механической желтухи (МЖ) каменного генеза. Широкое внедрение в клиническую практику лапароскопических методов медицинской визуализации позволяет уже на ранних этапах купировать МЖ, а заключительные вмешательства проводить в более благоприятных условиях, с меньшим риском и в меньшем объеме.

Цель исследования: разработать лечебную тактику при осложненных формах желчнокаменной болезни (ЖКБ).

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета и в клинике Научного центра курортологии и реабилитации г. Сочи накоплен опыт лечения 270 пациентов с неотложными состояниями, обусловленными ЖКБ и ее осложнениями.

Результаты. При разработке подходов к лечению такого рода пациентов считаем правильным весь контингент разделить на группы. В основу деления положена «доля участия» желтухи в формировании неотложной хирургической ситуации, учет характера и особенностей ее течения.

В I группу (81) вошли пациенты, у которых неотложная хирургическая ситуация была вызвана острыми гнойно-воспалительными изменениями в брюшной полости (перитонит, гнойно-воспалительные изменения в желчном пузыре, экстрапузырные осложнения), а МЖ выражена незначительно. У таких больных основной акцент лечебных мероприятий должен быть сделан на ликвидацию очага деструкции, а решение проблем, связанных с МЖ, осуществляется попутно. Пациентов этой группы считали возможным оперировать в экстренном или срочном порядке в сроки 24–48 часов с момента поступления в клинику при отсутствии эффекта от консервативной терапии, нарастании гнойной интоксикации и перитонеальных симптомов.

Ко II группе (135) отнесли пациентов, у которых неотложная хирургическая ситуация обусловлена МЖ и ее осложнениями (гнойный холангит, нарастающая интоксикация, прогрессирующие печеночные нарушения), а острые патологические проявления со стороны брюшной полости имеют второстепенное значение. Приоритет МЖ диктовал необходимость перехода к тактике двухэтапного лечения. Ключевым моментом первого этапа являлось устранение желчной гипертензии любым из доступных способов. Временная декомпрессия желчных путей в сочетании с консервативными мероприятиями позволяет купировать воспалительные изменения в желчных протоках, уменьшить клиническую симптоматику, снизить холемическую интоксикацию, улучшить функциональное состояние печени. В неотложном порядке таких больных оперировали лишь в тех случаях, если попытки предварительного дренирования желчных путей терпели неудачу, либо в ходе предварительного дренирования не удавалось ликвидировать проявления, обусловленные МЖ.

III группу (14) составили пациенты, у которых неотложная хирургическая ситуация в равной степени определялась острыми проявлениями со стороны брюшной полости и наличием МЖ. У них имело место сочетание разлитого желчного перитонита и глубокой холемической интоксикации. Такие больные должны быть оперированы в экстренном порядке, невзирая на возраст, сопутствующую соматическую патологию, высокую билирубинемия.

К IV группе (40) отнесли пациентов, у которых экстренную ситуацию удавалось ликвидировать консервативными мероприятиями в ранние сроки после госпитализации в хирургический стационар (40). Им не требуется предварительная коррекция желчеотведения и неотложная операция. Такие больные могут быть оперированы в плановом порядке.

Выводы. Применение разработанных принципов лечения МЖ позволило снизить летальность в группе пациентов с осложненными формами ЖКБ до 2,7 %.

Выбор метода декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе неопухолевого генеза

МУГАТАРОВ И.Н., КАМЕНСКИХ Е.Д., БЫКОВ А.В., ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф.

*ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения России, Пермь, Россия*

Цель исследования: выбор оптимального способа декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе неопухолевого генеза.

Материалы и методы. С 2006 по 2012 г. пролечено 45 пациентов с механической желтухой неопухоле-



вого генеза в возрасте от 45 до 81 года, из них 22 — с холедохолитиазом, 5 — со стенозом билиодигестивных анастомозов, 10 — с псевдотуморозным панкреатитом, 8 — со стенозом дистального отдела холедоха. В 62,2 % (n = 28) случаев были выполнены чрескожные чреспеченочные оперативные вмешательства: наружное дренирование внутрипеченочных желчных протоков — в 35,7 % (n = 10), дренирование холедоха — в 28,6 (n = 8), дренирование желчного пузыря — в 17,9 (n = 5), внутреннее дренирование — в 7,1 (n = 2), стентирование желчных протоков — в 10,7 % (n = 3) случаев. В 37,8 % (n = 17) случаев наложены билиодигестивные анастомозы: холедоходуоденоанастомоз — в 64,7 % (n = 11), гепатикоеюноанастомоз по Ру — в 35,3 % (n = 6).

Результаты. Максимальные показатели общего билирубина составили $725,4 \pm 36,2$ мкмоль/л. После чрескожных чреспеченочных оперативных вмешательств снижение билирубина до $185,4 \pm 11,7$ мкмоль/л отмечено на 5–7-е сутки, а после наложения билиодигестивных анастомозов регресс желтухи до показателей билирубина $140,6 \pm 24,2$ мкмоль/л наступил на 14–16-е сутки. Среди осложнений при выполнении чрескожных чреспеченочных вмешательств у одного пациента возникло внутрибрюшное кровотечение, по поводу которого выполнена лапаротомия, гемостаз. Летальных исходов не было. После наложения билиодигестивного анастомоза в 5,95 % (n = 1) случаев была несостоятельность анастомоза, потребовавшая релапаротомии. Пациент умер от распространенного перитонита. В 5,9 % (n = 1) случаев отмечено кровотечение из анастомоза, по поводу которого выполнена релапаротомия и гемостаз.

Заключение. Чрескожные чреспеченочные дренирующие операции под сонографическим и рентгенологическим контролем являются менее травматичными способами декомпрессии билиарного тракта и могут использоваться либо с целью снижения желчной гипертензии перед радикальной операцией, либо как самостоятельный вид лечения. Наиболее грозным осложнением этих вмешательств является кровотечение. Нормализация функции печени значительно быстрее наступает в результате чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков, чем после наложения билиодигестивных анастомозов.

Хирургические вмешательства при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищах

НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., САЙДАЗИМОВ Е.М., НИШАНОВ М.Ш., РИСКИЕВ А.А.
*Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова,
Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей (ВЖП).

Материалы и методы. В нашей клинике с 1976 по 2012 г. находились на лечении 638 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха. В диагностический комплекс включены: ультразвуковая сонография печени и желчных путей; эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография; чрескожная чреспеченочная холангиография; МРТ-холангиография; фистулография; бактериологические исследования.

Результаты. Причинами образования рубцовых стриктур и свищей явились: повреждение желчных протоков и их неадекватное дренирование при холецистэктомии (92 %), при резекции желудка (4,7 %) и при эхинококкэктомии печени (3,3 %). При ревизии гепатобилиарной зоны выявлены следующие виды повреждений, приведших к образованию рубцовых стриктур и наружных свищей желчных протоков: 1) пересечение и прошивание гепатикохоледоха и его ветвей (45,2 %); 2) пристеночная или полная перевязка холедоха в области впадения пузырного протока (27,6 %); 3) повреждение и рубцовые стриктуры супрадуоденальной части холедоха (21,5 %); 4) повреждение общего желчного протока при резекции желудка (5,7 %).

Для восстановления адекватного пассажа желчи применяли операции двух видов: восстановительные и реконструктивные. Восстановительные операции были выполнены у 100 (15,7 %) пациентов. Из этого числа первичный шов на Т-образном дренаже — у 67, билио-билиарное анастомозирование на сменном транспеченочном дренаже — у 16, рассечение протока в продольном направлении и сшивание в поперечном (по Микуличу) — у 10, пластика обширного дефекта на передней стенке холедоха — у 7 больных.

Реконструктивные операции предприняты у 538 (84,3 %) больных. Из них гепатико-дуоденоанастомоз выполнен 135 (25 %) больным. При высоких повреждениях гепатикохоледоха производился гепатикоэнтероанастомоз с энтеро-энтероанастомозом по Брауну 176 (32,7 %) пациентам. Бигепатикоэнтероанастомоз выполнен у 33 (6,1 %) больных. В редких случаях произведен гепатикогастроанастомоз (6 больным — 1,1 %). У 6 (1,1 %) больных с проксимальной стриктурой гепатикохоледоха для обеспечения надежного функционирования анастомоз дополнялся наружным дренированием по Фелькеру — Вахидову, а у 72 (13,4 %) — транспеченочным дренажем по Сейпол — Куриану. Дренажи сохранялись в просвете анастомоза 1,5–2 года и при необходимости обновлялись. Гепатикоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле выполнен у 328 (60,9 %) пациентов.

Из 538 оперированных по поводу повреждений, рубцовых стриктур и наружных желчных свищей раз-

личные послеоперационные осложнения отмечены у 112 (20,8 %) больных, из числа которых специфические осложнения отмечены у 48 (8,9 %): несостоятельность швов анастомоза — у 9, кровотечения из зоны анастомоза — у 15, гнойный холангит — у 19, аррозивное кровотечение из зоны анастомоза — у 5 больных. Летальность составила 7,6 %.

У 86 больных выполнены эндоскопические трансдуоденальные вмешательства, в том числе 19 стентирований, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6–8 суток. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

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

Методы эндобилиарного стентирования, при наличии условий, являются одним из допустимых способов коррекции ятрогенных повреждений ВЖП.

Выбор оптимальной тактики хирургического лечения осложненных форм неопухоловой обтурационной желтухи

НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И.

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

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

Цель исследования: определить объективные критерии выбора оптимальной хирургической тактики лечения больных с неопухоловой обтурационной желтухой (НООЖ), учитывая исходную тяжесть печеночной недостаточности (ОПН), с оценкой ее эффективности.

Материалы и методы. В работе анализируются результаты хирургического лечения 510 больных с НООЖ после использования оригинальной прогностической шкалы оценки тяжести состояния и прогнозирования послеоперационных осложнений на предоперационном этапе в зависимости от выбранной хирургической тактики — одномоментной радикальной операции или этапных хирургических вмешательств у больных контрольной (260) и основной (250) групп. На этапе предоперационной подготовки осуществлялась стратификация больных с НООЖ с учетом тяжести исходной ОПН и разработанных оригинальных критериев на группы риска в зависимости от прогнозирования возникновения послеоперационных осложнений: 1) группа (А) низкого риска (12–19 баллов) — показана одномоментная радикальная коррекция причинной билиарной патологии; 2) в группах высокого (С) (36–42) и очень высокого риска (D) (≥ 43) — однозначный выбор этапной тактики: на 1-м этапе — паллиативная щадящая дозированная декомпрессия малоинвазивными технологиями (ЧЧМХС, ЧЧХС, стентирование, папилло-(сфинктеро-)томия с назобилиарным дренированием); на 2-м этапе после стабилизации функционального состояния печени и уменьшения баллов тяжести состояния — радикальное вмешательство; 3) группа среднего (В) (20–35) риска требует оценки тяжести в динамике под воздействием предоперационной подготовки: если в процессе наблюдения оценка уменьшается, то осуществляют одномоментную радикальную операцию; если оценка не изменяется, показана реализация этапной хирургической тактики малоинвазивными щадящими дозированными методами.

Результаты. Разработка оптимизированных подходов к дифференцированному выбору хирургической тактики, диагностических алгоритмов и протоколов периоперационного консервативного сопровождения способствовала уменьшению послеоперационных осложнений на 10,26 % — с 16,87 до 6,61 %, постдекомпрессионной ОПН на 9,19 % — с 10,84 до 1,65 %, летальности на 6,4 % — с 7,23 до 0,83 % и перераспределению структуры выполненных оперативных вмешательств в пользу малоинвазивной коррекции, что уменьшило количество осложнений после лапаротомных вмешательств на 10,8 % — с 13,24 до 2,44 % и гнойно-септических осложнений на 6,18 % — с 7,83 до 1,65 %, что в совокупности уменьшило количество релапаротомий на 5,8 % — с 6,63 до 0,83 %.

Выводы. Создание прогностической шкалы предоперационной оценки риска послеоперационных осложнений позволяет формировать категории больных с НООЖ, определяя показания к одномоментным радикальным вмешательствам и к реализации этапной хирургической тактики, обосновывая методы их реализации, что, в свою очередь, уменьшило количество одномоментных радикальных операций с 63,84 до 48,4 % и увеличило частоту реализации этапной тактики с 36,15 до 51,6 %.



Прогнозирование и оценка отдаленных результатов хирургической коррекции неопухолевой обтурационной желтухи

НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И.

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

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

Цель исследования: разработка объективных критериев адекватной оценки и прогнозирования оптимальных отдаленных результатов хирургической коррекции неопухолевой обтурационной желтухи (НООЖ).

Материалы и методы. В работе анализируются результаты хирургического лечения 510 больных с НООЖ после коррекции доброкачественной билиарной патологии лапаротомными (наружное дренирование холедоха, билиодигестивный анастомоз (БДА) с тонкой кишкой и ДПК) и малоинвазивными методами (эндоскопическими — папиллотомия, папиллосфинктеротомия, назобилиарное дренирование, стентирование; лапароскопическими — холедохотомия с наружным дренированием, операции через культю пузырного протока). Для объективной оценки отдаленных результатов хирургического лечения больных с НООЖ в клинике разработаны критерии на основе исследования состава желчи: 1) определение в желчи ИЛ-1, IgA, оценивая угрозу микробной транслокации и степень дуоденобилиарного рефлюкса; 2) определение в желчи холестерина, ДК, МДА, МСМ, оценивая степень восстановления функций печени. Оценку качества жизни проводили через 12 месяцев после операции путем анкетирования (опросник Outcomes Study Short Form (SF-36, J.E.Ware, 1988), редакция Межнационального центра исследования качества жизни (Санкт-Петербург, 1998)).

Результаты. На основании результатов исследования состава желчи осуществили оценку влияния различных методов хирургической коррекции на функцию большого дуоденального сосочка (БДС) и степень автономности билиарной системы в отдаленном периоде, что позволило стратифицировать их по степени послеоперационной безопасности: 1) лапароскопическое или лапаротомное наружное дренирование холедоха (сфинктеросохраняющие вмешательства); 2) эндоскопическое стентирование и папиллотомия (сфинктеросажающие вмешательства); 3) папиллосфинктеротомия (сфинктероразрушающие вмешательства); 4) БДА (сфинктероразрушающие вмешательства), причем степень негативного влияния максимальна после БДА с ДПК.

Выводы. Характер отдаленных результатов хирургического лечения больных с НООЖ определяется снижением качества жизни вследствие увеличения доли сфинктероразрушающих операций (ЕПСТ до 50 %) в структуре вмешательств декомпрессионного этапа и сфинктероразрушающих операций (БДА до 32,3 %, преимущественно с ДПК — 84,5 %) в структуре радикального этапа хирургического лечения, которые нарушают функцию БДС и уменьшают автономность билиарной системы, и выявленных на основе биохимического исследования желчи недостатков в осуществлении послеоперационной реабилитации разных категорий оперированных пациентов. Разработка и использование профилей влияния выбранной хирургической тактики и методов оперативной коррекции на отдаленные результаты лечения, алгоритмов послеоперационной реабилитации и контроля за ее эффективностью в группах диспансерного наблюдения сопровождались повышением качества жизни оперированных больных: по физическому компоненту здоровья — на 48,7 % (функционирование: физическое — на 7,33 %, ролевое — на 21,41 %, интенсивность боли — на 5,85 %, общее состояние здоровья — на 14,11 %), по психологическому компоненту здоровья — на 37,48 % (жизненная активность на 10 %, функционирование: социальное — на 9,54 %, ролевое — на 14,17 %, психическое здоровье — на 3,77 %).

Прогностическая шкала предоперационной оценки риска развития послеоперационных осложнений у больных с неопухолевой обтурационной желтухой

НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И.

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

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

Цель исследования: создание прогностической, практически ориентированной шкалы для оценки риска развития послеоперационных осложнений у больных с осложненными формами неопухолевой обтурационной желтухи (НООЖ).

Материалы и методы. В работе анализируются результаты хирургического лечения 510 больных с НООЖ после использования оригинальной прогностической шкалы оценки тяжести состояния и прогнозирования послеоперационных осложнений. Шкала оценки риска послеоперационных осложнений включает прогностически значимые критерии 4 блоков: 1) анамнестический: возраст — 60–69 (1), 70–79 (2), больше 80 (3); пол — женский (1), мужской (2); длительность холестаза — 1–7 (1), 7–14 (2), 14–21 (3), больше 21 суток (4); перенесенные операции на желчных протоках: ХЕ (1) — лапароскопическая, открытая; папиллосфинктеротомия (2) — ЕПСТ, трансдуоденальная; билиодигестивные анастомозы (3) — ХДА, ХЕА; 2) клинический: температура — 37–37,9 (1),

38–38,9 (2), больше 39°C (3); диурез — 1000–700 (1), 700–500 (2), меньше 500 мл (3); оценка значимой соматической патологии: цирроз печени, сахарный диабет — компенсация (1), субкомпенсация (2), декомпенсация (3); сердечная недостаточность — СН1 (1), СН2 — 2А (2), 2В (3), СН3 (5); нарушения сердечного ритма и проводимости (5); 3) лабораторно-инструментальный: лейкоцитоз — 9–14,9 (1), 15–19,9 (2), больше 20 • 10⁹/л (3), общий билирубин — 50–99 (1), 100–199 (2), 200–299 (3), больше 300 мкмоль/л (4); протромбиновый индекс — 90–80 % (1), 79–60 % (2), 59–40 % (3), меньше 39 % (4); результаты УСГ — признаки острого холецистита (2); признаки длительности НОЖ по диаметру холедоха — 10–20 мм (2), больше 20 мм (3); 4) блок диагностических индексов (8 предикторов ОПН — общий билирубин, ЕКА, НвА1с, фибриноген, общий белок, ЗКА, МСМ, глюкоза): 1) (билирубин общий/билирубин прямой)/(общий белок/ЗКА) = 2,15–2,39: 1,8–2,14 — 1, 1,4–1,79 — 2, 0,8–1,39 — 3, 0,79 и меньше — 4; 2) (билирубин общий/билирубин прямой)/(ЗКА/ЕКА) = 3,1–3,4: 3,0–2,5 — 1, 2,4–1,8 — 2, 1,7–1,2 — 3, 1,1 и меньше — 4; 3) (глюкоза/НвА1с)/(альбумин/фибриноген) = 0,05–0,07: 0,071–0,1 — 1, 0,11–0,14 — 2, 0,141–0,18 — 3, 0,181 и больше — 4.

Результаты. 1) Низкий риск (А) — 12–19 — одноэтапная радикальная операция; 2) средний риск (В) — 20–35 — оценка тяжести в динамике после предоперационной терапии: если оценка уменьшается, то тактика А; если оценка не уменьшается, то тактика С-Д; 3) высокий риск (С) — 36–42; 4) очень высокий риск (D) — ≥ 43 — однозначный выбор этапной тактики: на 1-м этапе малотравматическая паллиативная щадящая дозированная малоинвазивная декомпрессия (ЧЧМХС, ЧЧХС, стентирование, ЕПТ с НБД), на 2-м этапе после стабилизации функции печени — радикальная оперативная коррекция.

Выводы. Использование прогностической шкалы формирует категории больных, определяя показания к одноэтапным радикальным и этапным вмешательствам и методы их хирургической реализации.

Профиль послеоперационной безопасности методов билиарной декомпрессии для больных с осложненной неопухоловой обтурационной желтухой

НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И.

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

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

Цель исследования: определить критические моменты послеоперационного периода, связанные с риском постдекомпрессионной дисфункции печени, после выполнения билиарной декомпрессии больных с неопухоловой обтурационной желтухой (НОЖ).

Материалы и методы. В работе анализируются результаты хирургического лечения 510 больных с НОЖ (возраст 61,7 ± 0,61 года: женщин 61,6 % (314) (62,4 ± 0,79), мужчин — 38,4 % (196) (60,6 ± 0,96); до 60 лет — 38,2 % (195), после 60 лет — 61,8 % (315); 84 % (428) с соматической патологией; контрольная группа — 260, основная — 250). Причины НОЖ: холедохолитиаз — 80,8 % (412), резидуальный холедохолитиаз — 5,8 % (30), их комбинация с другими осложнениями ЖКБ — 9,8 % (50), 3,6 % (18) (тубулярный стеноз — 15, рубцовая стриктура — 32, стенозирующий папилит — 18, стенозирование ХДА — 3). Степень печеночной недостаточности (ОПН) (по В.А. Вишневский, 2003): легкая степень — латентная — 62 (12,2 %) и субкомпенсированная стадия — 74 (14,4 %), средняя степень — 215 (42,2 %), терминальная стадия (билирубинемия ≥ 201 мкмоль/л) — 159 (31,2 %). Лабораторный мониторинг осуществлялся в пределах 9 синдромов при госпитализации, после предоперационной подготовки и в послеоперационном периоде на 1, 3, 5, 7, 9, 12, 15, 18-е сутки: системное воспаление, иммунореактивность, антиоксидантный дисбаланс, цитопатическая гипоксия, эндотелиальная дисфункция, функциональное состояние печени, эндотоксемия, липидный и углеводный обмен (62 показателя и 10 индексов), что сформировало первичную базу данных для последующей их статистической обработки методами дисперсионного и мультифакторного корреляционно-регрессионного анализа с построением прогностических кривых и моделей.

Результаты. Для диагностики максимального риска развития послеоперационных осложнений (ОПН) после использования методов наружной и внутренней билиарной декомпрессии определены их специфические критические постдекомпрессионные моменты на основе мониторинга прогностических предикторов осложнений: системного воспаления (фибриноген), антиоксидантного дисбаланса (малоновый диальдегид, холестерин, каталаза, церулоплазмин), функционального состояния печени (орнитилкарбомоилтрансфераза), эндотоксемии (гликогемоглобин, эффективная концентрация альбумина, среднемолекулярные пептиды, сорбционная способность эритроцитов), углеводного (глюкоза) и липидного (липопротеины высокой и низкой плотности) обмена, после чего построены прогностические кривые, которые классифицировали все хирургические методы билиарной декомпрессии по шкале их послеоперационной безопасности.

Выводы. По степени послеоперационной безопасности относительно риска постдекомпрессионной ОПН у больных с НОЖ методы билиарной декомпрессии классифицированы так: А) наружная: 1) чрескожные чреспеченочные вмешательства (ЧЧМХС, ЧЧХС); 2) эндоскопические вмешательства (ЭПСТ или ЭПТ) с назоби-



лиарным дренированием; 3) лапаротомное наружное дренирование; 4) лапароскопическая холедохостомия; Б) внутренней: 1) эндоскопические вмешательства (ЭПСТ или ЭПТ); 2) эндоскопическое стентирование; 3) билиодигестивный анастомоз с тонкой кишкой (ХЕА); 4) билиодигестивный анастомоз с ДПК (ХДА).

Рациональная хирургическая тактика при осложненном холедохолитиазе

НИЧИТАЙЛО М.Е., ОГОРОДНИК П.В., ДЕЙНИЧЕНКО А.Г.

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

Согласно данным литературы, заболеваемость желчнокаменной болезнью на сегодняшний день остается высокой и в структуре заболеваний органов пищеварения составляет около 30–40 %. Нами исследованы результаты эндоскопического лечения 3510 больных с осложненными формами холедохолитиаза, находящихся в отделении лапароскопической хирургии и холелитиаза в период с 2000 по 2013 г. К осложненным формам холедохолитиаза относим: множественный холедохолитиаз, фиксированные конкременты дистального отдела общего желчного протока (ОЖП), крупные камни ОЖП, вклиненные конкременты большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), синдром Мириizzi, болезнь Кароли.

В результате проведенного исследования множественный холедохолитиаз выявлен у 1110 (31,6 %) пациентов с холедохолитиазом. При лечении данной патологии использовали активную (одноэтапную) и активно-выжидательную (многоэтапную) тактику, что позволило в 94,6 % случаев достичь успешных результатов лечения и в 3–4 этапа полностью санировать желчные протоки пациентов.

Фиксированные конкременты желчных путей встречались у 360 (10,3 %) больных. В таких клинических ситуациях применяли следующие приемы: смещение конкремента с зоны вклинения в проксимальном направлении биопсионными щипцами либо металлическим тубусом литотриптера, а также дробление конкремента литотрипторной корзиной, проведенной в протоки мимо фиксированного камня по гидрофильной струне.

Механическую литотрипсию при крупных (> 15 мм) конкрементах выполняли у 1397 (39,8 %) пациентов. Как показал анализ результатов лечения больных с конкрементами > 25 мм в диаметре, эндоскопическое лечение часто бывает безуспешным, что связано, как правило, с невозможностью захватить конкремент корзиной литотриптера. С целью ликвидации высокой механической желтухи и гнойного холангита мы применяли эндобилиарное стентирование у 33 (0,9 %) пациентов пожилого возраста с единичными конкрементами и тяжелой сопутствующей патологией. Все остальные случаи подлежали оперативному лечению, преимущественно из лапароскопического доступа.

Среди больных холедохолитиазом частота локализации камней в ампуле БСДК составляет от 5 до 15 %, мы наблюдали это явление у 550 (15,7 %) пациентов с холедохолитиазом. В нашей клинике все больные с вклиненными камнями БСДК подлежали эндоскопическому лечению, преимущественно с использованием атипичической торцевой папиллотомии. ЭТПВ при синдроме Мириizzi являются достаточно трудоемкими и нередко безрезультативными. У 19 пациентов при помощи механического литотриптера удалось обойти и фрагментировать причинный конкремент. У 24 больных с высокой механической желтухой и симптомами гнойного холангита предоперационно произведены различные варианты назобилиарного дренирования и временного эндобилиарного стентирования. У 10 пациентов с широким холецистохоледохоальным свищом через свищевое отверстие были эндоскопически удалены также и все конкременты из желчного пузыря.

Эндоскопическое лечение при болезни Кароли было предпринято нами у 7 (0,2 %) больных. Частичное удаление причинных конкрементов выполнялось путем многократных этапных инструментальных ревизий и последующих санаций кистозно-расширенных протоков растворами антисептиков.

Осложнения ЭТПВ наблюдали у 5,1 % больных. Среди осложнений преобладали кровотечения и легкие формы острого панкреатита, в большинстве случаев поддающиеся эндоскопическому и консервативному лечению.

Выводы. Опыт применения различного лечебно-диагностического алгоритма показывает, что использование преимуществ миниинвазивных технологий позволяет эффективно лечить пациентов с осложненными формами холедохолитиаза, существенно сокращая сроки послеоперационной и трудовой реабилитации больных.

Современный подход к выбору хирургической тактики неопухолевых механических желтух

НУРОВ З.Х., МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ.

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

Цель исследования: оценить возможность миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем при неопухолевых механических желтухах (МЖ).

Материалы и методы. Анализу подвергнут 31 пациент с МЖ неопухолевого генеза, которым произведены чрескожно-чреспеченочные вмешательства под УЗ-контролем. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 89 лет. Моложе 60 лет было 16 больных, в возрасте от 60 до 69 лет — 9, от 70 до 79 лет — 4, от 80 до 89 лет — 2 больных. Мужчины составили 37,8 %, женщины — 62,2 %.

Причиной механической желтухи в 13 (41,9 %) случаях явились стриктура холедоха, абсцесс печени и подпеченочного пространства — в 9 (29,0 %), холедохолитиаз — в 7 (22,6 %), прорыв эхинококковой кисты во внепеченочные ЖП — в 2 (6,5 %) наблюдениях. Чрескожные методики, выполняемые под УЗ-контролем, представлены чреспеченочной холангиографией (ЧЧХГ), чреспеченочной холецистостомией (ЧЧХЦС) и чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС).

Результаты. Следует отметить, что анализ полученных при ЭРХПГ и ЧЧХГ холангиограмм дает довольно точное представление об изменениях в желчевыводящих протоках, позволяет определить камни в протоках с наименьшим диаметром 2 мм. Сложнее с высокой степенью достоверности определить характер внепротокового объемного поражения, оценить которое представляется возможным лишь по косвенным признакам. Эти изменения могут быть обусловлены хроническим индуративным панкреатитом, кистами, опухолевым процессом.

С целью наиболее быстрого разрешения желтухи нами были использованы миниинвазивные эндоскопические или чрескожные чреспеченочные методы желчеотведения, сочетающие высокую диагностическую и лечебную ценность с малой травматичностью. Это эффективные способы восстановления желчеоттока при обструкции билиарных протоков, позволяющие довольно быстро ликвидировать механическую желтуху и ее осложнения, такие как холангит.

Чрескожная чреспеченочная холангиостомия была выполнена у 11 пациентов, чрескожная чреспеченочная холецистостомия — у 9 пациентов. При выполнении ЧЧХС у 9 (81,8 %) больных отмечено улучшение состояния пациентов, а также купирование симптомов МЖ и печеночной недостаточности. 9 пациентам произведена пункция и дренирование абсцесса печени и послеоперационных подпеченочных абсцессов, и 2 больным с прорывом эхинококковой кисты во внепеченочные желчные протоки — ЧЧ-пункция и дренирование эхинококковой кисты под УЗ-контролем.

При анализе применения чреспапиллярных и чрескожных методов билиарной декомпрессии, учитывая различие уровней билирубина сыворотки крови до манипуляций, а также то, что чреспапиллярные манипуляции наиболее эффективны у больных с желтухой неопухолевого генеза, а чрескожные методики — у больных с опухолевой желтухой, на что указывают и другие авторы, мы также пришли к выводу, что проводить сравнение этих методик по скорости снижения билирубина нецелесообразно и каждая из них является методом выбора при определенной нозологии.

Из осложнений различных ЧЧ-вмешательств под УЗ-контролем видов эндоскопической декомпрессии отмечали 2 случая желчеистечения, которые ликвидированы консервативно.

Заключение. Применение миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем является методом выбора первого этапа лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза.

Возможности чрескожных вмешательств в лечении механической желтухи неопухолевого генеза

ОЛИФИРОВА О.С.¹, ОМЕЛЬЧЕНКО В.А.², БРЕГАДЗЕ Е.Ю.², РУСАКОВ А.А.², НИКИТИН С.П.², ГОНЧАРУК Г.В.²

¹*ГБОУ ВПО «Амурская государственная медицинская академия»*

Министерства здравоохранения России, Благовещенск, Россия

²*Амурская областная клиническая больница, Благовещенск, Россия*

Цель исследования: анализ результатов применения и оценка эффективности чрескожных чреспеченочных вмешательств в лечении больных механической желтухой неопухолевого генеза.

Материалы и методы. В хирургическом отделении ОГУЗ Амурской областной клинической больницы выполнено 46 чрескожных чреспеченочных вмешательств у больных механической желтухой неопухолевого генеза, из них 21 женщина и 25 мужчин. Средний возраст — $53,5 \pm 0,7$ года.

Продолжительность периода желтухи составляла от 4 до 16 дней, в среднем $9,3 \pm 1,8$ дня. При поступлении тяжелое состояние было у 14 (30,4 %) больных, средней тяжести — у 28 (60,9 %), удовлетворительное — у 4 (8,7 %). Уровень общего билирубина составлял от 83,2 мкмоль/л до 306,7 мкмоль/л, в среднем $201,6 \pm 23,2$ мкмоль/л.

Причинами механической желтухи неопухолевого генеза были холедохолитиаз (29; 63 %) и стриктуры внепеченочных желчных путей (17; 37 %).

Результаты. В большинстве случаев комплексное лечение больных механической желтухой предусматривает декомпрессию желчных путей за счет методов эндоскопического или наружного дренирования с последующим оперативным вмешательством. У всех пациентов этой группы (46) эндоскопическая папиллосфин-



ктеротомия была невыполнима или противопоказана. С целью предоперационной подготовки для снижения билиарной гипертензии применяли методы чрескожных чреспеченочных вмешательств — чрескожную чреспеченочную холецистостомию/холангиостомию (ЧЧХС). ЧЧХС проводили по оригинальной одномоментной методике с применением устройства для дренирования полостных образований В.Г. Ившина под двойным (ультразвуковым и рентгенологическим) контролем. Для дренирования желчного пузыря использовали изогнутый, а желчных путей — прямой полиэтилен-рентгеноконтрастный катетер диаметром 12F с фиксирующей нитью. Чрескожную чреспеченочную холецистостомию выполнили 20 (43,5 %) больным и холангиостомию — 26 (56,5 %), из них правый печеночный проток был дренирован у 11 больных и гепатикохоледох — у 15.

У всех больных с неопухолевыми заболеваниями ЧЧХС была использована для декомпрессии желчных путей в качестве первого этапа лечения. Продолжительность дренирования желчных путей для предоперационной подготовки составляла в среднем $12,3 \pm 2,1$ дня, за этот период уровень билирубина снижался до 40 мкмоль/л. Применение ЧЧХС позволяло эффективно проводить лечение этой группы больных в два этапа. Вторым хирургическим этапом лечения являлись операции, направленные на восстановление проходимости желчных путей. Были выполнены следующие операции: холецистэктомия и холедохотомия (15), холецистэктомия и холедоходуоденостомия (11), холедоходуоденостомия (6), холецистэктомия и холедохоеюностомия (4), холецистэктомия и гепатикоеюностомия (3), гепатикоеюностомия (3), холецистоеюностомия (4).

Осложнения ЧЧХС отмечены у 3 (6,5 %) больных, у которых возникла дислокация дренажа с желчеистечением в брюшную полость, что потребовало экстренной операции — лапаротомии с восстановлением проходимости желчных путей. Летальных исходов, связанных с выполнением ЧЧХС, не наблюдали.

Заключение. Преимуществом ЧЧХС по оригинальной методике В.Г. Ившина является возможность одномоментного, малоинвазивного, надежного выполнения декомпрессии желчных путей при механической желтухе неопухолевого генеза. ЧЧХС является эффективным методом в комплексном лечении механической желтухи неопухолевого генеза, позволяющим снизить билиарную гипертензию, стабилизировать состояние больных для последующего выполнения хирургического этапа.

Этапное лечение неопухолевой механической желтухи

ПЕЛЬЦ В.А., ЗАРУЦКАЯ Н.В., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВ О.А.

МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

Лечение желчнокаменной болезни и ее осложненных форм до настоящего времени остается одним из наиболее изучаемых направлений абдоминальной хирургии, что обусловлено продолжающимся ростом заболеваемости калькулезным холециститом и его осложнений. Механическая желтуха при ЖКБ встречается в 10–80 % случаев (Гальперин Э.И., 2007).

Несмотря на прогрессивное развитие хирургии, при операциях, выполняемых на высоте желтухи, летальность остается высокой и составляет от 8 до 35 % (Вишневский В.А., 2010). Это привело к пересмотру хирургической тактики, резкому сокращению числа лапаротомий и нередко к отказу от их проведения. Развитию этапного подхода к лечению механической желтухи способствовало внедрение новых малотравматичных способов декомпрессии желчевыводящих путей, связанных с применением эндоскопической и ультразвуковой техники. Эффективность лечения при этом значительно выросла, а летальность снизилась.

Внедрение новых способов лечения изменило устоявшиеся взгляды на тактику ведения больных с механической желтухой. Однако обращает на себя внимание отсутствие единого подхода к выбору способа декомпрессии желчевыводящих путей. До настоящего времени публикуются работы, в которых выражаются диаметрально противоположные взгляды на проблему.

Многие исследователи признают оптимальным способом декомпрессии билиарного тракта эндоскопическую папиллосфинктеротомию — ЭПСТ (Nakeda Y., 2011). Другие относятся к данной методике сдержанно, мотивируя риском развития кровотечения, острого панкреатита, острого холангита, ретродуоденальной перфорации и ряда других неспецифических осложнений, возникающих у 5,4–18,3 % пациентов, и предлагают выполнять ЭПСТ только больным с высоким риском оперативного вмешательства (Tricarico A., 2002; Старосек К.Н. и соавт., 2006).

В Кузбасском областном гепатологическом центре на базе МБУЗ ГКБ № 3 им. М.А. Подгорбунского за период с 2008 по 2012 г. пролечено 1903 больных механической желтухой неопухолевой этиологии.

В терапии этого контингента пациентов использован этапный принцип лечения, что обусловило уменьшение травматичности лечебных мероприятий за счет их разнесения по срокам выполнения.

Всем больным выполнена декомпрессия желчевыводящих путей в неотложном порядке. 1451 больному выполнена ЭРХПГ, ЭПТ, литоэкстракция. 452 больным наложена микрохолецистостома под контролем ультразвукового сканирования.

Специфические осложнения отмечены в 4,8 % случаев. Общая летальность составила 1,8 %.

39 больных оперированы лапаротомным способом, выполнено наружное дренирование желчных путей. Специфические осложнения отмечены в 17,9 % случаев. Общая летальность составила 12,8 %.

После разрешения печеночной недостаточности, купирования развившихся осложнений больные оперированы радикально.

При сравнении показателей летальности и осложнений между группами больных, оперированных малоинвазивным и лапаротомным способом, получены статистически значимые различия.

Полученные результаты иллюстрируют очевидные преимущества соблюдения принципа этапности и применения малоинвазивных технологий в лечении больных желтухой неопухолевой этиологии.

Миниинвазивная транспеченочная литэкстракция при холангиолитиазе

ПОГРЕБНЯКОВ В.Ю., ГОНЧАРОВ С.А., БЕРДИЦКИЙ А.А.
ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России, Чита, Россия

Перкутанное транспеченочное дренирование желчевыводящих протоков создает возможность для безоперативного удаления камней из желчных путей. Вместе с тем единого подхода к решению данной проблемы нет. В первую очередь это касается камней, размеры которых превышают один сантиметр, а также камней во внутривнутрипеченочных желчных протоках. Задачей нашего исследования было апробирование минимально травматичной технологии для удаления камней из желчных протоков, в основу которой положена малотравматичная контактная механическая литотомия с низведением камней и их фрагментов в двенадцатиперстную кишку.

В исследование были включены 19 больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, которым в качестве первого этапа хирургического лечения было проведено пункционное транспеченочное дренирование холедоха. В 7 случаях размеры камней не превышали 10 мм, в 8 были от 10 до 20 мм, в 4 — свыше 20 мм. Первоначальное дренирование проводили дренажами диаметром 9Fr. Для извлечения камней использовали технику их низведения в двенадцатиперстную кишку с предварительной дилатацией фатерова сосочка баллоном-дилататором до 10 мм. Применение баллона данного диаметра не приводило к нарушению замыкательной функции сфинктера Одди, что было подтверждено при контрольных эндоскопических исследованиях двенадцатиперстной кишки, а также манометрии в холедохе и фистулографии в сроки от 3 до 7 дней после вмешательства.

В 4 случаях при размерах камней менее 7 мм низведение их в двенадцатиперстную кишку провели без предварительной литотомии. В остальных случаях применяли предварительную дефрагментацию камней с использованием жесткой корзинки Dormia с оригинальным доставочным устройством. Низведение камней и их крупных фрагментов проводили с применением баллонной техники, форсированного промывания желчных протоков и (или) петлями Dormia на проводнике. Для литинтракции в 13 случаях проводили замену дренажей на больший диаметр — до 10–11 Fr (3,3–3,7 мм). Использовали инструменты фирмы Cook. При камнях в долевых (6 наблюдений), сегментарных и субсегментарных (4 наблюдения) желчных протоках под флюороскопическим контролем проводили их низведение в холедох с последующим низведением в двенадцатиперстную кишку.

Таким образом, применяемая методика позволила добиться положительных результатов при минимальных размерах транспеченочных дренажей и баллона-дилататора и показала возможность удаления камней не только из холедоха, но и из внутривнутрипеченочных желчных протоков. Следует указать, что специального подбора больных для проведения вмешательства не применяли и апробацию методики проводили в течение года сплошным методом.

Послеоперационная желтуха

РАСУЛОВ Н.А., КУРБОНОВ К.М., МУРОДОВ А.И., КАРИМИ Р.

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров МЗ РТ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения заболеваний внепеченочных желчных путей.

Материалы и методы. В клинике за последние 15 лет на лечение находилось 28 пациентов с послеоперационной желтухой (ПЖ). Женщин было 26 (92 %), мужчин — 2 (8 %). Возраст больных составил от 20 до 74 лет. При анализе клинического материала установлено, что в 12 (43 %) наблюдениях причиной ПЖ являлся резидуальный холедохолитиаз, в 10 (36 %) — ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков и в 6 (21 %) случаях — послеоперационный панкреатит.

Для диагностики ПЖ больным проводили клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающее УЗИ, МРТ, ЭРХПГ и ЧЧХ.

Результаты. ПЖ является серьезным и тяжелым осложнением оперативных вмешательств на желчевыводящей системе, желудке и двенадцатиперстной кишке. В 26 наблюдениях ПЖ развилась после различных вариантов холецистэктомии, а в 2 случаях — после резекции желудка по поводу постбульбарной язвы 12-перстной кишки. Как правило, ПЖ возникала на 2-е — 3-и сутки послеоперационного периода и сопровождалась повышением уровня общего билирубина свыше 80–100 мкмоль/л, в 15 случаях наблюдали также выделение желчи через установленные дренажи.



При УЗИ в 19 наблюдениях диагностировали расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков с наличием конкрементов (8) в просвете общего желчного протока и увеличением размеров головки поджелудочной железы (5). Из миниинвазивных методов исследования наиболее информативной являлась магнитно-резонансная холангиопанкреатография, которая позволила установить не только причину ПЖ, но и ее локализацию. Прямые методы контрастирования желчных путей применялись в 11 наблюдениях. В 9 случаях при ЭРХПГ установили причину, локализацию патологического процесса с литэкстракцией (7) и назобилиарным дренированием желчного дерева. В 2 наблюдениях выполняли ЧЧХ с дренированием внутривнутрипеченочных желчных протоков.

Методы лечения ПЖ зависели прежде всего от причин их возникновения и общего состояния пациентов. В 13 наблюдениях выполняли эндоскопические вмешательства, ЭПСТ с литэкстракцией (7) и релапароскопия с билиодуоденальным стентированием (6). В 9 наблюдениях выполняли релапаротомию с формированием билиодигестивных анастомозов, а в 6 случаях проводили комплексное консервативное лечение.

Послеоперационные осложнения отмечали в 7 наблюдениях с 3 летальными исходами.

Заключение. Диагностика ПЖ должно быть комплексной, от результатов зависит выбор методов лечения.

Тактика хирургического лечения механической желтухи неопухолевого генеза панкреатогенного происхождения

РАТЧИК В.М., БАБИЙ А.М., ОРЛОВСКИЙ Д.В., ШЕВЕЛЕВ В.В.

Институт гастроэнтерологии НАМН Украины, Днепрпетровск, Украина

В последние годы наметилось значительное увеличение количества больных с осложненными формами хронического панкреатита (ХП), среди которых весомую группу составляют лица с компрессией общего желчного протока и механической желтухой.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой неопухолевого генеза панкреатогенного происхождения с помощью применения миниинвазивных и органосохраняющих резекционно-дренирующих операций.

Материалы и методы. За период 2008–2012 гг. оперировано 126 больных по поводу осложненных форм ХП. Проанализированы результаты комплексного лечения 38 пациентов (30,2 %), у которых течение ХП осложнилось механической желтухой. Из них у 12 пациентов отмечены псевдокисты головки поджелудочной железы (ПЖ), у 26 больных диагностирован ХП с преимущественным поражением головки ПЖ. Для определения тактических вопросов обязательными были лабораторные и инструментальные (УЗИ, КТ, ЭРХПГ) методы исследования.

Результаты. При диаметре кист ПЖ $6,26 \pm 0,83$ см установлена позитивная корреляционная зависимость между их размером и уровнем билирубина сыворотки крови ($r = 0,86$; $P < 0,001$). Средние показатели гипербилирубинемии у больных с кистозными поражениями головки ПЖ составили $98,3 \pm 1,15$ ммоль/л, а у пациентов при ХП с преимущественным поражением головки ПЖ — $161,4 \pm 2,02$ ммоль/л. По данным ЭРХПГ препапиллярный стеноз отмечен у 31 (81,6 %) больного. Средние размеры увеличенной головки ПЖ по данным УЗИ и КТ составили $43,67 \pm 3,17$ мм. Нарушение проходимости вирсунгова протока на уровне головки ПЖ по данным ЭРХПГ отмечено у 33 (86,8 %) больных. Преимущественное поражение головки ПЖ без вирсунгодилатации по данным КТ отмечено у 3 (7,9 %) больных. У больных с кистами ПЖ тактика хирургического лечения зависела от степени зрелости кисты, длительности заболевания от момента острого приступа и уровня гипербилирубинемии. Лечебную тактику у больных этой группы начинали с пункционного метода под ультразвуковым (УЗ) контролем с аспирацией содержимого, обязательным микробиологическим, биохимическим и иммуноферментным контролем бактериального обсеменения, ферментной активности и концентрации опухолевых маркеров. В случае повторного наполнения кисты и высокой амилазной активности выполняли дренирование кисты ПЖ по той же методике. У 5 (41,7 %) больных наступила нормализация уровня билирубина сыворотки крови и в сроки до 4–5 недель киста ПЖ не лоцировалась. В остальных случаях уменьшение кистозной полости ПЖ сопровождалось значительным дебитом кистозного содержимого (до 500 мл) с высокой амилазной активностью, что предусматривало выполнение лапаротомии. У 4 (15 %) больных ХП с преимущественным поражением головки ПЖ и гипербилирубинемией более 180 ммоль/л под УЗ-контролем выполнены разгрузочные чрескожные чреспеченочные холангиостомии. У 22 больных выполнены локальные резекции головки ПЖ по Фрею, у 4 — Бернская операция. Коррекция желчеоттока в связи с препапиллярным стенозом выполнена у 15 больных. Послеоперационная летальность составила 2,6 %.

Выводы. Применение миниинвазивных методов дренирования и резекционно-дренирующих операций у больных с осложненными формами ХП с компрессией внепеченочных желчных протоков является оптимальной тактикой, позволяющей улучшить результаты хирургического лечения и уменьшить послеоперационную летальность.

Резекционно-дренирующие операции в коррекции билиарных и дуоденальных осложнений хронического панкреатита

РАЩИНСКИЙ С.М.^{1,2}, ТРЕТЬЯК С.И.¹, РАЩИНСКАЯ Н.Т.², БАРАНОВ Е.В.¹, БОЛЬШОВ А.В.¹, ГРОМАК А.Ф.², НЕВМЕРЖИЦКИЙ М.П.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Цель исследования: по мере роста количества операций у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП), отмечается достоверное увеличение числа больных, у которых имеет место сочетание стриктуры интрапанкреатической части общего желчного протока (СИЧ ОЖП) с хронической дуоденальной непроходимостью (ХДН). Целью нашего проспективного исследования было сравнение результатов выполнения панкреато-дуоденальной резекции (ПДР) и изолированной неанатомической резекции головки поджелудочной железы в варианте операции Фрея (ОФ) у пациентов, имеющих сочетание СИЧ ОЖП и ХДН на фоне ХП, по эффективности купирования болевого синдрома и качеству жизни.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2011 г. на базе отделения хирургической гепатологии оперировано 40 пациентов, у которых было сочетание СИЧ ОЖП и ХДН на фоне ХП. ОФ была произведена в 26 случаях, а ПДР — у 14 пациентов. Результаты выполнения в обеих группах были проанализированы по характеру послеоперационных осложнений до момента выписки из стационара. Оценка показателей качества жизни (накануне операции, спустя 6 и 12 месяцев) была проведена с использованием русифицированной версии опросника SF-36 v.2tm.

Результаты. После выполнения ОФ было зарегистрировано нагноение послеоперационной раны в четырех случаях и один летальный исход на фоне сепсиса. У пациентов во второй группе была отмечена раневая инфекция в 5 случаях, несостоятельность билиодигестивного анастомоза — в 1, что потребовало выполнения релапаротомии. Летальный исход у одного пациента был обусловлен ОССН в раннем послеоперационном периоде вследствие нарушения ритма сердечных сокращений (инфаркт миокарда в анамнезе). По критерию Ман-Уитни ($\alpha < 0,05$) получены лучшие результаты хирургического лечения в группе ОФ.

При сравнении данных, полученных в результате опроса, у оперированных пациентов было выявлено улучшение частных и суммарных показателей физического и психоэмоционального компонентов, характеризующих качество жизни больных в обеих группах. Изменения этих показателей согласно критерию Уилкоксона как в группе пациентов, которым было выполнено ПДР ($p < 0,01$), так и в группе, где хирургическое пособие выполнено по принципам ОФ ($p < 0,01$), являются достоверными. Более высокий прирост показателя физического функционирования (PF ($\alpha < 0,05$)) был отмечен больными из группы ОФ. До выполнения хирургического вмешательства были зафиксированы более низкие показатели жизненной активности (VT ($\alpha < 0,05$)) и психического здоровья (MH ($\alpha < 0,05$)) в группе ПДР, и отмечается более высокий прирост этих показателей, что отражает степень, в которой физическое и психоэмоциональное состояние участника исследования позволяет ему выполнять повседневную работу и общаться с окружающими.

Выводы. Оба вида хирургического вмешательства достоверно улучшают качество жизни и уменьшают интенсивность болевого синдрома у пациентов, страдающих СИЧ ОЖП и ХДН на фоне ХП. Полученные результаты доказывают целесообразность выполнения ПДР у этой группы пациентов, прежде всего в случаях, когда невозможно исключить злокачественный процесс поражения головки ПЖ. Таким образом, при наличии равных условий предпочтение следует отдавать ОФ, так как она обеспечивает меньшее количество послеоперационных осложнений и больший прирост некоторых показателей физического компонента качества жизни у оперированных больных.

Малоинвазивные хирургические методы лечения механической желтухи неопухолевого генеза

САВЧЕНКО А.В., КАСПЕРОВИЧ А.И., МАТОХ А.В., АВДЕЙ Е.Л., КОРОТКОВ С.В., РУММО О.О.

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

Цель исследования: оценить диагностическую ценность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ), возможность коррекции причин и лечения механической желтухи неопухолевого генеза эндоскопическими малоинвазивными оперативными методами.

Материалы и методы. За последние 3 года (2010–2012 гг.) в клинике выполнено 254 РПХГ по поводу механической желтухи неопухолевого генеза. Мужчины составили 23,6 % (60 человек), из них 80 % (43 чел.) в возрасте старше 50 лет. Женщин было 76,4 % (194 чел.), из них 90 % (173 чел.) в возрасте старше 40 лет.

Результаты. В подавляющем большинстве случаев (201, или 79,1 %) причинами механической желтухи явились: единичный или множественный холедохолитиаз — 106 (41,7 %); холедохолитиаз в сочетании со стрик-



турой дистального отдела холедоха — 66 (26 %); изолированная стриктура дистального отдела холедоха — 29 (11,4 %) случаев. В 9 случаях (3,5 %) причиной механической желтухи оказался первичносклерозирующий холангит с поражением как вне-, так и внутривнутрипеченочных желчных протоков; в 3 случаях — рубцовая стриктура ХДА с камнями в долевых и сегментарных желчных протоках; в 2 случаях — стриктура гепатикоэнтероанастомоза; в 1 случае — болезнь Кароли. В 7,5 % исследований (19 пациентов) патологии не было обнаружено, у 19 пациентов (7,5 %) выполнить контрастирование желчевыводящих протоков не удалось.

Всем пациентам с холедохолитиазом, а также со стриктурой дистального отдела холедоха выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с извлечением камней из холедоха и устранением стриктуры его дистального отдела. В 8 случаях (3 %) удалить камни из холедоха не удалось. Причинами явились большие размеры конкрементов, множественный холедохолитиаз больших размеров, протяженная стриктура дистального отдела холедоха. У 2 из этих пациентов после ЭПСТ было выполнено эндоскопическое стентирование холедоха для разрешения явлений механической желтухи как первый этап перед полостной операцией. При стриктуре ХДА выполнялась эндоскопическая лазерная фотовапоризация рубцовых тканей ХДА, а затем, после формирования анастомоза достаточных размеров, производилось извлечение камней из желчевыводящих протоков. При стриктуре гепатикоэнтероанастомоза выполнена эндоскопическая баллонная дилатация. При первично склерозирующем холангите при поражении внепеченочных желчных протоков в 5 случаях выполнена баллонная дилатация и поставлены стенты выше суженных отделов.

Заключение. РПХГ является высокоинформативным методом диагностики причин механической желтухи; процедура оказалась успешной в 92,5 % случаев. Оперативные малоинвазивные эндоскопические методы лечения (ЭПСТ, холедохолитэкстракция, баллонная пластика, стентирование, лазерная фотовапоризация) позволили в 97 % случаев разрешить механическую желтуху неопухолевого генеза и явились окончательными методами лечения у данной категории пациентов.

Хирургическое лечение обтурационной желтухи. Оценка методов с позиции качества жизни пациентов

*СИПЛИВЫЙ В.А., ЕВТУШЕНКО Д.В., ПЕТРЕНКО Г.Д., КОТОВЩИКОВ М.С., ДОЦЕНКО В.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Актуальность. Лечение обтурационной желтухи остается одной из актуальных проблем билиарной хирургии. Продолжается внедрение индивидуализированного подхода к выбору способа оперативного лечения. Оценка применяемых методов восстановления желчотока возможна на основании изучения качества жизни пациентов в отдаленные сроки.

Цель исследования: оценка методов восстановления желчотока при обтурационной желтухе с позиции качества жизни пациентов в отдаленные сроки.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения и качества жизни в отдаленные сроки 328 больных с обтурационной желтухой. Мужчин было 105 (32,04 %), женщин 223 (67,98 %). Возраст больных колебался от 15 до 83 лет. В зависимости от метода восстановления желчотока больные были разделены на три группы. Первую группу составили 112 больных, которым выполнена холецистэктомия с наложением холедоходуоденоанастомоза, вторую — 84 больных, которым выполнена холецистэктомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика, третью — 132 пациента, которым выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей лапароскопической холецистэктомией.

Результаты. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 51 (15,5 %) больного. Умерло 5 (1,52 %) больных, что обусловлено общим тяжелым состоянием больных при госпитализации в стационар, наличием выраженной сопутствующей патологии. Наиболее частым осложнением было развитие послеоперационного панкреатита, который наблюдался у 21 (25,0 %) больного второй группы, 10 (8,9 %) — первой и 9 (6,71 %) больных третьей группы.

При изучении качества жизни пациентов в отдаленные сроки установлено, что пациенты третьей группы в значительно меньшей степени отмечали ограничение физических нагрузок, считали себя практически здоровыми при оценке общего состояния здоровья. Болевой синдром был менее выражен. Достоверных отличий по показателям физического компонента качества жизни между пациентами 1-й и 2-й групп в отдаленном периоде не установлено. В 3-й группе достоверно большее количество респондентов чувствовали себя бодрыми, полными сил при анализе показателей жизнеспособности, которые характеризуют субъективную оценку настроения. Существенных различий при исследовании психоэмоциональной сферы между пациентами 1-й и 2-й групп не обнаружено.

Выводы. Оптимальным методом хирургического лечения больных с холедохолитиазом являются эндоскопические вмешательства с последующей лапароскопической холецистэктомией. При невозможности выполнения эндоскопических вмешательств выбор метода восстановления желчотока должен осуществляться с учетом прогнозирования возможных осложнений и качества жизни больных после операции.

Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия в комплексном лечении обтурационной желтухи

СМИРНОВ Н.Л.

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

По данным литературы, частота развития осложнений при синдроме обтурационной желтухи значительно варьирует — от 29 до 83 %. Наиболее тяжелыми осложнениями являются печеночная недостаточность, гнойный холангит и связанные с ними синдром системного воспалительного ответа и сепсис, а также полиорганная недостаточность. Как правило, в основе инфекционно-воспалительного процесса билиарного тракта лежит застой желчи с восходящим распространением микробной флоры из кишечника при билиарном блоке. Однако следует отметить, что и лечебные мероприятия, направленные на ликвидацию обструкции желчного дерева, могут быть причиной возникновения и прогрессирования холангита.

Виды микроорганизмов в желчи и сравнительная частота их встречаемости ранее неоднократно изучались. Как правило, возбудителями холангитов являются микроорганизмы кишечной микрофлоры, в большинстве случаев встречающиеся в ассоциациях. У 13–18 % больных с типичной клинической картиной острого холангита микробную флору из желчи выделить не удастся.

В клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета за последние 7 лет в связи с синдромом обтурационной желтухи различной этиологии оперированы 1729 пациентов. Способ ликвидации билиарного блока выбирался в соответствии с тяжестью обтурационной желтухи.

Проводимые профилактика и лечение инфекционных осложнений и печеночной недостаточности была идентичными, независимо от вида выполненного вмешательства. Терапия, направленная на предупреждение бактериальных осложнений, подразумевала применение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон, цефоперазон, цефтазидим по 1 г каждые 12 ч), а также метронидазола или орнидазола по 500 мг каждые 8 или 12 ч соответственно. Для лечения возникшего (до или после оперативного пособия) осложнения в зависимости от тяжести инфекции использовали незащищенные цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефоперазон, цефтазидим по 1–2 г каждые 8–12 ч), защищенные цефалоспорины III поколения (цефтриаксон/сульбактам по 1,5–3 г каждые 12 ч или цефоперазон/сульбактам по 1–2 г каждые 12 ч), цефалоспорины IV поколения (цефепим по 1–2 г каждые 8–12 ч), фторхинолоны (ципрофлоксацин по 200–400 мг каждые 12 ч, гатифлоксацин по 200 или 400 мг каждые 12 или 24 ч соответственно, моксифлоксацин по 400 мг каждые 24 ч), карбапенемы (меропенем по 0,5–1 г каждые 8 ч, имепенем-целастатин по 0,5–1 г каждые 6–12 ч). Для перекрытия всего возможного бактериального спектра указанные препараты комбинировали с метронидазолом (500 мг каждые 8 ч), орнидазолом (500 мг каждые 12 ч) или клиндамицином (300–600 мг каждые 6–8 ч).

Билиарный блок был ликвидирован при помощи эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 1341 (77,56 %) больного, открытыми дренирующими операциями — у 388 (22,44 %) пациентов.

В послеоперационном периоде имевшиеся и возникшие осложнения привели к летальному исходу у 79 (4,57 %) пациентов. Наиболее частой причиной смерти явился холангит — умер 31 (43,59 %) больной. Печеночная несостоятельность привела к летальному исходу у 27 (29,49 %) пациентов.

Абсолютное большинство пациентов с синдромом обтурационной желтухи имеют те или иные осложнения, связанные с обструкцией билиарного тракта. Наиболее часто встречающимися осложнениями, независимо от причины, вызвавшей обтурацию желчных путей, являются печеночная недостаточность и холангит. Оказание своевременной хирургической помощи не может предупредить смерть пациентов от развившихся осложнений, даже несмотря на полноценное их медикаментозное лечение и профилактику.

Острый деструктивный холецистит как причина обтурационной желтухи

СМИРНОВ Н.Л.

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

Лечение больных с обтурационной желтухой остается сложной и не решенной до конца проблемой. Сочетание обтурации и другой острой патологии желчевыводящих путей, каковой является острый деструктивный холецистит с перихолециститом, затрудняет выбор тактически верного способа хирургического лечения больного, что в итоге отражается на частоте послеоперационных осложнений и показателях летальности.

За последние 7 лет в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета на лечении находилось 1729 пациентов с синдромом обтурационной желтухи. Из их числа у 347 (20,07 %) поступивших был острый холецистит. Деструктивные формы воспаления желчного пузыря, осложненные острым перихолециститом с формированием инфильтрата, отмечены у 283 (16,37 %) больных. Изучены результаты клинического, лабораторного и сонографического обследования и лечения данной группы пациентов.

Деструктивное воспаление в стенке желчного пузыря и паравезикальный инфильтрат диагностировались при сонографическом исследовании. Во всех случаях перихолецистит с воспалительным инфильтратом опре-



делялся как гиперэхогенное образование в проекции ворот печени, затрудняющее визуализацию внепеченочных желчных путей или полностью препятствующее ей.

Все пациенты были оперированы в течение первых 2 суток с момента госпитализации. С учетом неадекватной визуализации гепатикохоледоха какие-либо вмешательства (включая эндоскопические транспапиллярные) на желчных протоках не выполнялись. 191 (67,49 %) больному выполнено пункционное дренирование желчного пузыря под сонографическим наведением, 92 (32,51 %) пациентам — наружная холецистостомия. Регрессирование желтухи с нормализацией уровня билирубинемии наступало на протяжении 2–4 суток после выполненного вмешательства и в результате проведения антибактериальной и гепатотропной терапии.

На 3-и — 5-е сутки послеоперационного периода больным выполнялась фистулохолангиография, по результатам которой патология холедоха (холедохолитиаз) подтверждена только у 46 (16,25 %) пациентов. В дальнейшем больным проведены эндоскопические транспапиллярные вмешательства, холедохолитиаз ликвидирован. Случаев послеоперационной летальности не было.

В 83,75 % наблюдений развитие обтурационной желтухи на фоне острого деструктивного калькулезного холецистита и перихолецистита вызвано вовлечением гепатодуоденальной связки в воспалительный инфильтрат, а также деформацией и сдавлением гепатикохоледоха увеличенным желчным пузырем.

Заключение. При деструктивных формах острого калькулезного холецистита, осложненного перихолециститом и воспалительным инфильтратом, пациентам с клинико-лабораторными признаками обтурационной желтухи показано наружное дренирование желчного пузыря. Наиболее целесообразно выполнение пункционного дренирования под сонографическим контролем. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства показаны только после рентгенконтрастного исследования желчевыводящих путей, подтверждающего механическое препятствие желчеоттоку.

Хирургическая тактика при лечении обтурационной желтухи

СМИРНОВ Н.Л.

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

Обтурационная желтуха — угрожающее жизни осложнение большого числа заболеваний панкреатобилиарной системы. Основной причиной гибели пациентов с обтурационной желтухой различной этиологии является прогрессирующая полиорганная недостаточность на почве интоксикации. Различная этиология непроходимости желчного тракта предопределяет различные тактические подходы к его хирургическому лечению.

В клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета за последние 7 лет в связи с синдромом обтурационной желтухи различной этиологии оперированы 1729 пациентов. Способ ликвидации билиарного блока выбирался в соответствии с тяжестью обтурационной желтухи. Проводимые профилактика и лечение инфекционных осложнений и печеночной недостаточности были идентичными, независимо от вида выполненного вмешательства.

Установлено, что причиной обтурационной желтухи у 1072 (62 %) больных явился холедохолитиаз. Из их числа у 691 (39,97 %) пациента холедохолитиаз сочетался с хроническим калькулезным холециститом, у 46 (2,66 %) больных — с острым. В 335 (19,38 %) случаях пациенты ранее в различные сроки перенесли холецистэктомию.

У 39 (2,26 %) пациентов диагностирован острый панкреатит.

Стенозирующий папиллит явился причиной обтурационной желтухи у 264 (15,27 %) больных. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей имели место у 53 (3,07 %) госпитализированных пациентов.

Обтурационная желтуха легкой степени выявлена у 649 (37,54 %) больных, средней степени — у 812 (46,96 %), тяжелой степени — у 268 (15,50 %) пациентов. Различная степень печеночной недостаточности диагностирована у всех больных. Холангит выявлен у 696 (40,25 %) пациентов (клинически и/или по интраоперационным данным).

Билиарный блок был ликвидирован путем эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 1341 (77,56 %) больного, открытыми дренирующими операциями — у 388 (22,44 %) пациентов. Двухэтапное хирургическое лечение выполнено 427 (24,69 %) больным.

Общая летальность среди пациентов с обтурационной желтухой составила 4,57 %: в послеоперационном периоде различные имевшиеся и возникшие осложнения привели к гибели 79 пациентов. Наиболее частой причиной смерти явился холангит — умер 31 (43,59 %) больной. Печеночная несостоятельность привела к летальному исходу у 27 (29,49 %) пациентов. После выполнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств развившийся острый некротический панкреатит явился причиной гибели 7 (8,97 %) больных. Другие причины, приведшие к летальному исходу (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, хроническое обструктивное заболевание легких), отмечены у 3 (3,85 %) пациентов.

Лечение больных с обтурационной желтухой различной этиологии целесообразно проводить в несколько этапов. Этапность определяется причиной, вызвавшей билиарный блок, и степенью печеночной и полиорганной недостаточности. Одноэтапное лечение возможно при папиллостенозе и холедохолитиазе после перене-

сенной ранее холецистэктомии. В остальных случаях целесообразно этапное хирургическое лечение, при этом основной задачей первого этапа является обеспечение адекватной наружной билиарной декомпрессии.

Определение тяжести состояния пациентов с обтурационной желтухой, верификация факторов риска и определение хирургической тактики в соответствии с ними являются одними из наиболее важных вопросов, решение которых может повлиять на снижение летальности и частоты осложнений в послеоперационном периоде.

Супрапапиллярная холедоходуоденостомия как метод миниинвазивного эндоскопического лечения обтурационной желтухи у пациентов пожилого возраста

СТЕЦЬ Н.М., НАСТАШЕНКО И.Л., МОЛНАР И.М., ШИНКАРИК Т.Н., ДОВБЕНКО О.В.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

Введение. Обтурация желчных путей — одна из основных и наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии. Существенное увеличение количества заболеваний органов гепатобилиарной системы за последнее время приобрело значение социальной проблемы. По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, распространенность заболеваемости за последние десять лет увеличилась на 56,8 %. Особенно это касается пациентов пожилого возраста, так как летальность в этой группе больных является наибольшей. К частой дискуссии приводят особенности тактики комплексного хирургического лечения больных с обтурационной желтухой доброкачественного и опухолевого генеза.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов пожилого возраста с обтурационной желтухой доброкачественного и опухолевого генеза путем выбора оптимальных и миниинвазивных методов лечения.

Материалы и методы. За 2011–2012 гг. на базе хирургических отделений Киевских городских клинических больниц № 3 и № 10 пролечено 187 пациентов пожилого возраста с обтурационной желтухой. Средний возраст пациентов — 71 год. Женщин было 98, мужчин — 89. У 64 пациентов причиной механической желтухи было опухолевое поражение гепатопанкреатобилиарной зоны, у 123 пациентов — холедохолитиаз. У 12 больных с механической желтухой, обусловленной бластоматозным поражением (рак головки поджелудочной железы, рак большого дуоденального сосочка) выполнено эндоскопическое стентирование общего желчного протока. У 35 больных с аналогичной патологией выполнена супрапапиллярная холедоходуоденостомия. 17 пациентам с механической желтухой опухолевого генеза эндоскопическое лечение технически выполнить было невозможно из-за больших размеров и протяженности опухолевой ткани, всем им выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия под контролем УЗИ. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литотракцией выполнена всем пациентам с холедохолитиазом (123 пациента).

Результаты. Нормализация концентрации билирубина в крови у пациентов, которым выполнены супрапапиллярная холедоходуоденостомия и стентирование холедоха, отмечалась в среднем на 2-е — 3-и сутки. Среди осложнений, которые наблюдались после указанных эндоскопических операций, были: кровотечение из папиллотомной раны (у 2 пациентов после супрапапиллярной холедоходуоденостомии), гемостаз успешно проведен электрокоагуляцией; острый панкреатит развился у одного пациента после стентирования холедоха, пациент пролечен консервативным путем. После нормализации показателя билирубина крови пациенты с бластоматозным поражением гепатопанкреатобилиарной зоны комплексно готовились к радикальному хирургическому лечению. Радикальное оперативное лечение выполнено 12 пациентам в объеме панкреатодуоденальной резекции (10 пациентов после супрапапиллярной холедоходуоденостомии, 2 пациента после стентирования холедоха). 20 пациентов отказались от радикального хирургического лечения, 15 пациентам в связи с наличием отдаленных метастазов оперативное лечение не проводилось.

Выводы. Супрапапиллярная холедоходуоденостомия является альтернативным и менее дорогостоящим миниинвазивным методом лечения механической желтухи опухолевого генеза как основное звено подготовки пациентов пожилого возраста к радикальному хирургическому лечению. При неоперабельных опухолевых поражениях гепатопанкреатодуоденальной зоны супрапапиллярная холедоходуоденостомия является наиболее оптимальным методом паллиативной эндоскопической операции, которая ликвидирует билиарную гипертензию и значительно продлевает жизнь пациента.

Доброкачественные новообразования фатерова сосочка, стенозирующие терминальный отдел холедоха

СТУКАЛО А.А.

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

Цель: улучшение результатов диагностики и лечения стенозирующих заболеваний терминального отдела холедоха (ТОХ).

Материал и методы. Объектом исследования явились 1128 пациентов с выявленными стенозирующими заболеваниями ТОХ, которым с 2003 по 2012 год в клинике были произведены эндохирургические транспапил-



лярные вмешательства (ЭТВ). Для участия в исследовании были отобраны 129 (11,4 %) больных с доброкачественными новообразованиями большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Использовали дуоденоскопы Olympus, Pentax, холедохоскоп CHF-VP-30, Olympus и инструментарий фирм Olympus, Wilson-Cook, Boston scientific, Endo-technic.

Результаты. При анализе комплексной диагностики стенозирующих заболеваний ТОХ биохимические и общеклинические тесты, данные ультразвукового исследования дают представление о той или иной степени нарушения проходимости протоковых систем печени и/или поджелудочной железы. В группе пациентов с доброкачественными новообразованиями БСДК наибольшей информативностью обладает дуоденоскопия с прицельной биопсией. Высокую чувствительность, специфичность и диагностическую эффективность, по данным литературы, имеет эндоскопическое ультразвуковое исследование, позволяющее оценить распространенность процесса и топографические взаимоотношения.

Доброкачественные опухоли БСДПК визуально чаще представлены полиповидными округлыми или в виде тутовой ягоды образованиями, как правило более интенсивной окраски, сосочковыми разрастаниями в устье БСДК. Диаметр новообразований до 5 мм отмечен у 98 (76 %) пациентов, от 6 до 10 мм — у 27 (20,9 %) больных, более 10 мм — у 4 (3,1 %). Внутриампулярное расположение опухоли, выявленное только после рассечения устья сосочка, обнаружено у 19 (14,7 %) больных.

Конкременты холедоха имели место у 91 (70,5 %) больного. Клинические признаки обтурационной желтухи с гипербилирубинемией от 25 до 118 мкмоль/л выявлены у 100 пациентов (77,5 %), гиперамилаземия с клиническими проявлениями острого и хронического панкреатита отмечена у 26 (20,2 %) больных.

По результатам эндобиопсий аденомы, тубулярные аденомы, железистые полипы выявлены у 58,9 % пациентов, фибroadеномы — у 34,1 %, гемангиомы (3), лейомиомы (2), невриномы (2), липомы (2) выявлены у 7 % пациентов.

Основой лечебной тактики считаем ликвидацию протоковой гипертензии. Поэтому первым этапом выполняли ЭТВ с литоэкстракцией при наличии сопутствующего холедохолитиаза, эндобиопсию и назобилиарное дренирование. Предпочтение отдавали супрапапиллярной дуоденохоледохостомии в интрамуральной части холедоха с целью проведения разреза вне ткани опухоли. Вторым этапом, после гистологической верификации, решался вопрос о целесообразности и возможности эндоскопического удаления новообразования. При условии четкой визуализации устья вирсунгова протока после ЭПСТ и благоприятных топографических взаимоотношениях у 36 пациентов были удалены образования до 5 мм с помощью «горячей» биопсии. Петлевая электроэксцизия произведена 8 больным. Всем больным проводится динамический эндоскопический и сонографический контроль каждые три месяца. Осложнения отмечены у 5,4 %: острый панкреатит развился у 5 пациентов, кровотечение — у 2 больных.

Выводы. Пациентам с доброкачественными новообразованиями БСДК можно проводить этапное эндоскопическое лечение по четким показаниям при определенных топографических условиях.

О выборе способа завершения холедохотомии при доброкачественной патологии терминального отдела общего желчного протока

ТЕРЕЛОВ С.А., МУХИН А.С.

**ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения России, Нижний Новгород, Россия**

Среди доброкачественных заболеваний желчевыводящих путей ведущее место занимает желчнокаменная болезнь (ЖКБ) и ее осложнения. Несмотря на совершенствование хирургической техники и тактики, уровень летальности и количество послеоперационных осложнений при этом заболевании не имеют тенденции к снижению, что особенно характерно для лиц пожилого и старческого возраста, особенно с деструктивными формами данной патологии.

С января 2000 по декабрь 2012 г. на лечении находилось 305 пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни. Из них оперирован 281 человек. Мужчин — 53 (19 %) и женщин — 228 (81 %). Возраст больных — от 15 до 91 года (средний возраст $66,90 \pm 12,57$ года). Больные старше 60 лет составили 77,6 %. 182 больных из 281 (64,8 %) страдали серьезными сопутствующими заболеваниями. Характер патологии внепеченочных желчных протоков: холедохолитиаз — 132 человека; стеноз БДС — 70; ущемленный камень БДС — 51; стеноз терминального отдела холедоха — 12, резидуальный холелитиаз — 8; стриктура печеночных протоков — 2; острый панкреатит, механическая желтуха — 3; состояние после ХДА, рефлюкс-холангит — 3 человека. Гнойный холангит осложнил течение протоковой патологии в 78 случаях, острый панкреатит — в 29.

Считаем, что окончательное решение о способе внутреннего дренирования должно приниматься во время оперативного вмешательства после ревизии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и обязательной интраоперационной холангиографии. При стенозе протяженностью не более 1,5 см, фиксированном или ущемленном камне БДС показана трансдуоденальная папиллосфинктеротомия — выполнена 73 пациентам. Латеро-

латеральная холедоходуоденостомия (50 пациентов) оправданна при подтвержденном протяженном (более 1,5 см) стенозе терминального отдела холедоха, наличии множественных мелких конкрементов, «замазки», отсутствии уверенности в полном удалении всех конкрементов из холедоха. Показанием к формированию терминального холедоходуоденоанастомоза (5 пациентов) является стойкое нарушение дренажной функции общего желчного протока, возникающее при хроническом индуративном панкреатите с протяженным (более 2 см) тубулярным сужением терминального отдела холедоха, множественном холедохолитиазе с дилатацией протока. Гидравлическое низведение камня в двенадцатиперстную кишку (выполнено у 15 больных) возможно только при наличии единичного (не более 3 мм в диаметре) конкремента терминального отдела холедоха при отсутствии его протяженного стеноза и острого панкреатита. Холедохолитотомия со швом холедоха (35 вмешательств) производится только при отсутствии острого панкреатита, подтверждении проходимости терминального отдела холедоха при ревизии зондом и обязательной контрольной холангиографии через дренаж культи пузырного протока (ДКПП) после ушивания холедохотомического отверстия. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения имели место в 2,8 % случаев: эвентрация — 2; выпадение ДКПП — 2; желчный перитонит после удаления ДКПП на 22-е сутки после операции — 1; отграниченный желчный перитонит — 1; нагноение послеоперационной раны — 2. Летальность составила 1,8 % (5 больных): острая сердечная недостаточность — 1; полиорганная недостаточность, бактериальный шок — 2; бактериальный шок, развившийся на 21-е сутки после операции, — 1; кровотечение в брюшную полость из ложа желчного пузыря — 1. Несостоятельности холедоходуоденоанастомоза, швов стенки 12-перстной кишки не отмечено. Среднее количество койко-дней пребывания в стационаре составило $16,1 \pm 8,1$, среднее количество койко-дней после операции — $15,9 \pm 8,5$.

Сочетание холелитиаза с неопухолевыми заболеваниями большого дуоденального сосочка

*ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., ГАРИПОВ Р.М., СИБАЕВ В.М., САГИТОВ Р.Б.
ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия
Республиканская больница скорой медицинской помощи, Уфа, Россия*

Введение. Сочетание холелитиаза с неопухолевыми поражениями большого дуоденального сосочка (БДС) в настоящее время не является редкостью, но трудно диагностируется в дооперационном периоде. Стенозы БДС, как правило, развиваются на фоне холедохолитиаза, сдавления патологическим процессом, локализующимся в головке поджелудочной железы, вовлечения ее в зону воспаления при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, а также вследствие нарушения функции БДС при дуоденостазе. Из-за отсутствия патогномичных симптомов течения, характерных для поражения БДС, диагностика характера патологических изменений в этой зоне крайне затруднительна. Ориентиром для выявления поражения зоны БДС и стенотического сдавления интрамуральной части терминального отдела гепатикохоледоха являются признаки билиарной и панкреатической гипертензии.

Цель исследования: разработка до- и интраоперационного диагностического алгоритма и выбора адекватного оперативного вмешательства при сочетании холелитиаза с неопухолевыми поражениями БДС и терминального отдела общего желчного протока.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 248 больных холелитиазом, осложненным механической желтухой, находившихся на клинической базе хирургии с курсом эндоскопии с 2008 по 2012 г. Женщин было 248 (72 %), мужчин — 69 (28 %). Средний возраст — $58,2 \pm 3,7$ года. Среди них больных с доброкачественными поражениями БДС и терминальной части общего желчного протока выявлено 94 (38,1 %).

В дооперационном периоде, кроме общеклинических методов исследования, проводили: УЗИ, ФГДС, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), компьютерную томографию (КТ), магнитно-резонансную томохолангиографию (МРТХГ). Интраоперационные методы исследования заключались в проведении холангиографии (ХГ), зондирования калиброванными зондами, холедохоскопии.

Всего выполнено 52 открытых оперативных вмешательства мини-доступом на желчном пузыре и гепатикохоледохе, среди которых у 44 операции завершены внутренним или двойным внутренним дренированием холедоха, эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена у 16, литоэкстракция при изолированном (рецидивном, рецидивном) холедохолитиазе, которая заключалась в проведении 2-этапного вмешательства (ЭПСТ, литоэкстракции, эндохирургической или мини-доступом холецистэктомии), — у 26 больных.

Результаты. На поликлиническом этапе на основании УЗИ наличие конкрементов в гепатикохоледохе и признаки поражения его терминального отдела выявлены у 79 (32,2 %) больных. При проведении повторного прицельного УЗИ в условиях стационара холедохолитиаз обнаружен у 210 (84,8 %) пациентов. Анализ отрицательных результатов УЗИ показал, что причиной возникшей клиники механической желтухи у остальных больных являлись: наличие мелких конкрементов (до 5 мм) в ретродуоденальной части гепатикохоледоха; со-



четание изолированного холецистолитиаза со стриктурой зоны БДС; наличие стриктурирующего головчатого панкреатита. КТ выполнена у 115 (46,4 %) из 248 больных, диагноз холедохолитиаза подтвержден у 102 (88,6 %), и у 42 (36,5 %) больных выявлено сочетание холедохолитиаза с неопухолевым поражением зоны БДС. МРТХГ выполнена у 24 больных, из них диагноз холедохолитиаза подтвержден у 86,4 %, у 32,4 % больных выявлено сочетание холедохолитиаза с доброкачественным стенозом БДС и терминального отдела гепатикохоледоха. Необходимо отметить, что МРХПГ более точно определяет степень эктазии вне- и интратрипечочных желчных протоков. Опыт использования эндо-УЗИ у 23 больных показал, что чувствительность методики составляет более 90 % при определении мелких конкрементов, степени сужения и его протяженности в терминальном отделе гепатикохоледоха, а также опухолевого поражения и наличия метастазов. Метод интраоперационного прямого контрастирования (ХГ) желчных протоков позволил верифицировать патологию зоны БДС.

Заключение. Использование высокотехнологичных лучевых методов (КТ, МРТХГ) в дооперационном и ХГ, эндо-УЗИ в интраоперационном периодах исследования позволяет более чем в 90 % случаев выявить сочетание холелитиаза с доброкачественным стенозическим поражением зоны БДС и терминального отдела общего желчного протока. Оперативное пособие при таких поражениях требует строго индивидуального подхода, эндоскопические методики и малоинвазивные оперативные вмешательства позволяют проводить адекватную коррекцию выявленной патологии во всех случаях.

Эффективность лапароскопических вмешательств у больных с резидуальными камнями желчных протоков

ТКАЧЕНКО А.И., ГРУБНИК В.В., ИЛЬЯШЕНКО В.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Основным методом удаления забытых камней из холедоха является эндоскопическая папиллотомия. Эта методика в настоящее время считается золотым стандартом, но у 6,5–8 % больных могут наблюдаться серьезные осложнения.

Наиболее сложными для удаления с помощью эндоскопических методик являются «трудные камни», которые, по классификации Blumgart (2007), включают такие факторы: крупные камни диаметром более 15 мм, множественные камни (более 10), интратрипечочная локализация камней, вклиненные камни, наличие периапулярных дивертикулов, перенесенные ранее операции на желудке и двенадцатиперстной кишке.

В клинике с 2008 по 2011 г. было проведено проспективное рандомизированное исследование эффективности эндоскопических и лапароскопических методик у 40 больных с резидуальными камнями желчных протоков. 3 больных были исключены из исследования. Остальные 37 пациентов были распределены на две группы: в I группе, состоящей из 19 пациентов, для удаления конкрементов выполнялась лапароскопическая холедохотомия, во II группе, состоящей из 18 пациентов, производили эндоскопическую папиллотомию с последующей экстракцией камней.

В I группе из 19 больных лапароскопическую холедохотомию с удалением конкрементов из желчных протоков удалось успешно выполнить у 18 пациентов. Средняя длительность операции составила 168 ± 27 минут. У 3 (15,8 %) больных наблюдались послеоперационные осложнения.

Среди больных II группы с помощью эндоскопических методов успешно удалить все резидуальные камни удалось у 14 (77,7 %) из 18 больных. Для полного удаления камней из протоков понадобилось от 2 до 5 сессий эндоскопических вмешательств. Осложнения возникли у 6 (33,3 %) больных. Средняя длительность пребывания больных II группы в стационаре составила $10,9 \pm 3,0$ дня. Летальных исходов не было ни в одном случае у больных обеих групп.

Таким образом, проведенное исследование показало достаточную эффективность лапароскопической холедохотомии при удалении резидуальных конкрементов. Особенно эта операция показана больным, перенесшим ранее лапароскопическую холецистэктомию. По своей эффективности лапароскопическая холедохотомия вполне сравнима с эндоскопическими методами удаления камней из желчных протоков. Представляется целесообразным при наличии «трудных резидуальных камней» чаще использовать лапароскопические методы удаления конкрементов. Эти методы могут быть использованы, если при первом сеансе эндоскопической папиллотомии возникают значительные технические трудности.

Оценка результатов хирургического лечения билиарных осложнений хронического панкреатита

ТРЕТЬЯК С.И.¹, РАЩИНСКИЙ С.М.^{1,2}, РАЩИНСКАЯ Н.Т.²

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Цель исследования: оценка результатов индивидуального подхода при выполнении различных видов дренирующих операций у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП) с расширением интрапанкреатической части общего желчного протока (ИЧ ОЖП).

Материалы и методы. По нескольким критериям без рандомизации проведен проспективный анализ результатов обследования и выполнения различных вариантов операций у 44 пациентов, которые были оперированы в связи с наличием стеноза ИЧ ОЖП на фоне ХП с января 2007 по декабрь 2011 г. Оценка результатов была проведена с использованием опросника SF-36 v.2tm.

Результаты. Средний возраст пациентов — $Me = 55,5$ (37,0–62,0) года. Среди них было 25 мужчин и 19 женщин. У 23 (52,3 %) больных причиной развития ХП являлся алиментарно-токсический фактор. В клинической картине заболевания у 44 (100 %) пациентов были отмечены различные симптомы стеноза ИЧ ОЖП, которые в 93,2 % случаев сопровождались стойким болевым синдромом.

Разнообразие клинической картины осложнений ХП в группе наблюдения потребовало дифференцированного подхода к хирургическому лечению этих 44 пациентов. Локализация патологического процесса в ткани головки ПЖ, который в 23 случаях сопровождался увеличением ее размеров (у 10 больных за счет формирования псевдокиста в головке ПЖ), порой в сочетании с кальцификацией и вируснолитиазом потребовала выполнения резекционно-дренирующих вариантов оперативных вмешательств на ПЖ. У 20 пациентов объем операции ограничился локальной неанатомической резекцией ткани ПЖ в одном из вариантов ОФ с дополнительным билиодигестивным анастомозом. У 2 больных с размерами головки ПЖ в пределах 40 мм при отсутствии нарушения пассажа по ДПК ОФ была дополнена супрадуоденальным ХДА. У 10 пациентов с замещением ткани головки ПЖ полостями псевдокиста был сформирован анастомоз интрапанкреатической части ОЖП с фиброзной оболочкой кисты по принципу «открытой двери». В 8 случаях ОФ была дополнена наложением холедохоанастомоза бок в бок с использованием единой петли тощей кишки для формирования панкреатодигестивного и билиодигестивного соустья. В случаях (3 пациента), когда проведенные исследования не позволили исключить злокачественный процесс в ПЖ на фоне ХП, была произведена ППДР. В этой группе, состоявшей из 23 больных, в ближайшем послеоперационном периоде у 2 пациентов были зафиксированы поверхностные нагноения послеоперационной раны.

У 21 пациента был наложен ХДА, так как стеноз ИЧ ОЖП не сопровождался увеличением головки ПЖ с клиническими симптомами хронической дуоденальной непроходимости. У 8 больных до оперативного вмешательства был выявлен множественный холедохолитиаз. В одном случае имело место нагноение послеоперационной раны.

После оперативного лечения у опрошенных респондентов выявлено улучшение всех показателей, характеризующих физический и психоэмоциональный компонент здоровья ($p < 0,01$). Полученные данные подтверждают целесообразность и эффективность выполнения различного вида билиодигестивных анастомозов у больных, страдающих стенозом ИЧ ОЖП на фоне ХП.

Выводы. На выбор адекватного хирургического пособия при стенозе ИЧ ОЖП на фоне ХП влияет локализация основного патологического очага в ПЖ, вероятность малигнизации процесса. Выбор варианта билиодигестивного анастомоза при стенозе ИЧ ОЖП зависит от степени его выраженности, протяженности и особенностей пассажа по двенадцатиперстной кишке. Супрадуоденальный ХДА достоверно улучшает качество жизни в группе пациентов, у которых отсутствуют признаки хронической дуоденальной непроходимости.

Результаты лечения больных с механической желтухой

ФЕДОРОВСКИЙ В.В., ДРУЖИНИНА Е.Е.

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

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 34», Новосибирск, Россия

Введение. Механическая желтуха является одним из серьезных состояний, требующих неотложного решения. Высокий удельный вес больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией заставляет стремиться к минимально инвазивным методам лечения.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения больных с механической желтухой доброкачественного характера в условиях больницы скорой помощи.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 147 больных с механической неопухоловой желтухой с 2008 по 2012 год. Возраст больных — от 22 до 90 лет. Преобладали пожилые люди, средний возраст — $68,08 \pm 15,46$ года. Мужчин было 47, женщин — 100. Среди причин желтухи: холедохолитиаз — 67, «вколоченный» камень БСДК — 18, стриктура терминального отдела ОЖП — 25, стриктура в сочетании с холедохолитиазом — 7, парапапиллярный дивертикул в сочетании с холедохолитиазом — 14, в сочетании со стриктурой — 2, только дивертикул — 1. У 11 больных имелся деструктивный холецистит, в том числе с инфильтратом или абсцессом, у 1 — синдром Мирizzi. У 10 больных имелся гнойный холангит.

У 121 больного предпринята попытка эндоскопического устранения желтухи. Проводились ЭРХПГ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Крупные конкременты удалялись с помощью петли Dormia или баллонным катетером, при необходимости производилась литотрипсия. При мелких конкрементах делалось промывание ОЖП. 4 больным процедура повторялась дважды. У 2 больных ранее была сделана резекция желудка по Биль-



рот. У одного больного одновременно с ПСТ и удалением конкремента удален фрагмент ранее установленной холедохостомической трубки. 15 больным после устранения желтухи эндоскопически через несколько дней сделана лапароскопическая холецистэктомия. 36 больных с желтухой оперированы открытым способом — при наличии деструктивного процесса и при невозможности или неудачной попытке эндоскопического устранения желтухи (продленная стриктура, парапапиллярный дивертикул больших размеров и др.).

Результаты. Из 147 больных только у 7 (5,79 %) удалить конкременты и разрешить желтуху эндоскопическим путем не удалось. У 2 из них была продленная стриктура терминального отдела ОЖП, у 4 — размер конкрементов от 2,5 до 3,5 см, у одной пациентки при попытке удаления крупного конкремента корзинку Dormia заклинило, в связи с чем была сделана лапаротомия.

После эндоскопической папиллосфинктеротомии умер 1 больной 78 лет при явлениях панкреонекроза на фоне лимфогранулематоза. После открытых операций умерло 2 больных: 84 лет с псевдотуморозным панкреатитом и 88 лет с гангренозным холециститом, паравезикальным абсцессом. Таким образом, летальность при эндоскопическом методе лечения больных с желтухой неопухолевого характера составила 0,83 %, при открытом — 5,56 %.

Выводы. Среди больных с механической желтухой неопухолевой природы преобладают люди пожилого и старческого возраста. Наиболее частой причиной является холедохолитиаз. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в большинстве случаев позволяет эффективно разрешить желтуху с минимальной летальностью.

Малоинвазивное лечение механической желтухи доброкачественного генеза

ХАДЖИБАЕВ А.М., ХАКИМОВ М.Ш., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., РАХМАНОВ С.У., ТИЛЕМИСОВ С.О.

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан*

Цель исследования: оценить роль малоинвазивных вмешательств в лечении механической желтухи доброкачественной этиологии.

Материалы и методы. Основными лечебно-диагностическими методами при патологии желчевыводящих путей, осложненной обструкцией холедоха, являются: эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с последующей холангиостомией. Они позволяют установить правильный диагноз и провести декомпрессию билиарного тракта. Проанализированы результаты лечения 2471 больного с механической желтухой доброкачественного генеза. Диагностика характера патологии основывалась на клинико-лабораторных данных, ультрасонографии, компьютерной томографии, МРТ-холангиографии, ЭРПХГ и ЧЧХГ. ЭРПХГ мы проводили всем больным в первые сутки их поступления. Причиной доброкачественной обструкции билиарного дерева явились: холедохолитиаз — 1408, папиллит — 349, стриктура холедоха 193, синдром Мириizzi — 83, дивертикул ДПК — 147, стеноз БДС — 240, киста холедоха — 21, аномалия развития желчевыводящей системы — 2, паразитарная инвазия — 28 больных. Указанные патологические процессы явились показанием для проведения малоинвазивных вмешательств с целью декомпрессии билиарных протоков.

Результаты. Эндобилиарные вмешательства при доброкачественном генезе механической желтухи были следующими: РПХГ + ЭПСТ у 874 больных, РПХГ + ЭПСТ с литоэкстракцией у 1163 больных, РПХГ + назобилиарное дренирование с последующей санацией раствором гипохлорида натрия у 64 больных, РПХГ + ЭПСТ + стентирование холедоха у 60 больных, ЧЧХГ + ЧЧХС у 14 больных. 28 больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ). При этом в 20 случаях после ЭПСТ произведено удаление корзинкой Dormia хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорида натрия. В 8 случаях попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом, эти пациенты были подвергнуты оперативным вмешательствам в срочном порядке.

Выводы. Малоинвазивные эндобилиарные вмешательства обладают высочайшей степенью диагностических и лечебных возможностей при механической желтухе доброкачественной этиологии. Они позволяют поставить правильный диагноз и локализовать уровень блока желчевыводящих путей почти в 100 % случаев, они достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в более благоприятных условиях.

Осложнения ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии

ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХАШИМОВ М.А.

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

В настоящее время в лечении заболеваний большого дуоденального сосочка (БДС) и магистральных желчных протоков широко используются эндоскопические транспапиллярные вмешательства. В большинстве слу-

чаев эти вмешательства начинаются с выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Именно с выполнением ЭПСТ связано подавляющее число осложнений при ретроградных эндобилиарных вмешательствах, которые могут заканчиваться фатально для больного.

Были проанализированы результаты выполненных ЭПСТ у 2992 больных, среди которых мужчин было 697 (23,3 %), женщин — 2295 (76,7 %); возраст больных составил от 18 до 92 лет. Наиболее частым показанием к ЭПСТ являлись холедохолитиаз, который обнаружен у 2524 (84,3 %) больных, и стеноз БДС, выявленный у 468 (15,6 %) пациентов. Осложнения возникли у 61 (2 %) больного. Умерли 3 (0,1 %) пациента.

Кровотечение из папиллотомной раны возникло у 16 (0,5 %) пациентов, оно протекало с клиническими проявлениями в виде мелены, тахикардии, снижения артериального давления. Этим больным наряду с консервативной гемостатической терапией были дополнительно проведены эндоскопические гемостатические манипуляции, а именно: эндоскопическая коагуляция и подслизистое введение 3% гипертонического раствора и адреналина. В 14 случаях был достигнут стойкий гемостаз. У двух больных, несмотря на проведенный эндоскопический гемостаз, кровотечение остановить не удалось, они экстренно оперированы, с последующим выздоровлением.

Острый панкреатит (ОП) возник у 39 (1,3 %) больных. Диагностика этого осложнения осуществлялась с помощью данных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования. Основным клиническим критерием ОП после ЭПСТ был выраженный болевой синдром, который возникал сразу после выполнения манипуляции или спустя 6–12 часов. Одновременно с усилением болевого синдрома, характерного для ОП, у больных появлялась тахикардия и повышался уровень амилазы крови. Этим больным была назначена консервативная терапия. Были оперированы 5 больных в сроки от 2 до 5 суток от начала заболевания, у которых прогрессировали деструктивные изменения в парапанкреатической клетчатке и самой железе. 3 больных с панкреонекрозом умерли от прогрессирования забрюшинной флегмоны и полиорганной недостаточности. Одной из причин возникновения панкреатита после ЭПСТ мы считаем резкое повышение внутрипротокового давления при введении избыточного количества рентгенконтрастного вещества в панкреатические протоки при выполнении ЭРХПГ. Второй причиной может служить травматичная папиллотомия, при которой после рассечения БДС может произойти травма устья вирсунгова протока. Такая техническая ошибка возникает, как правило, при неудачных канюляциях и неувеличенной папилле.

У 6 (0,2 %) больных вмешательство на БДС осложнилось перфорацией задней стенки двенадцатиперстной кишки. Им была выполнена экстренная операция, проведено наружное дренирование холедоха и ретродуоденального пространства. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений и закончился их выздоровлением. Во всех случаях ретродуоденальной перфорации ДПК имели место неверно выбранные протяженность или направление разреза при ЭПСТ.

Таким образом, снижению количества осложнений после ЭПСТ способствует пунктуальное техническое выполнение папиллотомии после селективной канюляции желчных протоков. Своевременная диагностика возникших осложнений позволяет адекватно выбрать лечебную тактику, а при необходимости своевременно принять оперативное вмешательство, позволяющее предотвратить летальный исход при осложнениях ЭПСТ.

Роль эндоскопической санации билиарного дерева при гнойном холангите

ХОЖИБОВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., БОЙНАЗАРОВ И.Х.

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

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных с гнойным холангитом путем эндоскопической декомпрессии и санации ЖВП.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ЭРХПГ и ЭПСТ, выполненных 1425 пациентам. Из них у 202 (14,1 %) был диагностирован гнойный холангит. Гнойное воспаление ЖВП у 155 (76,7 %) больных развивалось на фоне холедохолитиаза, у 31 (15,3 %) выявлена стриктура терминального отдела холедоха (ТОХ). У 16 (7,9 %) пациентов холангит развился на почве прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки. Соотношение мужчин и женщин — 1 : 3,5. Возраст больных — от 19 до 89 лет.

Результаты. Всем больным исследовали микрофлору желчи. ЭПСТ произвели 202 пациентам. 158 (78,2 %) больным выполнена литоэкстракция. У 20 (9,9 %) пациентов в связи с невозможностью удаления конкрементов проводили назобилиарное дренирование. Санацию ЖВП выполняли различными антисептиками: диоксидином 0,5%, фурациллином 1:5000 и гипохлоритом натрия 0,06%. Для сравнения их терапевтической эффективности при гнойном холангите пациенты были разделены на три группы. В первой группе (группа сравнения), состоящей из 55 (27,2 %) больных, санацию билиарного дерева антисептиком не проводили. Во второй группе у 65 (32,1 %) пациентов санация холедоха проводилась поочередно растворами фурацилина и диоксидаина 0,5% фракционно в течение двух суток. В третьей группе 82 (40,5 %) больных санация билиарного дерева проводилась круглосуточно капельным орошением (20 капель в минуту) в течение 2 суток раствором гипохлорита натрия 0,06% в дозе 400,0 мл/сут. В результате исследования желчи выявлена ассоциация аэробов и анаэробов в 68,2 %. Изолированно анаэробы выявлены в 15,9 % и аэробы — в 15,9 % случаев. Анаэробы были представлены



бактероидами (57,3 %), фузобактериями (14,8 %), клостридиями (6,2 %). Из факультативных аэробов наиболее часто встречалась кишечная палочка (28,2 %), стафилококки (26,8 %), стрептококки (12,5 %), энтерококки (32,5 % наблюдений). Сравнивая результаты местного лечения гнойного холангита растворами антисептиков и раствором гипохлорита, мы установили, что бактериальная обсемененность желчи снижается до уровня менее 10^6 в 1 мл желчи у больных после местного введения гипохлорита в среднем на $2,0 \pm 0,5$ дня быстрее, чем при традиционных методах санации. Широкие возможности НБД позволили повысить эффективность эндоскопического метода лечения с 92 до 97,7 %, уменьшить количество осложнений с 10,3 до 7,5 %, а летальность — с 4,2 до 2,9 %.

Выводы. Применение современных эндоскопических методов лечения билиарной обструкции у больных гнойным холангитом является высокоэффективным лечебно-диагностическим комплексом, позволяющим значительно улучшить результаты лечения данной категории больных. При выборе антисептического средства для санации ЖВП предпочтение следует отдать 0,06% раствору гипохлорита, который отличается безопасностью, нетоксичностью и высокими бактерицидными свойствами.

Возможности повышения эффективности гепатико- и холедохоеюностомии при доброкачественных билиарных стриктурах

ХОРОНЬКО Ю.В., ЕРМОЛАЕВ А.Н., ХОРОНЬКО Е.Ю.

*ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Ростов-на-Дону, Россия*

Актуальность. Гепатико- и холедохоеюностомия среди билиодигестивных реконструкций считаются оптимальными при доброкачественных билиарных стриктурах. Последние имеют этиологию чаще ятрогенную, реже — воспалительную или иную. Однако, несмотря на очевидные достоинства названных вмешательств, послеоперационный период может сопровождаться развитием осложнений, не только ухудшающих качество жизни, но и значительноотягающих состояние пациента. Настоящее исследование касается разработки методик, способствующих повышению эффективности билиодигестивных анастомозов (БДА).

Материалы и методы. Из общего количества 103 больных, оперированных в нашей клинике в 1997–2012 гг. по поводу доброкачественных билиарных стриктур с применением различных видов БДА, 75 пациентов подвергнуты наложению гепатико- или холедохоеюноанастомоза. 60 из них — в связи с рубцовыми стриктурами после повреждений при холецистэктомии, полученных за 1–118 дней до поступления к нам; 15 — с протяженными стриктурами терминального отдела холедоха неятрогенной этиологии. Те 28 больных, которым был наложен холедоходуоденоанастомоз, из исследования исключены, равно как еще трое, подвергнутых восстановительному вмешательству в виде сшивания холедоха конец-в-конец, произведенного соответственно на 1, 2 и 5-е сутки после ранения. У 44 пациентов, оперированных в основном до 2006 г., применялась общепринятая методика анастомозирования протока с петлей тощей кишки, подготовленной по Ру (Roux), по типу «конец в бок» или «бок в бок». Разработанная нами методика, предусматривающая наложение гепатико- или холедохоеюноанастомоза по типу «конец в бок» (Патент РФ 2470592), суть которой заключается в создании эластичного жома, препятствующего рефлюксу кишечного содержимого, применена в 31 случае: у 23 с последствиями ятрогенных повреждений, полученных при холецистэктомии (22) и при резекции желудка по Бильрот-II (1), и еще у 8 — с протяженными стриктурами терминального отдела холедоха воспалительного генеза. Следует заметить, что с 2002 г. предпочитали однорядное соустье, накладывая отдельные швы рассасывающимся шовным материалом (типа PDS) нитью диаметром 4/0–5/0.

Результаты. Длительность и трудоемкость предложенной методики существенно не отличаются от общепринятых. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода в двух группах больных (I, контрольная — 31 пациент из 44 оперированных, отобранных путем случайной выборки, анастомозы накладывали по общепринятым правилам; II группа — 31 пациент, арефлюксная методика) позволил установить, что по таким оценочным параметрам, как тяжесть течения и количество послеоперационных осложнений (атаки холангита, динамика показателей общего и биохимических анализов крови), летальность (умер 1 пациент в контрольной группе), предложенная нами арефлюксная методика позволяет наиболее полно проявиться достоинствам БДА при соблюдении установленных в современной гепатобилиарной хирургии правил наложения билиодигестивных соустьев: анатомичности оперирования, прецизионности исполнения, сопоставления однородных тканей, применения современных шовных материалов и оптики.

Выводы. 1. Реконструктивные билиодигестивные вмешательства следует выполнять лишь в учреждениях, располагающих опытными специалистами и техническими возможностями для проведения операций подобного типа.

2. Арефлюксные методики наложения гепатико- и холедохоеюноанастомозов обладают преимуществами по сравнению с рутинными аналогами, так как способствуют уменьшению количества и тяжести послеоперационных осложнений. Актуальность данного положения особенно очевидна при соблюдении общепринятых в современной гепатобилиарной хирургии правил наложения анастомозов: прецизионности исполнения, применения современных шовных материалов.

Современные аспекты хирургического лечения ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков

ХОТИНЯНУ В.Ф., ФЕРДОХЛЕБ А.Г., ХОТИНЯНУ А.В.

Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

В абдоминальной хирургии много нерешенных проблем, но можно с уверенностью сказать, что одной из наиболее сложных из них является лечение ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков (ЯСВЖП). Хирургические вмешательства при этой патологии в большинстве случаев сложны, а их результаты не всегда удовлетворяют хирургов и пациентов.

Материалы и методы. Исследование базируется на ретроспективном анализе результатов лечения 220 больных с ЯСВЖП, находившихся в клинике хирургии № 2 ГМУФ им. Н. Тестемицану в период с 1980 по 2013 г. Из них мужчин было 83 (37,7 %), женщин — 137 (62,3 %). Средний возраст больных был $51,17 \pm 1,52$ года и варьировал от 30 до 77 лет.

Основной причиной формирования стриктуры явилась интраоперационная травма внепеченочных желчных протоков, которая у 47 (21,36 %) больных усугубилась различными воспалительными процессами (холангитом, желтухой, подпеченочным абсцессом) или факторами, им способствующими (наружное дренирование ВЖП (23; 11 %). Повреждения желчных протоков, как правило, наблюдали после холецистэктомии, из них срочные вмешательства констатировали в 124 (56,3 %) случаях и плановые операции — у 96 (43,6 %) пациентов. По классификации S. Strasberg в 95 % случаев определили травму класса Д и Е.

Диагноз ЯСВЖП, характер и локализацию стриктуры устанавливали с помощью ультразвукового исследования и методов прямого контрастирования желчных протоков: фистулографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ), чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ), а также их комбинированного применения. В 112 (51 %) случаях окончательный диагноз был поставлен при РПХГ, в 35 (15,9 %) — при выполнении ЧЧХГ, и в 50 (22,7 %) — при выполнении фистулографии. Следует отметить, что у 15 (6,8 %) больных перечисленные методы исследования оказались неинформативны. В этих случаях диагностическая задача была разрешена при проведении МРТ в режиме холангиографии. Анализ полученного диагноза позволил сделать следующее распределение уровня стриктур по Bismuth: I типа — 60 (27,27 %); II типа — 83 (37,73 %); III типа — 64 (29,09 %); IV типа — 13 (5,91 %) больных.

Особенная роль в комплексном лечении отведена предоперационной подготовке с обязательной мининвазивной декомпрессией желчного дерева, что позволило купировать желтуху и признаки холангита в течение $7,7 \pm 0,3$ дня. Этап хирургической реконструкции выполнялся в условиях стабилизации функции печени и основных жизненно важных органов. Оптимальным хирургическим решением в ЯСВЖП считали восстановление желчотока путем гепатикоеюностомии с длиной петли не менее 80 см. Показанием к дренированию, по нашему заключению, стали размеры желчного хода меньше 15 мм, наличие персистирующего холангита, выраженные местные гнойно-инфильтративные изменения, а также технические трудности при наложении анастомоза. Предпочтение отдавали методу дренирования Voelker. Для стриктур III–IV типа использовали обязательное раздельное дренирование правого и левого печеночного протока, что и было успешно выполнено у 33 (18,64 %) больных. Летальный исход наблюдали в 6 (2,73 %) случаях.

Выводы. Единственным радикальным методом лечения доброкачественных стриктур является своевременная и полноценная их хирургическая коррекция. По нашему мнению, оптимальным вариантом разрешения стриктур является гепатикоеюностомия по Roux. Показанием к дренированию анастомоза были: размер желчного хода меньше 15 мм, наличие персистирующего холангита, выраженные местные гнойно-инфильтративных изменений, а также технические трудности при наложении анастомоза.

Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного механической желтухой

ХОТИНЯНУ В.Ф., КАЗАК А.В., ХОТИНЯНУ А.В.

Государственный университет медицины и фармации им. Н. Тестемицану, Кишинев, Молдова

Актуальность. Увеличение количества больных хроническим панкреатитом (ХП) и его осложнений в мире, достижения в области биологических и технических наук способствовали совершенствованию хирургических вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ).

Цель исследования: оптимизация методов хирургического лечения больных ХП, осложненным механической желтухой (МЖ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 412 больных с ХП и его осложнениями, находившихся в 1990–2012 гг. в хирургической клинике № 2. В I группу (105 (25,45 %) пациентов) были включены больные со следующими типами ХП, осложненного МЖ: индуративным — 3 (2,86 %), псевдотуморозным — 3 (2,86 %), калькулезным — 6 (5,72 %). Во II группу включены 307 (74,55 %)



больных ХП с осложненным течением, из них 27 (6,55 %) пациентов с псевдокистами ПЖ, осложненными МЖ. Распределение по полу: мужчины — 329 (80,0 %): I гр. — 99 (95 %), II гр. — 261 (85,0 %), женщины — 83 (20,0 %): I гр. — 6 (5,0 %), II гр. — 46 (15,0 %). Лица трудоспособного возраста — 363 (93,79 %).

Из 39 (9,47 %) случаев ХП, осложненного МЖ, в 33 (8,01 %) была использована предоперационная эндоскопическая декомпрессия желчевыводящих путей. Классическим хирургическим решением в случаях ХП, осложненного МЖ, были холецисто(холедохо)-еюноанастомоз + панкреатоеюноанастомоз на расщепленной петле тощей кишки по методике Roux у 11 (91,67 %) пациентов и холецисто(холедохо)-еюноанастомоз + цистпанкреатоеюноанастомоз на расщепленной петле Roux у 25 (92,59 %) пациентов. У 3 (0,73 %) пациентов с клиническим подозрением на опухоль ПЖ проводились ПДР (I гр. — 1 (8,33 %), II гр. — 2 (7,41 %)).

Результаты. Исследования в послеоперационном периоде на протяжении 20 лет больных ХП и МЖ показали, что социальная реабилитация достигнута в 36 (91,17 %) случаях. (I гр. — 11 (94,74 %), II гр. — 25 (93,33 %)). Продолжают профессиональную деятельность 28 (72,45 %) пациентов (I гр. — 9 (75,79 %), II гр. — 21 (77,04 %)). Нормальный вес имеют 33 (84,93 %) пациента (I гр. — 10 (84,21 %), II гр. — 23 (85,19 %)).

Выводы. В случаях МЖ и гипертонии в вирусном протоке рекомендуется наложение панкреатоеюноанастомоза и холецисто(холедохо)-еюноанастомозов на изолированной по методике Roux расщепленной петле тощей кишки, которые обеспечивают адекватную декомпрессию протоковой системы ПЖ и желчных протоков.

Клиническая картина паразитарной механической желтухи

*ЦХАЙ В.Ф., БРАЖНИКОВА Н.А., МЕРЗЛИКИН Н.В., ЗАЙЦЕВ И.С.
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Томск, Россия*

Цель исследования: изучить особенности клиники механической желтухи паразитарного генеза.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 556 больных с паразитарными механическими желтухами, в обследовании которых применялись общеклинические, лабораторные и современные инструментальные методы исследований (УЗИ, ЭРХПГ).

Результаты. Для паразитарных механических желтух характерна вариабельность клинической картины, зависящая от многообразия причин холестаза. При каждом паразитарном заболевании может отмечаться несколько механизмов обструкции желчных путей, усугубляющих друг друга. В силу этого клиническая картина представляет собой сложный симптомокомплекс, затрудняющий диагностику.

Отсутствие выраженного болевого синдрома, предшествующего появлению желтухи, отмечается у 66,4 % больных, из них в 40,3 % наблюдений холестаз развивается вообще без каких-либо болевых ощущений. Такое начало приводит к диагностическим ошибкам, в результате чего 30,2 % больных сначала госпитализируются с ошибочным диагнозом.

Большая длительность желтух до госпитализации в хирургический стационар обусловлена первыми двумя особенностями, а также объясняется иногда невозможностью оказать больным адекватную помощь по месту жительства.

У 71,8 % больных желтуха развивается на фоне других осложнений основного заболевания, а иногда и нескольких. Наличие их существенно осложняет предоперационную подготовку, вносит коррективы в объем оперативного вмешательства, отражается на исходах лечения.

У 85,6 % пациентов уже в сроки до 3 суток от появления желтухи констатируются биохимические индикаторы гепатодепрессии, а клинические проявления ее наблюдаются у 30,7 % пациентов. Печеночная недостаточность стала причиной смерти 9,5 % больных.

Холангит наблюдается у 85,3 % больных. Объясняется это и большой длительностью холестаза, и его интенсивностью, а также паразитарным характером процессов. Холангиты способствуют возникновению у больных ОПН (в 4 раза чаще, чем при его отсутствии), развитию послеоперационных осложнений (в 2,5 раза чаще), высокой летальности.

У больных с механической желтухой паразитарного генеза наблюдаются значительные нарушения как в клеточном, так и в гуморальном звене иммунитета. Депрессия Т-лимфоцитов с дисбалансом их популяции, снижение числа В-клеток, характерное нарушение функции фагоцитоза: снижение показателя завершенности его при относительно высоком уровне фагоцитирующих нейтрофилов и хорошей поглотительной способности их. Эти изменения показателей иммунитета однотипны при всех паразитарных процессах.

Желтуха при паразитарных заболеваниях развивается на фоне сенсibilизации организма продуктами обмена и распада паразита. Наиболее частыми клиническими проявлениями ее являются эозинофилия, зуд кожных покровов, астматический синдром, кожные высыпания. В 31 % случаев отмечаются различные аллергические реакции на лекарственные препараты.

Выводы. Несмотря на индивидуальность каждого паразитарного заболевания, в клинической картине механических желтух, развивающихся на их фоне, имеется ряд общих характерных особенностей, которые необходимо учитывать как в диагностике, так и в хирургическом лечении.

Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков, осложненных механической желтухой

ШАБУНИН А.В., ПАРФЕНОВ И.П., БЕДИН В.В., ТАВОБИЛОВ М.М., ШИКОВ Д.В., ГРЕКОВ Д.Н., КУЗНЕЦОВА В.Ф., ЕРШОВ П.В.

*Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия*

Введение. Посттравматические рубцовые стриктуры желчных протоков (ПРСЖП) в подавляющем большинстве наблюдений возникают вследствие травматического повреждения желчных протоков во время холецистэктомии или резекции желудка по поводу дистальной язвы ДПК, а также неадекватных реконструктивных вмешательств по поводу патологии внепеченочных желчных протоков (ЖП). Механическая желтуха и рецидивирующий холангит — наиболее грозные осложнения рубцовых стриктур.

Материалы и методы. За период с августа 2007 по май 2013 года находилось на лечении 24 пациента с ПРСЖП в возрасте от 19 до 80 лет; женщин — 14 (58,3 %) мужчин — 10 (41,7 %). В диагностическом алгоритме использовались: УЗИ, по показаниям СКТ с болюсным контрастным усилением и ЭРХПГ. Наиболее полное представление о состоянии внутри и внепеченочных ЖП, уровне и протяженности стриктуры составлялось при магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ). Уровень стриктуры классифицировали по Гальперину. В 7 (29,15 %) случаях +1; в 7 случаях (29,15 %) 0; в 6 (25 %) случаях –1; в 3 (12,5 %) случаях +2; в 1 случае (4,2 %) –2. У 8 (33,3 %) пациентов оперативное лечение выполнено до 6 месяцев с момента повреждения, у 16 (66,7 %) пациентов оперативное лечение выполнено спустя более 6 месяцев с момента повреждения; у 4 (16,7 %) пациентов до поступления уже выполнялось реконструктивное вмешательство; у 1 (4,2 %) пациента до поступления было 2 реконструктивных вмешательства, у 6 (25 %) пациентов выполнялись попытки восстановительного лечения. Механическая желтуха средней и тяжелой степени с развитием острого холангита была у 10 пациентов (41,7 %), что потребовало применения дренирующих способов лечения. 14 пациентам (59,3 %), учитывая легкую степень механической желтухи, проведено оперативное вмешательство без предварительной декомпрессии.

Результаты. Операцией выбора при ПРСЖП являлась резекция рубцовой стриктуры ЖП и формирование билиодигестивного соустья с использованием прецизионной техники на выключенной по Ру тощей кишке длиной более 70 см с неизменными тканями желчных протоков. 10 (41,7 %) пациентам с целью купирования острого холангита и механической желтухи средней и тяжелой степени первым этапом выполнено ЧЧНВД желчных протоков. 5 (20,8 %) пациентам по тяжести состояния и сопутствующей патологии выполнено стентирование ЖП как окончательный вариант лечения. Всего выполнено 19 (79,2 %) реконструктивных вмешательств, из них 10 (52,6 %) гепатикоюностомий, 8 (42,1 %) бигепатохолангиоюностомий, 1 (5,3 %) атипичная резекция IV сегмента печени с бигепатохолангиоюноанастомозом. У 2 (8,4 %) пациентов в послеоперационном периоде выявлены осумкованные жидкостные скопления в области анастомоза, дренированные под УЗ-наведением, у 1 (4,2 %) пациента — нагноение послеоперационной раны. При динамическом наблюдении пациентов в сроки от 5 месяцев до 5 лет рецидивов стриктур не обнаружено.

Заключение. В диагностике ПРСЖП наиболее точным и неинвазивным методом является МРХПГ. У больных с механической желтухой тяжелой степени и холангитом в качестве предоперационной подготовки показано выполнение чрескожного антеградного дренирования желчных протоков, а на фоне тяжелой сопутствующей патологии — стентирование. Операцией выбора при ПРСЖП является резекция стриктуры с формированием билиодигестивного анастомоза на выключенной по Ру тощей кишке.

Хирургическое лечение механической желтухи у больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом

ШТОФИН С.Г., БОРОДАЧ В.А., СААК М.З., АСАТРИАН А.А.

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

С 2010 по 2012 г. оперированы 1246 пациентов по поводу острого калькулезного холецистита. Механическая желтуха, обусловленная холедохолитиазом, имела место у 241 (19,3 %), при этом флегмонозное воспаление желчного пузыря отмечено у 134 (55,6 %), гангренозное — у 107 (44,4 %). Из них женщин — 154 (63,9 %), мужчин — 87 (36,1 %). До 60 лет — 97 (40,2 %) пациентов, старше 60 — 144 (59,8 %). Множественные конкременты общего желчного протока имели место у 153 (63,5 %), одиночные — у 45 (18,7 %), микролитиаз — у 36 (14,9 %),



синдром Мириizzi — у 7 (2,9 %) пациентов. Хирургическую операцию у больных с механической желтухой проводили по экстренным и срочным показаниям не более чем через 72 часа от поступления в клинику. Перед удалением желчного пузыря всем пациентам через пузырный проток выполняли холангиографию. Данные контрастного исследования желчных протоков иногда не совпадали с результатами УЗИ, но позволяли всегда точно определить наличие, размеры и количество конкрементов. Холедохолитотомию у 81 (33,6 %) пациента с одиночными камнями общего желчного протока и отсутствием стеноза его терминального отдела завершили наружным дренажем. У 136 (56,4 %) при множественном холедохолитиазе, наличии «замазки» и микролитиаза сформировали поперечный холедоходуоденоанастомоз однорядным швом. У 7 (2,9 %) при синдроме Мириizzi выполнили холедохоюноанастомозы, 17 (7,1 %) произведена ЭПСТ. Умерли после операций 6 (2,5 %) пациентов пожилого и старческого возраста от тромбозомболических осложнений и тяжелых сопутствующих заболеваний.

Заключение. Тактика при механической желтухе, обусловленной холедохолитиазом, сопровождающим острым деструктивным холециститом, должна быть активной, направленной на радикальное устранение болезни и возможных послеоперационных осложнений холедохолитиаза.

Выбор метода хирургического лечения при протоковых осложнениях желчнокаменной болезни

ЯРЕШКО В.Г., МИХЕЕВ Ю.А., КИПШИДЗЕ А.А., ПЕРЕГУДА Н.С.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

В лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений в настоящее время нет альтернативы оперативным методам лечения, при этом малоинвазивные технологии давно и убедительно доказали свои преимущества.

В Запорожском областном центре хирургии печени, поджелудочной железы и желчных протоков проводили лечение 5464 больных ЖКБ в период с 2004 по 2013 год. Мужчин было 1761 (32,2 %), женщин — 3703 (67,8 %), их возраст составил от 17 до 89 лет (средний — $64,8 \pm 8,3$ года).

Осложнения ЖКБ со стороны желчных протоков отмечены у 847 (15,5 %) пациентов: механическая желтуха — у 82 %, холангит — у 63%, холангиогенные абсцессы печени — у 11%, наружный желчный свищ — у 16 %. Средний уровень билирубинемии у больных с механической желтухой составил $147,1 \pm 4,5$ мкмоль/л, а длительность — от 2 до 56 суток (в среднем 11 ± 3 суток). По данным УЗИ, расширение желчных протоков при ЖКБ отмечено у 94,12 % больных, прямые признаки холедохолитиаза (гиперэхогенное образование с акустической тенью) отмечены у 63,4 % больных. ЭРХПГ и ЧЧХГ диагностировали конкременты и/или стриктуры желчных протоков, стеноз БДС в 98,7 % случаев. Холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС был выявлен у 236 больных (27,9 %), только стеноз БДС — у 154 (18,2 %), холедохолитиаз без стеноза — у 181 (21,4 %). При этом резидуальный и рецидивный холедохолитиаз диагностирован у 160 (18,9 %) больных, стеноз БДС после ранее перенесенной холецистэктомии — у 70 (8,3 %), синдром Мириizzi — у 24 (2,8 %), рубцовые стриктуры и ятрогенные повреждения желчных протоков — у 22 (2,6 %) больных.

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства выполнены у 627 больных, из них в сочетании с холедохолитоэкстракцией и без нее у 615 (98,1 %), супрапипиллярная ХДС — у 3 (0,5 %), назобилиарное дренирование — у 98 (15,6 %), эндопротезирование холедоха — у 18 (2,9 %). У 33 больных с единичными крупными конкрементами протоков выполнена лапароскопическая холедохолитотомия после эндоскопической папиллотомии.

Однако 277 больным с протоковыми осложнениями были выполнены лапаротомные операции. В основном это повторные хирургические операции у пациентов с необоснованными показаниями к малоинвазивным операциям или с дефектами их выполнения, операции при ятрогенных повреждениях желчных протоков, операции при крупном и множественном холедохолитиазе, рецидивном холедохолитиазе, крупных парапипиллярных дивертикулах, перенесенной резекции желудка по Бильрот 2, синдроме Мириizzi. Стремление использовать только малоинвазивные методики при перечисленных патологических ситуациях может не только увеличить расходы на лечение, но и приводит к «синдрому незавершенного лечения», необходимости повторного, чаще открытого вмешательства уже в другом лечебном учреждении, в более поздние сроки и в менее благоприятных условиях.

Таким образом, накопленный опыт лечения больных с неблагоприятными исходами малоинвазивных операций показал, что в ряде случаев обоснованным, а нередко и единственным возможным способом устранения рецидива заболевания и коррекции возникших осложнений оказывается выполнение реконструктивных операций. При этом разнообразие лапароскопических и эндоскопических технологий требует разработки стандартов их рационального использования с реализацией их основного предназначения — снижения травматичности операций с минимальными послеоперационными осложнениями и рецидивами.

РАЗДЕЛ 4

Деструктивный панкреатит



Модель острого некротического панкреатита

АГАПОВ М.А., ГОРСКИЙ В.А., ХОРЕВА М.В., ЛЕОНЕНКО И.В.

Кафедры хирургии и иммунологии медико-биологического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Введение. Экспериментальной модели острого панкреатита (ОП) уже более 150 лет. Существует множество различных приемов, с помощью которых можно вызвать в эксперименте патологию поджелудочной железы (ПЖ), начиная с механического повреждения ее тканей и кончая сложными комбинированными воздействиями. Однако, несмотря на все многообразие, модели идеально репрезентирующей ОП у человека, в настоящее время не существует. С учетом того, что «цитокиновый шторм» является одним из основных компонентов патогенеза ОП, одним из условий экспериментальной модели должна являться повышенная продукция цитокинов. По данным литературы, наиболее часто применяемой является модель, где ОП инициируют введением церулеина, что, естественно, не соответствует патогенезу заболевания у человека и не может полностью удовлетворить исследователей.

Целью исследования явилась разработка модели острого некротического панкреатита (ОНП), характеризующейся повышенным выбросом цитокинов в периферический кровоток.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 60 самцов аутбредных крыс CD категории SPF в возрасте 12–14 недель. Были апробированы 2 модели (церулеиновая и алкогольная), которые не дали положительного результата. Поэтому была предложена собственная механическая модель.

Церулеиновую модель создавали путем внутрибрюшинного введения раствора церулеина однократно или трехкратно в дозах 20, 40, 50, 60, 80 мкг/кг массы животного. Для получения алкогольной модели производили длительное (от 14 дней до 2,5 месяца) выпаивание животных 10% раствором этилового спирта вместо питьевой воды. 9 животным для потенцирования эффекта алкоголя вводили раствор церулеина в дозе 40 мкг/кг. Механическую модель создавали путем формирования неполного стеноза общего желчного протока. 9 крысам в качестве дополнительного фактора агрессии вводили раствор церулеина в дозе 40 мкг/кг.

Проводили забор крови для измерения уровня амилазы, АСТ, АЛТ и цитокинов (ИЛ-10, ИЛ-6, ФНО- α) и гистологическое исследование ткани поджелудочной железы, печени, почек, легких.

Результаты. Контролем явились значения цитокинов, полученные в группе интактных животных (ИЛ-10 — $50,72 \pm 8$ пг/мл; ИЛ-6 — $127,27 \pm 14$ пг/мл; ФНО- α — $19,8 \pm 6$ пг/мл). При введении церулеина в указанных дозировках ни в одном случае некроза поджелудочной железы не получили. Данная модель не сопровождалась статистически значимым увеличением уровня цитокинов (ИЛ-10 — $66,56 \pm 3$ пг/мл; ИЛ-6 — $117,88 \pm 12$ пг/мл; ФНО- α — $13,73 \pm 7$ пг/мл).

Алкогольная модель также не привела к развитию некроза *pancreas*. Увеличения уровня цитокинов не наблюдали (ИЛ-10 — $63,04 \pm 2$ пг/мл; ИЛ-6 — $146,81 \pm 7$ пг/мл; ФНО- α — $12,06 \pm 2$ пг/мл). Повышение уровня ИЛ-6 ($224,24 \pm 5$ пг/мл) было отмечено только при комбинации алкоголя и церулеина. ФНО не повышался — $16,66 \pm 7$ пг/мл. Механическая модель морфологически характеризовалась выраженными воспалительно-некротическими изменениями ткани *pancreas* у всех животных. Дополнительное введение церулеина приводило к развитию тотального некроза. При анализе секреции цитокинов обнаружили, что механическая модель, дополненная введением церулеина, характеризуется статистически значимым увеличением секреции цитокинов по сравнению с предыдущими моделями (ИЛ-10-72,39 \pm 11 пг/мл; ИЛ-6 — $457,19 \pm 25$ пг/мл; ФНО- α — $34,62 \pm 9$ пг/мл).

Заключение. Модель ОНП у крыс, созданная оперативным путем посредством частичной окклюзии желчевыводящего протока, может быть рекомендована для оценки эффективности препаратов, обладающих цитокин-ингибирующей активностью.



Лечение аррозионных кровотечений при панкреонекрозе

АЛЕКСАНДРОВ Д.А., ТОЛСТОКОРОВ А.С., БЕЛЯКОВ Р.Ф.
ГУЗ «Областная клиническая больница», Саратов, Россия

Одним из фатальных осложнений панкреонекроза (ПН) является аррозионное кровотечение (АК) из панкреатодуоденальной зоны. В наших наблюдениях АК развились у 60 больных. Как правило, АК возникали в несанированных очагах деструкции.

По поводу АК оперированы 38 человек, из них умерли 25. 12 больным с профузным кровотечением произведена остановка методом тампонирования, в 10 случаях развился рецидив кровотечения с летальным исходом. У 5 пациентов сначала использовалось тампонирование, а после развития рецидива кровотечения — операция с перевязкой сосудов, 2 больных удалось спасти. В 17 случаях перевязывали аррозированные панкреатодуоденальные артерии, спасти удалось 8 человек. Из 2 больных, которым перевязана селезеночная артерия, выжил 1. При аррозионных кровотечениях из корня брыжейки тонкой кишки (1 наблюдение) и из селезеночной вены (1 наблюдение) больные погибли.

Остановка аррозионного кровотечения тампонадой зоны деструкции через имеющийся доступ при открытых методах дренирования предпринята у 22 больных. Из них 8 умерли от рецидива кровотечения, 11 — от прогрессирующей интоксикации.

Оценка темпа кровопотери при АК на фоне исходных нарушений гемодинамики и тяжелой интоксикации была затруднительной даже при наличии дренажей, т.к. значительным депо крови становились ткани забрюшинной клетчатки. Поэтому всякое АК рассматриваем как угрожающее жизни.

Анализируя полученные результаты, следует констатировать, что наиболее эффективным методом гемостаза при АК служит перевязка кровоточащего сосуда. Тампонада зоны АК эффективна при венозных кровотечениях из сосудов малого калибра. В других случаях она дает лишь временный результат. Условием надежного гемостаза служит точное определение источника геморрагии. Для этого необходим широкий лапаротомный доступ. Чем раньше предпринята попытка обнаружить и перевязать аррозированный сосуд, тем выше вероятность выполнения этой задачи и благоприятного исхода.

Малоинвазивные эндоскопические вмешательства при остром билиарном панкреатите

АЛЕХНОВИЧ А.В., ПАНЧЕНКОВ Д.Н., ИВАНОВ Ю.В.

Кафедра хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия
НИИ клинической хирургии «Федеральный научно-клинический центр» ФМБА России, Москва, Россия

В настоящее время в России и за рубежом основу лечения острого билиарного панкреатита (ОБП) составляет патогенетически обоснованная ранняя декомпрессия билиарной системы. Однако сроки декомпрессии билиарной системы, объем, методы и показания к ее выполнению еще не до конца ясны.

Клинические исследования были проведены у 136 больных ОБП. Все больные были разделены на две группы: основную (I) — 76 пациентов, которым в комплекс лечебных мероприятий были включены малоинвазивные эндохирургические вмешательства, и контрольную (II) — 60 больных, лечившихся традиционными методами.

По показаниям, основанным на данных обследования и индивидуальных особенностях течения заболевания, диагностические мероприятия завершали лечебными: ЭГДС — эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), эндоскопическим дренированием главного панкреатического протока, назобилиарным дренированием, а лапароскопию — выполнением ряда лечебных манипуляций. В основной группе больных ОБП на фоне традиционной комплексной терапии обязательно осуществляли декомпрессию билиарной системы с помощью эндохирургических технологий. Кроме того, пациентам этой группы проводили обезболивание с помощью грудной продленной эпидуральной аналгезии на уровне ThVII–ThVIII. Проанализированы ближайшие результаты лечения данной категории больных обеих групп исследования. В связи с небольшим объемом выборки для статистической обработки полученных данных применялись непараметрические критерии (U-критерий Манна–Уитни, тест Вилкоксона).

Исследования показали, что при однородности групп по возрасту, полу, характеру основной и сопутствующей патологии имеются статистически значимые различия в группах сравнения по уровню летальности, частоте осложнений и длительности лечения. При ОБП в экстренном или срочном порядке, сразу же после уточнения диагноза, при обнаружении патологических изменений большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) выполняли попытку их устранения с помощью малоинвазивных эндоскопических вмешательств.

Включение в комплексное лечение больных ОБП малоинвазивных эндохирургических методик на ранних стадиях заболевания позволило значительно улучшить результаты лечения. Разработана новая лечебно-диагностическая тактика при билиарном ОП, основным этапом которой является выполнение в экстренном или срочном порядке эндоскопической декомпрессии желчных путей — ЭПСТ с восстановлением проходимости

общего желчного протока, БСДК и назобилиарным дренированием или чрескожно-чреспеченочной холецисто- или холангиостомы.

Во всех случаях декомпрессии билиарной системы был отмечен положительный эффект, заключающийся в быстром купировании болей, снижении уровня ферментемии, воспалительных явлений. Средний койко-день у больных основной группы был меньше в 1,4 раза, чем в контрольной группе.

В основной группе наблюдали всего 12 больных с осложнениями (16 %), тогда как в контрольной — 33 (55 %). Общее количество экстраабдоминальных осложнений у больных основной группы было меньше в 1,2 раза, а интраабдоминальных — в 1,5 раза, чем в контрольной группе.

Общее количество переходов от консервативного лечения к открытым оперативным вмешательствам у больных основной группы составило 8 (10,5 %), а в контрольной — 15 (25 %), что в 2,4 раза больше. Общая летальность в основной группе больных была в 2,8 раза меньше, чем в контрольной, а послеоперационная летальность — соответственно в 2,5 раза.

Таким образом, раннее применение новых малоинвазивных эндохирургических методик на фоне комплексного лечения ОБП обоснованно и дает существенное снижение длительности лечения, количества осложнений и летальности.

Принцип этапности в хирургическом лечении острого панкреатита с использованием миниинвазивных и традиционных операционных технологий

АНДРЮЩЕНКО В.П., АНДРЮЩЕНКО Д.В.

Львовский национальный медицинский университет имени Даниила Галицкого, Львов, Украина

Вступление. С появлением новых миниинвазивных технологий существенно расширились возможности достоверной диагностики и эффективного хирургического лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП). Однако вопросы о возможности и целесообразности использования данных методик, определения их места и соотношения с традиционными оперативными хирургическими вмешательствами продолжают оставаться окончательно не решенными.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения выборочной группы больных (125), у которых использовались миниинвазивные (интервенционно-ультрасонографические, видеолaparоскопические) и традиционные операционные технологии, в том числе в их сочетании. Диагноз ОДП во всех наблюдениях устанавливался на основании клинических, лабораторно-биохимических, лучевых (УЗД, КТ, МРТ) и инструментальных (ФГДС) исследований.

Результаты. На диагностическом этапе было констатировано, что в клиническом течении ОДП возникали местные осложнения заболевания в виде панкреатогенных жидкостных скоплений с локализацией в разных топографо-анатомических зонах, а именно — в свободной брюшной полости (36,8 %), в полости сальниковой сумки (12,8 %), забрюшинном парапанкреатическом (4,8 %) и параколярных (5,6 %) пространствах. Панкреатогенные жидкостные образования в нескольких анатомических областях одновременно обнаруживались в 40 % наблюдений.

При острых жидкостных скоплениях в сальниковой сумке, парапанкреатической клетчатке выполнялись миниинвазивные интервенционно-сонографические вмешательства — пункция и дренирование. При возникновении жидкостных скоплений в свободной брюшной полости использовались видеолaparоскопические технологии — санация, лаваж и дренирование. Всего выполнено 168 миниинвазивных оперативных вмешательств.

В 71 (57 %) наблюдении указанные технологии, рассматривавшиеся как одномоментно-окончательные операции, способствовали выздоровлению пациентов. У 31 (25 %) больного вследствие выполнения миниинвазивных вмешательств происходила локализация очага гнойно-некротического процесса с его отграничением и демаркацией, что создавало условия для санации и дренирования по традиционной операционной технологии из малого доступа. Подобные операции рассматривались как этапные.

У 23 (18 %) пациентов с крайне тяжелым течением ОДП и проявлениями полиорганной недостаточности (ПОН) применялись миниинвазивные операционные технологии, которые в сочетании с интенсивной инфузионной терапией позволяли в течение 24–72 часов максимально возможно стабилизировать состояние больного, частично нивелировать проявление ПОН и выполнить традиционную хирургическую операцию в более оптимальных условиях.

Таким образом, миниинвазивные операционные вмешательства при ОДП целесообразно разделять по технологии: 1) на интервенционно-сонографические и 2) видеолaparоскопические, а по лечебному результату: 1) на одномоментно-окончательные, 2) этапные и 3) стабилизирующие состояние больного.

Заключение. Реализованный этапный принцип хирургического лечения ОДП с применением миниинвазивных и традиционных операционных технологий, а также их сочетание способствовали снижению показателей осложнений после вмешательств с 18,6 до 11,1 %, числа вынужденных релапаротомий — с $2,3 \pm 0,4$ до $1,5 \pm 0,5$ и послеоперационной летальности — с 23,6 до 9,3 %.



Современный подход к оценке бактериального фактора при остром панкреатите и его значение в обосновании лечебной тактики

АНДРЮЩЕНКО В.П.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Введение. Бактериальный компонент, присоединяющийся к первично-асептическому клиническому течению острого панкреатита, не только трансформирует проблему его лечения из консервативно-медикаментозной в хирургически-операционную, но и существенно усугубляет тяжесть и прогноз заболевания. Однако целый ряд принципиальных вопросов, касающихся анализа характеристик микробного фактора с позиций современной оценки результатов бактериологических исследований, остается окончательно не выясненным.

Материалы и методы. У выборочной группы пациентов в количестве 46 человек с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) и его гнойно-некротическими осложнениями выполнено 132 бактериологических исследования материала с использованием методик аэробного и анаэробного культивирования. Материал забирался как субоперационно (108), так и при выполнении миниинвазивных вмешательств (24) из сформированных (50 %) и несформированных (32 %) панкреатогенных жидкостных скоплений, ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки (18 %) по принципу «монолокального» (только из одного) и «полилокального» (одновременно из нескольких патологических субстратов) забора.

Результаты. Установлено, что аэробные бактерии выявлялись в 59,1 %, а анаэробные — в 40,9 % наблюдений. Видовой состав аэробной флоры был представлен в основном грамотрицательными возбудителями (65,9 %), преимущественно кишечной группы. В структуре анаэробных бактерий доминировали грамположительные микробы (56,4 %), и прежде всего бактероиды и анаэробные кокки. В 36,8 % исследований определялись аэробно-анаэробные ассоциации, причем в составе двух микроорганизмов — в 47,4 %, трех — в 31,6 и четырех — в 21 % случаев. В материале из несформированных жидкостных скоплений высевалась преимущественно аэробная флора (37 %) и аэробно-анаэробные ассоциации (38 %), из сформированных — аэробно-анаэробные (46 %) и из тканевого материала — аэробные (56 %) бактерии. Установлено также, что присоединение инфекционного фактора происходило как в поздние сроки с момента заболевания, от двух до трех недель — в 48,7 %, больше трех недель — в 31,6 % случаев, так и в ранний период, в течение первой недели — в 19,7 % наблюдений. Причем инфицирование в ранние сроки происходило с доминированием анаэробной микрофлоры (63,6 %). Оценка полученных результатов бактериологических исследований на основании современных критериев (g — коэффициент Жаккара, P_i — индекс частоты выявления, C — индекс постоянства, D — индекс доминирования) позволила констатировать постоянство микробных ассоциаций в 22,9 % исследований, а наличие бактерий *Enterobacter aer.* и *Enterococcus spp.* охарактеризовать как фактор присутствия в ассоциациях анаэробной микрофлоры.

Таким образом, проведенные исследования показали, что инфекционный фактор при ОДП представлен широким спектром бактерий с характеристиками толстокишечной микрофлоры, что подтверждает его интестинальное происхождение и указывает на источник транслокации. Экологическое сходство микрофлоры свидетельствует о постоянстве микробных ассоциаций в течение всего периода заболевания, а бактерии *Enterobacter aer.* и *Enterococcus spp.*, которые высеваются при обычном бакисследовании, являются индикаторами присутствия анаэробной микрофлоры в ассоциациях. Инфицирование железы и парапанкреатической клетчатки происходит как в поздние (2–3 недели), так и ранние (1 неделя) сроки.

Заключение. Полученные результаты бактериологических исследований с их современной интерпретацией составляют основу для выбора оптимальной тактики антибактериальной терапии и определения срока выполнения хирургического лечения.

Эндоскопическая профилактика развития панкреонекроза при билиарном панкреатите

БЕБУРИШВИЛИ А.Г., ЗЮБИНА Е.Н., МАНДРИКОВ В.В., БУРЧУЛАДЗЕ Н.Ш., ТУРОВЕЦ М.И., ГЕРАСИМОВ М.В.

Клиника факультетской хирургии ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Волгоград, Россия

Цель исследования: улучшение ближайших результатов лечения больных билиарным панкреатитом.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование результатов лечения 187 больных с острым билиарным панкреатитом в клинике № 1 ВолгГМУ в период с 2008 по 2012 г. В основную группу ($n = 97$) включены пациенты, у которых применяли активную эндоскопическую тактику (в первые сутки госпитализации проводили эндоскопическое транспапиллярное вмешательство (ЭТПВ) под регионарной анестезией). Во время выполнения ЭТПВ контрастные вещества не применяли и завершали его стентированием вирсунгова протока (5 Fr). В контрольную группу ($n = 90$) включены больные, у которых на начальном этапе применяли консервативную тактику лечения острого панкреатита с последующей коррекцией синдрома желчной гипертензии.

Результаты. Исследования показали, что при однородности групп по возрасту, полу, характеру основного заболевания, тяжести сопутствующей патологии имеются статистически значимые различия в группах исследования по частоте развития панкреонекроза, длительности лечения в условиях реанимационного отделения, срокам реабилитации больных, показателям летальности.

Применение грудной эпидуральной анестезии с умеренной седацией (реланиум или дормикум) у больных основной группы обеспечивало адекватное обезболивание для больных (по ВАШ — 2,8 балла) и удовлетворительные условия работы врача-эндоскописта. В 70,1 % наблюдений билиарный панкреатит протекал по абортивному типу. У больных основной группы билиарный панкреатит утяжелялся развитием панкреонекроза значительно реже, чем у пациентов контрольной группы (в 3 (3 %) против 16 (17,8 %) случаев соответственно (Pearson, $\chi^2 = 11,02$, $df = 1$, $p = 0,0009$)).

Длительность лечения больных основной группы в условиях реанимационного отделения снизилась более чем в 2 раза по сравнению с продолжительностью лечения пациентов контрольной группы (74 против 167 часов, (U — M. — W., $p = 0,028$)). Длительность госпитализации больных основной группы составила 12,1 суток, в контрольной группе этот показатель был на уровне 25,3 суток (U — M. — W., $p = 0,047$).

Летальность в контрольной группе составила 8,9 % (8 случаев), в основной группе — 1 % (1 случай) наблюдений, (Pearson, $\chi^2 = 6,31$, $df = 1$, $p = 0,012$).

Осложнений, связанных с применением регионарной анестезии, не было.

Заключение. Внедрение в повседневную практику активной эндоскопической тактики лечения больных билиарным панкреатитом позволит сократить частоту развития панкреонекроза на 83,1 %, длительность медицинской реабилитации — более чем в 2 раза.

Оценка экстракорпоральной фармакотерапии методом направленного транспорта антибиотиков у больных с перипанкреатическим инфильтратом

БЛАГОВ Д.А., ХОРЕВ А.Н., КОЗЛОВ С.В., ПЛЮТА А.В.

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Ярославль, Россия

Цель исследования: изучить эффективность экстракорпоральной фармакотерапии (ЭКФ) методом направленного транспорта антибиотика (НТА) у больных с перипанкреатическим инфильтратом.

Материалы и методы. Анализ клинических результатов лечения проведен у 38 больных. Всем пациентам проводилась базисная консервативная терапия. Обычный внутривенный путь введения панкреатотропного антибиотика использован у 16 (56,3 %) больных I группы, а у 12 (42,9 %) пациентов II группы была применена ЭКФ методом НТА.

Для этого кровь пациента в объеме 500 мл фракционировали на центрифуге «РС-6». Плазму удаляли, а в клеточную массу вводили панкреатотропный антибиотик. Гемакон помещали в термостат и инкубировали клеточную массу с разовой дозой антибиотика. Затем проводили реинфузию аутогенной клеточной массы пациенту. Операцию ЭКФ с НТА выполняли 4–6 раз с интервалом 48 часов.

Результаты. Установлено, что за счет ЭКФ с НТА во II группе больных редукция местных и общих компонентов воспаления произошла у 8 (66,7 %) человек, а в I группе — у 9 (56,3 %). Переход в асептическую секвестрацию с исходом в кисту во II группе отмечен у 2 (16,7 %) и в I группе — у 2 (12,5 %) больных.

В I группе гнойные осложнения возникли у 5 (31,3 %) больных, а во II группе на фоне экстракорпоральной фармакотерапии методом НТА развитие гнойных осложнений отмечено в 2 (16,7 %) случаях.

В I группе умер 1 (6,3 %) больной, причиной смерти которого явилась нарастающая полиорганная недостаточность на фоне гнойных осложнений панкреонекроза.

Во II группе на фоне ЭКФ методом НТА летальных исходов не было.

Выводы. Применение экстракорпоральной фармакотерапии методом направленного транспорта антибиотиков способствует редукции перипанкреатического инфильтрата в течение 8–12 суток, что позволяет снизить количество гнойных осложнений до 16,7 %.

Опыт применения сорбентов в хирургическом лечении панкреонекроза

БОГОМОЛОВ Н.И., ТОМСКИХ Н.Н.

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

Разработаны многочисленные классификации, протоколы диагностики и лечения, утверждены рекомендации и резолюции на съездах и конференциях. Спорным моментом мы считаем рекомендацию начинать с малоинвазивных (рентгенхирургических, лапароскопических) открытых хирургических пособий. Еще одним аргументом, не вписывающимся в рекомендации, является наличие уже плотного массивного



инфильтрата с вовлечением в процесс желудка, брыжеек, селезенки и печени, магистральных висцеральных сосудов, обширного поражения жировой клетчатки к началу третьей недели, особенно — в более поздние сроки. Во время вынужденной лапаротомии в таких условиях невозможно не только выполнить полноценную абдоминализацию поджелудочной железы, но даже дренировать зондом кишку. К этому сроку, как правило, уже в разгаре и полиорганная дисфункция, обусловленная и интраабдоминальной гипертензией, тяжелейший истощающий организм эндотоксикоз. Всеми этими аргументами никоим образом не призываем к ранним открытым дренирующим операциям при панкреонекрозе, но у отдельных больных они абсолютно показаны, о чем свидетельствует наш скромный опыт использования сорбентов при хирургическом лечении этого заболевания по патенту РФ № 2188045 «Способ лечения панкреонекроза».

Суть способа в следующем. Лапаротомия осуществляется срединным надпупочным доступом, через желудочноободочную связку вскрывается сальниковая сумка, и осуществляется ревизия поджелудочной железы, а перед этим — органов брюшной полости. Считаем обязательным зондовую назоинтестинальную интубацию кишки не только для декомпрессии, но и для энтеросорбции и раннего чреззондового питания. Выделяется, вскрывается, реканализируется и катетеризируется пупочная вена для всех вариантов внутривенных лечебных пособий. Декомпрессия билиарного тракта в варианте холецисто- или холедохостомы, особенно при билиарной природе панкреонекроза, обязательна, равно как и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства трубчатыми дренажами. Выполняется абдоминализация поджелудочной железы, круговое дренирование сальниковой сумки трубчатым дренажем. После санации, экономной некрсеквестрэктомии формируется оментобурсопанкреатостома. В сальниковую сумку укладываем контейнеры из сетчатого капрона с сорбентом, напитанным гипохлоритом натрия при жировой форме, аминокaproновой кислотой — при геморрагической и смешанной формах панкреонекроза. Контейнеры с сорбентом меняются через 24 часа и используются до полного очищения сальниковой сумки от некротканей. Затем применяем салфетки с мазями на водорастворимой основе либо проточно-аспирационное дренирование антисептиками, чередуя их с аминокaproновой кислотой.

Способ применен у 34 больных. При первичном хирургическом пособии он использован изначально у 12 пациентов, все они выписаны с выздоровлением. После традиционного хирургического пособия и/или малоинвазивных перкутанных методов на втором или даже третьем этапе лечения способ применен у 22 человек, из которых 7 погибло. Основная причина смерти — полиорганная дисфункция, перитонит, забрюшинная флегмона, аррозивное кровотечение, кишечные свищи. Применение способа затрудняли плотные инфильтраты с вовлечением в них всех смежных с поджелудочной железой органов, невозможность мобилизовать поджелудочную железу, адекватно вскрыть и дренировать парапанкреатические клетчаточные пространства, выраженный адгезивный процесс в брюшной полости.

Таким образом, имеющиеся протоколы ведения больных панкреонекрозом должны совершенствоваться. Среди методов хирургического лечения сорбционные технологии, безусловно, со временем займут свое место и станут доступными для большинства хирургов.

Лечение гнойных осложнений деструктивного панкреатита с использованием электромагнитного излучения крайне высокой частоты

БОЙКО В.В., ИВАНОВА Ю.В., МУШЕНКО Е.В., БРИЦКАЯ Н.Н.

Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, Харьков, Украина

Несмотря на достигнутые за последние десятилетия успехи в лечении панкреонекроза и его осложнений, летальность и количество осложнений при этом заболевании остаются чрезвычайно высокими, что диктует необходимость постоянного поиска новых методов лечения деструктивного панкреатита.

На базе ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» за период с 2001 по 2012 г. находились на лечении 113 пациентов с панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений. Все они были разделены на 2 группы: первую (основную) и вторую (сравнения) в зависимости от тактики предлагаемого лечения. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, этиологии деструктивного панкреатита, масштабы поражения поджелудочной железы, сопутствующим заболеваниям. Основную группу составили 50 больных, находившихся в клинике с 2007 по 2012 г., для лечения которых были применены преимущественно миниинвазивные хирургические методики с послеоперационным внутрикорпоральным низкоинтенсивным электромагнитным КВЧ-облучением патологических очагов. Группу сравнения составили 63 пациента, находившиеся в клинике института до 2007 г., с применением преимущественно традиционных технологий хирургического лечения.

Внутриполостное КВЧ-облучение проводилось со вторых послеоперационных суток с помощью интракорпоральных волноводов собственной конструкции (заявка на патент Украины U201206829; пр. 05.06.2012, полож. реш. 17.10.12). Режимы облучения зависели от выделенной микрофлоры согласно разработанной нами методике (патент Украины № 70632).

Применение предлагаемого тактического подхода позволило улучшить результаты лечения больных панкреонекрозом в фазе гнойных осложнений, что проявлялось уменьшением количества антибиотикорезистент-

ных штаммов микроорганизмов с 61,9 до 8,0 %, ускорением сроков очищения гнойных полостей в среднем с 14 ± 4 до 9 ± 3 дней, снижением количества как интра-, так и послеоперационных осложнений соответственно с 12,8 до 6 % и с 72,9 до 46 %, а также уменьшением послеоперационной летальности с 36,5 до 22,0 %.

Пути улучшения эффективности миниинвазивных вмешательств при деструктивном панкреатите с ферментативным перитонитом

БОНДАРЕВ Р.В., ОРЕХОВ А.А., ЧИБИСОВ А.Л., СЕЛИВАНОВ С.С.

Луганский государственный медицинский университет, Луганск, Украина

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных деструктивным панкреатитом с ферментативным перитонитом с применением электрохимически активированных (ЭХА) растворов KCl.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 65 больных с деструктивным панкреатитом, оперированных в стадии асептического некроза и ферментативного перитонита. Мужчин было 45 (69,2 %), женщин — 20 (30,8 %). Возраст больных — от 23 до 76 лет. Применяли классификацию острого панкреатита Атланта — 1992 с дополнением рабочей группы (2007).

Проводили стандартизированные клинические и лабораторные исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерную томографию с контрастным усилением, фиброгастроудоденоскопию, а также дополнительные исследования, необходимые для диагностики сопутствующей патологии. Для оценки тяжести эндогенной интоксикации определяли лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень пептидов средней молекулярной массы (ПСММ) в плазме крови.

Всем больным применяли миниинвазивные вмешательства. В первой (основной) группе ($n = 32$) при миниинвазивных вмешательствах использовали ЭХА-раствор KCl. В группе сравнения ($n = 33$) один из следующих антисептиков: фурациллин, хлоргексидин, декасан. Показанием к оперативному лечению явились: неэффективность консервативного лечения, перитонеальные симптомы, нарастание клиники эндогенной интоксикации, сочетание с деструктивным холециститом.

В основной группе у 27 больных лапароскопическая санация брюшной полости при ферментативном перитоните была окончательным оперативным методом лечения. В 2 случаях с деструктивными изменениями в желчном пузыре выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду. Дренажи из брюшной полости удаляли по мере прекращения оттока экссудата (в среднем на 4–5-й день после операции), дренаж общего желчного протока — после фистулографии (12–14-е сутки после операции). У 5 пациентов с диагностированным в последующем острым жидкостным скоплением в сальниковой сумке и забрюшинными осложнениями выполнены пункционно-дренирующие вмешательства с применением ЭХА-раствора KCl. В 1 случае произведен мини-доступ при дренировании забрюшинной клетчатки.

В группе сравнения лапароскопическая санация брюшной полости явилась окончательным методом лечения у 26 пациентов. Холецистэктомия с дренированием холедоха — 1, пункционно-дренирующие вмешательства по поводу жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке произведены у 7 пациентов, мини-доступ с целью дренирования последней — 2.

Комплексное консервативное лечение, включающее проводимую эпидуральную анестезию, в обеих группах было сопоставимо.

Результаты. В основной группе по сравнению с контрольной осуществлялось более раннее восстановление моторной функции кишечника (на 1–2-е сутки), уменьшение эндогенной интоксикации, что проявлялось снижением уже на первые сутки после операции ЛИИ в 1,3 раза, ПСММ в 1,4 раза, уменьшение частоты гнойно-септических забрюшинных осложнений.

Выводы. Применение ЭХА-раствора KCl при миниинвазивных вмешательствах в стадии асептического некроза и ферментативного перитонита позволяет осуществлять более раннее восстановление моторной функции кишечника, снижение эндогенной интоксикации, уменьшением частоты гнойно-септических осложнений.

Критерии определения тяжести некротического панкреатита

ВАСИЛЬЕВ А.А.

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

Тяжелый некротический панкреатит (ТНП) проявляется местными осложнениями и синдромом органной недостаточности. Выделение пациентов с ТНП в первые часы с момента обращения их за помощью весьма важно, поскольку своевременное начало лечения в специализированном отделении интенсивной терапии предопределяет эффект лечения. По рекомендациям Британской рабочей группы по пересмотру классификации острого панкреатита, принятой в Атланта, тяжесть острого панкреатита (ОП) должна быть определена в первые 24 часа с момента госпитализации больного. Вначале (24 часа) рекомендуется оценка состояния



больного по клиническим критериям, затем (48 часов) по интегрированным шкалам. Три критерия шкалы Ranson или 8 баллов по шкале APACHE II определяют ТНП. Другой объективной оценкой ТНП принято считать шкалу Balthazar, однако отграничение некроза поджелудочной железы и его рентгенологическое обнаружение в первые 48 часов патофизиологически невозможно. Другими достоверными маркерами ТНП являются: количественное определение белков острой фазы воспаления: эластазы гранулоцитов, фактора некроза опухоли, прокальцитонина, трипсиногена, интерлейкина-6, -8 и -10, С-реактивного белка. Главным недостатком шкалы APACHE II, критериев Balthazar и перечисленных лабораторных маркеров для обычных хирургических клиник является дороговизна и недоступность таких исследований. В конечном счете любая известная шкала используется для подтверждения органной дисфункции и документального отображения эффективности лечения. В последние годы появились другие несложные системы раннего выявления больных с ТНП. Система BISAP, основанная на изучении главных клинических признаков основных органных дисфункций (почечной, сознания, ССВО и легочной недостаточности) и возраста больного старше 60 лет. И самая уникальная система оценки ТНП — HAPS (harmless acute pancreatitis score) — базируется на исключении больного из группы ТНП по трем факторам, которые его, ТНП, подтверждают (перитонеальная симптоматика, увеличение гематокрита и креатинина сыворотки крови $2 > \text{mg/dL}$). По мнению руководителя HAPS Poul Lankisch, обследование больного с ОП занимает не более 30 минут, что достаточно для определения или исключения реакции брюшины.

HAPS ретроспективно была тестирована на 388 больных, пролеченных в клинике хирургии и эндоскопии ДонНМУ. Специфичность HAPS составила 97 %, чувствительность — 32 %, положительная прогностическая ценность составила 98 %, отрицательная прогностическая ценность — 22 %. HAPS отвергает больных без признаков той формирующейся полиорганной недостаточности, которая наиболее характерна и ранее других развивается при ТНП. Клинические критерии ТНП были предложены в 2004 году С.Ф. Багненко и соавторами. Любопытно, что три главных критерия HAPS присутствуют и в шкале С.Ф. Багненко, которая также отличается простотой и высокой специфичностью.

Для раннего выявления ТНП мы предлагаем две группы клинических критериев. Первая группа: перитонеальная симптоматика, ССВО, плевральный выпот, внутрибрюшная гипертензия II степени и выше, нарушение сознания, прогрессирующая эпигастральная боль после ЭПСТ, боль, требующая эпидуральной анестезии, кожные экхимозы, геморрагический выпот. Вторая группа: креатинин крови $2 > \text{mg/dL}$, гипербилирубинемия, высокий гематокрит, индекс массы тела выше 30. Доказанный острый панкреатит (α -амилаза увеличена в два и более раза и УЗИ/КТ-признаки ОП) и один признак первой группы или доказанный ОП и два признака второй группы достоверно определяют ТНП.

Выводы. Предложенная нами система выделения больных с ТНП своевременно обеспечивает лечебную тактику и имеет экономическую эффективность.

Транскутанная трансгастральная пункция в лечении постнекротических кист поджелудочной железы

ВАСЫЛЮК М.Д., ВАСЫЛЮК С.М., ШЕВЧУК А.Г., ФЕДОРЧЕНКО В.М.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина

Представлен анализ лечения 26 пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы, у которых проводили транскутанную трансгастральную пункцию кист под контролем ультразвукографии. В большинстве случаев (65,4 %) киста локализовалась в области головки железы. Все пациенты в течение последних 18 месяцев перенесли тяжелый панкреатит. У 18 была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита, у 4 — лапаротомия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. У 4 больных не проводили оперативных вмешательств. Диаметр пунктированных кист был от 8 до 21 см (медиана 17,5 см), их объем — от 200 до 2000 см³ (медиана 1800 см³). Пункцию кисты проводили эхопозитивной иглой 16–18G под ультразвукографическим контролем. Необходимым условием качественного проведения манипуляции было определение расстояния от передней брюшной стенки до центра кисты. Пункцию проводили под местным обезболиванием.

При проведении транскутанной трансгастральной пункции у 25 пациентов из кисты получали темно-коричневый экссудат с высоким уровнем амилазы, у одной пациентки — хилезный аспират. Среднее количество аспирируемого выпота во время пункции было от 100 до 1000 мл. У 7 больных проводили несколько пункций с перерывами в 2–3 суток. Ультразвуковой контроль панкреатогепатобилиарной зоны проводили на 2-е — 3-и сутки и через 4–6 недель. Пациенты госпитализировались в отделение на несколько суток для хирургического мониторинга возможных осложнений. Консервативная терапия включала ингибиторы протонной помпы и препараты, снижающие секреторную активность поджелудочной железы. Осложнений не наблюдали. При проведении отдаленного (через 4–6 недель после пункции) ультразвукографического мониторинга было установлено, что у 8 пациентов (30,7 %) не отмечалось признаков рецидива кисты, у 14 (53,8 %) визуализировалась небольшая киста до 20 мм в диаметре. У 4 больных киста была увеличена до 50 % от исходного размера, однако никак не проявлялась клинически. Все пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

Таким образом, транскутанная трансгастральная пункция является эффективным, безопасным и экономически выгодным методом лечения постнекротических кист поджелудочной железы.

К клинической оценке результатов лечения инфицированного панкреонекроза

ВАФИН А.З., АЙДЕМИРОВ А.Н., ОРЕХОВА В.М., ЮРИН С.В.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Ставрополь, Россия

Цель исследования: клиническая оценка общего статуса больных, оперированных по поводу инфицированного панкреонекроза и его осложнений, при выписке из стационара.

Материалы и методы. Принятая на сегодняшний день хирургическая тактика лечения острого панкреатита, базирующаяся на своевременной диагностике с применением УЗИ, ЭГДС и КТ и на приоритете консервативной дезинтоксикационной терапии с полноценным назначением инфузионных средств, спазмолитиков, антисекреторных препаратов, новых антибиотиков и на оперативных вмешательствах в «поздние» сроки при инфицировании деструктивных форм патологии, позволила в 2003–2012 гг. стабилизировать в нашей клинике послеоперационную летальность при лечении 210 больных на уровне 11,8–31,7 %.

Результаты. 188 (80 %) больных первый раз были оперированы в районах и городах края, позже в связи с неэффективностью лечения по месту жительства они были переведены в клинику по линии санавиации. 97,6 % больных оперированы повторно — в режиме программированных лапаростомий и/или плановых санаций «по требованию», в среднем 2,5 раза на одного больного; при распространенном гнойном перитоните у 30 % больных с инфицированным панкреонекрозом в среднем было произведено 5,4 санации на одного больного.

У 210 больных имели место 378 осложнений заболевания и/или послеоперационных осложнений, в среднем 1,8 осложнения на одного больного.

С клиническим выздоровлением выписаны на долечивание по месту жительства в стационарных условиях и/или амбулаторно 185 оперированных: 9,2 % — с функционирующими лечебными кишечными свищами, 14,2 % — с панкреатическими свищами и 6,5 % — с послеоперационными вентральными грыжами различной величины.

Выводы. 1. Насущной проблемой выписанных больных является дальнейшее их лечение и реабилитация по месту жительства или повторная их госпитализация в клинику для этапного хирургического лечения имеющих последствия перенесенного инфицированного панкреонекроза или осложнений его лечения.

2. Оценка отдаленных результатов современной хирургической тактики и методов оперативного лечения инфицированного панкреонекроза возможна только после целенаправленного изучения проблем реабилитации, частоты, степени инвалидизации и качества жизни оперированных.

Хирургическое лечение свищей желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе

ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н., ТРУШИН А.С., АРУТЮНОВ С.Э., КОМАРЧУК В.В., ТЕСЛЕНКО И.В., КЛИМЕНКО М.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Тяжелые формы панкреонекроза в ряде случаев осложняются нарушением целостности различных отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Прогрессирование гнойно-некротических процессов забрюшинной клетчатки и возникновение свищей является одним из наиболее сложных моментов лечения больных с панкреонекрозом.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом, осложненным свищами ЖКТ.

Материалы и методы. Проведено лечение 38 больных с панкреонекрозом, осложненным свищами ЖКТ. Возникновение свищей происходило в сроки от 10 до 31 суток после выполнения оперативного вмешательства.

Результаты. У 5 (14,3 %) больных наблюдали свищи желудка, у 4 (10,5 %) — свищи ДПК с локализацией в нисходящем отделе, у 2 (5,3 %) — свищи в зоне дуоденоеюнального перехода. У 27 (71,1 %) наблюдались свищи толстого кишечника: 5 (18,5 %) — печеночного угла, 3 (11,1 %) — восходящего отдела, 1 (3,7 %) — слепой кишки, 6 (22,2 %) — поперечно-ободочной кишки, 8 (29,6 %) — селезеночного угла, 4 (14,8 %) — сигмовидной кишки. В 20 (52,6 %) случаях свищи возникали после неоднократных вмешательств по поводу недостаточно санированных очагов деструкции. Свищи возникали на фоне продолжающегося деструктивного процесса поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки. Характерной клинической картиной являлось наличие инфильтрата и осумкованного образования, сохранение высокой температуры на фоне неразрешенного пареза кишечника.

Лечение свищей требовало дифференцированного подхода с учетом многочисленных факторов. При свищах желудка выполнялось дренирование желудка и ДПК дистальнее зоны свища. Двухпросветные зонды обеспечивали возможность раннего энтерального питания. 7 (18,4 %) больным накладывали питательную еюностому, 4 (10,5 %) достаточно было назогастрального дренирования. Основопологающим моментом лечения



свищей являлось адекватное дренирование зоны деструкции, удаление участков некроза с активной аспирацией в виде проточного или фракционного дренирования. Одним из важных моментов являлась нормализация пассажа по кишечному тракту. Свищи толстого кишечника возникали при неразрешенных деструктивных процессах в зоне тела и хвоста ПЖ, недостаточном дренировании забрюшинной клетчатки. Раскрытие зоны деструкции синхронно сопровождалось выполнением стомы вдали от деструктивного процесса и проксимальнее свища. Этим требованиям отвечала цекостома, выполненная 11 больным.

Неудовлетворительно закончилось лечение у 2 больных со свищами дуоденоюнального перехода. Распространенность деструктивного процесса, трудность санации этой зоны — основные причины летальных исходов. В одном случае при наличии свища ДПК причиной летального исхода явилось аррозивное кровотечение из-за деструкции головки ПЖ. Один летальный исход при свище селезеночного угла толстой кишки обусловлен был прогрессирующим забрюшинной флегмоны.

Выводы. 1. При свищах желудка и ДПК хирургические вмешательства должны обеспечить полноценную декомпрессию зоны свища эндоскопическим или оперативным путем с максимально ранним зондовым питанием.

2. При толстокишечных свищах необходима активная санация гнойного очага с использованием проточно-фракционного дренирования и декомпрессией нижележащих отделов толстой кишки.

Этапный подход в лечении больных с тяжелыми формами острого панкреатита

ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н., АРУТЮНОВ С.Э., КОЗАЧЕНКО А.В., ТЕСЛЕНКО И.В., ПЕСОЦКИЙ О.Н., КЛИМЕНКО М.В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

В последние годы заболеваемость острым панкреатитом (ОП) составляет 25–30 % в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости. Панкреонекроз сопровождается высокой послеоперационной летальностью, поэтому ранняя диагностика и выбор оптимальных методов лечения больных с панкреонекрозом являются сложными и окончательно не решенными проблемами хирургии.

Цель исследования: разработать этапный подход к лечению больных с тяжелыми формами ОП.

Материалы и методы. С 2006 по 2012 г. проведено лечение 3708 больных с ОП. В работе представлены результаты применения оперативных вмешательств у 548 больных с тяжелыми формами ОП. Для определения инфицирования и тяжести панкреонекроза применялось определение С-реактивного белка, прокальцитонина, кальция крови. Из инструментальных методов выполнялись УЗИ, ЭРХПГ, СКТ, МРТ и тонкоигольная биопсия.

Результаты. 548 больным с тяжелыми формами ОП выполнено 696 оперативных вмешательств. В лечении применен этапный подход с учетом фазового течения заболевания и мониторинга клинико-лабораторных данных, УЗИ, СКТ, МРТ, определения маркеров тяжести ОП. В дифференцированном подходе учитывалось наличие панкреатических и парапанкреатических жидкостных скоплений, распространенность стерильного панкреонекроза, наличие инфицированного панкреонекроза.

В первую фазу заболевания в зависимости от выявленных признаков билиарной гипертензии, наличия ферментативного перитонита, жидкостных скоплений выполнялись эндоскопические, пункционно-дренирующие, видеолапароскопические вмешательства. 374 больным выполнено 522 миниинвазивных вмешательства, при этом у 302 (80,7 %) пациентов произведены одноэтапные, 72 (19,3 %) — многоэтапные вмешательства. Из миниинвазивных применены следующие: видеолапароскопические — 378 (72,4 %), пункционно-дренирующие (под УЗИ-контролем) — 77 (14,8 %), эндоскопические (ЭПСТ, баллонная дилатация) — 28 (5,4 %), миниинвазивные (мини-лапаротомии, люмботомии) — 39 (7,5 %).

Во вторую фазу заболевания, в зависимости от наличия инфицирования и распространенности панкреонекроза, выполнялись мининвазивные и открытые вмешательства с выполнением некрсеквестрэктомии.

Из видеолапароскопических вмешательств произведены некрсеквестрэктомия с ретроперитонеальным доступом — 12 (8,5 %), вскрытие и дренирование кисты ПЖ — 14 (9,9 %). Под УЗИ-контролем выполнено вскрытие и дренирование панкреатического абсцесса 21 (13,2 %) больному, инфицированной псевдокисты — 20 (14,7 %) больным. Одноэтапные открытые вмешательства выполнены 93 (53,4 %) больным, открытые многоэтапные — 30 (17,2 %). У 51 (29,3 %) пациента после выполненного миниинвазивного вмешательства вследствие прогрессирования панкреонекроза произведены открытые вмешательства.

Послеоперационная летальность составила 19,2 %. Среди умерших диагностированы следующие формы панкреонекроза: острый геморрагический панкреонекроз — 23 (21,9 %), жировой панкреонекроз — 29 (27,6 %), смешанный панкреонекроз — 19 (18,1 %), смешанный панкреонекроз, забрюшинная флегмона — 34 (32,4 %).

Выводы. Применение мониторинга лабораторных и инструментальных методов исследования в диагностике тяжелых форм ОП позволило своевременно определить степень и объем поражения ПЖ и выработать хирургическую тактику. Предложенный этапный подход к лечению больных с тяжелыми формами ОП позволил уменьшить количество осложнений на 8,7 %, снизить летальность на 8,1 %.

Оптимизация консервативного компонента в терапии панкреонекроза

ВЛАСОВ А.П., КАТКОВ С.В., АНАСКИН С.Г., СУСЛОВ А.В.

ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования: изучение эффективности антигипоксанта/антиоксиданта ремаксола и антикоагулянта фраксипарина в комплексной терапии панкреонекроза.

Материалы и методы. В основу работы положены экспериментальные исследования на собаках ($n = 17$) и клинические наблюдения ($n = 24$). Взрослым беспородным собакам моделировали панкреонекроз по В.М. Буянову с соавт. (1987). В контрольные сроки производили релапаротомию, биопсию ткани поджелудочной железы, осуществляли забор крови. В послеоперационном периоде проводили инфузионную терапию с использованием солевых растворов и раствора глюкозы. Животным опытной группы дополнительно внутривенно однократно один раз в сутки вводили ремаксол (15 мл/кг) и однократно подкожно фраксипарин из расчета 47,5 МЕ Ха-фактора на 1 кг массы. Больным панкреонекрозом основной группы базисную терапию дополняли ежедневными введениями 400,0 мл раствора ремаксола и однократными подкожными введениями фраксипарина из расчета 47,5 МЕ Ха-фактора на 1 кг массы.

Результаты. При моделированном панкреонекрозе у животных возникали очаговые, местами тотальные поражения поджелудочной железы в виде некроза, что сопровождалось развитием ферментативного перитонита. Выявлены значительные расстройства гомеостаза, сопряженные с нарушением липидного метаболизма и коагуляционными изменениями, что зарегистрировано в виде модификаций липидного обмена (мембрано-деструктивные явления) и нарушений коагуляционно-литического состояния тканей поджелудочной железы. Указанные патологические сдвиги сопровождались интенсификацией процессов липопереоисления, повышением активности фосфолипазы А2, гипоксией тканевых структур поджелудочной железы.

Оказалось, что в начальные сроки после моделирования в тканях поджелудочной железы преобладающими были процессы гиперкоагулемической направленности и угнетения фибринолиза. В дальнейшем при прогрессировании панкреатита и развитии панкреонекроза — гипокоагулемические и активизации фибринолиза. Выявлена взаимосвязь местных изменений (ткани поджелудочной железы) в системе гемостаза с общими (кровь). Нами установлено, что между нарушениями в коагуляционно-литической системе тканей поджелудочной железы и изменениями липидного метаболизма также имеется корреляционная связь.

Включение ремаксола и фраксипарина в комплексную терапию экспериментального панкреонекроза способствовало снижению выраженности расстройств исследованных компонентов гомеостаза в тканях поджелудочной железы, что сопровождалось уменьшением воспалительно-некротических явлений со стороны поджелудочной железы.

Клинико-лабораторные исследования, проведенные больным панкреонекрозом в раннем послеоперационном периоде, показали, что на фоне применения ремаксола и фраксипарина в комплексной терапии отмечен положительный эффект, проявлением которого было уменьшение интоксикационного синдрома, меньшие проявления энтеральной недостаточности и др. Это сопровождалось снижением по сравнению с контролем расстройств липидного обмена и изменением в системе гемостаза.

Выводы. В прогрессировании острого панкреатита (вплоть до панкреонекроза) важную роль играют нарушения липидного метаболизма и коагуляционно-литического состояния тканевых структур поджелудочной железы. Применение антигипоксанта/антиоксиданта ремаксола и антикоагулянта фраксипарина при панкреонекрозе патогенетически обосновано и клинически целесообразно.

Аррозивно-геморрагические осложнения острого некротизирующего панкреатита

**ВОРОБЕЙ А.В., ЛУРЬЕ В.Н., ШУЛЕЙКО А.Ч., ВИЖИНИС Е.И.,
ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ИЛЮШОНОК В.В., КАРПОВИЧ Д.И.**

**Белорусская медицинская академия последипломного образования,
Минск, Беларусь**

Материалы и методы. С 2003 по 2013 г. пролечено 2027 пациентов с острым панкреатитом (ОП). У 588 (29 %) пациентов был установлен диагноз острого некротизирующего панкреатита (ОНП). В структуре ОНП тяжелое течение диагностировано у 274 (46,5 %) пациентов.

С 2011 г. применяем разработанный сотрудниками кафедры и утвержденный в МОКБ протокол диагностики и лечения ОНП. Хирургическую санацию брюшной полости и забрюшинного пространства применяли по конкретным показаниям.

Результаты. За указанный период у 44 (7,48 %) больных установлен диагноз ложной аневризмы (ЛА) сосудов бассейна чревного ствола. У 13 (29,5 %) пациентов ЛА диагностированы интраоперационно (лапаротомия по поводу аррозивного кровотечения). Выполнена 31 транскатетерная эндоваскулярная эмболизация, что составило 70,4 % от общего числа операций у пациентов с данной патологией.



С 2007 г. выполнили 212 пункционных дренирований по поводу напряженных псевдокист и инфицированных жидкостных скоплений. К 2011 году долю открытой хирургии в лечении осложнений ОНП уменьшили более чем в 3 раза. Предпочтение отдаем лапароскопической санации либо локальным забрюшинным или люмботомическим доступам.

Всего за анализируемый период по поводу деструкции толстой кишки с забрюшинными затеками у пациентов с ОНП выполнено 33 петлевых илеостомии из доступа Волковича — Дьяконова.

Выводы. В результате применяемой тактики лечения пациентов с тяжелым течением ОНП уровень летальности снизился с 29,1 до 18,2 %.

Иммунологические параллели в прогнозе течения острого деструктивного панкреатита

ГАРИПОВ Р.М., ГАРИПОВА З.Р.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
России, Уфа, Россия

Актуальность. Летальность при острых деструктивных панкреатитах (ОДП) остается стабильно высокой, достигая 21–80 % (Takeda K., 1999; Савельев В.С., 2006; Багненко С.Ф., 2009; Брискин Б.С., 2009). Несмотря на большое число исследований, посвященных различным аспектам ОДП, ощутимого улучшения результатов его лечения до настоящего времени не наблюдалось. До сих пор актуальными являются вопросы иммунных нарушений и их роль в прогнозе течения острого деструктивного панкреатита, комплексной диагностики и лечения ОДП, раннего выявления его гнойных осложнений, оптимальных сроков, характера и объема оперативных вмешательств на поджелудочной железе (Дюжева Т.Г., 2009; Прудков М.И., 2009).

Материалы и методы. Результаты исследования и лечения острого панкреатита (ОП) изучены у 1223 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике хирургии с курсом эндоскопии ИПО Башкирского медицинского университета (Республиканская больница скорой медицинской помощи) с 2008 по 2012 г., у 8,7 % (104 больных) наблюдалось развитие ОДП. При панкреонекрозе у 40,4 % (42 больных) развились инфекционные осложнения, летальность среди которых составила 16,7 % (7 больных). Возраст больных колебался от 24 до 76 лет. При формулировке диагноза использовали классификацию, принятую на IX Всероссийском съезде хирургов.

Для повышения качества диагностики и определения прогноза при ОП прежде всего давали детальную оценку клинической картины заболевания, определяли активность панкреатических ферментов в крови (амилаза, липаза), моче (амилаза), перитонеальном экссудате, динамику гомеостатических показателей (лейкоциты крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, гематокрит, глюкоза, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, АлТ, АсТ, ЛДГ, Na, Ca, Cl, pH крови, иммунологические показатели — спонтанный НСТ-тест, активированный НСТ-тест, IgA, IgG, IgM, лимфоциты, CD³⁺-лимфоциты, CD²⁰⁺-лимфоциты), а также комплексное инструментальное обследование, включающее данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, лапароскопии, компьютерной томографии (КТ). Диагноз острого панкреатита верифицировали в течение первых суток госпитализации больного в хирургический стационар.

Изучение состояния иммунной системы у 34 больных на фоне системного ответа при ОДП выявило, что снижение уровня иммуноглобулинов, недостаточность метаболической активности нейтрофилов и дефицит лимфоцитов являются прогностически более неблагоприятными признаками развития осложнений инфекционного характера.

Иммунологические показатели согласно шкале отклонений определяли по системе, принятой НИИ скорой медицинской помощи им. Н.И. Склифосовского. Так, снижение показателя от нормы патологии до величины в пределах между одним и двумя стандартными отклонениями принято за 2 балла; более 2g, но менее 3g — за 4 балла; более 3 стандартных отклонений — за 8 баллов.

Результаты. При анализе данных иммунологического исследования пациентов ОДП на 2-е — 3-и сутки были выявлены существенные различия в величине и направленности изменений иммунологических параметров. Маркерами формирования вторичной иммунной недостаточности были как снижение, так и чрезмерное повышение отдельных показателей у пациентов с ОДП. У большинства больных с осложненным течением отклонение от границ установленной «нормы патологии» более чем на 1g имелось по 4 параметрам и более из 9, при этом изменение отдельных показателей иммунограммы превышало 2 и даже 3 стандартных отклонения. Индивидуальный анализ минимальных и максимальных величин исследуемых параметров иммунитета у пациентов с осложнениями гнойно-септического характера и прогрессирующей системной воспалительной реакцией, приведшей к развитию полиорганной недостаточности, показал их значительную вариабельность. Колебание значений отдельных параметров иммунограммы в пределах 2 и более стандартных отклонений имелось у 70–80 % пациентов этой группы. При балльной оценке состояния иммунитета установлено, что сумма баллов у пациентов с благоприятным течением основного заболевания варьировала в пределах от 0 до 6 и в среднем составила $2,4 \pm 0,3$ и при тяжелом течении ОДП — в среднем $3,6 \pm 0,6$ балла.

У пациентов с развитием гнойно-септического процесса или полиорганной недостаточности оценка варьировала в пределах от 8 до 21 балла, в среднем $12,2 \pm 0,6$ балла.

Выводы. 1. Нарушение цитокиновой регуляции является одной из причин развития системной воспалительной реакции на ранней стадии развития панкреонекроза, предопределяет развитие вторичного иммунодефицита. В поздние сроки у больных с ОДП развивается тотальная иммунодепрессия.

2. Способ балльной оценки состояния иммунитета у больных ОДП в ранние сроки позволяет прогнозировать возникновение гнойно-септических осложнений.

3. В комплексном лечении больных с ОДП необходима заместительная иммунотерапия для восполнения дефицита гуморального звена в до- и послеоперационном периодах в зависимости от тяжести течения заболевания.

Прогнозирование течения и исходов острого деструктивного панкреатита

ГАРИПОВ Р.М., ШАМИЛОВ Р.Р.

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия

Актуальность. В настоящее время многими исследователями показано, что улучшение результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) может быть достигнуто за счет обоснованной стратификации пациентов по риску осложнений, внедрения современных методов диагностики гнойно-септических состояний и реализации эффективных подходов комплексного лечения. Адекватная оценка тяжести состояния больных с ОДП позволяет точнее прогнозировать вероятность исхода, сроки госпитализации и оценивать эффективность проводимого лечения. Интегральные шкалы оценки тяжести состояния APACHE II, Ranson, Glasgow, MPM, SAPS требуют для сбора данных минимум 24–48 часов или не учитывают некоторые предикторы тяжести возможных осложнений.

Материалы и методы. В период с 2007 — 2012 гг. в клинике хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ пролечено 1452 больных с острым панкреатитом, среди них с деструктивным панкреатитом — 116 больных. Средний возраст больных составил $48,3 \pm 14,2$ года (21–79 лет), соотношение мужчин и женщин — 1,56 : 1. Этиология ОДП была желчнокаменная (43 % случаев), алкогольная (31 %), идиопатическая (15 %) и смешанная (11 %). Сопутствующие заболевания сердца, легких, печени, почек, язву желудочно-кишечного тракта, сахарный диабет имели 49 больных, из них 34 больных (69,4%) имели по одному заболеванию, 15 больных (30,6%) — от 2 до 4 заболеваний. 26 больных были с ожирением. У 58 больных развилась органная дисфункция: дыхательная (29,8 % случаев), сердечно-сосудистая (18,2 %), почечная (14,9 %), неврологическая (12,4 %) и печеночная (11,5 %). Инфицированный панкреонекроз был самым частым локальным осложнением, затем шли стерильный панкреонекроз, изолированные панкреатогенные абсцессы и псевдокисты. Изолированные локальные осложнения были у 45 больных, в 103 случаях наблюдалось сочетание локальных осложнений с органной дисфункцией. Распространенность панкреонекроза оценена у 33 больных, 33–50 % у 11 больных и > 50 % у 35 больных. Самой распространенной клинической формой гнойно-септических осложнений (ГСО) был сепсис ($n = 33$), следом шли септический шок ($n = 13$), тяжелый сепсис ($n = 11$) и инфекция без синдрома системного воспалительного ответа ($n = 4$). Летальные случаи были только среди больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком, летальность составила 13,7 %.

Результаты. С помощью искусственной нейронной сети оценивалась предполагаемая длительность госпитализации; с помощью критериев синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), лихорадки, прокальцитонинового теста и искусственных нейронных сетей (ИНС) отслеживались начальные проявления ГСО. Максимальный показатель госпитальной летальности при ОДП был отмечен в 2000 г. (25,4 %), в дальнейшем наблюдалась отчетливая тенденция к снижению летальности, которая в тестовой группе составила 13,7 %. Абсолютное снижение госпитальной летальности составило 10,6 % ($p = 0,054$). Использование методики искусственных нейронных сетей позволяет корректно стратифицировать больных с острым панкреатитом по риску развития системных осложнений и летального исхода. Дискриминационная способность методики искусственных нейронных сетей статистически значимо не отличалась от методики логистического регрессионного анализа, но статистически значимо превосходила точность формализованных систем оценки тяжести состояния в диагностике гнойно-септических осложнений ($p < 0,01$), прогнозировании длительности госпитализации ($p < 0,01$) и летальных исходов ($p < 0,01$) у больных с деструктивным панкреатитом.

Выводы. Использование методики искусственных нейронных сетей позволяет корректно стратифицировать больных с деструктивным панкреатитом по риску развития системных осложнений и летального исхода. Ранняя идентификация пациентов группы риска по развитию осложненного течения заболевания позволила снизить летальность с 25,4 до 13,7 % при деструктивном панкреатите.



Инфицированный панкреонекроз: принципы хирургического лечения

ГЛАБАЙ В.П., АРХАРОВ А.В., ЗУРАБИАНИ В.Г., АБРАМОВ В.Н., КАРПОВА Н.Б.

Кафедра хирургии ФПОВ ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Летальность при инфицированном панкреонекрозе при консервативном, малообоснованном или запоздалом оперативном вмешательстве достигает 100 %.

За последние 23 года наблюдали 6844 больных острым панкреатитом, 498 (7,3 %) подвергнуто оперативному лечению, 322 выполнена «открытая» операция, в 292 случаях по поводу инфицированного панкреонекроза, в 30 — при стерильном. Пункционно-катетеризационный метод применен у 176 больных, в 74 наблюдениях — при инфицированном скоплении жидкости. Лечение острого панкреатита включало: оценку тяжести состояния больного, визуализацию распространенности поражения брюшной полости, поджелудочной железы, забрюшинного пространства, тонкоигольную пункцию и индентификацию инфицирования некроза, нутритивную поддержку, антибактериальную терапию и профилактику, инфицирования, блокаду секреторной активности поджелудочной железы, адекватное обезболивание, деконтаминацию кишечника, его декомпрессию и лаваж. Показаниями к хирургическому лечению служили верифицированный инфицированный панкреонекроз и безуспешность консервативного лечения стерильного панкреонекроза в течение 3 суток. При организованном инфицированном панкреонекрозе 9 больным проведено успешное консервативное лечение. Инфицированные скопления жидкости в 60 % случаев разрешены пункционно-катетеризационным методом. Причины их безуспешности — множественность очагов, панкреонекроз без тенденции к отграничению. Наилучший срок операции инфицированного панкреонекроза — 3–4-я неделя заболевания, когда формируются отграниченные очаги, если ранее не возникают специальные показания к операции. Оптимальным видом вмешательства при инфицированном панкреонекрозе считаем метод «открытого живота». Его выполнение требует соблюдения ряда основополагающих принципов: 1) применение двухподреберного доступа; 2) широкое вскрытие сальниковой сумки; 3) мобилизация правого и/или левого отдела ободочной кишки; 4) абдоминализация поджелудочной железы; 5) максимальное сохранение ткани поджелудочной железы; 6) удаление лишь свободноележащих секвестров и отказ от насильственной некрэктомии; 7) использование тампонов для санации очагов и отграничения брюшной полости; 8) программированные санации каждые 48–72 часа; 9) закрытие брюшной полости провизорными швами. Летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 26,4 %.

Применение антимедиаторной терапии у больных панкреонекрозом

ГОРСКИЙ В.А., АГАПОВ М.А., ХОРЕВА М.В., ВОЛЕНКО А.В., ЛЕОНЕНКО И.В.

**Кафедры хирургии и иммунологии медико-биологического факультета
ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения России, 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-1Ра, анти-ФНО- α инфликсимаб, анти-ФАТ лексипафант) колоссально дороги, а самое главное, обладая плейотропным действием, не могут подавлять весь спектр провоспалительных цитокинов.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов антимедиаторной терапии нестероидным противовоспалительным средством лорноксикам у больных ПН.

Материалы и методы. Сравнительное исследование эффективности антимедиаторной терапии выполнили у 334 больных ПН (2007–2011 г.). У 88 больных в комплексное лечение включали препарат лорноксикам (основная группа). 246 пациентов получали стандартную базисную терапию (группа сравнения). Оценивали уровень интерлейкинов крови (на 1, 3, 7 и 12-е сутки), количество осложнений и летальных исходов.

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

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

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

Значимо снизилось количество инфицированных форм ПН в основной группе — 2 против 20 больных. При этом летальных исходов в основной группе не наблюдали, а в группе сравнения умерло 6 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 уменьшению выброса цитокинов. Следовательно, значительное понижение уровня провоспалительных цитокинов служит аргументом в пользу выраженного противовоспалительного эффекта лорноксикама и его способности воздействовать на продукцию цитокинов.

Экспериментальная оценка эффективности антимедиаторной терапии тяжелого острого панкреатита

ГОРСКИЙ В.А., АГАПОВ М.А., ХОРЕВА М.В., ЛЕОНЕНКО И.В.

Кафедры хирургии и иммунологии медико-биологического факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Введение. Гиперпродукция цитокинов на первой неделе развития тяжелого острого панкреатита (ТОП) во многом обуславливает тяжесть состояния и является причиной развития SIRS end MODS. В настоящее время существует большое количество работ, посвященных изучению уровня цитокинов как возможных маркеров течения ТОП и мишеней терапевтического воздействия. Эволюция представлений о патогенезе ТОП послужила пусковым механизмом для появления целого направления в лечении данного заболевания, а именно антицитокиновой терапии. Однако большинство препаратов, обладающих цитокинингибирующей активностью, не показали своей эффективности. Это объясняется плейотропностью действия цитокинов.

Цель исследования — экспериментально доказать необходимость внедрения антимедиаторной терапии в комплекс консервативного лечения больных ТОП.

Материалы и методы. В эксперименте использовали 30 самцов аутбредных крыс CD категории SPF в возрасте 12–14 недель. Основные правила содержания и ухода соответствовали нормативам, указанным в Guide for Care and Use of Laboratory Animals (ILAR publication, 1996, National Academy Press).

Антимедиаторную терапию у животных проводили НПВС лорноксикам и кеторолак. Препараты вводили 3 дня из расчета 1,6 мг/кг/сут через 1 час после введения церулеина.

Проводили забор крови для измерения уровня амилазы, АСТ, АЛТ, цитокинов (ИЛ-10, ИЛ-6, ФНО- α) и гистологическое исследование ткани поджелудочной железы, печени, почек, легких.

Результаты. Для оценки эффективности антимедиаторной терапии использовали механическую модель ТОП, которую создавали следующим образом: крысу наркотизировали внутримышечной инъекцией смеси 5% кетамина и 2% ксилазина. Через лапаротомную рану в правом подреберье извлекали двенадцатиперстную кишку с прилегающей соединительной тканью, на просвет находили общий желчный проток и накладывали на него лигатуру непосредственно вблизи стенки двенадцатиперстной кишки. Степень затягивания узла лигатуры контролировали при помощи инъекционных игл различного диаметра. Таким образом достигался неполный механический стеноз общего желчного протока, что приводило к поступлению желчи в панкреатический проток и, как следствие, развитию ТОП. При этом пассаж желчи сохранялся. Механической желтухи не возникало, что облегчало интерпретацию полученных результатов. Через 1 час после операции как дополнительный фактор агрессии вводили церулеин 40 мкг/кг.

Контролем явились значения цитокинов, полученные в группе интактных животных (ИЛ-10 — $50,72 \pm 8$ пг/мл; ИЛ-6 — $127,27 \pm 14$ пг/мл; ФНО- α — $19,8 \pm 6$ пг/мл). При механической модели с введением церулеина морфологически наблюдали тотальный некроз pancreas. Данная модель характеризовалась статистически значимым увеличением секреции цитокинов по отношению к контролю (ИЛ-10 — $72,39 \pm 11$ пг/мл; ИЛ-6 — $457,19 \pm 25$ пг/мл; ФНО- α — $34,62 \pm 9$ пг/мл). Введение обоих НПВС приводило к снижению уровня цитокинов, однако лорноксикам обладал более выраженным ингибирующим эффектом (ИЛ-10 — $47,66 \pm 7$ пг/мл; ИЛ-6 — $115,45 \pm 4$ пг/мл; ФНО- α — $7,27 \pm 4$ пг/мл).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о свойстве НПВС подавлять синтез цитокинов при экспериментальном ТОП. При этом наблюдали статистически более выраженное снижение секреции цитокинов на введение лорноксикама по отношению к кеторолаку. Данное экспериментальное исследование может стать основой клинических испытаний НПВП в качестве антимедиаторной терапии ТОП.



Место малоинвазивных методов лечения при остром панкреатите

ГОСТИЦЕВ В.К., АФАНАСЬЕВ А.Н., ГОРБАЧЕВА И.В., ШАЛЫГИН А.Б., СЕЛИВАНОВА О.Е.
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Актуальность. Заболеваемость острым панкреатитом составляет 38 на 100 000 в год, а летальность — 22,7–46,6%.

Материалы и методы. Основу исследования составили результаты лечения 276 больных с деструктивным панкреатитом из 3124 поступивших на лечение в ГКБ № 23 им. «Медсантруд» в период с 2006 по 2012 год. Пациентам с признаками деструктивного панкреатита при обследовании в течение первых 3 суток выполнялось динамическое УЗИ брюшной полости, КТ или МРТ органов брюшной полости, на основании результатов которых было выделено 3 группы. Тяжесть и прогноз заболевания определяли по прогностической шкале APACHE III. Полиорганную дисфункцию оценивали на основании балльной системы MODS. Определяющим в выборе тактики лечения и характера хирургического вмешательства являлся объем деструкции поджелудочной железы и объем поражения окружающих тканей на основании совокупных данных УЗИ и КТ брюшной полости в сочетании с тяжестью состояния. Варианты хирургического лечения: пункция под контролем УЗИ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лапаротомия, оментобурсостомия, этапные санации сальниковой сумки, в том числе под контролем эндоскопа.

Результаты. 1-я группа — очаговый панкреонекроз с объемом поражения до 30 %. КТ, МРТ и УЗИ дифференцируют жидкостные образования от мягкотканых воспалительно-некротических масс, но не обеспечивают диагностику стерильного и инфицированного характера деструкции. Поэтому методом ранней диагностики септических осложнений является чрескожная пункция под контролем УЗИ. Миниинвазивные варианты дренирования жидкостных скоплений являются окончательным видом хирургического вмешательства. Данная тактика позволила снизить степень тяжести интоксикации в два раза, количество гнойных осложнений — с 40 до 18,5 %, необходимость лапаротомий (0,26–0,04) и процент летальности (10–1,2 %).

2-я группа — массивный панкреонекроз с объемом поражения от 30 % до 60 %. Данные КТ составляют основу объективизированной оценки тяжести острого панкреатита. Дренирование жидкостных образований и очагов деструкции выполнялось как этап хирургического лечения в сочетании с комплексной консервативной терапией, что позволило улучшить результаты открытых методов дренирования, выполненных на 12-е сутки. Достигнуто снижение количества гнойных осложнений до 26,8 % и летальности с 23,7 % до 12,5 %.

3-я группа — тотально-субтотальный панкреонекроз, объем поражения ткани железы более 60 %. При УЗИ органов брюшной полости верхний этаж брюшной полости представлен эхонеоднородной зоной, исключающей возможность дифференцировать границы органов. Изменения на КТ соответствовали 5 баллам по шкале Бальтазар. Вся многокомпонентная терапия в сочетании с методами малоинвазивной хирургии была направлена на выведение больных из панкреатогенного шока, но без широкого вскрытия и дренирования очагов деструкции и забрюшинного пространства была неэффективной, позволяя выполнять обширные вмешательства на 3-и — 4-е сутки в более благоприятных условиях. Удалось снизить процент летальности с 77,8 до 41,7 %.

Выводы. 1. Миниинвазивные методы дренирования при деструкции до 30 % ткани поджелудочной железы позволяют снизить проявления эндогенной интоксикации и являются завершающим способом хирургического лечения.

2. При объеме деструкции от 30 до 60 % применение малоинвазивных методов дренирования в 34 % случаев являются недостаточными, однако позволяют выполнять открытые методы дренирования на 12–14-е сут.

3. При деструкции более 60 % показано выполнение «закрытых» методов дренирования в первые 24 часа. Проведение экстракорпоральных методов детоксикации на фоне комплексной многокомпонентной консервативной терапии стабилизирует состояние больных перед выполнением «открытых» методов дренирования.

Малоинвазивные методы лечения больных с острым деструктивным панкреатитом

ГРУБНИК Ю.В., ЮЗВАК А.Н., ФОМЕНКО В.А., ЮЗВАК Н.П.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина
11-я городская клиническая больница, Одесса, Украина

Городской центр желудочно-кишечных кровотечений и сочетанных травм, Одесса, Украина

Актуальность. В последние десятилетия количество деструктивных форм острого панкреатита постоянно увеличивается из-за употребления некачественных продуктов питания и алкоголя.

Цель исследования: снижение летальности при панкреонекрозе, своевременно выявляемом путем инструментального и лабораторного контроля, при применении малоинвазивных оперативных пособий.

Материалы и методы. За период 2011–2012 гг. в нашей клинике находилось на лечении 165 больных с острым панкреатитом. Из них у 38 наблюдался панкреонекроз. Возраст больных — от 20 до 64 лет. Мужчин было 114 (69 %), женщин — 51 (31 %).

Методы диагностики включали ультразвуковые (УЗИ), компьютерные (КТ) исследования и магнитно-резонансную томографию (МРТ), лабораторную диагностику, в том числе определение термостабильных белков (ТБ) сыворотки крови.

Первая группа — 135 пациентов с отечной формой данного заболевания, которым проводилась интенсивная терапия (ИТ) в комплексе с блокаторами протоновой помпы и ингибиторами протеолитических ферментов. После стабилизации состояния повторялось УЗИ и определение ТБ.

Вторая группа — 38 больных с выраженным болевым синдромом и нестабильной гемодинамикой. Высокий уровень ТБ у них четко отражал деструкцию поджелудочной железы и коррелировал с показателями УЗИ, КТ и МРТ. При выявлении выпота в брюшной полости проводились малоинвазивные операции. Лапароскопическим путем дренировали сальниковую сумку и брюшную полость.

Третья группа — 4 пациента с билиарным панкреатитом, обусловленным вклиниванием камня в большой дуоденальный сосочек, у которых производилась эндоскопическая папиллотомия с экстракцией камня из просвета холедоха.

Результаты. При панкреонекрозе отмечается высокий рост концентрации ТБ сыворотки крови, которая в 3–4 раза превышала показатели нормы. Благодаря данным ТБ в динамике и в комплексе с УЗИ-диагностикой 38 больным были своевременно произведены малоинвазивные операции. После операции в отделении реанимации продолжалась ИТ. Динамическим контролем ТБ и УЗИ оценивалось течение патологического процесса поджелудочной железы. Данные исследования своевременно помогли выявить у 12 больных абсцессы брюшной полости на ранних этапах их появления. В 5 случаях их под контролем УЗИ лапароскопически дренировали. 7 пациентам выполнена лапароскопическая секвестрация поджелудочной железы с дренированием брюшной полости. Из 38 больных второй группы умерло четверо, что составило 10,5 %.

Выводы. 1. Применение современных методов диагностики КТ, МРТ, УЗИ в комплексе с лабораторным определением уровня ТБ сыворотки крови дало возможность своевременно диагностировать и мониторировать развитие деструкции поджелудочной железы.

2. Применение на ранних этапах деструктивного панкреатита лапароскопических, эндоскопических операций и дренирования абсцессов позволило снизить летальность при панкреонекрозе до 10,5 %.

Тактика хирургического (традиционного и минимально инвазивного) лечения при тяжелом панкреонекрозе в сочетании с интра- и парапанкреатическими жидкостными образованиями

ДАНИЛОВ М.В., ЗУРАБИАНИ В.Г., КАРПОВА Н.Б., ИСАЕВ А.В.

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

ГУЗ «Городская клиническая больница № 53», Москва, Россия

Цель исследования: сравнительная оценка результативности минимально инвазивных и традиционных вмешательств в хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита тяжелого течения, осложненного развитием интра- и парапанкреатических жидкостных образований.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2013 г. авторы на различных этапах хирургического лечения осложненного панкреатита у 106 пациентов выполняли чрескожные пункционно-катетеризационные вмешательства под контролем ультрасонографии. Объектом для выполнения пункционно-катетеризационных вмешательств были: острые панкреатогенные жидкостные скопления (ОЖС) — 44,3 % (n = 47), псевдокисты ПЖ — 27,3 % (n = 29), интра- и парапанкреатические абсцессы 28,3 % (n = 30). У 89 из них щадящие вмешательства выполняли в стадии острого некротизирующего панкреатита, а 17 пациентам минимально инвазивные вмешательства производили по поводу сформированных интра- и парапанкреатических постнекротических псевдокист, возникших как осложнения рецидивирующего панкреатита. В 53 % случаев (n = 57) чрескожные вмешательства носили характер единственного и завершающего способа хирургического лечения, у 24 % пациентов радиологические методы разрешения осложнений панкреатита были неэффективными (n = 26) либо сопровождались осложнениями (5,6 %; n = 6), что требовало выполнения открытых лапаротомных операций. В 6 (5,6 %) случаях после пункционного лечения кистозных образований образовались стойкие наружные панкреатические свищи, потребовавшие в последующем формирования панкреатодигестивных анастомозов. У 18 пациентов пункционные вмешательства явились вспомогательными или дополнительными методами лечения осложнений открытых операций на поджелудочной железе (ПЖ).

Результаты. Эффективность пункционно-катетеризационных вмешательств в лечении осложнений панкреатита (ОЖС — 29,7 %, псевдокист ПЖ 72,4 % (n = 21), абсцессов ПЖ 73,3 % (n = 22)), значительно различа-



лась и зависела от распространенности некротического процесса в ПЖ и парапанкреатическом пространстве и от локализации очагов. Минимально инвазивные хирургические вмешательства, оказавшиеся осложненными ($n = 6$) или неэффективными ($n = 30$) требовали последующего выполнения лапаротомных корригирующих вмешательств. Основными причинами неэффективности пункционно-катетеризационных методов были: недостаточность дренирующих катетеров и прогрессирование на этом фоне основного заболевания; переоценка эффективности методов минимально инвазивной хирургии; в ряде случаев «несопоставимость» возможностей этих методов с распространенностью деструктивного процесса. Осложнениями непосредственно минимально инвазивных лечебных процедур являлись: кровотечение в полость кисты (2), оставление части дренирующего катетера в полости кисты (1), травма смежных органов, в частности субкапсулярная напряженная гематома печени (1), травма селезенки с внутрибрюшным кровотечением (1), пневмоторакс (1).

Заключение. Методы минимально инвазивной хирургии показали высокую эффективность при очаговых необширных деструктивных поражениях (жидкостных образований) поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При распространенных формах деструктивного панкреатита эффективность пункционно-катетеризационных вмешательств остается ограниченной, и их выполнение может рассматриваться в качестве подготовительных мероприятий перед последующими расширенными лапаротомными операциями.

Острый деструктивный панкреатит: принципы реализации современной хирургической тактики

ДАРВИН В.В., ОНИЩЕНКО С.В., ИЛЬКАНИЧ А.Я., КРАСНОВ Е.А., ВАСИЛЬЕВ В.В., ЛЫСАК М.М.
ГБОУ ВПО «Сургутский государственный университет», Сургут, Россия
БУХМАО — Югра, Сургутская окружная клиническая больница, Сургут, Россия

Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных деструктивным панкреатитом при применении традиционных и малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. В основе исследования лежит опыт лечения 2415 больных острым панкреатитом. Проанализированы результаты хирургического лечения 285 больных (11,8 %) панкреонекрозом (ПН). В соответствии с принимаемыми тактическими решениями мы выделили 2 периода. В первый период оперированы 164 больных, все путем лапаротомии (I группа); во втором периоде из 121 пациента (II группа) у 105 (86,8 %) применены малоинвазивные вмешательства (у 71 — лапароскопическим доступом, у 25 минилапаротомным, у 9 — пункционным) и у 16 (13,2 %) — традиционные лапаротомии. В зависимости от стадии заболевания больные были разделены: группа «А» — оперированные в стадии асептического некроза — 185 (64,9 %); группа «Б» — в стадии инфицированного ПН — 100 (35,1 %). То есть проведенный анализ позволил выделить 4 группы больных: пролеченные до 2000 г. — группы IA (96–33,7 %) и IB (68–23,9 %) и пролеченные с 2001 г. — группы IIA (89–31,2 %) и IIB (32–11,2 %).

Результаты. У больных IA группы ранняя летальность составила 12,5 %, поздняя — 18,7 %, среди пациентов IB группы — 7,3 и 8,8 %, IIA — 5,6 и 3,4 %, IIB — 3,1 и 6,2 %. Общая летальность в I группе — 25 %, во II — 9,1 % ($p < 0,05$). Проанализирована взаимосвязь между летальностью и распространением некротического процесса на забрюшинные клетчаточные пространства. Установлено, что при распространении некроза на забрюшинную клетчатку послеоперационная летальность составила 42,1 %, а при отсутствии — 6,3 % ($p < 0,01$).

При изучении связи между уровнем послеоперационной летальности и примененной хирургической технологией установлено, что в целом при панкреонекрозе статистически достоверно уменьшение летальности при применении малоинвазивных технологий: $t = 8,98$, $p < 0,001$. В группе больных с тяжелым панкреонекрозом статистически достоверного различия результатов лечения в зависимости от технологии вмешательства выявлено не было: $t = 0,66$, $p > 0,05$.

Выводы. 1. Операции, выполненные традиционными методами в период асептического некроза, сопровождаются большим количеством осложнений и высокой послеоперационной летальностью (31,2 %), оптимальным методом для выполнения ранних операций при ПН являются лапароскопические вмешательства (послеоперационная летальность снизилась до 8,9 %).

2. Вовлечение в деструктивный процесс при ПН забрюшинной клетчатки — важнейший неблагоприятный прогностический фактор, летальность при этом достигает 42,1 %.

3. При развитии локальных инфекционных осложнений ПН операции из мини-доступа и пункционные методы дают возможность эффективно санировать очаги в брюшной полости и забрюшинной клетчатке.

4. При тяжелом ПН изменение хирургического доступа при стандартизированных подходах к выбору показаний и объема операции не приводит к достоверному снижению послеоперационной летальности.

5. Разработка и внедрение в клиническую практику стандартизированного подхода к выбору лечебного алгоритма позволяют снизить частоту послеоперационных осложнений с 16,7 до 4,95 % и послеоперационной летальности — с 25 до 9,1 %.

Эндоскопическое лечение больных с острым билиарным панкреатитом

ДЕГОВЦОВ Е.Н.¹, ТЕЛЯТНИКОВА Л.И.², ВОЛОСЮКОВА А.В.²
¹ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия»
 Министерства здравоохранения России, Омск, Россия

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1, Омск, Россия

Актуальность. У 42–53 % пациентов основной причиной развития острого панкреатита является патология желчевыводящих путей.

Цель исследования: изучить результативность эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) у пациентов с острым билиарным панкреатитом (ОБП).

Материалы и методы. В 2010–2012 гг. было обследовано 30 пациентов с диагнозом «ОБП», у которых в разные сроки от начала заболевания была выполнена ЭПСТ. Средний возраст пациентов составил $59,2 \pm 16,3$ года, старше 60 лет — 17 (56,6 %) пациентов, женщин — 23 (77 %), мужчин — 7 (23 %).

У 97 % пациентов хирургических вмешательств на желчевыводящих путях ранее не производили. По данным УЗИ, желчнокаменная болезнь выявлена в 22 (73,3%) наблюдениях, расширение общего желчного протока — у 19 (63,3%) пациентов.

При анализе лабораторных показателей уровень общего билирубина у 13 (43 %) пациентов был нормальным либо не превышал 40 мкмоль/л, от 40 до 100 мкмоль/л — в 9 (30 %) наблюдениях. В 8 случаях гипербилирубинемия была свыше 100 мкмоль/л.

При анализе уровня диастазы мочи отмечалось значительное повышение у 15 (50 %) пациентов. Амилаза крови была повышена у 27 (90 %) пациентов. Эндоскопические вмешательства проводились в 1–8-е сутки от начала заболевания. У 23 (76,6 %) пациентов ЭПСТ проведена в срок до 72 часов, после 72 часов от начала заболевания ЭПСТ проводилось 7 пациентам, что составило 23,4 %.

Результаты. В результате проведенных исследований выявлено, что основной причиной ОБП в 24 наблюдениях (80 %) были вколоченные конкременты ампулы БСДК и папиллит (в 3 наблюдениях). Реже причинами, вызвавшими ОБП, являлись стриктура терминального отдела холедоха с холедохолитиазом и без него, стеноз устья БСДК и парапапиллярные дивертикулы.

У 4 (13,3 %) пациентов был диагностирован гнойный холангит — литоэкстракция и санация холедоха.

В 1 наблюдении пациент находился в резидуальном периоде острого нарушения мозгового кровообращения, у него для проведения ЭПСТ потребовалась анестезиологическая поддержка.

У 1 пациента эндоскопическое вмешательство оказалось неэффективным — конкремент общего желчного протока удалить не удалось (ввиду крупного размера).

После проведенного лечения 24 пациента выписаны в сроки от 4 до 14 суток. Остальные (6 пациентов) были подвергнуты традиционному хирургическому лечению. Летальность в данной группе больных не наблюдалась.

Заключение. Эндоскопические вмешательства на БСДК при ОБП остаются сложным разделом хирургии. Проведенный анализ позволил сделать ряд выводов:

- 1) основной причиной развития ОБП являются вколоченные камни ампулы БСДК;
- 2) отсутствие ультразвуковых признаков билиарной гипертензии не может считаться фактором, позволяющим исключить билиарную природу панкреатита;
- 3) при повышении уровня ферментов в крови и моче в сочетании с повышением билирубина пациенту показана фиброгастродуоденоскопия в экстренном порядке;
- 4) поступление в поздние сроки от начала заболевания не является причиной отказа в проведении манипуляций на БСДК;
- 5) старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология не являются противопоказанием для минимально инвазивных вмешательств, потому что ЭПСТ в сочетании с удалением вколоченного конкремента, восстановлением пассажа желчи и панкреатического сока, санацией желчевыводящих путей позволяет купировать явления ОБП.

Алгоритм лечения тяжелого острого некротического панкреатита

ДРОНОВ А.И., КОВАЛЬСКАЯ И.А., УВАРОВ В.Ю., ГОРЛАЧ А.И., ЛУБЕНЕЦ Т.В.
 Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

Киевский центр хирургии печени, желчных протоков и поджелудочной железы им. В.С. Земскова, Киев, Украина

Цель исследования: разработка и оценка эффективности алгоритма комплексного лечения больных с острым некротическим панкреатитом (ОНП).

Материалы и методы. В исследование включены 507 больных с тяжелым острым некротическим панкреатитом, которые находились на лечении в Киевском городском центре хирургии печени и поджелудочной же-



лезы с 2008 по 2012 год; средний возраст больных составил 44,7 года; женщин было 101 (29,8 %), мужчин — 406 (70,2 %). Клиническую форму заболевания определяли по классификации Атланты (1992), индекс тяжести по шкале APACHE II составил более 8 баллов и по шкале Ranson — более 3 баллов; по этиологии все больные были разделены на две основные группы — с билиарным (17,46 %) и алиментарным (82,54 %) ОНП, так как ранняя хирургическая тактика в этих группах существенно различается. Для определения объема поражения поджелудочной железы применяли разработанные в клинике дополнения к классификации Атланты.

Результаты. В лечении ОНП мы использовали дифференцированный подход в зависимости от клинико-морфологической формы, тяжести и течения заболевания, объема поражения железы.

Основная роль в лечебно-тактическом алгоритме при ОНП принадлежит многокомпонентной интенсивной терапии, задачи которой следующие:

- 1) этиопатогенетическая терапия (борьба с болью, восстановление гемодинамики, коррекция гемокоагуляционных нарушений, угнетение синтеза ферментов, аутолиза в железе);
- 2) коррекция функционального состояния жизненно важных органов и систем организма;
- 3) ранняя диагностика и профилактика осложнений с последующим адекватным медикаментозным, малоинвазивным и хирургическим лечением.

При отсутствии в диагностико-лечебном алгоритме инвазивных методик антибиотикопрофилактика не проводилась.

Малоинвазивные методики применяли (пункции под контролем ультразвука):

- 1) при наличии свободной жидкости в брюшной полости, отсутствии в течение 3 суток с момента заболевания эффекта от проводимой интенсивной терапии, стойкого пареза кишечника, нарастания эндотоксемии — дренирование только брюшной полости;
- 2) сохраняющемся парезе кишечника в течение 4–5 суток с момента заболевания; симптоме «мошонки» — дренирование брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства; коррекция компартмент-синдрома.

Неэффективность проводимых мероприятий в более поздние сроки говорит о «бесперспективности» пациента и вынуждает хирурга к операции «отчаяния».

При определении билиарной этиологии панкреатита декомпрессию протоковой системы печени выполняли в ургентном (в среднем до 6 часов с момента поступления) порядке с преобладающим использованием мининвазивных технологий.

В позднюю фазу (после первой недели и позже) при отсутствии инфицирования продолжается консервативное лечение. При подтверждении инфицирования проводится оперативное лечение после 21–25-го дня с момента заболевания, выбор вмешательства и его срок определяются индивидуально.

Полученные результаты сравнивали с группой больных с острым некротическим панкреатитом, пролеченных в клинике за период с 2002 по 2006 г.

Благодаря использованию предложенного лечебного алгоритма в исследуемой группе больных уменьшилось число повторных операций по поводу прогрессирования панкреатического некроза и парапанкреатита (с 19,1 до 13,8 %), эта тактика позволила снизить летальность у больных с тяжелым ОНП с 9,4 до 7,4 %, а послеоперационную летальность — с 22,1 до 14,7 %.

Выводы. Понимание патоморфологических процессов, происходящих в поджелудочной железе при остром некротическом панкреатите, определяет лечебный алгоритм у данной группы пациентов, включая рациональную хирургическую тактику, что, в свою очередь, позволяет снизить летальность и частоту послеоперационных осложнений.

Чрезгастральные пункционно-дренирующие вмешательства при панкреатогенных жидкостных образованиях

ДУБЕРМАН Б.Л., ЭПШТЕЙН А.М., МИЗГИРЕВ Д.В., ПОЗДЕЕВ В.Н., ТАРАБУКИН А.В., ТОДРИК А.Г.
ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения
России, Архангельск, Россия

ГБУЗ «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич», Архангельск, Россия

Цель исследования: оценка результатов чрезгастральных пункционно-дренирующих вмешательств при панкреатогенных жидкостных образованиях (ПЖО).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование сплошной выборки пациентов с ПЖО, оперированных эндоскопическим ($n = 37$) и чрескожным ($n = 48$) чрезгастральными доступами за период 2008–2012 гг. Включено 82 больных с псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ) и трое с парапанкреатическими флегмонами забрюшинного пространства в возрасте $40 \pm 4,6$ года. Показаниями к чрезгастральному дренированию служили ретрогастральные ПЖО. Диагностический алгоритм включал общеклиническое обследование, УЗИ, СКТ, ФГДС для оценки выбухания задней стенки желудка/ДПК. При обследовании средний объем ПЖО при

УЗИ — $145 \pm 29,3$ мл (15–500 мл), при СКТ — $84 \pm 34,5$ мл (30–350 мл). Под в/в анестезией в условиях рентгенохирургической операционной выполнялась эндоскопическая трансабдоминальная пункция ПЖО, полученный экссудат исследовался микроскопически, цитологически, биохимически, микробиологически. При неинфицированном ПЖО на проводнике через цистогастроанастомоз устанавливались 2 полиэтиленовых стента, при инфицированном — 2 стента и назобилиарный дренаж для промывания полости. При эндоскопической недоступности ПЖО производилось чрескожное чрезгастральное дренирование образования с последующей санацией и формированием катетерного цистогастроанастомоза. При остром тяжелом панкреатите чрезгастральная методика санации гнойного очага, секвестрэктомии применялась при недоступности ПЖО для чрескожного дренирования. При распространенных процессах (занимающих больше 1 анатомической области) чрезгастральные вмешательства дополняли чрескожными.

Результаты и выводы. Чрезгастральные вмешательства являются относительно безопасными и высокоэффективными методами лечения ПЖО, занимающих одну анатомическую область. Было 2 (5,4 %) осложнения при наложении цистогастроанастомоза: профузное кровотечение и разлитой серозно-фибринозный перитонит, потребовавшие «конверсии». Летальных исходов не отмечено. Этапное эндовидеоскопическое лечение распространенных гнойных осложнений тяжелого панкреатита с дополнительным чрезгастральным дренированием позволяет осуществлять адекватную санацию гнойных полостей.

Мониторинг иммунологического статуса у пациентов, оперированных по поводу гнойно-некротического парапанкреатита

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.

Медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. По данным ряда авторов, у 24–68 % больных острым деструктивным панкреатитом развиваются нарушения иммунной системы, что ухудшает прогноз. При анализе неудач видна нерешенная проблема коррекции возрастающих метаболических потребностей пациентов.

Цель исследования: оценка динамики иммунного статуса у пациентов с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом (ГНПП).

Материалы и методы. В контрольную группу вошли 35 пациентов, основную группу составили 44 пациента, у которых со 2-х суток было включено раннее энтеральное питание с использованием питательных смесей. Обе группы сопоставимы по степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Иммунный статус оценивался на 10-е и 20-е сутки по общему количеству Т-лимфоцитов (ТЛ), Т-хелперов (ТХ), Т-супрессоров (ТС), В-лимфоцитов (ВЛ) и по уровню сывороточных иммуноглобулинов (G, A, M).

Результаты. На момент операции в обеих группах отмечали Т-лимфопению, дисбаланс субпопуляционного состава ТЛ со снижением количества циркулирующих ТХ-индукторов и иммунорегуляторного индекса. У пациентов обеих групп был зарегистрирован вторичный иммунодефицит средней степени тяжести, при котором наиболее значимыми изменениями со стороны показателей иммунитета являлись пониженное содержание ТЛ и ВЛ по сравнению с группой доноров. На 10-е сутки после операции в группах наблюдались существенные различия. Абсолютное количество лимфоцитов в контрольной группе составляло 1369 ± 65 в 1 мл, в основной — было достоверно выше и составляло 2086 ± 84 ($p < 0,001$). Иммунный статус в контрольной группе характеризовался снижением активности Т-клеточного и В-гуморального звеньев иммунитета. Снижение активности иммунорегуляторных клеток выражалось в уменьшении общего числа ТЛ и ВЛ. В контрольной группе сохранялись признаки вторичного иммунодефицита, обусловленные супрессией клеточного и гуморального звеньев иммунной защиты. В основной группе было отмечено статистически значимое повышение уровня ВЛ до $0,59 \pm 0,04$ ($p < 0,01$), что сопровождалось повышением уровней IgG до $2,55$ г/л ($p = 0,04$) и IgA до $2,55 \pm 0,1$ г/л ($p = 0,03$). Статистически значимое уменьшение лейкоцитоза ($p < 0,01$) у пациентов основной группы свидетельствует об уменьшении тяжести системного воспалительного ответа. На 20-е сутки после операции в контрольной группе по-прежнему сохранялись лейкоцитоз ($p < 0,01$) и лимфопения ($p < 0,01$). Достоверно ниже было содержание ТЛ (Е-РОК) ($p < 0,01$), активных ТЛ ($p < 0,01$), ВЛ ($p < 0,01$) и ТХ ($p < 0,01$). Уровень секреторного IgA также был достоверно ниже ($p < 0,01$), чем у пациентов основной группы. В основной группе наблюдения уровень содержания ТЛ, активных ТЛ, ВЛ и ТХ был достоверно выше ($p < 0,01$) аналогичных показателей контрольной группы и при этом достоверно не отличался от группы доноров. Уровень секреторного иммуноглобулина А был достоверно выше ($p < 0,01$), чем в контрольной группе и группе доноров.

Выводы. 1. При развитии ГНПП на момент оперативного вмешательства установлено развитие SIRS-синдрома.

2. При отсутствии проведения целенаправленной метаболической терапии регистрируется прогрессирующий глубокий иммунодефицит в послеоперационном периоде преимущественно за счет клеточного звена.

3. Включение в комплексную терапию энтерального питания способствует компенсации недостаточности клеточного компонента иммунных реакций и фагоцитоза.



Морфологические особенности синдрома энтеральной недостаточности при осложненном остром панкреатите

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.

Медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Принципиально важную роль в патогенезе гиперметаболизма при критических состояниях играют постагрессивные нарушения функций желудочно-кишечного тракта, определяемые как «синдром кишечной недостаточности». С учетом роли кишечника в сохранении и восстановлении эндокринной, иммунной, метаболической и барьерной функций особое значение приобретает адекватное обеспечение организма нутриентами.

Цель исследования: дать оценку патоморфологическим особенностям строения стенки подвздошной кишки у больных, умерших от гнойных осложнений ОДП.

Материалы и методы. Изучен материал, полученный во время аутопсий 11 больных, умерших от острых нарушений мозгового кровообращения (контроль). Первую группу составил аутопсийный материал 26 больных, умерших от гнойных осложнений ОДП без применения энтерального питания, 2-ю группу — материал 14 больных, умерших от гнойных осложнений ОДП на фоне энтерального питания.

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

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

Было показано, что процент высеваемости кишечной флоры у пациентов 2-й группы достоверно ниже, чем у пациентов 1-й группы. При анализе процентного отношения высеваемости *Ps.aeruginosae*, *St.aureus* и *St.epidermalis* достоверных отличий получено не было.

Таким образом, на основании анализа высеваемости микроорганизмов из гнойных полостей и кровеносного русла больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреатита выявлено, что у пациентов, получавших раннее энтеральное питание, достоверно ниже ($p < 0,05$) процент высеваемости бактерий кишечной группы, что свидетельствует об энтеропротективном компоненте энтерального питания.

Выводы. 1. Выявленные изменения стенки тонкой кишки создают морфологические предпосылки для утраты слизистой пищеварительного тракта своей барьерной функции и инициации процесса бактериальной кишечной транслокации, стимуляции синдрома системной воспалительной реакции, развития полиорганной недостаточности и сепсиса.

2. Микробиологический анализ кишечного содержимого, гноя из зоны панкреонекроза и парапанкреатических областей, системного кровотока, органов и тканей при ОДП указывает на энтеральный путь генерализации инфекции как важнейший механизм инфицирования некротически измененной поджелудочной железы и окружающих тканей.

Оценка применения раннего энтерального питания в профилактике развития энтеральной недостаточности у больных с гнойно-некротическим парапанкреатитом

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.

Медицинский университет, Гомель, Беларусь

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

Цель исследования: оценить энтеропротективную составляющую раннего энтерального питания.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 67 пациентов, оперированных по поводу инфекционных осложнений ОДП. В контрольную группу вошли 35 пациентов, которым в по-

слеоперационном периоде проводили стандартную интенсивную терапию, включая парентеральное питание. Основную группу составили 32 пациента, у которых в комплекс интенсивной терапии было включено раннее энтеральное питание с использованием сбалансированных питательных смесей. Обе группы были сопоставимы по типу оперативного вмешательства, степени тяжести исходного состояния, уровню прогнозируемой летальности. Энтеральное питание начинали со 2-х суток в объеме 250–500 мл/24 ч.

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

Таким образом, на основании анализа высеваемости микроорганизмов было показано, что у пациентов, получавших раннее энтеральное питание, достоверно ниже ($p < 0,05$) процент высеваемости бактерий кишечной группы, что свидетельствует об энтеропротективном компоненте энтерального питания в раннем послеоперационном периоде и профилактике массивной бактериальной транслокации. Летальность в первой группе составила 28,6 %. Причинами смерти во всех случаях явилось развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Летальность во второй группе составила 15,6 %.

Выводы. 1. Включение в комплексную лечебную программу больных с гнойными осложнениями ОДП раннего энтерального питания снижает уровень летальности с 28,6 до 15,6 %.

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

Парапанкреатит как ведущее экстрапарапанкреатическое осложнение острого деструктивного панкреатита

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.

Медицинский университет, Гомель, Беларусь

Введение. Уровень летальности, достигающий 85 % при инфицированных формах острого деструктивного панкреатита (ОДП), возводит задачу улучшения результатов лечения в ранг приоритетной. Следует отметить то обстоятельство, что проблема лечения парапанкреатита незаслуженно остается в тени при обсуждении тактических лечебных решений.

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

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

Результаты. Тотальный панкреонекроз обнаружен в 3,78 % наблюдений. Во всех наблюдениях было отмечено поражение ППК в виде диффузного геморрагического пропитывания паренхимы. Субтотальное поражение ПЖ зарегистрировано в 24,2 %. У неоперированных умерших продольное рассечение ткани железы выявило тот факт, что в большей степени поражались кортикальные отделы различной толщины протяженностью от 3 до 12 мм. Выявленная особенность объясняет тот факт, что во время ранней лапаротомии, предпринятой по поводу некротизирующего панкреатита, визуальный осмотр ПЖ не дает достоверного представления о реальном масштабе поражения ткани. Отторжение поверхностно расположенных участков некротизированной паренхимы ПЖ закономерно приводит к разгерметизации протоковой системы и формированию транзиторных панкреатических свищей.

Поражение ППК при ОДП было выявлено у всех пациентов. Эволюция парапанкреатита определялась сроком заболевания и преобладающим морфологическим компонентом острого панкреатита. В первую неделю заболевания у неоперированных умерших диагностирован ферментативный инфильтративный с геморрагическим пропитыванием парапанкреатит различной распространенности. При аутопсии умерших, оперирован-



ных по поводу развившихся гнойных осложнений ОДП, в ППК и ЗБК также были обнаружены значительные морфологические изменения.

Интраоперационный и патологоанатомический анализ изменений в пораженной ППК при морфологически верифицированном диагнозе сепсиса позволяет выделить ряд факторов, которые способствуют генерализации инфекционного процесса и обуславливают длительную персистенцию инфекционного процесса в ЗБК. У всех пациентов в стадии секвестрации гнойно-некротического парапанкреатита выявлена многофокусность очагов поражения в ЗБК. Это выражалось в одновременном поражении как непосредственно прилегающих к ПЖ, так и в отдаленных ее участках, вплоть до клетчатки малого таза. Сложные топографо-анатомические взаимоотношения органов и тканей брюшинного пространства затрудняют обеспечение адекватных доступов ко всем зонам поражения ЗБК. Кроме того, адекватному дренированию гнойных очагов часто препятствует наличие очагов некроза сложной формы и неодновременность сроков созревания и отторжения некротических очагов на стадии септической секвестрации. При исследовании стенок артерий и вен в очагах гнойной секвестрации выявлялась морфологическая картина тромбозов и тромбоваскулитов, что являлось патогенетической предпосылкой для гематогенной генерализации инфекционного процесса.

Выводы. 1. Развитие парапанкреатита обусловлено закономерностями фазовой эволюции заболевания ОДП. Поздние осложнения манифестируют на этапе расплавления деструктивно измененной ПЖ и окружающей ее ППК.

2. Анализ оперативных вмешательств показал, что вмешательство заключалось в санации пораженной ППК. Таким образом, объектом операции является собственно парапанкреатит.

3. В связи с этим перспективной представляется разработка способов ранней диагностики распространенных форм поражения ППК и вариантов ранней декомпрессии брюшинного пространства с целью профилактики развития в нем обширных нагноительных процессов.

Применение малоинвазивных интервенционных технологий (МИТ) в лечении пациентов с острым деструктивным панкреатитом

ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.

Медицинский университет, Гомель, Беларусь

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

Цель исследования: выполнить сравнительный анализ эффективности МИТ на различных стадиях развития острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. У 132 пациентов с ОДП были выполнены МИТ (различные модификации пункционных и дренирующих манипуляций под ультразвукографическим наведением). В 1-ю группу вошли пациенты, которым была выполнена только лечебно-диагностическая видеоассистированная лапароскопия (ЛДЛ). 2-ю группу составили пациенты, которым наряду с ЛДЛ выполняли различные МИТ. В 3-ю группу вошли пациенты, оперированные по поводу гнойных осложнений ОДП.

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

Вторую группу составили 44 пациента. При этом первично поступившие составили 27,3 %, а остальные были переведены из районных ЦРБ в связи с осложненным течением заболевания. Тяжесть состояния при поступлении объективно отличалась от пациентов 1-й группы, что свидетельствовало о большем масштабе поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Одномоментный объем удаленного выпота колебался от 130 до 1600 мл с высоким уровнем амилазы. Дренажи извлекались после исчезновения отделяемого.

В третью группу вошли пациенты с гнойно-некротическими осложнениями ОДП. При поступлении балл тяжести по Glasgow — Imrie достоверно превышал этот показатель у пациентов 1-й и 2-й групп. В ходе оперативного вмешательства у пациентов, ранее перенесших малоинвазивные вмешательства, в обязательном порядке уточняли локализацию проведенных дренажных конструкций. Дренажная функция была эффективна в отношении лишь жидкостного компонента парапанкреатита. Неокончательным пункционно-дренирующее лечение оказалось у больных с многокамерными жидкостными образованиями, имевшими множество вну-

тренных перегородок, делавших невозможным их адекватную санацию и дренирование через тонкопросветные дренажи.

Выводы. При формировании крупномасштабной деструкции в забрюшинной клетчатке на первой неделе заболевания жидкостный компонент парапанкреатита проявляется диффузным пропитыванием девитализированных тканей экссудатом. При наличии высокой ферментативной активности выпота в сочетании с незавершенным процессом секвестрации и демаркации формирование жидкостных парапанкреатических скоплений, доступных интервенции под контролем УЗИ, представляется маловероятным. В связи с этими выявленными изменениями нам представляется малоэффективным применение МИТ в данной стадии заболевания как окончательного метода лечения ввиду их ограниченной эффективности применительно к тканевому компоненту распространенного парапанкреатита. Наиболее эффективны эти вмешательства при интраабдоминальной экссудации и наличии сформированных парапанкреатических скоплений жидкости при отсутствии распространенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки.

Узловые вопросы диагностики и лечения тяжелого острого панкреатита, определяющие дифференцированную тактику ведения больных

*ДУЖЕВА Т.Г., ШЕФЕР А.В., ДЖУС Е.В., АХАЛАДЗЕ Г.Г., ЧЕВОКИН А.Ю.,
КОТОВСКИЙ А.Е., ПЛАТОНОВА Л.В., ГАЛЬПЕРИН Э.И.*

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

Введение. Современные технологии диагностики и лечения создают условия для поиска новых подходов к лечению больных острым панкреатитом (ОП), объективная необходимость которых обусловлена высокой летальностью.

Цель исследования: выявить основные признаки, определяющие тяжесть течения заболевания на стерильной и инфицированной стадии и возможность дифференцированного подхода к лечению больных.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 220 больных тяжелым ОП (127 проведена КТ с болюсным введением контрастного препарата, 63 — мониторинг внутрибрюшного давления, всем больным — комплексное консервативное лечение, дополненное этапными пункциями и/или чрескожным дренированием острых жидкостных скоплений (ОЖС) с последующим проведением операций и повторных вмешательств через локальные забрюшинные доступы).

Результаты. 1. Показано, что распространенный парапанкреатит (РП) играет основную роль в развитии полиорганной недостаточности (ПОН) в первую неделю заболевания. Постоянная в течение первых 5–7 дней внутрибрюшная гипертензия (ВБГ), основной причиной которой является РП, вносит значительный вклад в развитие ПОН и является, наряду с высоким индексом Apache II, фактором неблагоприятного прогноза. Транзиторная ВБГ в течение 3 дней от начала заболевания наблюдалась у больных с локальным поражением забрюшинной клетчатки и определяла благоприятный исход заболевания.

2. КТ с болюсным контрастированием, проведенная в первые дни заболевания, позволяет выявить предикторы РП. Ими являются: глубокие, даже небольшого объема, некрозы поджелудочной железы (ПЖ), занимающие более 50 % поперечного сечения в сагиттальной плоскости (поперечные некрозы) с сохраненной жизнеспособной паренхимой (ЖП), расположенной дистальнее некроза, обуславливающие внутрипротоковую гипертензию и повреждение главного панкреатического протока (ГПП). Панкреатический сок при этом поступает в сальниковую сумку и забрюшинную клетчатку, формируя внутренний панкреатический свищ. О последнем свидетельствует высокая (более 2000 Е/л) активность α -амилазы в жидкости, полученной при повторных пункциях стерильных острых жидкостных скоплений (ОЖС). РП чаще развивается при локализации глубокого некроза в головке, перешейке или теле, реже — в хвосте ПЖ.

3. Определена «угрожаемая» группа больных, у которых наиболее часто наблюдается инфицирование и летальные исходы. Это больные с глубокими некрозами головки, перешейка и тела ПЖ. Общепринятая выжидательная тактика ведения таких больных до развития инфицирования была неэффективной. Ранние, до развития инфицирования, пункционно-дренирующие вмешательства на ОЖС с высокой активностью α -амилазы и эндоскопическая реканализация ГПП в зоне некроза с последующей операцией на 4-й неделе заболевания способствовали снижению летальности.

4. Показано, что активность α -амилазы в жидкости, полученной при повторных пункциях ОЖС при интерстициальном панкреатите, низкая. Консервативная терапия у таких больных, дополненная пункцией ОЖС большого объема (более 100 мл) с целью профилактики инфицирования, представляется эффективной.

Заключение. Главной задачей диагностики ОП является раннее выявление предикторов РП (глубокие поперечные некрозы ПЖ с дистально расположенной жизнеспособной паренхимой). При наличии РП, выявлении признаков стойкой ВБГ у больных с ПОН в первые 5–7 дней целесообразно проведение ранних пункций ОЖС и декомпрессии брюшной полости. Выжидательная тактика показана больным без



КТ-некрозов ПЖ и с некрозами хвоста. При локализации глубоких некрозов в головке, перешейке, теле ПЖ с сохранением ЖП ПЖ дистальнее некроза (угроза внутреннего панкреатического свища) показано 2-этапное лечение: миниинвазивные вмешательства на стадии стерильных некрозов с последующим проведением секвестрэктомии в более поздние сроки.

Тотальная панкреатэктомия при аррозионных кровотечениях, обусловленных панкреонекрозом после операций на поджелудочной железе

ЗАГАГОВ С.О., КРИГЕР А.Г., ВИШНЕВСКИЙ В.А., АХТАНИН Е.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

При операциях на поджелудочной железе частота возникновения послеоперационного панкреатита составляет 58,9 %, при этом в 24,2 % он носит характер панкреонекроза (Кубышкин В.А., 2012).

Цель исследования: оценить целесообразность «завершающей» панкреатэктомии при возникновении аррозионного кровотечения на фоне панкреатической фистулы.

Материалы и методы. В послеоперационном периоде профузное кровотечение из воротной, селезеночной, верхней брыжеечной вен, а также печеночных и верхней брыжеечной артерий было выявлено у 15 больных. Кровотечение возникало на 8–15-е сутки после операции на фоне панкреатической фистулы. Во всех случаях панкреатическая фистула была диагностирована на 4–8-е сутки после первичной операции в соответствии с критериями ISGPF. Все больные были экстренно оперированы.

Результаты. Ушивание дефекта сосудистой стенки произведено 6 больным (в 4 случаях возник рецидив кровотечения, все больные умерли). В 1 случае была попытка ангиографии и эмболизации ветвей общей печеночной артерии, источник кровотечения верифицирован, однако эмболизация была безуспешна. Экстирпация культи поджелудочной железы произведена 9 больным (выздоровело 5, умерло 4). Среди выживших больных в одном случае экстирпация выполнена при повторной релапаротомии. Всем умершим больным экстирпацию выполняли после релапаротомии, на фоне массивной предшествующей кровопотери.

Аррозионные кровотечения из магистральных сосудов после операций на поджелудочной железе, возникающие как следствие панкреонекроза и несостоятельности швов анастомозов, являются наиболее тяжелым осложнением ближайшего послеоперационного периода. Паллиативный характер хирургических действий при релапаротомии (ушивание дефекта стенки сосуда и дренирование) по поводу аррозионного кровотечения из магистрального сосуда неизбежно приводит к смерти больных. Экстирпация культи поджелудочной железы позволяет устранить поступление панкреатического сока к поврежденному сосуду, уменьшить вероятность рецидива кровотечения.

Заключение. Удаление культи поджелудочной железы при панкреонекрозе, возникшем после резекционных вмешательств, является «операцией отчаяния», — единственным хирургическим вмешательством, позволяющим спасти жизнь больному.

Рациональная хирургическая тактика в лечении деструктивных форм острого панкреатита

ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф., СМОЛЕНЦЕВ С.В., СМОЛЬКОВ А.А., БОГАТЫРЕВА Г.М.
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера» Министерства
здравоохранения России, Пермь, Россия

Цель исследования: улучшить результаты лечения деструктивных форм острого панкреатита.

Материалы и методы. За 2009–2013 гг. пролечено 411 больных острым панкреатитом. 90 пациентов страдали панкреонекрозом.

У 5 (5,55 %) пациентов панкреонекроз диагностирован интраоперационно во время мини-доступной холецистэктомии по поводу деструктивного холецистита. Выполнена холецистэктомия, дренирование желчных протоков, сальниковой сумки и брюшной полости. Повторных операций у этой группы пациентов не было.

У 5 (5,55 %) пациентов производилась широкая срединная лапаротомия с санацией сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости. Наличие инфицирования поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, распространенность процесса и тяжесть органных изменений определялись на основании клинической картины, лабораторных данных и инструментальных методов диагностики (лапароскопия, УЗИ, КТ).

80 (88,9 %) пациентам в качестве первого этапа хирургического лечения выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки.

Все больные панкреонекрозом получали комплексную консервативную терапию, включавшую коррекцию гомеостаза, подавление ферментативной активности поджелудочной железы, антибактериальную терапию, обезболивание, а также респираторную и раннюю энтеральную нутритивную поддержку.

Результаты. Начиная со 2–3-го дня после лапароскопии всем больным проводился УЗИ-мониторинг с интервалом в 1–2 дня, а при отрицательной клинической и лабораторной динамике — ежедневно.

В случае выявления при УЗИ жидкостных скоплений в сальниковой сумке, парапанкреатической клетчатке, забрюшинном пространстве выставлялись показания к оперативному вмешательству ($n = 46$; 51,1 %). Дренирование жидкостных скоплений под УЗИ-контролем проведено 12,2 % больных ($n = 11$); мини-лапаротомии с санацией и дренированием сальниковой сумки и мини-люмботомии с санацией и дренированием забрюшинного пространства выполнены 38,9 % пациентов ($n = 35$). Общая летальность составила 30 % ($n = 27$).

Выводы. Лечение пациентов с деструктивными формами панкреатита требует дифференцированного подхода. Предпочтение следует отдавать миниинвазивным вмешательствам: пункционным под сонографическим контролем, лапароскопическим и дренированию сальниковой сумки и забрюшинного пространства из мини-доступов. Лишь разлитой перитонит, кровотечение, наличие кишечных свищей являются показанием к традиционной лапаротомии.

Особенности комплексного лечения тяжелого панкреонекроза

ИВАНОВ Ю.В., ПАНЧЕНКОВ Д.Н., ШАБЛОВСКИЙ О.Р., АЛЕХНОВИЧ А.В.

**НИИ клинической хирургии «Федеральный научно-клинический центр» ФМБА России, Москва, Россия
Кафедра хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. Е.А. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия**

Ретроспективному анализу подвергнуты результаты лечения 30 больных с субтотально-тотальным смешанным инфицированным панкреонекрозом (ПН). Мужчин было 22 (73,3 %), женщин — 8 (26,7 %). Возраст больных варьировал от 29 до 56 лет, составив в среднем $41,2 \pm 5,7$ года. По этиологическому фактору у 24 (80 %) пациентов наблюдали алиментарный (алкогольный) ПН, а у 6 (20 %) — билиарный.

Алгоритм комплексного инструментального обследования включал последовательное выполнение рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости, гастродуоденоскопию (ГДС), лапароскопию, а также пункционно-аспирационную биопсию ПЖ под контролем УЗИ или КТ (по показаниям). Во всех случаях имелась гистологическая верификация диагноза. Наиболее достоверными лабораторными методами в диагностике ПН оказались: уровень амилазы и ЛДГ в сыворотке крови, С-реактивный белок (как маркер ПН), уровень прокальцитонина (как маркер инфицирования), а инструментальными — УЗИ и КТ с внутривенным болюсным контрастированием; тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗИ- или КТ-контролем с микробиологическим исследованием и лапароскопия. При поступлении всем 30 больным ПН произведена лечебно-диагностическая лапароскопия.

Лечение всех больных ПН начинали в отделении реанимации. Показанием к хирургическому лечению служили: инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, наличие флегмоны или некроза забрюшинной клетчатки, гнойного перитонита. Количество санационных релапаротомий у одного пациента колебалось от 2 до 8.

Послеоперационные осложнения возникли у всех 30 пациентов. Всего отмечено 55 осложнений, из них 13 местных и 42 — общих. Среди местных осложнений наблюдали: внутрибрюшное кровотечение из аррозированных сосудов ПЖ — 3 (произведено ушивание сосудов и тампонирование с эффектом); образование внутренних толстокишечных (2) и тонкокишечного (1) свищей (закрылись самостоятельно на фоне консервативной терапии); межкишечный абсцесс брюшной полости (1) и флегмона (2) забрюшинной клетчатки (выполнено вскрытие и дренирование абсцесса, флегмон); механическая желтуха — 1 (произведено дренирование холедоха по Керу); желудочно-кишечное кровотечение в разные сроки лечения из острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки — 3 (во всех случаях достигнут эндоскопический гемостаз).

Группу общих послеоперационных осложнений составили: пневмонии — 16, плевриты — 11, тромбоз глубоких вен нижних конечностей — 6, ДВС-синдром — 4, панкреатогенный шок — 3. Лечение осложнений в данной группе пациентов было консервативным.

Длительность лечения больных ПН в стационаре составила от 5 до 143 суток, равняясь в среднем $52,7 \pm 12,8$ суток. У всех 30 пациентов наблюдали синдром полиорганной недостаточности различной степени выраженности и длительности, а у 7 больных был диагностирован сепсис.

Общая летальность составила 26,7 % (умерло 8 больных). В ранние сроки заболевания (до 14 суток) погибли 5 пациентов, наиболее частой причиной смерти являлись панкреатогенный шок (2) и эндогенная интоксикация (3), сопровождающаяся развитием гиповолемического шока, отека мозга, острой печеночно-почечной недостаточности, а также декомпенсацией уже имеющихся сопутствующих заболеваний. Основные причины смерти 3 больных в поздние сроки: нарастание полиорганной недостаточности (1) и прогрессирование некроза с присоединением гнойных осложнений (2).



В проведенном исследовании пребывание 1 пациента с ПН в отделении реанимации обходилось в пределах 28–52 тысяч рублей в сутки, средняя стоимость лечения 30 больных с ПН в стационаре составила 1 млн 306 тысяч 54 рубля ± 102 тысячи 437 рублей.

Считаем важным разработку и соблюдение в стационаре определенного стандарта по диагностике и лечению больных ПН, что позволяет формировать единый взгляд, концепцию у хирургов, реаниматологов и анестезиологов по основным вопросам, независимо от приверженности каждого врача к той или иной профессиональной школе, что в конечном счете способствует оптимизации результатов лечения.

Миниинвазивные вмешательства в лечении больных деструктивным панкреатитом

ИВАНУСА С.Я., ЛАЗУТКИН М.В., АЛЕНТЬЕВ С.А., ШЕРШЕНЬ Д.П.

Кафедра общей хирургии ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования — оценка эффективности использования миниинвазивных методов в лечении больных деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. Проанализирован опыт комплексного хирургического лечения 63 больных тяжелым панкреатитом в клинике общей хирургии ВМедА в период с 2005 по 2013 г. Возраст больных находился в пределах от 21 до 73 лет. У всех больных на основе комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования был диагностирован острый тяжелый панкреатит.

Результаты. Хирургическое лечение больных с острым деструктивным панкреатитом было направлено на дренирование острых жидкостных скоплений (ОЖС) сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки в стадии ферментативной токсемии и санацию гнойных очагов при развитии инфекционно-септических осложнений панкреонекроза, преимущественно с использованием миниинвазивных чрескожных методик, выполняемых под лучевым контролем. При наличии острых жидкостных скоплений поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки ($n = 42$) к выбору лечебной тактики подходили дифференцированно. Показаниями к чрескожному дренированию жидкостных образований считали:

- объем ОЖС более 50 мл и тенденция к увеличению объема;
- подозрение на инфицирование;
- болевой синдром;
- признаки сдавления окружающих полых органов.

У 29 пациентов было выполнено чрескожное пункционное дренирование ОЖС под УЗИ-навигацией. У большинства больных дренирование выполнено в течение первой недели от начала заболевания, 3 больным — в более поздние сроки в связи с увеличением ОЖС в динамике. В двух случаях наблюдалось инфицирование парапанкреатической клетчатки на фоне дренирования, что потребовало замена дренажей на дренажи большего диаметра и активного промывания полостей. При выявлении свободной жидкости в брюшной полости и признаках ферментативного перитонита оценивалась возможность пункционного дренирования брюшной полости. У 4 больных отсутствовала техническая возможность выполнения безопасной чрескожной пункции, что явилось показанием к выполнению лапароскопической санации и дренирования брюшной полости. Во всех случаях пункционное дренирование ОЖС оказалось эффективно и не потребовало выполнения более травматичных вмешательств.

У 21 пациента при поступлении были диагностированы панкреатогенные абсцессы и флегмоны в парапанкреатической и параколярной клетчатке. У всех больных хирургическое лечение данных осложнений деструктивного панкреатита начинали с пункционного чрескожного дренирования. Особенности пункционного дренирования гнойных полостей явились установка нескольких дренажей большого диаметра путем их последовательной замены, постоянное активное промывание растворами антисептиков, динамический рентгеноконтрастный контроль размеров полостей, длительное стояние дренажей. У 3 пациентов с обширными некрозами забрюшинной клетчатки потребовалась люмботомия в связи с невозможностью выполнения адекватной некрэктомии через установленные пункционным способом дренажи. У 18 больных пункционное дренирование позволило полностью санировать гнойные очаги.

Консервативное лечение больных деструктивными формами панкреатита дополнено у 22 пациентов рентгенэндоваскулярной катетеризацией чревного ствола с целью проведения непрерывной регионарной лекарственной инфузии антибактериальных, антисекреторных и улучшающих трофику тканей препаратов. Одним из перспективных аспектов использования катетеризации чревного ствола, наряду с лечебным эффектом, является возможность выполнения регионарной компьютерной томоангиографии по разработанной методике, которая позволяет информативно оценивать объем деструкции железы уже в первые сутки заболевания.

Полученные данные свидетельствуют о том, что чрескожные навигационные методики эффективны во всех фазах течения тяжелого панкреатита.

Чрескожные вмешательства в лечении больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом

ИВШИН В.Г., ИВШИН М.В., МАЛАФЕЕВ И.В.

ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница», Тула, Россия

ООО «Научно-производственная фирма «Шанс», Тула, Россия

Цель исследования: снижение летальности у больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом с помощью применения чрескожных пункционных вмешательств.

Материалы и методы. С 2008 года 53 больным с панкреонекрозом и парапанкреатитом применили разработанную технологию чрескожного пункционного лечения. Больным выполняли чрескожное дренирование, замену дренажей на средне- и крупнокалиберные чрескожные секвестрэктомии. Первичное дренирование, замену дренажей выполняли с помощью оригинальных инструментов. Чрескожные секвестрэктомии выполняли при помощи специальных катетеров, окончатый зажимом и разработанными экстракторами. Этиология панкреатита была алкогольная у 40 пациентов, алиментарная — у 6, желчнокаменная — у 6, посттравматическая — у 1. Средний возраст больных составил 39,4 года, мужчин было 38, женщин — 15. По классификации А.Д. Толстого (2003), больных с флегмонами типа С было 11, типа Д — 31, типа Е — 11.

Результаты. Осложнений первичного дренирования, среднекалиберного дренирования и чрескожного удаления секвестров не было. Осложнения возникли у 2 больных при выполнении крупнокалиберного дренирования — кровотечение (1) и подтекание гноя в полость брюшины (1). Оперативные вмешательства в процессе применения технологии были выполнены у 20 больных (37,7 %). Причинами оперативных вмешательств были: наличие невыявленных гнойных очагов — 9 больных, аррозивное кровотечение — 4, сложная форма флегмоны, не позволяющая выполнить адекватную санацию или удаление секвестров, — 2 больных, осложнение чрескожного дренирования — 1 больной, субъективное решение лечащего врача — 2 больных, отказ пациента от продолжения пункционного лечения — 2. Выполнение релапаротомии потребовалось у 5 больных (9,4 %). Длительность госпитального этапа лечения составила $64 \pm 35,6$ суток ($75,5 \pm 36,5$ суток у оперированных больных и $57,6 \pm 33,7$ суток у больных, которым операции удалось избежать). Стоимость госпитального этапа лечения составила $199\,709,1 \pm 18\,255,5$ руб. ($252\,428,4 \pm 25\,743,5$ руб. у оперированных больных и $165\,168,9 \pm 23\,950,3$ у неоперированных). Выздоровело 44 больных (83 %), умерло 9 (17 %). Из 33 пациентов, у которых технология лечения выполнена в полном объеме и оперативного вмешательства удалось избежать, умерло 2 (6,1 %). Из 20 оперированных больных умерло 7 (35 %).

Заключение. Применение разработанных инструментов позволяет упростить выполнение чрескожных вмешательств, обеспечивает возможность адекватного дренирования и чрескожного удаления секвестров. Выполнение чрескожных вмешательств с помощью разработанного комплекта инструментов улучшает результаты лечения больных с панкреонекрозом и гнойно-некротическим парапанкреатитом.

Усовершенствование инструментария для чрескожного лечения панкреонекроза и распространенного парапанкреатита

ИВШИН В.Г., ИВШИН М.В., АНДРЕЕВ Ю.Г., АГЛИУЛЛИН А.Ф.

ООО «Научно-производственная фирма «Шанс», Тула, Россия

ООО «МИТ», Тула, Россия

ООО «МФС», Железнодорожный, Московская область, Россия

Введение. Метод чрескожного пункционного лечения больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом характеризуется лучшими результатами по сравнению с оперативным лечением, однако имеет множество ограничений, что обуславливает сдержанное отношение к нему и недостаточное распространение. Причиной неудач является несовершенство применяемых инструментов и методик.

Цель исследования: разработка набора инструментов для лечения больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом.

Материалы и методы. С 2009 года 3 организации (1 медицинская и 2 производственные) объединили усилия для создания комплекта инструментов для лечения больных с панкреонекрозом и парапанкреатитом. В настоящее время комплект инструментов создан и применен у 53 пациентов с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом.

Результаты. Разработанный набор инструментов применяется в различные фазы панкреатита и позволяет решить разные задачи. В зависимости от фазы панкреатита применяют дренажи различного калибра: в асептическую — 12–20 F, в инфицированную — от 20 F до 15–20 мм. Дренажи разнятся по форме, количеству и расположению боковых отверстий, выполнены из рентгеноконтрастных материалов или имеют рентгеноконтрастные метки на рабочем конце. Разработанные устройства дренирования, замены дренажей, установочные канюли позволяют дренировать жидкостные скопления и участки некротизиро-



ванной забрюшинной клетчатки как поэтапно, так и одновременно. Применение набора позволяет в ферментативную и реактивную фазы выполнить хирургическую детоксикацию путем дренирования острых панкреатических жидкостных скоплений и участков некротизированной забрюшинной клетчатки; в фазу расплавления и секвестрации — создать единую, хорошо дренируемую полость, объединяющую все выявленные очаги некроза и нагноения в забрюшинной клетчатке, ускорить демаркацию некротизированных тканей, чрескожно удалить секвестры.

Заключение. Применение разработанного комплекта инструментов значительно упрощает выполнение и расширяет возможности чрескожного лечения больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом.

Значение адекватного дренирования при гнойно-некротическом остром деструктивном панкреатите

КАДОЩУК Т.А.

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

Цель исследования: проанализировать результаты применения разработанных способов дренирования ложа ПЖ и забрюшинного пространства с применением спаренных дренажных устройств с учетом образованной общей полости для удаления гнойно-некротического содержимого и проведенной ирригоаспирации взвесью сорбента силикса в послеоперационном периоде у больных с септической формой острого деструктивного панкреатита (СОДП).

Материалы и методы. С 1978 по 2012 г. наблюдали 681 пациента с гнойно-некротическими осложнениями ОДП. Тяжесть состояния пациентов определялась по шкале Ronson. Мужчин было 554 (82,1 %), женщин — 127 (18,9 %), возраст — 18–79 лет. Причиной инфицирования у 283 (41,55 %) больных являлось выполнение хирургического вмешательства в ранние сроки заболевания в непрофильных клиниках от 1 до 5 раз. Для профилактики развития инфекции в забрюшинном пространстве в дооперационном периоде наиболее эффективным было эндолимфатическое введение антибиотиков (а.с. № 1106484). Преоперационная подготовка включала интенсивную терапию с учетом тяжести состояния больного и наличия расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, возникших легочно-плевральных поражений, а также определения чувствительности микрофлоры. Показанием к хирургическому вмешательству являлись резкое ухудшение состояния больного, повышение температуры тела до 38–39 °С, развитие динамической кишечной непроходимости. Операции выполнялись на 13–35-й день от начала заболевания.

Результаты. При выполнении операций учитывали характер и локализацию распространенности гнойно-некротического поражения по забрюшинному пространству с учетом переднего и заднего параколону, разделенного фасцией Тольдта, а сверху — восходящей или нисходящей ободочной кишкой с их фиксированной «брыжейкой». Распространение гнойно-некротических очагов по забрюшинному пространству обусловлено степенью выраженности дегерметизации протоковой системы ПЖ, а по переднему параколону вниз может достигнуть слепой кишки, слева — сигмовидной. Кроме того, распространение гнойного парапанкреатита происходит в центральную зону — в корень брыжейки поперечно-ободочной кишки и тонкого кишечника. В случае разрушения фасции Тольдта гнойно-некротический процесс может переходить из ППК в ЗПК, а при прогрессировании его — в паранефрий. Все это послужило основанием для проведения адекватного дренирования ЗП. Для оттока гнойного содержимого и секвестров в забрюшинном пространстве формировали общую полость (а.с. № 1698304). Заканчивали операцию дренированием ложа ПЖ (а.с. № 1286176) и забрюшинного пространства (а.с. № 1292741) с применением спаренных (а.с. № 1109175) или, по показаниям, каркасных дренажей (а.с. № 1217423). Выполнение адекватного дренирования гнойно-некротических зон проводилось с учетом вышеприведенных анатомических зон забрюшинного пространства. Дренажи выводили по заднеподмышечной линии с учетом особенности гидродинамики, что обеспечивало адекватные условия для удаления гнойно-некротического содержимого. В послеоперационном периоде по дренажам выполнялась ирригоаспирация с использованием внутрисполостной аппликационной сорбции 3% взвесью силикса (а.с. № 1160799). Высокая осмотическая активность силикса обеспечивала значительное усиление интенсивности и быстрого перемещения токсических веществ и бактерий с воспалительных и некротических тканей в дренированную зону. Удаление гнойно-некротического содержимого полости способствовало уменьшению эндотоксического поражения жизненно важных внутренних органов.

Заключение. Применение разработанных способов дренирования ложа ПЖ и забрюшинного пространства, спаренных дренажных устройств и образования общей полости с учетом особенностей гидродинамики обеспечило адекватные условия для эффективного дренирования у больных с СОДП, дало возможность профилактировать повторные операции на 89,3 %, сократить сроки пребывания на койке на 41,2 % и снизить летальность до 7,6 %.

Комплексное лечение острого деструктивного панкреатита, осложненного полиорганной недостаточностью

КАДОЩУК Т.А., ПЕТРУШЕНКО В.В., СТУКАН С.С.

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

Цель исследования: провести анализ результатов лечения тяжелых форм острого деструктивного панкреатита (ОДП), осложненного полиорганной недостаточностью (ПОН) в зависимости от степени тяжести ферментативной интоксикации и периода течения заболевания.

Материалы и методы. С 1970 по 2012 г. ПОН выявлена у 492 из 1948 больных с ОДП. В раннем периоде заболевания ПОН являлась следствием тяжести формы течения ОДП с высокой ферментативной токсемией. Клинические проявления тяжести ПОН характеризовались выраженным нарушением функции сердечно-сосудистой системы — 89,4 %, органов дыхания — 76,3 %, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) — 38,3 %, печени — 68,8 %, почек — 65,3 %. Интенсивная комплексная терапия при ПОН в начальном периоде предусматривала коррекцию волевых нарушений расстройств микроциркуляции, стабилизацию биосинтетических процессов в панкреоцитах, что обеспечивало функциональный покой ПЖ, устранение болевого синдрома и гипотензии во внепеченочных желчных и панкреатической протоковой системе. Коррекция эндогенной интоксикации (ЭИ) включала дренирование желудка и начальных отделов тощей кишки гастроанализальным зондом с введением в желудок 199 (39,2 %) больных трихопола с канамицином (а.с. № 1106484), что подавляло развитие микрофлоры, а у 293 (60,8 %) пациентов выполнялась энтеросорбция силиксом. Высокие сорбционные свойства силикса относительно белков (до 800 мг/г) и микроорганизмов (до 10 млрд/г) обеспечивали нормализацию микрофлоры в ЖКТ как одного из главных источников ЭИ (а.с. № 1165400).

Результаты. Проведенная интенсивная комплексная терапия имела большое значение для улучшения обезвреживающей функции печени и почек, а также влияла на снижение уровня концентрации амилазы и гастроинтестинальных гормонов в крови и моче. Применение энтеросорбции силиксом (ПЭС) у больных ПОН являлось викарным методом детоксикации, потому что сорбент обладает рядом преимуществ: простотой выполнения, физиологичностью проведения процедуры, высоким клиренсом токсических метаболитов. ПЭС хорошо сочеталось с другими методами эндогенной детоксикации (ЭД), в том числе с экстракорпоральными. У 191 больного энтеросорбция дополнялась колоносорбцией, что сокращало сроки динамической кишечной непроходимости (ДКН) на 2,3 суток. У 19 больных наблюдали молниеносную форму течения ОДП, осложненную крайне тяжелой формой ПОН, которая заканчивалась летальным исходом, несмотря на проведение интенсивной комплексной консервативной терапии. У больных с ОДП с ПОН после 7 суток заболевания клиническая картина характеризовалась прогрессированием гемодинамических расстройств, что проявлялось гиподинамией миокарда, повышением ЦВД до 14 см, снижением напряжения кислорода артериальной и венозной крови, нарушением обезвреживающих функций печени и почек, активацией обменных процессов со смещением катаболизма и снижением иммунного ответа (лимфопения менее 10 %). В то же время у 416 больных, у которых наблюдали стабилизацию вышеприведенных расстройств, гнойные осложнения ПЖ и окружающей клетчатки отсутствовали. Летальных исходов не было. В этой стадии течения ОДП у 272 больных возникли гнойные осложнения и комплексное лечение дополнено хирургическим вмешательством: санация гнойных очагов включала секвестрэктомию, образование общей полости для адекватного дренирования, аппликационную сорбцию и выполнение ирригоаспирации 5% взвесью сорбента силикса, что обеспечило снижение прогрессирующего синдрома ПОН и летальности до 5,6 %.

Органосохраняющая хирургическая тактика в лечении осложненных форм острого деструктивного панкреатита

КАДОЩУК Т.А., ПЕТРУШЕНКО В.В., СТУКАН С.С.

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

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с осложненными формами острого деструктивного панкреатита (ОДП) путем выполнения органосохраняющих хирургических вмешательств, которые предусматривают максимальное сохранение органа для профилактики диабета.

Материалы и методы. С 1978 по 2012 г. оперировали 681 больного с гнойно-некротическими формами ОДП. Мужчин было 554 (81,4 %), женщин — 127 (18,6 %), возраст 18–79 лет. Тяжесть заболевания у больных с ОДП оценивали по шкале Ronson. Причинами инфицирования у 283 (41,6 %) пациентов были выполненные хирургические вмешательства в ранние сроки заболевания (до 7 дней) в непрофильных клиниках от 1 до 5 раз. Показанием для выполнения радикальных операций у 122 больных с ОДП до 1978 года являлась степень тяжести заболевания. Применение радикальной хирургической неадекватной тактики лечения было причиной развития диабета в раннем послеоперационном периоде у 84,3 % больных и высокой послеоперационной летальности — в 49,5 %. Это послужило основанием для применения органосохраняющей хирургической тактики. Для установления степени



морфологических изменений паренхимы ПЖ проводили измерение электропроводимости тканей в области хвоста, тела и головки органа. В зависимости от результатов интраоперационных исследований электропроводимости ткани ПЖ определяли степень морфологических изменений паренхимы органа (а.с. № 130143). Полученные результаты электропроводимости паренхимы ПЖ у 39 больных явились основанием для выполнения операции с учетом ее характера и объема. Для улучшения результатов хирургического лечения больных с осложненным ОДП при удалении гнойно-некротических масс формировали закрытую общую полость, которая обеспечивала оптимальные условия для адекватного оттока гнойного содержимого и секвестров (а.с. № 1698904). После этого выполнялась санация гнойной полости раствором фурацилина и 5% взвесью сорбента силикса (а.с. № 1165400), который обладает наиболее высокой сорбционной емкостью относительно патогенной микрофлоры и токсинов белковой природы, что способствует двум ведущим механизмам детоксикации: связыванию токсинов, блокируя их всасывание, и удалению путем элиминации из сосудистого русла с последующим выведением через дренажные устройства. При выполнении дренирования учитывали характер и распространение гнойно-некротического процесса по забрюшинному пространству. Операцию завершали дренированием ложа ПЖ (а.с. № 1286176) и забрюшинного пространства (а.с. № 1293741) спаренным дренажом (а.с. № 1109175). В послеоперационном периоде выполнялась ирригоаспирация гнойной полости по дренажу с использованием внутрисполостной аппликационной сорбции 5% взвесью сорбента силикса, продолжительность которой определялась временем спадания стенок полости в течение 7 суток — 2–3 недель. За процессом облитерации полости следовал рентгенологический и бактериологический контроль. В послеоперационном периоде проводилась нутритивная поддержка: метаболическая терапия, борьба с инфекцией и профилактика ее генерализации.

Заключение. Проведенный анализ результатов органосохраняющей тактики хирургического лечения ОДП, осложненного гнойно-некротическим процессом, показал, что тщательное удаление гнойно-некротических масс и образование общей полости с проведением в послеоперационном периоде ирригоаспирации 5% взвесью сорбента силикса, выполнение адекватного дренирования ложа ПЖ и забрюшинного пространства спаренными дренажами сократило сроки стационарного лечения на 31,3 %, летальность — с 49,5 до 7,6 %. Изучение отдаленных результатов в сроках до 3–5 лет показало, что применение органосохраняющей хирургической тактики у больных с гнойно-некротическими формами ОДП оказалось более эффективным. Хорошие результаты выявлены у 56,5 %, удовлетворительные — у 35,8 % и неудовлетворительные — у 17,7%.

Патогенетическое обоснование комплексной консервативной терапии при остром деструктивном панкреатите

КАДОЩУК Т.А., ПЕТРУШЕНКО В.В., СТУКАН С.С.

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

Цель исследования: провести анализ результатов патогенетически обоснованной комплексной консервативной терапии при остром деструктивном панкреатите (ОДП), направленной на стабилизацию биосинтетических процессов в панкреоцитах органа и профилактику инфицирования.

Материалы и методы. С 1970 по 2012 г. проведено лечение 1948 больных с ОДП. Мужчин было 1492, женщин — 456, возраст — 18–79 лет. Всем больным выполнены клиничко-лабораторные и специальные методы исследования (УЗИ, ФГС, КТ). Проведенный анализ комплексного лечения 126 больных показал, что до 1978 г. терапия без учета особенностей патогенеза и выполнения хирургических вмешательств в ранний период заболевания (до 7 дней) явилась причиной высокой послеоперационной летальности — 49,5 %. Данные результаты стали основанием для проведения экспериментальных исследований на собаках и позволили разработать комплексную, патогенетически обоснованную схему лечения тяжелых форм ОДП. У больных с тяжелой формой заболевания и клиническими проявлениями панкреатогенного шока комплексная консервативная терапия предусматривала: 1. Коррекцию волевических нарушений и расстройств микроциркуляции путем инфузионной терапии до 6 литров в сутки в зависимости от степени тяжести заболевания и объема диуреза. Особое значение придавали внутривенному введению альбумина от 200 до 300 мл в сутки, плазмы, раствора хлорида натрия, обезболивающих препаратов, исключая морфин, спазмолитики и др. 2. Для стабилизации биосинтетических процессов в панкреоцитах и подавления внешнесекреторной функции ПЖ и желудка назначали окрестатин, гастроцепин. Выполнялось абсолютное голодание до 7 и более суток в зависимости от тяжести заболевания. Производили постоянную декомпрессию желудка гастроаназальным зондом с введением в его полость трихопола 0,75 г 3 раза в день (а.с. № 1106484). 3. Для устранения боли и гипертензии во внепеченочных желчных протоках вводили промедол 2% — 1,0 п/к 2–4 раза в сутки, выполнялась спазмолитическая терапия внутривенным введением новокаина 0,25% — 150 мл в сочетании с папаверином 2,0, платифиллином 1,0, анальгином 2,0 + димедролом 1 мл и по показаниям выполнялась перидуральная анестезия. 4. У больных с крайне тяжелым течением заболевания выполнялась вентиляция легких. 5. Для профилактики инфицирования выполнялась ранняя антибактериальная терапия, в том числе направленная на подавление неклостридиальной анаэробной инфекции с учетом чувствительности антибактериальных препаратов. Наиболее эффективным было эндолимфатическое

введение антибиотиков. Выполнялось лазерное облучение и лапароскопическая санация брюшной полости. 6. Возмещение энергетических затрат обеспечивалось парентеральным и энтеральным зондовым питанием (а.с. № 1378771) с применением питательной смеси, витаминотерапия (С, В6, В12) до 1000 г в сутки. Результаты: проведенная комплексная терапия у 1267 больных с ОДП в ранней фазе заболевания оказалась эффективной.

Выводы. 1. Выполненная комплексная консервативная терапия и профилактика инфицирования ОДП обеспечили выздоровление 62,6 % больных.

2. У 681 больного с ОДП, осложнившимся гнойно-некротическим процессом, были выполнены хирургические вмешательства с летальностью 7,6 %.

Контрольно-динамическая лапароскопия стерильного панкреонекроза

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: определить показания и оценить диагностические возможности контрольно-динамической лапароскопии у пациентов со стерильным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ с 2008 по 2012 год у 50 больных выполнена контрольно-динамическая лапароскопия (КДЛ) с разнообразными острыми хирургическими заболеваниями и травматическими повреждениями органов брюшной полости. Из них у 25 (50 %) пациентов КДЛ осуществлена при наличии прогрессирующего течения стерильного панкреонекроза. Мужчин было 18 (72 %), женщин — 7 (28 %). Возраст больных — от 23 до 86 лет с преобладанием пациентов в возрасте от 51 до 80 лет — 16 (64 %). Методика КДЛ заключалась в наложении пневмоперитонеума по одному из дренажей, установленных во время лапароскопии. Трояк для лапароскопа вводили в точку, отступив не менее 5–6 см от места предыдущего введения. Показанием к исследованию у 20 (80 %) пациентов было прогрессирующее течение стерильного панкреонекроза и его осложнений, у 3 (12 %) — перитонит неясной этиологии и у 2 (8 %) заподозрено острое нарушение мезентериального кровообращения. В течение первых суток КДЛ проведена у 16 (64 %) больных, вторых суток — у 3 (12 %), третьих-четвертых суток — у 6 (24 %).

Результаты. В процессе КДЛ абортивный панкреонекроз диагностирован у 8 (32 %) пациентов, из которых динамическая кишечная непроходимость имела место у 6 (24 %) и асептический серозный перитонит — у 2 (8 %). Выполнена блокада круглой связки печени (патент № 28854 А).

Геморрагический панкреонекроз подтвержден у 4 (16 %) больных и впервые диагностирован у 7 (28 %), что свидетельствовало о прогрессировании абортивного панкреонекроза, обнаруженного после лапароскопии. Осуществлена блокада круглой связки печени, аспирация перитонеального экссудата с помощью полого манипулятора собственной конструкции, дренирование сальниковой сумки, подпеченочного и поддиафрагмальных пространств, полости малого таза у 10 (40 %) пациентов. Показания к неотложной лапаротомии установлены у 1 (4 %) больного с острой перфоративной язвой передней стенки желудка.

Смешанный панкреонекроз подтвержден у 1 (4 %) пациента и впервые диагностирован у 5 (20 %). Эта форма панкреонекроза имела наиболее тяжелое течение — с динамической кишечной непроходимостью. После аспирации перитонеального экссудата канюлирована круглая связка печени для пролонгированной ее блокады и блокада брыжейки кишечника.

Выводы. 1. Показанием к контрольно-динамической лапароскопии является прогрессирующее тяжелое течение стерильного панкреонекроза с наличием осложнений (перитонит, панкреатогенный инфильтрат, нарастающая динамическая кишечная непроходимость), подозрение на иные острые хирургические заболевания абдоминальных органов, перитонит неясной этиологии.

2. Наиболее часто контрольно-динамическую лапароскопию выполняли в течение первых суток, у 16 (64 %) больных.

3. Контрольно-динамическая лапароскопия позволила оптимизировать лечебную тактику (интенсификация консервативной терапии или неотложная операция) и исключить напрасные лапаротомии.

Перманентная лапароскопическая блокада круглой связки печени с тиотриазолином в лечении больных со стерильным панкреонекрозом

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов со стерильным панкреонекрозом путем использования перманентной лапароскопической блокады круглой связки печени с тиотриазолином.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ изучены результаты лечения 34 пациентов со стерильным панкреонекрозом, которым наряду с консервативной терапией, согласно протоколу, применили перманентную лапароскопическую блокаду круглой связки печени с тиотриазолином.



Мужчин было 18 (52,9 %), женщин — 16 (47,1 %), возраст — от 21 до 82 лет. Сопутствующие заболевания имели место у 24 (70,6 %) больных. После всестороннего обследования и неэффективной консервативной терапии выполнена лапароскопия аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling при использовании манипулятора собственной конструкции. В конце диагностического этапа аспирировали перитонеальный экссудат, дренировали сальниковую сумку, брюшную полость и малый таз. Наряду с этим у 9 (26,5 %) пациентов выполнена лапароскопическая холецистостомия. Всем больным под контролем лапароскопа катетеризирована круглая связка печени, после чего по катетеру шприцем струйно вводили лекарственные препараты по разработанной прописи. Вначале ввели 400 мл 0,25% раствора новокаина, через 3 минуты — 2 мл 2,5% раствора тиотриазолина. Спустя 5 минут последовательно вводили 5 мл фторурацила, 2 мл но-шпы, 20 000 ед. контрикала, 2 г канамицина (патент Украины № 28854 А). В последующие 3–4 суток ежедневно вводили, вышеописанные лекарственные препараты по катетеру в круглую связку печени.

Результаты. Болевой синдром у 25 (73,5 %) пациентов купирован в конце блокады, у 9 (26,5 %) — значительно уменьшился и ликвидирован в течение 1–2 суток. Клинические симптомы регрессировали. Восстановлена функция желудочно-кишечного тракта. Прекратилось отделяемое по дренажам из брюшной полости спустя 1–2 суток. Диастаза экссудата из брюшной полости уменьшилась с 512 до 12 г/ч, амилаза крови — с 176 до 32 г/ч, диастаза мочи — с 4096 до 64 ед. с нормализацией к 4–5-м суткам. Достаточно быстро пришли к норме основные показатели крови (Hb, Eг, L, лейкоцитарная формула и др.). Быстро нормализовались биохимические показатели крови — на 3-и — 5-е сутки. Ультразвуковой мониторинг выявил регресс заболевания. Однако, несмотря на проведенную консервативную терапию, у 3 (8,8 %) больных прогрессировал тотальный стерильный панкреонекроз с образованием крупных секвестров, инфицированием и развитием флегмоны забрюшинного пространства, что потребовало выполнения лапаротомии.

Выводы. Перманентная лапароскопическая блокада круглой связки печени с тиотриазолином у пациентов со стерильным панкреонекрозом оказалась эффективной малотравматичной технологией и позволила у 91,2 % больных придать патологическому процессу abortивное течение, что дает возможность рекомендовать ее к внедрению в клиническую практику. Отсутствие эффекта у 8,8 % пациентов связано с развитием инфицированного тотального панкреонекроза, крупных секвестров и забрюшинной флегмоны.

Хирургическое лечение деструктивного панкреатита

КАПШИТАРЬ А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения деструктивного панкреатита в хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющегося базой клиники общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ.

Материалы и методы. В течение 10 лет на лечении находились 825 пациентов с острым панкреатитом. В процессе лечения неотложная лапаротомия выполнена у 56 (6,8 %) больных. Отечная форма панкреатита выявлена у 13 (23,2 %) пациентов.

Деструктивный панкреатит (ДП) диагностирован у 43 (76,8 %) больных. Мужчин было 27 (62,8 %), женщин — 16 (37,2 %), возраст — 15–85 лет. Множественные сопутствующие заболевания имели место у 42 (97,7 %) пациентов. Частота заболевших ДП за последние 5 лет увеличилась и составила 53,5 %. В диагностике ДП, наряду с клиническим обследованием, оценивали лабораторно-биохимические показатели, рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФГДС, КТ, лапароскопию.

Результаты. Во время лапаротомии у 27 (62,8 %) больных диагностирована инфильтративно-некротическая форма ДП и у 16 (37,2 %) — гнойно-некротическая форма.

При инфильтративно-некротической форме ДП произведена парапанкреатическая блокада, трубчатое дренирование сальниковой сумки. В случаях желчнокаменной болезни, деструктивных, ферментативных форм или хронического калькулезного холецистита выполняли холецистэктомии с дренированием холедоха по Холстеду. Гнойно-некротические формы ДП требовали более агрессивного хирургического объема вмешательства. После вскрытия и санирования абсцессов сальниковой сумки, поджелудочной железы, некрсеквестрэктомии осуществляли марсупиализацию сальниковой сумки. Парапанкреатические абсцессы после санации также широко вскрывали и дренировали. Забрюшинные флегмоны вскрывали и дренировали согласно разработанным в клинике доступам. При перитоните санировали брюшную полость и малый таз, дренировали, выполняли назоинтестинальную интубацию тонкого кишечника.

Релапаротомия потребовалась у 4 (9,3 %) больных. Из косо́го мини-доступа в правом подреберье вскрыто ограниченное жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве у 1 (25 %) пациента и абсцессы поддиафрагмального и подпеченочного пространств — у 1 (25 %). После мини-доступа в левом подреберье вскрыт абсцесс левого поддиафрагмального пространства, дополненный панкреатсеквестрэктомией у 1 (25 %) больного. Срединная лапаротомия со вскрытием значительного по объему ограниченного жидкостного скопления в левом поддиафрагмальном пространстве и мезогастррии выполнена еще у 1 (25 %) пациента. Умерли 2

(4,7 %) больных (полиорганная недостаточность — 1, острое желудочно-кишечное кровотечение из острых язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившееся шоком и ДВС-синдромом — 1).

Выводы. 1. В диагностике деструктивного панкреатита и его форм, оптимизации показаний для лапаротомии, наряду с клиническим обследованием, следует широко применять дополнительные методы исследования.

2. Выбор объема хирургического вмешательства зависит от формы деструктивного панкреатита, сочетанной патологии со стороны внепеченочных желчных путей и должен включать профилактические меры, направленные на прекращение прогрессирования деструктивного панкреатита и его осложнений.

3. Ограничение показаний к широкой лапаротомии, унифицированный объем хирургической коррекции позволили сократить частоту релапаротомии до 9,3 % и летальность до 4,7 %.

Видеолапароскопические вмешательства в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом

КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., ЭГАМОВ Б.Т., МАХМУДОВ Ф.Ч.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Самарканд, Узбекистан*

Целью исследования послужило изучение результатов видеолапароскопических вмешательств при панкреонекрозе.

Материалы и методы. Обследовано и оперировано 22 больных со стерильным панкреонекрозом. Все больные поступили с клиникой деструктивного панкреатита по экстренным показаниям. Женщин было 8 (36,3 %), мужчин — 14 (63,7 %). Возраст больных варьировал от 28 до 75 лет. У всех пациентов имела место яркая клиническая картина острого панкреатита, во всех случаях был выявлен алиментарный генез поражения поджелудочной железы. У 10 (45,5 %) пациентов диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 8 (36,4 %) — смешанный, а у 4 (18,1 %) — жировой. У 12 (54,5 %) имелись признаки ферментативного перитонита, в 15 (68,2 %) случаях зарегистрирована ферментативная парапанкреатическая флегмона.

Результаты. Видеолапароскопические операции включали дренирование брюшной полости и сальниковой сумки у 5 (22,7 %) больных, абдоминализацию поджелудочной железы с дренированием парапанкреатической клетчатки у 17 (77,3 %). Хорошие результаты достигнуты у 10 (45,4 %) пациентов с полным обратным развитием процесса в поджелудочной железе, в то же время, несмотря на проведенную абдоминализацию и интенсивную антибактериальную терапию, деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке прогрессировал у 7 (31,8 %) больных, что явилось показанием к проведению лапаротомии и широкому дренированию сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Одна (5,5 %) больная, несмотря на проведенную интенсивную терапию и санационные релапаротомии, умерла на 21-е сутки лечения от сепсиса. В 4 (18,2 %) случаях у больных сформировались панкреатогенные абсцессы и инфицированные псевдокисты поджелудочной железы, потребовавшие открытого оперативного вмешательства и дренирования данных полостных образований.

Выводы. Применение ранних видеолапароскопических вмешательств в комплексном лечении больных со стерильным панкреонекрозом позволяет в ряде случаев достигнуть abortивного течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В то же время видеолапароскопическая абдоминализация поджелудочной железы, к сожалению, далеко не всегда предотвращает инфицирование и прогрессирование панкреонекроза и зачастую является причиной последующего более радикального лечения.

Эффективность консервативной терапии при деструктивном панкреатите

КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., КАРАБАЕВ Б.Х., НОРОВ М.Ч., МАХМУДОВ Ф.Ч.

*Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
Самарканд, Узбекистан*

Цель исследования: изучение эффективности антибактериальной терапии при панкреонекрозе.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП с 2000 по 2012 г. в отделении абдоминальной хирургии находилось 176 больных с панкреонекрозом, преимущественно мужчины (129). Диагноз панкреонекроза устанавливался на основании клинических, лабораторных и инструментальных (УЗИ, КТ) данных. У 74 больных интраоперационно взят материал для бактериологического исследования.

Результаты. При поступлении больного в стационар лечение начинали с комплекса консервативных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений гемостаза, дезинтоксикацию, ингибирование ферментов протеаз.

Во время операций по поводу острых деструктивных панкреатитов обнаружены: жировой панкреонекроз — у 104 (68,5 %) больных, геморрагический панкреонекроз — у 72 (31,5 %) больных. Из них в 108 случаях был локальный (очаговый) процесс, в 63 — субтотальный процесс, в 5 — тотальный процесс.



Больным были произведены следующие операции: холецистостомия и дренирование сальниковой сумки — у 51 (28,9 %) больного, холедохотомия с дренированием сальниковой сумки (у этих больных ранее была произведена холецистэктомия) — у 26 (14,8 %) больных, дренирование сальниковой сумки — у 36 (20,5 %) больных, секвестрэктомия и дренирование сальниковой сумки — у 63 (35,8 %) больных. При субтотальном и тотальном поражении поджелудочной железы без развития флегмоны забрюшинной клетчатки операция дополняется абдоминализацией железы с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости (у 15 больных). Программированная релапаротомия произведена 23 (13,1 %) больным.

Основными возбудителями панкреатической инфекции являются грамотрицательные микроорганизмы (*E.coli*, другие энтеробактерии) — 58 %, частота выделения *Enterococcus* spp. колеблется от 3 до 40 %, стафилококков — у 2–57 % больных.

Диагноз панкреонекроза являлся абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех экологически значимых возбудителей.

Препаратами выбора как для профилактического, так и для лечебного применения являются: карбапенемы; цефалоспорины III–IV поколений + метронидазол; фторхинолоны + метронидазол; защищенные уреидопенициллины и карбоксипенициллины (пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат).

Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в генезе инфекционных осложнений панкреонекроза, в схему антимикробной терапии целесообразно включать режим селективной деконтаминации кишечника (в частности, фторхинолоны в комбинации с полимиксином).

Данные литературы и собственные клинические наблюдения позволяют считать панкреонекроз фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных.

Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе — до полного регресса симптомов системной воспалительной реакции. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе (стерильный, инфицированный) и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств, для эффективной антибактериальной терапии следует предусматривать возможность смены нескольких режимов.

Выводы. Благодаря применению активной антибактериальной терапии летальность среди оперированных с панкреонекрозом снизилась до 6,25 % (11 больных).

Выбор хирургической тактики при инфицированном панкреонекрозе

КАРИМОВ Ш.И., ХАКИМОВ М.Ш., РАХМАНОВ С.У., АДЫЛХОДЖАЕВ А.А., УСАРОВ Т.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом путем разработки единого лечебно-диагностического стандарта.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 98 больных с инфицированным панкреонекрозом. Из них 68 пациентов составили группу сравнения, 30 больных — опытную группу.

Результаты. В группе сравнения у 23 больных панкреонекроз диагностирован во время хирургического вмешательства с подозрением на другую острую хирургическую патологию. У 15 больных инфицированный панкреонекроз диагностирован при поступлении на основании клинической картины и данных УЗИ, у остальных 30 пациентов комплекс лечебных мероприятий начат с консервативной терапии, неэффективность которой явилась показанием к оперативному лечению. Объем оперативного вмешательства заключался во вскрытии, санации, дренировании сальниковой сумки (СС) и брюшной полости; при наличии острого холецистита — выполнение холецистэктомии с холангиостомией. В послеоперационном периоде всем пациентам, наряду с интенсивной терапией, проводился непрерывный капельный лаваж СС растворами аминокaproновой кислоты и фурацилина, интенсивная терапия осуществлялась с использованием ДВАКТ.

В опытной группе инфицированный панкреонекроз диагностирован на основании результатов КТ и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ). Установленный диагноз инфицированного панкреонекроза являлся показанием к экстренному оперативному вмешательству. При невозможности определения характера панкреонекроза выполнялась диагностическая лапароскопия. Наличие в брюшной полости фибринозного или гнойного выпота свидетельствовало об инфицированном панкреонекрозе.

Объем оперативного вмешательства заключался в широкой срединной лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости и СС по предложенной нами методике дренирования СС и оментобурсостомии.

Предложенный способ дренирования СС заключался в следующем: через обе подреберные области с проведением через отверстие Винслоу устанавливали один тонкий дренаж (12–14 FR) в верхней половине СС, который использовался для введения антисептиков. Затем через обе боковые области живота устанавливали два толстых двухпросветных дренажа (28–34 FR) на дно СС. Эти дренажи использовались для оттока промывных вод. Санация СС осуществлялась 0,1% ЭВР гипохлорита натрия. При распространенном панкреонекрозе через 7–10 дней в средней трети послеоперационной раны распускали швы на протяжении 4–5 см,

распускали швы на желудочно-ободочной связке и вскрывали СС. Формировали оментобурсостому, и поэтому отпадала необходимость в подшивании желудочно-ободочной связки к передней брюшной стенке. Через сформированную оментобурсостому проводили санацию и некрэктомию. Рану тампонируют, лаваж СС продолжают. Эффективность проводимой этапной санации СС оценивалась периодическим КТ-контролем.

В группе сравнения частота послеоперационных осложнений составила $52,9 \pm 6,1$ % (36 наблюдений), летальность — $27,9 \pm 5,4$ % (19 случаев). В опытной группе эти показатели составили $30,0 \pm 8,4$ % (9 наблюдений) и $16,7 \pm 6,8$ % (5 случаев) соответственно.

Выводы. Предложенная лечебная тактика при инфицированном панкреонекрозе является высокоэффективной и позволяет добиться значительного улучшения результатов лечения данной категории больных.

Острый деструктивный панкреатит алкогольной этиологии

КЕНЖЕМУРАТОВА К.С., МАЛИКОВ Б.Х., КАРАБАЕВ Х.К., ДЖУРАЕВА З.А.

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: изучение течения острого панкреатита у больных с отравлением алкоголем.

Материалы и методы. Под наблюдением в СФ РНЦЭМП за 2005–2012 гг. находились 215 больных с отравлением алкоголем в возрасте от 16 до 75 лет. Мужчин было 187 (86,9 %), женщин — 28 (13,1 %). Всем больным проводились клинико-лабораторные обследования, УЗИ органов брюшной полости, КТ — у 17 больных.

Результаты. Клинические проявления отравления этиловым спиртом включают характерный запах изо рта, покрытие холодным потом кожных покровов (45 человек). Лицо гиперемировано (17), иногда возможна бледность (9 больных).

В развитии комы выделяют поверхностную (угнетение сознания, снижение рефлексов, миоз, плавающие движения глазных яблок, мышечный гипертонус, наблюдали у 58 (70,7 %) человек) и глубокую (утрата болевой чувствительности, гипотония, метаболический ацидоз, гиперкоагуляция — у 24 (29,3 %) больных) стадии.

У 82 больных определяли содержание этанола в крови. Уровень этанола в крови 1,5–2,5 г/л — опьянение средней степени — определялось у 8 человек, сильное опьянение (2,5–3,5 г/л) — у 40, тяжелое отравление (3,0–5,0 г/л) — у 29, смертельное опьянение (5,0 г/л и выше) — у 5 больных.

Интенсивная терапия острого отравления алкоголем включает восстановление проходимости верхних дыхательных путей (установка воздуховода, интубация трахеи), промывание желудка 10–15 л воды, коррекцию водно-электролитного баланса (внутривенное введение 10–20% раствора глюкозы, раствора Рингера) и коррекцию нарушений кислотно-основного состояния (500 мл 4% раствора бикарбоната натрия), витаминотерапию (внутривенное введение витаминов В¹ и В⁶ по 3–5 мл, 5% раствора аскорбиновой кислоты (10–15 мл), введение 3–5 мл 1% раствора никотиновой кислоты).

Среди 34 больных (из 215) с отравлением алкоголем у 11 больных мы наблюдали тяжелое и смертельное отравление. Из них у 5 со смертельным отравлением — симптомы острого панкреонекроза и перитонита. Больные получили комплексную патогенетическую терапию. Погибли 7 человек. На аутопсии установлен тотальный панкреонекроз и разлитой перитонит.

Выводы. При алкогольном отравлении в комплекс лечебных процедур необходимо включить патогенетически обоснованные методы консервативного лечения острого панкреатита.

Панкреонекроз: выбор способа и объема хирургического вмешательства

КОНДРАТЕНКО П.Г., КОНЬКОВА М.В., ВАСИЛЬЕВ А.А., ДЖАНСЫЗ И.Н., ШИРШОВ И.В., ЮДИН А.А.

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

Цель исследования: усовершенствовать показания к выбору способа и объема хирургического вмешательства при панкреонекрозе.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 7984 пациентов с острым панкреатитом в возрасте от 18 до 89 лет, которые находились на лечении в клинике хирургии и эндоскопии с 1979 по 2012 г. Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 2124 (26,6 %) больных, от 25 до 72 ч — у 5053 (63,3 %), более 72 ч — у 807 (10,1 %). Консервативно пролечено 6970 (87,3 %) больных, оперировано — 1014 (12,7 %).

Результаты. В зависимости от тактики лечения все больные острым панкреатитом были разделены на 4 группы. В 1-ю группу (1979–1998 гг.) вошло 217 пациентов, у которых основным хирургическим вмешательством была лапаротомия, в т.ч. ранняя и при развитии гнойных осложнений. Летальность составила 39,2 %.

Во 2-ю группу (1999–2001 гг.) вошло 84 пациента, у которых мы отказались от выполнения ранних вмешательств, лапаротомия выполнялась лишь при развитии гнойных осложнений. Летальность составила 27,4 %.

В 3-ю группу (2002–2005 гг.) вошло 246 пациентов, у которых преимущественно применялись пунктирно-дренирующие операции под контролем ультразвука (ПДО-УЗ) и люмботомия при гнойных осложнениях, а



также эндоскопические хирургические транспапиллярные вмешательства (ЭХТВ) при билиарном панкреатите. Летальность составила 13,4 %: при небилиарном панкреатите — 15,8 %, при билиарном — 2,3 %.

В 4-ю группу (2006–2012 гг.) вошло 467 пациентов. При ферментативном перитоните применяли лапароскопическое дренирование брюшной полости или лапароцентез, а при разлитом гнойном перитоните — лапаростомию и программированные санации брюшной полости. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке (при объеме жидкостного образования по данным сонографии, 50 мл и более в сальниковой сумке и 100 мл и более в забрюшинной клетчатке), а также при абсцессе сальниковой сумки и флегмоне забрюшинной клетчатки в виде жидкостного скопления применяли ПДО-УЗ. При асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки и при флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнойных сот» применяли вскрытие и дренирование флегмоны поясничным (внебрюшинным) доступом. При отграниченных участках некротизированной (инфицированной) паренхимы поджелудочной железы (секвестрах) достаточно больших размеров в области тела и хвоста поджелудочной железы их удаляли из мини-доступов, внебрюшинно (путем люмботомии), а при локализации в области головки поджелудочной железы выполняли лапаротомию, некрсеквестрэктомию, оментобурсостомию. При билиарном панкреатите применяли ЭХТВ. Летальность составила 6 %: при небилиарном панкреатите — 7,5 %, при билиарном — 2,2 %. При асептическом панкреонекрозе данная тактика в сочетании с антибактериальной терапией позволила у 95,5 % избежать развития гнойных осложнений, летальность составила 4,5 %. При гнойном панкреонекрозе летальность составила 12,5 %, а при использовании в качестве антибактериальной терапии карбапенемов — 8 %.

Заключение. Отказ от ранних полостных хирургических вмешательств, более широкое применение ПДО-УЗ и люмботомии, прежде всего при асептическом панкреонекрозе, а также ЭХТВ при билиарном панкреатите позволяют значительно снизить число гнойных осложнений заболевания и послеоперационную летальность.

Первый опыт применения вакуумной терапии у больных тяжелым некротическим панкреатитом

КОНДРАТЕНКО П.Г., ВАСИЛЬЕВ А.А., ШИРШОВ И.В., КОЙЧЕВ Е.А.

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

Тяжелый некротический панкреатит (ТНП) проявляется местными осложнениями и синдромом органной недостаточности. Одним из тревожных осложнений ТНП является парапанкреатический инфильтрат (ППИ) сочетанный с абдоминальным компартмент-синдромом (КС). Распространение ППИ в брыжеечные клетчаточные пространства кишечника приводит к стойкому его парезу, повышению внутрибрюшного давления, снижению дыхательного объема легких и прогрессированию синдрома полиорганной недостаточности (ПОН). Традиционная терапия ППИ, сочетанного с КС, отличается длительным течением и зависит от времени обнаружения очага некроза. Фасциотомия, лапаростомия, двусторонняя люмботомия не ускоряют течения воспалительного процесса, а в ряде случаев брыжеечный инфильтрат осложняется некрозом ободочной кишки. С целью регидратации ППИ нами был применен метод вакуумной терапии (ВТ) у троих больных с ТНП. Тяжесть НП у исследованных была подтверждена гиперлейкоцитозом, наличием плеврального выпота, ферментативного асцита, $PO_2/FiO_2 \leq 400$, повышением уровня креатинина ≥ 134 мкмоль/л, систолическим АД ≤ 90 мм рт.ст. Динамику ПОН оценивали по модифицированной шкале MODS. Распространенность ППИ и локализацию жидкостных коллекторов определяли сонографически. ТНП был подтвержден при госпитализации, терапия ОП проводилась в отделении интенсивной терапии. Все пациенты имели индекс массы тела $22,5 \pm 7,5$ кг. Всем пациентам при госпитализации были выполнены лапароцентез, дренирование брюшной полости и перидурального пространства. Сонографические признаки прогрессирования ППИ обнаружены на 4–5-е сутки от начала заболевания. ОНП осложнился тяжелым парезом кишечника и повышением внутрибрюшного давления в каждом случае ($20,0 \pm 4$ мм рт.ст.). С обнаружением очаговых жидкостных коллекторов в переднем паранефральном пространстве пациентам были выполнены люмботомии на стороне поражения: двум — слева и в одном случае — справа (6, 7 и 8-й день от начала заболевания). При ревизии паранефрия выявлен асептический некроз клетчатки, ее фрагментация и секвестрация. Клетчаточные пространства дренированы мелкопористой поролоновой губкой. Клейкой пленкой обеспечили герметичность раны. Использовали аппарат Programmable Intermittent Suction System фирмы IMPACT (США). ВТ осуществлялась отрицательным давлением 120 мм рт.ст. в режиме постоянного разрежения. Среднее суточное отделяемое составило 375 ± 70 мл раневой воспалительной жидкости в первые 3 суток. Наибольшие ее объемы отмечались на 2-е и 3-и сутки ВТ. В воспалительной жидкости в первые сутки ВТ определяли активную α -амилазу, мочевую кислоту, конгломераты мертвых лейкоцитов и плазматические клетки Унны. На вторые сутки — нейтрофильные и эозинофильные лейкоциты, лимфоциты. Во всех случаях распространенность ППИ уменьшалась с конца вторых суток от начала ВТ. К концу вторых суток появлялась перистальтика кишечника и восстанавливалась его функция. В одном случае люмботомия с ВТ забрюшинного пространства привела к регрессу воспалительных изменений и выздоровлению больного. В двух случаях после

локализации ППИ в проекции хвоста поджелудочной железы сонографически были обнаружены очаги секвестрации. Секвестрэктомии были выполнены на 28-й и 32-й день от начала заболевания.

Выводы. Вакуумная терапия может явиться перспективным методом лечения больных с ОНП. Метод вакуумной терапии для больных с ОНП требует накопления клинического опыта, определения показаний и противопоказаний, сроков и режимов применения, разработки технических приемов для приложения отрицательного давления.

Дифференцированное индивидуализированное хирургическое лечение умеренно тяжелого и тяжелого острого панкреатита

КОПЧАК В.М., ХОМЯК И.В., КОПЧАК К.В., ДУВАЛКО А.В., ПЕРЕРВА Л.А., КИТ А.В.

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

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения умеренно тяжелого и тяжелого острого панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 569 больных с умеренно тяжелым и тяжелым острым панкреатитом. Возраст больных — от 18 до 79 лет, женщин было 108 (19,0 %), мужчин — 461 (81,0 %). Асептические формы некротического панкреатита в основной группе отмечены у 67,2 % больных, в контрольной — у 58,8%; гнойно-септические осложнения выявлены соответственно у 32,8 и 41,2 %. Острый панкреатит рассматривали как фазовое заболевание, исходя из этого определяли лечебную тактику. Различали ферментативную, реактивную фазы, фазу расплавления и секвестрации, фазу реституции.

Результаты. Алгоритм лечения выбирали индивидуально, соответственно фазам и особенностям течения заболевания. Начинали его с консервативных мероприятий. Применение разработанного нами комплекса медикаментозных мероприятий позволило в 150 (38,8 %) случаях достичь выздоровления у больных основной группы без каких-либо вмешательств, в том числе и диапевтических. Чрескожные вмешательства под контролем ультрасонографии выполнены у 193 (49,9 %) больных основной группы и у 44 (24,2 %) пациентов контрольной группы. Чрескожные вмешательства под контролем ультрасонографии были окончательными у 24 (13,2 %) больных контрольной группы и у 104 (26,9 %) больных основной группы. Применение миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ позволило стабилизировать состояние у 181 (46,8%) больного основной группы, что проявлялось значительным улучшением клинико-лабораторных показателей. У 12 больных основной группы выполнены селективные мини-лапаротомные и мини-люмботомические вмешательства у пациентов с ограниченными локальными поражениями поджелудочной железы и парапанкреатического пространства. В 14 наблюдениях у больных острым панкреатитом, осложненным забрюшинным скоплением жидкости (2), псевдокистами с наличием секвестров (8), абсцессами (4), нами впервые в Украине применена селективная транслумбальная забрюшинная санация патологического очага с помощью нефроскопа. Лапаротомия выполнена у 128 (33,1 %) больных основной группы и у 104 (57,1 %) — контрольной группы. Показаниями к лапаротомии были: прогрессирование перитонита, билиарного панкреатита при наличии деструктивного калькулезного холецистита, желтухи, холедохолитиаза, которые не удалось устранить с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии; ухудшение состояния больного, несмотря на проведение интенсивной терапии, миниинвазивных вмешательств; увеличение инфильтрата поджелудочной железы или парапанкреатической клетчатки при неэффективности консервативного и миниинвазивного лечения; инфицирование очагов асептического некроза, наличие кровотечения из очагов некроза; перфорация полых органов и наличие свищей; предположение о наличии другого острого заболевания органов брюшной полости. Количество релапаротомий в контрольной группе составило 15,4 %, в основной группе больных — 9,0 %. Летальность в основной группе больных при остром некротическом панкреатите составила 6,7 %, осложнения удалось снизить в 2,3 раза, послеоперационная летальность составила 9,8 %.

Выводы. Дифференцированный индивидуализированный подход, этапность в лечении в соответствии с вариантами течения и фазами заболевания, широкое применение миниинвазивных, селективных малотравматических мини-лапаро- и мини-люмботомий, видеоэндоскопических вмешательств позволяют существенно улучшить результаты хирургического лечения больных с умеренно тяжелым и тяжелым острым панкреатитом.

Профилактика острого деструктивного панкреатита при резекциях поджелудочной железы

КОРОБКА В.Л., ГЛУШКОВА О.И., КОРОБКА Р.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Ростов-на-Дону, Россия

ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: повышение эффективности проксимальных резекций поджелудочной железы посредством локальной панкреатопротекции.



Материалы и методы. Пролечено 563 больных. Прямые резекционные вмешательства на поджелудочной железе выполнены у 214 (38 %) больных. Большинство оперированных — мужчины — 143 (66,8 %), женщин — 71 (33,2 %), средний возраст больных $54,2 \pm 1,4$ года. Основными видами операций были: дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы (операция Beger) — 24, локальная резекция головки поджелудочной железы с продольной панкреатикоэнтеростомией (операция Frey) — 36 и панкреатодуоденальная резекция — 98 вмешательств. У 56 (26,2 %) больных произвели центральные и дистальные резекции поджелудочной железы. В 194 (90,7 %) наблюдениях на реконструктивном этапе был сформирован панкреатоэнтероанастомоз, в том числе у 158 больных (73,8 %) с культей поджелудочной железы и наружным дренированием ее главного панкреатического протока. Из 158 больных у 25 (15,8 %) применили способ профилактики несостоятельности соустья, послеоперационного панкреатита и некроза культи поджелудочной железы (патент РФ № 2393780). На этапе реконструкции у этих больных после дренирования главного панкреатического протока осуществляли дополнительную герметизацию его просвета кистным швом. В просвет дренажа устанавливали тонкий ирригационный катетер. В послеоперационном периоде (на 1, 7, 14-е сутки) посредством дренажно-промывной системы больным осуществляли интрапанкреатическое капельное введение охлажденного до 20°C раствора ингибиторов протеиназ из расчета 10 ЕД в 1 мл физиологического раствора. В данной группе каждый больной получал 4000 ЕД контрикала или гордокса в течение одной процедуры. После каждой инфузии в условиях *in vitro* определяли индивидуальную реакцию на препарат путем исследования секрета поджелудочной железы и оценка в нем активности карбоксипептидаз (КОП), трипсиноподобных протеиназ (ТП), в том числе калликреина (К) и содержания его неактивной формы прекаликреина (ПК). Одновременно определяли активность универсальных ингибиторов: α^1 -протеиназного ингибитора ($\alpha^1\text{П}$) и α^2 -макроглобулина ($\alpha^2\text{М}$).

Результаты. Послеоперационные осложнения в группе больных, оперированных по разработанной методике, отсутствовали, летальных исходов не было. Явлений послеоперационного панкреатита мы не зарегистрировали. Анализ полученных лабораторных результатов показал, что при минимальной концентрации (10 ЕД/мл) и температуре раствора 20°C как гордокс, так и контрикал оказывают мягкое воздействие на ферментно-ингибиторный комплекс поджелудочной железы, однако к каждому из препаратов у больных имеется индивидуальная чувствительность. В 20 (80 %) клинических наблюдениях был использован гордокс, в 5 (20 %) — контрикал. В ходе исследования общих и биохимических показателей крови оперированных больных было установлено, что проведение локальной панкреатопротекции достоверно повышает активность антиферментных систем, содержащихся в секрете поджелудочной железы, что способствует более эффективному ограничению активности трипсиноподобных протеиназ, уменьшает проявление воспалительных реакций как в самой железе, так и системно. В группе больных, которым не проводилась интрапанкреатическая инфузия ингибиторов протеиназ, а осуществлялась системная профилактика послеоперационного панкреатита, у 31 (23,3 %) больного зарегистрированы признаки острого воспаления поджелудочной железы, проявлявшиеся длительной амилаземией и лейкоцитозом. Наряду с этим в 10 (7,5 %) клинических наблюдениях имела несостоятельность панкреатодигестивного соустья.

Выводы. Предложенный способ интрадуктальной ингибиции панкреатических ферментов достоверно уменьшает вероятность развития послеоперационного панкреатита и гнойных осложнений брюшной полости.

Повторные операции при деструктивном панкреатите: «по требованию» или «по программе»?

**КОРЫМАСОВ Е.А., ИВАНОВ С.А., КРИЧМАР А.М., ЦВЕТКОВ Б.Ю., ГОРБУНОВ Ю.В.,
БОГДАНОВ В.Е., КОЗЛОВ М.Н.**

**Самарский государственный медицинский университет, Самарская областная клиническая больница
им. М.И. Калинина, Самара, Россия**

Актуальность. Хирургическое лечение деструктивного панкреатита практически никогда не обходится только одним вмешательством. Особенно это относится к ситуациям, когда первая операция (лапаротомия) оказывается вынужденной и выполняется в фазе ферментной токсемии при отсутствии демаркации зон некроза. Показания к повторным операциям по поводу недренируемых затеков выставляются иногда поздно.

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности двух режимов повторных операций — «по требованию» и «по программе» у больных деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. В исследование включены 116 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени, которым в качестве первой операции была выполнена срединная лапаротомия, сквозное дренирование сальниковой сумки, вскрытие и дренирование забрюшинной клетчатки с обеих сторон по поводу тотального панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки. Первая операция была выполнена в сроки: 1–7-е сутки — у 8 (6,9 %), 8–14-е сутки — у 50 (43,1 %), позже 15 суток — у 58 (50 %) человек.

У пациентов I группы ($n = 53$) показанием к повторной операции были клиничко-лабораторные и компьютерно-томографические (КТ) признаки гнойника сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки.

У пациентов II группы (n = 63) повторное вмешательство выполняли «по программе». Во время первой операции определяли потенциальные зоны секвестрации. Через 6 дней после лапаротомии выполняли КТ для контроля этой зоны, для поиска новых недренируемых объектов и для выбора оперативного доступа. Отсутствие КТ-признаков недренируемого образования не было противопоказанием к повторной операции при наличии у больного признаков синдрома системной воспалительной реакции. Повторную операцию выполняли на 7–8-е сутки.

Результаты. В I группе было больше больных, которым выполнено по 2 (40,6 %) релапаротомии, а во II группе больше пациентов, которым понадобилась только 1 (46,9 %) релапаротомия, что свидетельствует о своевременности ее выполнения.

При применении режима «по программе» по сравнению с режимом «по требованию» статистически значимо снизилась частота недренируемых гнойников (от 86,8 до 55,6 %), кровотечения (от 22,6 до 9,5 %), сепсиса (от 20,8 до 7,9 %), полиорганной недостаточности (от 49,1 до 23,8 %). К сожалению, не получено статистически значимых различий в частоте послеоперационной летальности при режиме «по требованию» и «по программе»: 32,1 и 36,5 % соответственно.

Заключение. Режим повторных операций «по программе» следует рассматривать как предпочтительный у больных с некупирующимся в течение 6–7 суток после первой операции синдромом системной воспалительной реакции, несмотря на неубедительность КТ-признаков.

Лечение инфекционных осложнений деструктивного панкреатита

КОТИВ Б.Н., ДЗИДЗАВА И.И.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Заболеваемость острым панкреатитом в последние десятилетия неуклонно возрастает. Доля панкреатита в структуре основных острых нозологических форм в хирургических стационарах достигает 15–17 %. Частота тяжелых форм составляет 20–30 % от всех случаев острого панкреатита. Смертность при панкреонекрозе колеблется от 25 до 80 %. С развитием панкреонекроза у 40–70 % больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Именно эта категория больных представляет наиболее проблемную группу в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах. Инфекционные осложнения являются основной причиной неудовлетворительных непосредственных результатов лечения больных с деструктивным панкреатитом.

В период с 2009 по 2013 год в клинике госпитальной хирургии ВМА находилось на лечении 476 больных с острым панкреатитом, из них панкреонекроз имел место в 16,4 % наблюдений. Инфекционные осложнения панкреонекроза развились у 57 пациентов. Из них оментобурсит диагностирован в 31,5 % наблюдений, абсцессы поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки — в 35,1 %, забрюшинная флегмона — в 14 %. В 19,3 % случаев имела место комбинация инфекционных осложнений. Ведущими методами диагностики развившихся инфекционных осложнений деструктивного панкреатита являлись динамическое ультразвуковое исследование и МСКТ.

В большинстве случаев основным методом лечения оментобурсита и панкреатогенных абсцессов диаметром до 10–12 см являлось чрескожное дренирование стилет-катетерами под ультразвуковым наведением (n = 36, 73,5 %). Предпочтение отдавали прямым доступам (86,1 %), реже выполняли трансгастральное или чреспеченочное дренирование. При больших размерах абсцесса стремились к установке двух дренажных катетеров в различных полюсах инфицированной полости для налаживания проточно-промывного дренирования. В ряде случаев с целью повышения эффективности санации и вымывания секвестров выполняли поэтапную замену дренажей на дренажи более широкого диаметра путем дилатации пункционного канала. Санацию гнойно-некротической полости осуществляли антисептиками и гидрофильными гелями. Чрескожное дренирование под УЗ-наведением привело к облитерации полости гнойника у подавляющего большинства больных. Показанием к удалению дренажа являлось изменение характера и значимое снижение количества отделяемого — менее 10–20 мл в сутки. В 5,6 % случаев дренирование инфицированных постнекротических кист, связанных с крупным панкреатическим протоком, привело к формированию наружного протокового свища поджелудочной железы. Для закрытия панкреатического свища выполнено транспилярное стентирование главного протока поджелудочной железы временным стентом.

При значительном количестве инфицированного выпота в сальниковой сумке, гнойных полостях больших размеров (диаметром более 12 см), неэффективности пункционно-дренажного лечения, а также когда выполнение чрескожного дренирования под УЗ-наведением технически невозможно, выполняли вскрытие, санацию и дренирование гнойного очага при помощи лапароскопического или минилапаротомного доступа (n = 17, 34,7 %).

Методом выбора при развитии забрюшинной флегмоны считаем вскрытие парапанкреатического забрюшинного пространства путем люмботомии на стороне поражения и налаживание проточной санации, реже выполнялась лапаротомия с последующим созданием забрюшинных доступов.

В среднем продолжительность лечения составила $32,0 \pm 9,8$ койко-дня, летальность — 8,8 %.

Таким образом, ранняя диагностика и своевременное применение минимально инвазивных методик хирургического лечения способствуют разрешению основных инфекционных осложнений панкреонекроза.



Аррозионные кровотечения при остром панкреатите

**КОХАНЕНКО Н.Ю., АРТЕМЬЕВА Н.Н., ПАВЕЛЕЦ К.В., ШИРЯЕВ Ю.Н., ЗЕЛЕНИН В.В., ИВАНОВ А.Л.,
СТАРЕНЧЕНКО А.В., МЕДЖИДОВ З.А., ПЕТРИК С.В., БОБЫЛЬКОВ А.А.**

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия

Аррозия сосудов забрюшинной клетчатки возникает примерно у 10–25 % оперированных пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом (ГНПП). Летальность при этом осложнении составляет 70–90 %.

Цель исследования: проанализировать геморрагические осложнения (ГО) острого панкреатита (ОП) и показать необходимость индивидуальной хирургической тактики, определяемой источником и интенсивностью кровотечения, состоянием поджелудочной железы (ПЖ), осложнениями со стороны смежных органов, возможностью выполнить ангиографию и эмболизацию кровоточащего сосуда.

Материалы и методы. За последние 15 лет оперировано 239 больных с ГНПП в возрасте 17–78 лет (в среднем — 47,2 года). У 47 (19,7 %) пациентов возникли ГО. Кровотечения в просвет ЖКТ (при наличии фистулы) — у 2 (4,3 %) больных.

Хирургическая тактика при этом зависела от размеров свища и степени деструкции органа: временное эндоскопическое клипирование, а затем эмболизация гастродуоденальной артерии (1); лапаротомия, прошивание кровоточащего сосуда и устранение внутреннего свища (1). Наружные кровотечения (из раны и/или по дренажам) отмечены у 45 (95,7 %) больных. В выборе хирургической тактики имел значение характер источника геморрагии (артериальный или венозный, из магистральных или мелких сосудов).

Результаты. Кровотечение из мелких сосудов удалось остановить тугим тампонированием у 15 (33,3 %) больных. Открытые операции пришлось выполнить в 20 (42,6 %) случаях, рентгенэндоваскулярное лечение (РЭЛ) — в 12 (25,5 %). При аррозионном кровотечении (АК) из крупного сосуда применялись прошивание сосуда (12, или 60 %, из которых умерли 9 (75,0 %)) и наложение сосудистого шва (1 больной). Резекция ПЖ произведена в 1 случае.

Тампонирование во время операции выполнено 6 пациентам (30,0 %), умерло 2 из них (33,3 %). У этих 2 пациентов источником АК была крупная артерия.

До 2006 года оперировали 13 (65,0 %) больных, из которых умерли 10 (76,9 %). После 2006 года оперированы 7 больных, в т.ч. 2 больных в клинике, где за это время выполнено 12 процедур РЭЛ. Летальность среди оперированных составила 71,4 % (5 пациентов).

Повторные кровотечения возникли у 3 оперированных больных (15,0 %).

При РЭЛ летальность составила 33,3 % (4 пациента).

Выводы. 1. Если имеется наружное кровотечение при ОП (особенно непрофузное), гемостаз нужно начинать с тугой тампонады сальниковой сумки и пережатия дренажей. Если они неэффективны, больного немедленно доставляют в операционную (выполняют или повторную тампонаду, или лапаротомию) или в рентгенооперационную (если возможно) и проводят РЭЛ. 2. РЭЛ — наиболее щадящий и надежный способ остановки кровотечения при ОП. 3. При невозможности осуществить РЭЛ показана операция, направленная в первую очередь на остановку кровотечения и профилактику его рецидива. 4. Радикальным способом гемостаза является так называемая резекция ПЖ вместе с аррозированным сосудом. Устойчивый гемостаз может быть достигнут при прошивании (ушивании дефекта) сосуда. Профилактика АК заключается в осторожной некрсеквестрэктомии (дигитальной и тупферной) и своевременной санации гнойных очагов при ОП.

Комбинированное хирургическое лечение больных панкреонекрозом

КРАСИЛЬНИКОВ Д.М., АБДУЛЬЯНОВ А.В., БОРОДИН М.А., ИМАМОВА А.М.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Казань, Россия

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Цель исследования: определить оптимальные варианты оперативных пособий, их сочетание и последовательность применения у больных панкреонекрозом.

Материалы и методы. В работе проведен анализ хирургического лечения 344 больных панкреонекрозом, находившихся в клинике хирургии № 1 КГМУ на базе ГАУЗ РКБ МЗ РТ за период с 2007 по 2012 год. В зависимости от стадии панкреонекроза и наличия осложнений пациентам выполняли различные варианты и сочетания хирургических вмешательств.

Результаты. Видеолапароскопические вмешательства с лечебно-диагностической целью были выполнены 198 (57,5 %) пациентам, непосредственно после этих операций было 3 (1,5 %) летальных исхода. Законченным хирургическим вмешательством видеолапароскопия стала в 49 (24,7 %) наблюдениях, в 24 (12,1 %) случаях

первичные видеолaparоскопические операции завершились конверсией. Лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости выполнена 152 (76,8 %) больным. В 29 (14,6 %) случаях произведено вскрытие полости малого сальника, аспирация выпота и ее дренирование.

В связи с распространением патологического процесса на паракольную, забрюшинную клетчатку у 21 (10,6 %) больного возникла необходимость вскрытия, дренирования забрюшинного пространства с мобилизацией ободочной кишки.

При прогрессирующей билиарной гипертензии выполняли лапароскопическую холецистостомию 16 (8,1 %) пациент, у 21 (10,6 %) больного выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием внепеченочных желчных протоков по поводу билиарного панкреатита в сочетании с деструктивным холециститом. В раннем послеоперационном периоде в одном случае (0,5 %) отмечалось внутрибрюшное кровотечение (аррозия сосуда мезоколона), что потребовало выполнения лапаротомии.

Малоинвазивные технологии с применением лучевой навигации применяли на всех этапах лечения и стадиях панкреонекроза, так как они позволяют снизить фактор операционной травмы. Сочетание управляемого чрескожного дренирования некротических очагов множественными дренажами большого диаметра, с регулярной заменой дренажей на больший диаметр, ирригация очагов и некрэктомия через просвет ретроперитонеостом позволяют избежать открытых операций.

В 69 (20,1 %) наблюдениях операции под ультразвуковым наведением явились законченным хирургическим вмешательством. Этим пациентам выполнено 155 операций: пункция и аспирация острых жидкостных образований, дренирование полости малого сальника, абсцессов поджелудочной железы и забрюшинного пространства, паракольных пространств, абсцессов брюшной полости.

Выбор метода открытого хирургического вмешательства определяли локализацией и распространенностью поражения поджелудочной железы и различных отделов забрюшинной клетчатки, безуспешностью малоинвазивных методов лечения. Резекцию поджелудочной железы при панкреонекрозе выполняем по строгим показаниям. Открытые операции, без применения малоинвазивных методик, выполнены 27 (7,8 %) больным. Показаниями были распространенный гнойный перитонит — 17 (4,9 %), билиарный панкреонекроз — 9 (2,9 %) случаев. Большинству больных проведено комбинированное хирургическое лечение, сочетание малоинвазивных методик и открытых операций — 199 (57,9 %) пациентов. В этой группе больных произведено 398 санаций забрюшинного пространства и полости малого сальника с использованием малоинвазивных методик. Программируемые релапаротомии потребовались в 89 (25,9 %) случаях, в среднем выполнялось от 3 до 6 вмешательств.

Заключение. Оптимальное сочетание малоинвазивных и открытых вмешательств, их выполнение в определенной последовательности позволяет существенно снизить послеоперационную летальность при панкреонекрозе, в наших наблюдениях — до 12,5 %.

Хирургическое лечение панкреонекроза

КРИВОРУЧКО И.А., БОЙКО В.В., ИВАНОВА Ю.В., ПОВЕЛИЧЕНКО М.С.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП), выбора лечебной тактики, высокая летальность определяют актуальность рассматриваемой проблемы. В 15–20 % наблюдений выявляют деструктивный ОП, развитие вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) приводит к смерти 25–80 % больных.

Целью исследования явился анализ результатов лечения больных с панкреонекрозом.

Материалы и методы. Выполнили поиск в базе данных двух учреждений с 01.1995 по 02. 2013 г. у 514 больных с панкреонекрозом. Средний возраст больных — $44,3 \pm 14,1$ года, 69,6 % из них составили мужчины. Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, СКТ с контрастированием, МРТ, видеолaparоскопии, ЭРХПГ; ВПИ — на основании использования клинико-лабораторных данных, прокальцитонинового теста (BRAHMS PCT-Q) и FNA. Ретро и проспективно больные были распределены в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2007 г. У большинства больных оценивали критерии Ranson's, Imrie's, шкалу APACHE II и MODS (Marshall's).

Выделены 3 группы больных: первая — 115 (22,4 %) больных, которых оперировали до 14-го дня; вторая — 262 (60 %) больных, которых оперировали с 15-го до 30-го дня, третья — 137 (26,6 %) больных, которых оперировали позже 30-го дня от момента заболевания.

Результаты. Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем $12,6 \pm 1,4$ дня (диапазон 7–14); во второй — $23,2 \pm 2,1$ (диапазон 15–30); в третьей — $31,9 \pm 2,2$ (диапазон 31–46). В сроки от 15 дней и более от момента заболевания были оперированы 436 больных (84,8 %).

Закрытый метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 171 (33,3 %) больного: из них умерли 54 (31,6 %), повторные вмешательства были выполнены у 81 (47,4 %). У 192 (37,4 %) больных использовался открытый метод лечения: у 168 — с формированием оментобурсостомы в сочетании с одно- или двусторонней люмботомией (умерли 29 (17,3 %)); у 24 — лечение «по программе» с использованием лапаростомии при развитии ACS (умерло 8 (33,3 %)). Видеолaparоскопические вмешательства



выполнены у 94 (18,3 %) больных: дренирующие вмешательства — у 77 (умерли 12 (15,6 %)); видеоассистированная некрэктомия — у 17 (умерли 2 (11,8 %)). Дренирование жидкостных образований под контролем УЗИ произведено у 57 (11,1 %), умер 1 (1,8 %) больной.

Выводы. Пересмотр рабочей группой классификации ОП (2007), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирургической тактики у этой категории больных. Использование минимально инвазивных вмешательств при панкреонекрозе и развитии ВПИ сопровождается меньшей летальностью, чем применение открытых операций. Отсрочка выполнения операций в сроки 15–30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности ($r = -0,89$, $p = 0,001$).

Возможности комплексного лечения острого панкреатита

КУЗЬМЕНКО А.Е., ПЕСЧАНСКИЙ Р.Е., ДРОЗД П.И., ХАЧАТРЯН А.А.

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

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение,

Донецк, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом (ОП) путем совершенствования диагностической и лечебной тактики.

Материалы и методы. В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте, стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной панкреатологической ассоциации. В течение 10 лет в клинике лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин — 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25 %) больных, тяжелой степени — у 76 (14 %), стерильный панкреонекроз — у 69 (12 %), инфицированный панкреонекроз — у 177 (31 %), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) — у 48 (8,5 %), панкреатогенный абсцесс — у 49 (9,5 %). Диагноз устанавливался в течение 24–48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5 %) больных, умерло после операции 17 (4,7 %). Всем больным проводили клинический анализ и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброэзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, КТ или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и забрюшинного пространства. Оценку степени тяжести острого панкреатита определяли по прогностическим критериям J. Ranson.

Результаты. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J. Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5 %) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson — 0–3), тяжелый ОП был у 76 (13,5 %) больных (6 и более критериев Ranson). Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита.

Больным с ОП легкой и средней степени тяжести проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия. При остром билиарном панкреатите больным назначалась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а через 3–5 дней — лапароскопическая холецистэктомия.

Заключение. Определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического, лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показаниями к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром панкреатите легкой и средней тяжести показано комплексное консервативное лечение.

Хирургическая тактика при нагноившихся псевдокистах поджелудочной железы

КУЗЬМЕНКО А.Е., ШАТАЛОВ С.А., НЕСТЕРОВ Н.А., ПАВЛОВ К.И.

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

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк, Украина

Цель исследования: разработка алгоритма выбора оптимального метода лечения при нагноившихся псевдокистах поджелудочной железы (НППЖ).

Материалы и методы. С 2007 по 2012 год проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 женщины) в возрасте 17–68 лет с НППЖ диаметром 4–21 см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (27 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 — УЗ-контроль, 9 — КТ-контроль), 5 — дренирование под контролем лапароскопии, 39 — лапаротомное оперативное лечение (наружное

и внутреннее дренирование). Лечение проводилось на фоне противопанкреатической и антибактериальной терапии по общепринятым схемам.

Результаты. Для НППЖ без признаков перитонита при наличии безопасной траектории доступа оптимальным методом лечения, как правило, является УЗ- или КТ-контролируемая аспирация или дренирование, уровень успеха (отсутствие рецидива либо рецидивная псевдокиста менее 2 см в диаметре) которых составил 88,9 и 91,5 % соответственно. Эхографическая и компьютерно-томографическая картина ППЖ во всех случаях была патогномоничной для данной патологии.

Простая одномоментная аспирация иглой показана при наличии псевдокисты диаметром менее 5 см, дренирование — при нагноившихся псевдокистах больших размеров. Также возможно дренирование в остром периоде панкреатита при наличии выпота в сальниковой сумке, что существенно облегчает течение заболевания.

Противопоказаниями к чрескожной пункции являются отсутствие безопасного доступа, выраженные коагулопатии, асцит.

При крупных псевдокистах (более 10 см) без специальных профилактических манипуляций процент рецидива достаточно высок — до 24 %. Оперативное лечение НППЖ является наиболее технически сложным, требует длительной госпитализации, имеет широкий спектр противопоказаний. По нашему мнению, к нему следует прибегать только при наличии перитонита (в нашей работе — 17 (43,6 %) пациентов) либо невозможности малоинвазивного лечения, при отсутствии безопасного доступа для пункционных вмешательств и наличии спайчатого процесса, препятствующего лапароскопическому дренированию (у 6 (15,4 %) чел.). Оперативное лечение показано в случаях упорного рецидивирования псевдокисты после малоинвазивного лечения при связи псевдокисты с вирсунговым протоком — 14 (35,9 %).

Выводы. Оптимальным методом лечения нагноившихся псевдокист поджелудочной железы является их чрескожная пункционная аспирация или дренирование под контролем УЗИ или КТ. При отсутствии чрескожного доступа к такой псевдокисте предпочтительным способом ее лечения является дренирование под лапароскопическим контролем.

Оценка эффективности применения октреотида в терапии панкреонекроза

КУКОШ М.В., СПИРИДОНОВ В.И., ТРУХАЛЕВ В.А., ПАНЮШКИН А.В.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Нижний Новгород, Россия

На основе ретроспективного анализа 120 историй болезни пациентов с тяжелыми формами острого панкреатита нами проведен анализ эффективности применения октреотида в терапии тяжелого деструктивного панкреатита.

Цель исследования: определение влияния на клинический эффект синтетического аналога соматостатина — октреотида в лечении панкреонекроза.

Материалы и методы. Для определения степени выраженности клинического эффекта терапии октреотидом нами проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в МЛПУ «Городская клиническая больница № 7» в 2008–2010 гг. по поводу тяжелого острого панкреатита.

За период 2008–2010 гг. в клинике находилось на лечении 120 пациентов с тяжелыми формами острого панкреатита. Мужчин — 84, женщин — 36. Возраст пациентов — от 22 до 83 лет (медиана — 50 лет, 25-й перцентиль — 37, 75-й перцентиль — 62,5). Умерло 27 больных (летальность — 22,6 %). Все больные разделены на 3 группы:

1. Пациенты, поступившие в стационар в период до 6 часов от начала заболевания, — 14 человек.
2. Пациенты, госпитализированные в срок от 6 до 12 часов от начала заболевания, — 40 человек.
3. Пациенты, госпитализированные позднее 12 часов от начала заболевания, — 66 человек.

В каждой группе тяжесть панкреатита была установлена на основании применения оценочной критерийной системы А.Д. Толстого.

Результаты. На основе анализа динамики клинико-лабораторных показателей по шкалам АРАСНЕ II в модификации Шапошникова (АРАСНЕ II, шкала А.Д. Толстого, шкала ТФС) был оценен клинический эффект от применения октреотида на разных сроках течения заболевания.

Установлено, что у больных при поступлении АРАСНЕ II составлял: медиана — 9, 5-й перцентиль — 6, 95-й перцентиль — 13, при этом статистически достоверного различия в тяжести состояния при поступлении отмечено не было. Проводилась статистическая обработка динамики показателей интегральных оценочных шкал. Отсутствие отрицательной динамики по АРАСНЕ II и клиническое улучшение через 72 часа говорят о купировании острых явлений у пациента. Данные эффекты были отмечены у пациентов 1-й и 2-й группы на фоне применения синтетического аналога соматостатина. Баллы прогрессивно снижались, то есть отмечено abortивное течение заболевания ($p \leq 0,05$).

В ходе ретроспективного анализа пациентов 3-й группы нам не удалось доказать эффективность назначения октреотида при тяжелом остром панкреатите ($p = 0,12$). В данной группе отмечены наибольшие показатели летальности в сравнении с остальными группами (15,9 %).



Также с периодичностью 72 часа необходимо проводить оценку тяжести состояния больного по шкалам АРАСНЕ II и ТФС. Через 7 суток от начала лечения не было статистически достоверных различий между группами 1 и 2, но были статистически достоверные различия между этими группами и группой 3 при анализе динамики АРАСНЕ II.

Выводы. Использование октреотида в лечении тяжелого деструктивного панкреатита эффективно только при назначении препарата на ранних сроках заболевания — в период до 12 часов.

Миниинвазивное лечение гнойно-некротических осложнений деструктивного панкреатита

КУЛЕЗНЕВА Ю.В., МОРОЗ О.В., СТЕПАНОВА Ю.А.

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. Е.А. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Проанализированы результаты лечения 115 больных с деструктивным панкреатитом с 2000 по 2012 г. Средний возраст пациентов составил $46,7 \pm 1,5$ года, из них мужчин — 65,2 %, женщин — 34,8 %. Алкогольно-алиментарный панкреатит встречался в 60,9 % случаев, билиарный панкреатит — в 13,9 %, по неустановленной причине — в 20 %, травматический — у 6 (5,2 %) больных. Для верификации распространенных гнойно-некротических осложнений использовали клиничко-лабораторные данные, данные инструментальных методов исследования и чрескожную пункцию с последующим окрашиванием пунктата по Грамму и посева (fine needle aspiration and bacteroscopy — FNAВ). У 42 (36,5 %) больных преобладала грамотрицательная флора.

Чрескожные миниинвазивные вмешательства применяли у 65 (56,5 %) пациентов (санация жидкостных скоплений; чрескожное дренирование забрюшинной клетчатки; чресфистульная секвестрэктомия). Традиционные методы хирургического лечения (оментобурсостомия, люмботомия и др.) — у 33 (29 %) больных. Комбинированное лечение выполняли при неэффективности миниинвазивного — в 17 (15 %) случаях.

При миниинвазивных вмешательствах чаще происходило развитие толстокишечного свища, при открытой операции — аррозионного кровотечения (5 из 6 случаев).

Летальность составила 32 (28 %): при миниинвазивных вмешательствах — 8, при открытых — 13, при комбинированном лечении — 11.

Связь числа койко-дней с типом операции: миниинвазивные вмешательства — $51,2 \pm 3,2$ к/д, открытые — $36,2 \pm 4,5$, при комбинированном лечении — $48,1 \pm 6,1$. Среднее число койко-дней при миниинвазивных вмешательствах значимо ($p = 0,03$), более чем в 1,5 раза удлиняет пребывание пациентов в больнице.

Заключение. Применение миниинвазивных методов лечения у больных с деструктивным панкреатитом может использоваться как самостоятельный вид лечения, так и в комбинации с традиционными хирургическими вмешательствами.

Роль и прогностическое значение бактериологических исследований выпота из брюшной полости в диагностически-лечебном алгоритме у больных с острым некротическим панкреатитом

КУНОВСКИЙ В.В.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Проблема лечения острого некротического панкреатита (ОНП) продолжает оставаться актуальной проблемой неотложной хирургии, особенно в отношении деструктивных форм заболевания, где летальность может достигать 20–35 %.

Цель исследования: на основании статистического анализа результатов бактериологических исследований (БИ) перитонеального экссудата у больных с ОНП верифицировать характер микрофлоры (качественная и количественная оценка патогенного возбудителя) с определением чувствительности выделенной микрофлоры к ряду основных антибактериальных препаратов.

Материалы и методы. Анализом охвачены результаты лечения 81 больного с ОНП. Лечение всем пациентам проводилось в условиях специализированного панкреатического центра клинической городской коммунальной больницы скорой помощи на базе клиники общей хирургии г. Львова. Для БИ был использован биологический материал (перитонеальный экссудат, полученный при пункции брюшной полости и сальниковой сумки) больных с ОНП. БИ проводились с помощью стандартных бактериологических мето-

дов, с выделением чистых микроорганизмов и идентификацией их по биохимическим, серологическим свойствам и последующим определением чувствительности верифицированных колоний к ряду основных антибиотиков. Забор материала для исследований проводился в асептических условиях, при проведении аппаратного мониторинга за состоянием больных в процессе лечения, под контролем ультразвукового датчика.

Результаты. На основании статистического анализа результатов БИ перитонеального экссудата констатировано: культивируемая патогенная микрофлора в монокультуре встречалась в 13 (52,7 %) наблюдениях, в виде микробных ассоциаций — в 38 (12,06 %). В 30 (35,24 %) случаях роста патогенной флоры не было. Основным верифицированным патогенным возбудителем была *E.coli* как в монокультуре (3 (28,25 %) наблюдения), так и в виде ассоциаций — 15 (12,06 %). Значительный процент занимали также *Staphylococcus aureus* — 6 (6,35 %), *Chl.pneumoniae* — 6 (6,35 %) и *Pseudomonas aeruginosa* — 9 (3,8 %). Среди микробных ассоциаций доминировали ассоциации *E.coli* с *Enterobacter aerogenes* — 3 (2,22 %) случая и *Pr.rettgeri* — 6 (6,35 %). Следует отметить, что по результатам исследований пунктата из сальниковой сумки в 50 % наблюдений рост патогенной микрофлоры не отмечался.

При определении чувствительности верифицированных колоний к ряду основных антибиотиков констатировано, что наиболее активно подавляли рост патогенной микрофлоры препараты цефалоспоринового ряда (цефотаксим — 4, цефтазидим — 3, цефоперазон — 3, цефтриаксон — 3, цефепим — 3, цефпиром — 3), гентамицин — 7 и препараты из группы карбапенемов — имипенем — 5 наблюдений. Амикацин и норфлоксацин проявляли свою бактериостатическую активность в 4 и 5 наблюдениях соответственно.

Выводы. В соответствии с результатами проведенного анализа БИ перитонеального экссудата больных с ОНП основными возбудителями воспалительного процесса были *E.coli* (28,25 %), *Staphylococcus aureus* (6,35 %) и *Pseudomonas aeruginosa* (3,8 %). При изучении пунктата из сальниковой сумки в 50 % исследований пунктат был стерильным. Изучение чувствительности выделенной микрофлоры позволило констатировать, что основными препаратами, которые нивелируют рост патогенной микрофлоры, были цефалоспорины, фторхинолоны и карбапенемы, которые и целесообразно применять с целью профилактики вторичных гнойно-инфекционных осложнений.

Применение нового антисептика декасана в комплексном хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита

КУРЬЯЗОВ Б.Н., ТАДЖИБАЕВ О.Б., БАБАДЖАНОВ А.Р., РУЗМЕТОВ Б.А., БАБАЖАНОВ М.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан
Областной многопрофильный медицинский центр, Ургенч, Узбекистан

Цель исследования: оценить эффективность нового антисептика декасана в комплексном хирургическом лечении деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2012 г. в хирургической клинике на оперативном лечении находилось 29 пациентов с деструктивным панкреатитом. Мужчин было 10 (34,5 %), женщин — 19 (65,5 %). Возраст больных варьировал в пределах от 44 до 62 лет. Дренирование полости большого сальника осуществляли у всех 20 больных, пунктирно-дренирующим методом под ультразвуковым и рентгенографическим контролем — у остальных 9.

Основную (I) группу составили 12 (41,3 %) больных, которым для промывания полости использовали новый антисептик декасан. Группу сравнения (II) составили 17 (58,7 %) больных, у которых для санации полости большого сальника были использованы фурацилин и хлоргексидин. Промывание полости абсцесса печени проводили по следующей схеме: по 100,0 мл 3 раза в сутки продолжительностью до 6 суток. Для оценки результатов лечения проводили клинические, лабораторные исследования (измерения температуры тела 3 раза в сутки, количества отделяемого из полости абсцесса, уровня трансаминаз, общего белка, лейкоцитарного индекса интоксикации), УЗИ и фистулографии.

Результаты. Полученные результаты хирургического лечения больных с абсцессом печени показали, что в основной группе показатели трансаминаз, билирубина в крови, лейкоцитарного индекса интоксикации нормализовались в среднем к 3-м суткам от начала дренирования. Резкое снижение количества различных микроорганизмов в отделяемом из полости абсцесса было достигнуто на 4-е сутки лечения. Во II группе вышеуказанные показатели нормализовались позднее, в среднем на 7–9-е сутки, лейкоцитарный индекс интоксикации нормализовался к 10-м суткам.

Заключение. Промывание полости абсцесса (полость большого сальника) декасаном улучшает результаты комплексного хирургического лечения больных с деструктивным панкреатитом. Этот метод может быть широко применен в хирургии.



Выбор способа хирургического лечения острого некротизирующего панкреатита путем дополнительного анализа КТ-изображений

ЛИТВИН А.А., ХОХА Д.В., ФИЛАТОВ А.А., ХОХА В.М.

*Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь
Мозырьская городская больница, Мозырь, Гомельская обл., Беларусь*

Актуальность. Дооперационное выявление распространенности и ограниченности парапанкреатического и/или панкреатического некроза является актуальным для правильного выбора способа, доступа и объема операции.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность методики дополнительного анализа КТ-изображений с использованием трехмерной реконструкции зон пара- и/или панкреатической деструкции в выборе способа и объема операции у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом (ОНП).

Материалы и методы. При анализе клинических, лабораторных и инструментальных данных выделялись больные с острыми жидкостными скоплениями (ОЖС) или постнекротическими скоплениями (ПНС); с панкреатическим некрозом (ПН), парапанкреатическим некрозом (ППН) или их сочетанием (ПН + ППН); с преобладанием тканевого или жидкостного компонента в зонах пара- и/или панкреатической деструкции, а также с инфицированным панкреонекрозом (ИПН). КТ-исследование являлось завершающим этапом диагностики особенностей течения заболевания. При КТ также проводилось изучение объема поражения (в миллилитрах), распространенности и сложности формы (затеки, отроги) зон пара- и/или панкреатической деструкции с помощью трехмерной реконструкции КТ-изображений. Исследования проводились на спиральном рентгеновском томографе Light Speed CT/I 16-PRO. КТ-исследования выполнены в 53 наблюдениях: 44 мужчины, 9 женщин; возраст пациентов составил 38 лет [38–53] (Ме [Q1–Q3]). Период исследования — 2008–2012 гг.

3D-реконструкцию выполняли с использованием программного обеспечения рабочей станции компьютерного томографа, а также E-Film Workstation и 3D-Doctor. Использовались возможности программы E-Film Workstation в виде 3D-курсора, программы 3D-Doctor — в виде полуавтоматической сегментации (выделения «зоны интереса») КТ-изображений, автоматической волюметрии (определения объема пара- и/или панкреатического некроза).

Результаты. В группе из 53 больных ОНП алкогольный панкреатит выявлен у 28 пациентов (52,8 %), идиопатический — у 15 (28,3 %), билиарный — у 10 (18,9 %) пациентов. Тяжесть острого панкреатита по Ranson (при поступлении в стационар) составила 2 [1–3] (Ме [Q1–Q3]), тяжесть общего состояния по Marschall (MODS) по результатам обследования в ближайшие сутки выполнения КТ — 2 [1–3] (Ме [Q1–Q3]).

КТ-исследования выполняли на 2–3-й неделе заболевания (медиана — 12-е сутки [11–16] (Ме [Q1–Q3])) от начала ОНП с целью определения дальнейшей тактики лечения. КТ-индекс тяжести ОНП по Balthazar составил 8 [6–10] баллов (Ме [Q1–Q3]). Тридцати пациентам до выполнения КТ проводилось миниинвазивное дренирование: ОЖС (5 наблюдений) или ПНС (25 наблюдений) под эхоскопическим контролем; данный вид дренирования оказался эффективным во всех случаях ОЖС (5), в трех случаях ПНС (12 %).

Панкреатический некроз с парапанкреатическим некрозом диагностирован в 32 наблюдениях, ППН – в 11, ПН — в 10. Объем пара- и/или панкреонекроза по данным компьютерной волюметрии составил 318 мл [134–510] (Ме [Q1–Q3]). Инфицированный панкреонекроз (ИПН) в анамнезе выявлен у 45 больных (84,9 %). Умерли 13 пациентов (все с ИПН).

Проведенное 3D-моделирование позволило более точно установить пространственные соотношения органов брюшной полости и забрюшинного пространства, объем некротических тканей, расстояние от кожных покровов, виртуально планировать ход оперативного вмешательства. Сопоставление данных трехмерных реконструкций, выполненных до операции, показало их идентичность с интраоперационными данными при открытом хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза.

Выводы. Методика дополнительного анализа КТ-изображений с трехмерной реконструкцией зон пара- и/или панкреатического некроза позволила оптимизировать выбор хирургического лечения ОНП.

Оценка поражения забрюшинной клетчатки в клиническом течении деструктивного панкреатита

ЛУКЬЯНЧИКОВ В.Н., КАТОРКИН С.Е., ЛУКЬЯНЧИКОВ А.Н.

*Кафедра и клиника госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Самара, Россия
ММУ «Медико-санитарная часть № 7», Самара, Россия*

Развитие парапанкреатита при панкреонекрозе является одним из ведущих осложнений, при которых летальность достигает более 60 %.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с деструктивным панкреатитом за счет определения выраженности поражения забрюшинной клетчатки в клиническом течении и прогнозе заболевания.

Материалы и методы. За период с 2007 по 2012 г. в ММУ МСЧ № 7 по поводу деструктивного панкреатита прооперировано 139 пациентов. Это составило 19,4 % от всех пациентов, госпитализированных по поводу острого панкреатита. Алкогольная и билиарная этиология были выявлены у 87 % пациентов. Преобладали пациенты мужского пола — 78 (59 %). Всем госпитализированным проводили общеклинические и специальные методы обследования, включающие УЗИ, КТ и МРТ в динамике.

Результаты. У 11,2 % пациентов оперативное вмешательство было выполнено в первой фазе заболевания, что было связано с наличием ферментативного перитонита. При этом осуществляли дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, холецистостомию. У всех пациентов данной группы были отмечены макроскопические признаки ферментативного парапанкреатита.

У 88,8 % пациентов оперативные вмешательства были произведены в фазу расплавления и секвестрации. При этом поражение головки поджелудочной железы было отмечено в 23 % наблюдений, поражение тела и хвоста железы — у 34 % пациентов. Субтотальное и тотальное поражение поджелудочной железы было выявлено у 43 % прооперированных. Гнойно-некротический парапанкреатит был выявлен у 79 (57 %) пациентов. По характеру распространения у 30 % пациентов гнойно-некротический парапанкреатический процесс относился к степеням А, В и С, а у 79 % распространенность достигала степеней Д и Е. Индекс поражения брюшной полости при распространенном гнойно-некротическом парапанкреатите превышал 12 баллов, а по шкале APACHE сумма баллов превышала 25.

Выполненные оперативные вмешательства включали лапаротомию, адекватное вскрытие и дренирование забрюшинного пространства с абдоминализацией поджелудочной железы, некр- и секвестрэктомию, холецистостомию и люмботомию. У 15 % пациентов оперативное вмешательство было дополнено мобилизацией двенадцатиперстной кишки и вскрытием правого параколона. Вскрытие левого параколона было выполнено у 25 % пациентов. Двустороннее вскрытие параколона проведено в 35 % наблюдений. Флегмона брыжейки тонкой кишки была выявлена у 5 % пациентов. Гнойно-некротический парапанкреатит сопровождался развитием плевритов, пневмоний, аррозийных кровотечений, токсико-инфекционным шоком. При этом число релапаротомий достигало 3–4. Пациентам с гнойно-некротическим парапанкреатитом были необходимы дополнительные лечебные мероприятия в виде гистопротекторной и иммунокорректирующей терапии, использования эфферентных методов детоксикации и гипербарической оксигенации, фотодинамической терапии. При этом средний койко-день у пациентов с гнойно-некротическим парапанкреатитом достигал $68,4 \pm 11,2$. Послеоперационная летальность за 5 лет у пациентов с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом степени Д и Е составила 60 %.

Выводы. Поражение забрюшинной клетчатки при деструктивном панкреатите является наиболее тяжелым осложнением, которое определяет дальнейшую тактику диагностики и лечения, объем оперативного вмешательства, прогноз и течение послеоперационного восстановительного периода.

Совершенствование диагностических и лечебных подходов при остром панкреатите

МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н., СТРУКОВ Е.Ю., БЕССОНОВ Д.Е.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: модифицировать алгоритм диагностики и лечения больных острым панкреатитом (ОП) в условиях специализированного хирургического стационара, позволяющий дифференцировать тяжесть течения заболевания и улучшить исходы панкреонекроза.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 193 больных острым панкреатитом. Установлено, что обследование больных ОП в хирургическом стационаре с начала госпитализации должно носить интегративный характер с определением формы заболевания, оценкой общесоматического состояния пациента, тяжести течения воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Реализация диагностической программы позволила верифицировать следующие формы ОП: отечная — у 128 больных (66,3 %), стерильный панкреонекроз — у 51 (26,4 %), нестерильный панкреонекроз — у 14 (7,3 %). Интегральная оценка тяжести течения ОП с учетом шкал APACHE II и J. Ranson позволила установить тяжелое течение у 24,5 % больных. Достоверность полученных диагностических критериев, подтверждающих ОП и тяжесть его течения, явилась основой выбора программы комплексной консервативной терапии больных с первого часа госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Показания к оперативному вмешательству в ранние сроки заболевания носили эксквизитный характер и были сформулированы у 26 (13,5 %) пациентов со стерильным панкреонекрозом. Операцией выбора у этих больных в ферментативную фазу, при имеющемся ферментативном перитоните, являлась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. В последующем, в зависимости от характера течения воспалительного процесса в забрюшинной клетчатке и развития осложнений, обосновывали по-



казания к другим малоинвазивным вмешательствам. Инфекционно-гнойные осложнения развились у 5 (2,6 %) больных (панкреатогенный абсцесс — у 3 пациентов, флегмона забрюшинной клетчатки — у 2), которым были выполнены малоинвазивные оперативные вмешательства в виде дренирования и санации гнойных очагов под навигационным контролем УЗИ или ретроперитонеоскопии.

Реализация модифицированного диагностического и лечебного алгоритмов позволила достигнуть благополучного разрешения заболевания у 186 (96,4 %) больных с исходом в хронический панкреатит, из них у 18 — с формированием псевдокист. Летальный исход наступил у 7 (3,6 %) больных вследствие развития полиорганной недостаточности: у 5 человек — на фоне панкреатогенного шока и у 2 — сепсиса.

Заключение. Диагностика и лечение больных в специализированном стационаре должна начинаться в условиях отделения интенсивной терапии и включать интегральную оценку общесоматического статуса пациентов, состояния основных показателей гомеостаза, адекватную топическую оценку изменений в ПЖ и парапанкреатической клетчатке, что позволит проводить своевременную и адекватную специфическую терапию. Такой подход обеспечивает благоприятные условия течения деструктивных форм острого панкреатита, позволяет снизить число инфекционно-гнойных осложнений до 2,6 % и летальности до 3,6 %, уменьшить необходимость выполнения обширных оперативных вмешательств в любые сроки, улучшить реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде с сокращением количества койко-дней, проводимых в стационаре.

Реабилитационные возможности в лечении пациентов, перенесших панкреонекроз

МИРОНОВ В.И., ОСТАПИШИН В.Д.

*ФГБУ «Научно-исследовательский центр курортологии и реабилитации
Федерального медико-биологического агентства», Сочи, Россия
ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Иркутск, Россия*

Острый деструктивный панкреатит сопровождается тяжелым течением и высокой летальностью. Однако даже успешное лечение панкреонекроза не гарантирует дальнейшего восстановления качества жизни пациентов в связи с выраженными морфофункциональными последствиями заболевания. С этих позиций незаслуженно мало внимания уделяется реабилитационному этапу лечения больных, перенесших панкреонекроз. Отсутствие четких программ реабилитации снижает общую эффективность лечения, уменьшает возможности возвращения пациентов к нормальной жизни.

Цель исследования: создание комплексной программы реабилитации пациентов, перенесших панкреонекроз.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета под нашим наблюдением находилось 263 пациента с тяжелым панкреонекрозом. У 174 из них имелась стерильная форма заболевания, у 89 был обнаружен инфицированный панкреонекроз. Оперативные вмешательства выполнены у 111 пациентов. Общая летальность составила 29,7 %. В клинике Научно-исследовательского центра курортологии и реабилитации в г. Сочи разработана программа реабилитационного сопровождения для этой категории больных.

Результаты. При благоприятном исходе панкреонекроза дальнейшее качество жизни пациентов определяется степенью утраты экзо- и эндокринной функции органа, адекватностью устранения этиологических факторов, приведших к развитию заболевания, наличием осложнений и последствий выполненных оперативных вмешательств. Между тем до сих пор отсутствует четкое понимание, кто же конкретно и в какой степени должен участвовать в медицинском сопровождении такого пациента до полной его реадaptации и интеграции в нормальные социально-бытовые условия. Имея лишь «косвенное» отношение к ряду медицинских специальностей (терапия, гастроэнтерология, эндокринология, хирургия и др.), эти больные чаще всего не получают адекватной помощи ни по одной из них, оказываясь, таким образом, вне постоянного медицинского наблюдения.

Накапливая клинический опыт реабилитации больных панкреонекрозом, считаем, что после выписки из хирургической клиники дальнейшее ведение пациента должно быть построено на основании оценки морфологии поджелудочной железы с помощью методов медицинской визуализации и на интегральном изучении экзо- и эндокринной функции органа, выявлении и коррекции нарушений со стороны других органов и систем. Пациенты, перенесшие панкреонекроз, нуждаются в динамическом амбулаторном скрининг-обследовании не реже 1 раза в 6 месяцев, с участием терапевта, хирурга, гастроэнтеролога, врача-психолога и других специалистов при необходимости. При этом главенствующая роль в процессе лечения должна отводиться врачу-реабилитологу. Лечебные мероприятия наряду с медикаментозной терапией должны включать диетотерапию, противорецидивное лечение курсами (2–3 в год), а также комплекс реабилитационных действий, в котором важная роль принадлежит упорядочению жизни больного, стабилизации его психоэмоционального статуса, планированию труда и отдыха, созданию охранительного режима. Большую помощь способно оказать санаторно-курортное лечение, которое сочетает в себе отдых и целенаправленную терапию.

Полноценная реабилитация должна быть направлена на восстановление социально-трудового статуса пациента и базироваться на максимальном использовании всех компенсаторных возможностей организма. Реабилитационные мероприятия должны быть индивидуализированными, комплексными, с обязательным соблюдением преемственности на всех этапах. При этом реабилитацию нельзя рассматривать только как заключительный этап восстановительной терапии. Начинать ее нужно как можно раньше, в том числе и в условиях хирургического стационара.

Выводы. Бессистемное восстановительное лечение в реабилитационном периоде панкреонекроза не приносит ожидаемых результатов. Для достижения адекватного эффекта необходимы упорядоченные и целенаправленные действия.

Панкреонекроз как исход ущемленного конкремента большого сосочка двенадцатиперстной кишки

МИХАЙЛУСОВ С.В., МИСРОКОВ М.М., МОИСЕЕНКОВА Е.В.

**Кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия**

Цель исследования: определить частоту встречаемости панкреонекроза (ПН) у больных с конкрементом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 69 больных с конкрементом БСДПК, у которых на фоне проводимого лечения развился острый панкреатит (ОП). Отечная форма ОП — в 52 (75,4 %) наблюдениях (I группа), ПН — в 17 (24,6 %) (II группа). Средний возраст больных — 59,6 года. Женщины преобладали — 58 (84,1 %). Всем больным при госпитализации в стационар проводили дуоденоскопию аппаратами GIF-160, JF-20, TJF-20 фирмы Olympus (Япония). Канюляция и катетеризация общего желчного протока (ОЖП) и главного панкреатического протока проводились аппаратом PR-104 Q-1 с диаметром канала 2,2 и 1,1 мм (Япония). Диагноз ОП и ПН верифицирован при ультразвуковом исследовании (УЗИ) с помощью сканеров Aloka SSD-630 и Aloka SSD-1100, Toshiba SSA-550A (Япония), работающих в режиме серой шкалы и цветном доплеровском режиме (CDI), при лапароскопии и интраоперационно. При поступлении всем пациентам с клинической картиной ОП проводили исследование α -амилазы крови на автоматическом анализаторе Kone Ultra (Финляндия) (норма — 110 ед/л).

Результаты. При дуоденоскопии признаки ущемления конкремента БСДПК (зияющий сосочек, разрушенный после отхождения камня, непосредственно фиксированный конкремент) отмечены всего в 25 случаях (36,2 %), причем в I группе — в 11 (21,2 %), во II — в 14 (82,4 %) ($p < 0,001$). Локализации конкремента в ампуле БСДПК (выбухание продольной складки ДПК, отсутствие желчи в просвете) отмечена в I группе — у 41 больного (78,8 %), во II — у 3 (17,6 %) ($p < 0,001$). С целью декомпрессии билиарного дерева всем 69 больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Для снижения внутрипротокового давления проводили аспирацию панкреатического сока (АПС): в I группе — в 14 наблюдениях (26,9 %), во II — в 6 (35,3 %) ($p = 0,724$). При поступлении высокий уровень амилазы крови (≥ 1000 ед/л) отмечен всего в 57 наблюдениях (82,6 %), соответственно в 42 (80,8 %) и 15 (88,2 %) ($p = 0,736$). После ЭПСТ и АПС гиперاميлаземия ≥ 1000 ед/л сохранилась в 20 (38,5 %) наблюдениях при отечном ОП, при ПН — в 12 (70,6 %) ($p = 0,042$).

Заключение. ПН чаще встречается при острой блокаде БСДПК конкрементом, что приводит к стойкому повышению и внутрипротокового давления, что сопровождается сохраняющейся гиперاميлаземией, несмотря на проведенную декомпрессию.

Прогноз течения острого деструктивного билиарного панкреатита

МИХАЙЛУСОВ С.В., МИСРОКОВ М.М., МОИСЕЕНКОВА Е.В.

**Кафедра госпитальной хирургии № 1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия**

Цель исследования: определить критерии прогноза течения панкреонекроза (ПН) у больных с желчно-каменной болезнью (ЖКБ), в том числе с ущемленным конкрементом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 71 больного ПН на фоне ЖКБ. Выделены две группы больных. В I группу вошли 54 пациента (76,1 %), у которых ЖКБ не являлась патогенетическим фактором (острый холецистит, камненосительство, неосложненный холедохолитиаз). Во II группе 17 (23,9 %) больных ПН, развившимся на фоне ущемленного конкремента БСДПК. Группы не отличались по среднему возрасту — соответственно 62,1 и 54,9 года. Женщины в обеих группах — 2/3. Лица с ожирением 3–4-й степени (ИМТ > 40) в обе-



их группах встречались одинаково часто: 16 (29,6 %) и 8 (47,1 %) ($p = 0,303$). Всем больным диагноз подтвержден при ультразвуковом исследовании (УЗИ) с помощью сканеров Aloka SSD-630 и Toshiba SSA-550A (Япония). При инфицированном ПН проводили тонкоигольные пункции под контролем УЗИ. Мультиспиральная томография брюшной полости (МСКТ) с использованием аппарата Toshiba Aquilion PRIME (Япония) с контрастированием позволила определить объем поражения поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК) по шкале Balthazar, наличие затеков и секвестров (при крупноочаговом и субтотальном ПН — степени Д и Е). Больные получали комплексное лечение в отделении реанимации, включая лапароскопическое дренирование брюшной полости и перитонеальный лаваж, эпидуральную анестезию, энтеральное питание, антибиотики и блокаторы панкреатической и желудочной секреции. Тяжесть состояния оценивали в течение 72 часов от начала заболевания по многокомпонентной шкале SAPS.

Результаты. При МСКТ выявлено, что исходно обширное поражение ПЖ и ЗК (степени Д и Е) чаще встречались при ущемленном конкременте БСДПК — в 11 наблюдениях (64,7 %), а при фоновом ЖКБ — в 17 (31,5 %) ($p = 0,031$). Во II группе также тяжелых больных отмечено больше, по шкале SAPS ≥ 9 баллов — 14 (82,4 %), в I — 22 (40,7 %) ($p = 0,007$). Гнойные осложнения ПН на фоне ЖКБ развились в 14 случаях (25,9 %), тогда как во II инфицирование ПЖ и ЗК отмечено в 10 (58,8 %) ($p = 0,027$). Все больные с инфицированным ПН были оперированы традиционным способом. Общая летальность в двух группах статистически достоверно не различалась — соответственно 18 (33,3 %) и 6 (35,3 %) ($p = 0,885$), обусловлена развитием полиорганной недостаточности и сепсиса.

Заключение. Течение ПН при ущемленном конкременте БСДПК тяжелее, чем при ЖКБ как фоновом заболевании, что связано с массивностью поражения ПЖ и ЗК вследствие внутрипротоковой гипертензии.

Острый посттравматический панкреатит при сочетанной травме органов брюшной полости

МУСТАФАКУЛОВ И.Б., КАРАБАЕВ Х.К., КАРАБАЕВ Б.Х., МАХМУДОВ Ф.Ч., ШЕРОВ Ж.А.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности течения острого травматического панкреатита у больных при сочетанной травме живота.

Материалы и методы. СФ РНЦЭМП проанализировано 15 случаев повреждений поджелудочной железы за 2008–2012 гг., осложненной острым травматическим панкреатитом. Мужчин было 12, женщин — 3, возраст больных — в пределах от 27 до 40 лет.

Закрытая травма живота как причина острого травматического панкреатита была у 12 пациентов (прямой удар в эпигастральную область — 6, падение с высоты — 4, дорожно-транспортная травма — 2). В 3 наблюдениях причиной ОП явилось колото-резаное ранение. У всех пострадавших травма поджелудочной железы сочеталась с повреждениями других органов и систем (печени, селезенки, желудка, тонкого и толстого кишечника, забрюшинная гематома, травма головного и спинного мозга, повреждение груди и др.).

Результаты. У всех больных развивался острый травматический панкреатит, обусловленный общими (травматический шок) и местными изменениями. При механическом повреждении местные изменения в поджелудочной железе обусловлены травматическим некрозом паренхимы, вторичной деструкцией в результате повреждения сосудов и повреждением протоков с поступлением активного панкреатического секрета.

По тяжести повреждения пациенты были разделены на 4 группы:

— I степень (ушиб и отек, подкапсульная гематома) — у 3 больных;

— II степень (поверхностный разрыв, глубокий разрыв с повреждением ткани, но без разрыва протока) — у 7 пациентов;

— III степень (травма железы с разрывом главного панкреатического протока) — у 3 пострадавших;

— IV степень (панкреатодуоденальная травма, размозжение или отрыв части железы) — у 2 больных.

Клиническая картина травмы поджелудочной железы характеризуется явлениями шока (у 7 больных), внутреннего кровотечения (у 5) и перитонита (у 3).

Необходимо подчеркнуть, что все варианты повреждений поджелудочной железы требуют проведения антисекреторной, антиферментной, антибактериальной и дезинтоксикационной терапии.

В зависимости от характера и локализации поражения применяют следующие виды оперативного лечения травм поджелудочной железы (острого травматического панкреатита), основанные на принципах адекватного дренирования зоны повреждения, удаления явно нежизнеспособных тканей железы, восстановления пассажа или рационального отведения панкреатического сока: гемостаз и дренирование зоны повреждения — у 5 больных, вскрытие и опорожнение забрюшинных гематом — у 4, дренирование поврежденного панкреатического протока — у 3, левосторонняя резекция поджелудочной железы — у 2, отключение двенадцатиперстной кишки — у 1 больного.

Из 15 пострадавших с доминирующим повреждением поджелудочной железы умерло 6 (40 %) человек. Из них у 5 человек был тяжелый деструктивный травматический панкреатит и у 1 — парапанкреатит и перитонит.

Выводы. Дальнейший прогресс в улучшении результатов комплексного лечения острого травматического панкреатита мы видим в совместной работе хирургов, intensivистов, гастроэнтерологов и исследователей в различных областях медицины.

Аспекты прогноза тяжести течения острого панкреатита

НАЗИРОВ Ф.Н., АРИПОВА Н.У., ДЖАМАЛОВ С.И., АРИПОВА М.У., ЛИМ В.Г.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: определение тяжести течения острого панкреатита при поступлении больных в стационар на основании доступных клинических и лабораторных показателей.

Материалы и методы. Изучены клинические и лабораторные показатели 67 больных с диагнозом «острый панкреатит». У 13 из них выявлен острый деструктивный панкреатит, остальные 54 пациента имели отечную форму острого панкреатита. Летальность среди пациентов с деструктивными формами составила 23 % ($n = 3$). Деструктивный характер панкреатита был доказан ультразвуковым исследованием либо компьютерной томографией.

Результаты. Выявлена зависимость между эпизодами приступов панкреатита и летальностью. Так, летальность при остром панкреатите во время первого приступа составила 10,1 %, второго — 4,6 %, третьего и последующих — 1,5 %. Больные поступали в выходные дни, а также праздничные и в ближайшие после них дни, что характерно как для алкогольного, так и билиарного панкреатита. Больные обращались к врачу в ранние сроки только по причине болевого синдрома и перитонеальных явлений. Из 13 пациентов с деструктивными формами панкреатита в первые сутки поступили 8 человек — их средняя продолжительность лечения составила 9,6–18,5 дня. Остальные 5 пациентов поступили позже 24 часов от начала проявления заболевания, продолжительность лечения в данной группе составила 14,0–24,7 дня. Возраст старше 55 лет является неблагоприятным фактором при остром панкреатите. Так, средний возраст умерших больных с деструктивным панкреатитом составил 53,8 года. Ожирение также является неблагоприятным фактором (из 18 больных с ожирением у 7 развился деструктивный панкреатит). Высокий лейкоцитоз, гипергликемия, гиперкальциемия, лимфоцитопения, а также гемоконцентрация являются маркерами тяжести течения панкреатита. Выявление пальпируемого инфильтрата либо напряжение передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы являются признаками тяжелого течения острого панкреатита. Данный признак отмечен у 71 % больных с деструктивным и у 24 % с отечной формой панкреатита. Пневматоз кишечника либо высокое стояние купола диафрагмы при обзорной рентгенографии является еще одним прогностическим признаком. Они (один либо два) были выявлены у 60 % больных с панкреонекрозом и у 12 % больных с легким течением панкреатита. Легочные осложнения имели место в 7 случаях у больных с деструктивным панкреатитом, 2 из них умерли. В группе с отечной формой панкреатита легочных осложнений не выявлено.

Предлагаем следующие критерии полиорганной недостаточности. Сердечно-сосудистая система: среднее АД < 50 мм рт.ст.; необходимость применения вазопрессоров. Дыхательная система: тахипноэ > ЧДД 20 в минуту; снижение насыщения кислородом артериальной крови < 90 %; парциальное давление кислорода < 60 мм рт.ст.; необходимость искусственной вентиляции легких. Выделительная система: клиренс креатинина — 150 мкмоль/л; необходимость гемофильтрации/диализа после регидратации.

Выводы. Учет предложенных критериев дает возможность у 87 % пациентов установить точный диагноз, что обеспечивает своевременность и адекватность лечения.

Результаты лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита

НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., САЙДАЗИМОВ Е.М., НИШАНОВ М.Ш., ИСМАТУЛЛАЕВ З.У.
Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита (ОП) путем выбора рациональной тактики лечения.

Материалы и методы. За последние 15 лет с диагнозом ОП находились на лечении 462 больных. Среди них мужчин было 227 (49,1 %), женщин — 235 (50,9 %). Отечный панкреатит диагностирован у 182 больных, острый тяжелый панкреатит с развитием панкреонекроза — у 280. Среди них стерильный панкреонекроз диагностирован у 96 больных, инфицированный панкреонекроз — у 184 больных. Этиологическими факторами явились: билиарный (69,3 %), алиментарный (17,6 %), травма поджелудочной железы (13,1 %) и эндоскопические вмешательства при билиарной патологии (19,3 %).



Результаты. При лечении больных с ОП нами применена активно-выжидательная тактика. Всем больным с момента госпитализации мы проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на снижение секреции поджелудочной железы, дезинтоксикацию и профилактику инфекционных осложнений до 7-х суток, динамическая объективная оценка тяжести состояния больных проводилась с помощью интегральных шкал (Ranson, APACHE II), после чего решали необходимость хирургического вмешательства. Из 462 больных у 182 (39,5 %) консервативное лечение оказалось эффективным.

В различные сроки от начала заболевания 280 (60,6 %) больных были оперированы. Среди пациентов с деструктивным ОП 50,6 % больных были оперированы в течение первых 3 суток после госпитализации, а остальные 49,4 % оперированы в более поздние сроки. В ходе оперативных вмешательств выявлены следующие морфологические виды ОП: отечный панкреатит — у 36 % больных; жировой панкреонекроз — у 33,4 %; геморрагический панкреонекроз — у 30,6 % больных. Из деструктивных форм ОП у 55 больных диагностировано тотальное поражение поджелудочной железы, у 71 — очаговое и у 154 больных — субтотальное. Абсцесс сальниковой сумки с флегмоной забрюшинного пространства развился у 85 (30,3 %) больных. Во время выполненных операций перитонит выявлен у 162 (57,8 %) больных. По распространенности: местный перитонит установлен в 35,8 % случаев, диффузный — в 36,8 %, разлитой — в 27,4 %. Механическая желтуха отмечена у 132 (47 %) больных, гнойный холангит — у 57 (20,3 %).

Хирургические вмешательства после санации брюшной полости, некр- и секвестрэктомии завершали дренированием и тампонированием области некротических очагов с целью последующего «полузакрытого» проточно-аспирационного промывания. Обязательным элементом операции считаем наружное дренирование желчных путей. Из способов наружного дренирования холедоха применены метод Холстеда — Пиковского у 173 (61,7 %) больных и Кера — у 38 (13,6 %). В 31 (10,9 %) случае наложена холецистостома. Общая летальность составила 11,5 % (53 больных), послеоперационная летальность — 18,9 %.

Выводы. Активно-выжидательная тактика при лечении больных с ОП обязательно должна быть обоснована результатами различных методов обследований, динамическим мониторингом, достоверной оценкой тяжести функционального состояния жизненно важных органов по системе Ranson и APACHE II. В результате применения данной тактики при лечении 209 больных с тяжелыми формами ОП (суммарные баллы от 3 до 9 по интегральной шкале Ranson и от 9 до 20 по APACHE II) летальность составила 22,48 %, что соответствовало нижней границе прогнозируемой летальности в этой группе больных.

Целесообразность активной тактики лечения панкреонекроза

ПАРХИСЕНКО Ю.А., ЖДАНОВ А.И., ГЕНЮК В.Я., КОКИН Е.Ф.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения России, Воронеж, Россия

Цель исследования: повышение эффективности результатов лечения больных с деструктивным панкреатитом путем комбинированного применения диагностических, оперативных и консервативных мероприятий.

Материалы и методы. 439 пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Следует отметить, что все больные поступали в ВОКБ № 1 из ЦРБ или городских больниц после одного или нескольких оперативных вмешательств, при отсутствии положительной динамики или ухудшении состояния. Все пациенты относились к группе высокого риска возникновения послеоперационных осложнений. По сути, отделение гнойной хирургии ВОКБ № 1 (база кафедры госпитальной хирургии ВГМА) является центром экстренной панкреатологии. Для диагностики изменений процесса в динамике использовали ультразвуковое исследование (как правило, по дежурству), а затем компьютерную контрастную томографию (ККТ) для уточнения объема предстоящего оперативного вмешательства. ККТ применялась также при динамическом контроле лечения. При оперативных вмешательствах (оментобурсотомия, вскрытие параколитических флегмон, санация и дренирование), кроме традиционной некрсеквестрэктомии, использовали водоструйный скальпель и озонированные растворы (ОР). Кроме местного воздействия на очаги некроза, ОР использовали для санации брюшной полости, забрюшинного пространства, а также внутривенного введения.

Результаты. Общая летальность при деструктивном инфицированном панкреонекрозе составила в 2007–2012 гг. в среднем $21,8 \pm 3,6$ %. Летальность в 2012 г. снизилась до 13,4 % (11 умерших из 82 пациентов).

Выводы. 1. При деструктивных формах панкреонекроза, осложненного перитонитом, предпочтение отдается открытым оперативным вмешательствам с использованием озонированных растворов. 2. Ведущим методом динамической диагностики при деструктивном панкреонекрозе является компьютерная контрастная томография. 3. Принципиальным считаем активное воздействие на очаг некроза с целью ограничения распространения воспалительного процесса на забрюшинное пространство и брюшную полость. 4. Высокая эффективность результатов лечения при деструктивных формах панкреонекроза, осложненного перитонитом, достигается в специализированном центре.

Деструктивный панкреатит — внутренние и наружные дренирующие операции

РАЦИНСКИЙ С.М.^{1,2}, ТРЕТЬЯК С.И.¹, РАЦИНСКАЯ Н.Т.², БАРАНОВ Е.В.¹, БОЛЬШОВ А.В.¹

¹Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Цель исследования: до одной трети случаев острого панкреатита (ОП) и каждый десятый случай обострения хронического панкреатита (ХП) протекают по типу некротизирующего процесса (НП), который затрагивает ткань поджелудочной железы (ПЖ) и жировую ткань перипанкреатических клетчаточных пространств. Целью исследования было решение вопросов о характере и сроках оперативных вмешательств у этой группы больных.

Материалы и методы. За период 2002–2012 гг. на базе отделения хирургической гепатологии оперировано 88 пациентов, у которых имелись признаки ограниченного инфицированного НП в различные сроки с момента проявления ОП или обострения ХП. Проанализированы результаты лечения 49 больных, которым было выполнено наружное дренирование, и 39 пациентов, у которых после секвестрнекрэктомии выполнены различные виды внутренних дренирующих операций (панкреатоцистогастротомия — в 8 случаях и панкреатоцистоеюностомия — у 31 пациента). До операции протокол обследования включал УЗИ (в последнее время дополнен ЭУС), СКТ ОБП, МРТ-холангиографию. Оценка результатов хирургических вмешательств в обеих группах проведена с использованием русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2tm.

Результаты. В первой группе, состоящей из 49 больных, имели место симптомы некупирующейся полиорганной дисфункции (ПД), а размеры очагов некроза с наличием жидкостного компонента и секвестров были более 6 см. Однако сроки появления симптомов ПД и НП были менее 4–6 недель, а результаты исследований показывали отсутствие четко сформированной грануляционной капсулы. Всем пациентам выполнено наружное дренирование под контролем ультразвукового аппарата или во время лапаротомии. Эффективность этого вмешательства оценивалась по степени компенсации ПД в течение последующих 3 дней. У 8 пациентов потребовалось дополнительное дренирование очага НП под контролем ультразвукового аппарата. Летальный исход у 8,2 % больных наступил в связи с прогрессированием ГСО и полиорганной недостаточности. В отдаленном периоде у 51 % пациентов отмечены наружные панкреатические свищи, которые в различной мере снижали качество жизни пациентов, перенесших НП.

Основным отличительным признаком во второй группе было присутствие фиброзной оболочки, ограничивающей НП в срок заболевания, превышающий шесть недель. У всех пациентов, несмотря на проводимое лечение, сохранялся болевой синдром и были признаки кальцификации и фиброза ткани ПЖ. Очаг НП у 8 больных располагался в зоне перешейка и проксимальной трети ПЖ, сальниковой сумке. В этой группе больных после выполнения секвестрнекрэктомии из полости НП было произведено наложение панкреатоцистогастроанастомоза (ПЦГА) диаметром не менее 3 см. У 31 пациента очаг НП располагался в проекции тела либо хвоста ПЖ и прилежащих к ним отделам перипанкреатической клетчатки. В связи с зоной локализации НП после выполнения некрсеквестрэктомии было произведено наложение панкреатоцистоеюностомии (ПЦЭА) на петле по Ру. У всех наступило стойкое купирование болевого синдрома и улучшение показателей качества жизни, согласно данным анкеты опросника оценки качества жизни SF-36 v.2tm.

Выводы. При наличии НП с фиброзной оболочкой целесообразно выполнение некрсеквестрэктомии с последующим ПЦГА или ПЦЭА, вариант выполнения которой зависит от зоны локализации НП. Наружное дренирование целесообразно применять у пациентов с НП в сроки до 4–6 недель при наличии признаков ПД, что улучшает прогноз течения НП.

Опыт применения санационной видеолапароскопии при панкреатогенном перитоните

РИЗАЕВ К.С., ЭРМЕТОВ А.Т., ИСХАКОВ Б.Р., СОЛИЕВ Б.Э., ИСХАКОВ Н.Б.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты диагностики и лечения больных с панкреатогенным перитонитом, используя лапароскопическую технику.

Материалы и методы. За последние 12 лет нами в комплексное лечение 73 больных с деструктивным панкреатитом (ДП) была включена методика видеолапароскопической санации (ВЛС) брюшной полости + внутриаортальная антибактериальная терапия. У всех больных во время лапароскопии установлен ДП, в том числе у 32 — субтотальное поражение тела и хвостовой части поджелудочной железы (ПЖ) с крупноочаговым геморрагическим некрозом парапанкреальной клетчатки, у 17 — жировой некроз преимущественно головки и тела ПЖ с массивной инфильтрацией и имбибрицией гепатодуоденальной связки, паранефральной и параколической клетчаток, у 24 — мелкоочаговый и смешанный некроз тела и хвостовой части ПЖ с инфильтрацией и имбибрицией корня брыжейки поперечно-ободочной кишки и парапанкреальной клетчатки.



В процессе ВЛС 40 больным (первая группа) выполняли ряд вмешательств: аспирацию экссудата и санацию антисептиками, подведение дренажных трубок в количестве от 3 до 5 в отлогие места брюшной полости; новокаиновую блокаду корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, парапанкреальной клетчатки и круглой связки печени, санацию и дренирование сальниковой сумки (СС) (15), лапароскопическую холецистостомию при наличии билиарной гипертензии (5), лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) при деструкции желчного пузыря (7), ЛХЭ с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока (6), переход на лапаротомию и удаление некротизированных участков ПЖ (7).

У 33 больных (вторая группа) во время ВЛС устанавливали распространение панкреонекроза, осуществлялась активная аспирация ферментативного выпота, санация и дренирование отлогих мест брюшной полости для проведения перитонеального лаважа и, по показаниям, холецистостомию или ЛХЭ с декомпрессией билиарных протоков. При этом ни в одном случае не проводились активные вмешательства в зоне патологического процесса (вскрытие, дренирование и тампонирование СС, некрэктомию из ПЖ, забрюшинной клетчатки (ЗБК) и т.д.). Однократная ВЛС выполнена 14 пациентам, двухкратная — 6, трехкратная — 4, четырехкратная — 2.

Результаты. У больных первой группы (40) ВЛС и внутриаортальная катетерная терапия оказались эффективными и позволили добиться купирования воспалительного процесса у 33 (82,5 %) пациентов. У 7 (17,5 %) произошло инфицирование зон некроза ПЖ и ЗБК. Этим пациентам выполнялись традиционные открытые операции в программируемом режиме. Умерло после операции 6 (15 %) больных. У пациентов второй группы (33) мы не наблюдали прогрессирования панкреонекроза и забрюшинной секвестрации.

Следует отметить, что такая тактика оказалась эффективной у всех больных второй группы. Осложнений и летального исхода не отмечалось. По нашему мнению, такие результаты у больных второй группы связаны именно с минимальным объемом вмешательств в зоне некротических очагов ПЖ и ЗБК.

Заключение. Полученные результаты позволяют считать, что даже диагностированный при поступлении деструктивный панкреатит не всегда является показанием к неотложной операции. Применение передовой технологии — видеолапароскопической санации и базисной патогенетической терапии — приведет к реальному снижению летальности у больных этой тяжелой категории.

Эндогенная интоксикация при остром панкреатите

РУСИН В.И., ФИЛИП С.С., БОЛДИЖАР П.А., РУМЯНЦЕВ К.Е.

*Ужгородский национальный университет,
Ужгород, Украина*

Главным критерием эффективности лечения осложнений панкреатогенной токсемии при остром панкреатите (ОП) является их ликвидация в ходе проводимой терапии. Изолированно критерий выживаемости пациентов при ОП показателен для конечной оценки результатов лечения и мало подходит для оценки эффективности в динамике.

Цель исследования: определить характеристики основного звена токсемии, на которые необходимо направлять селективные детоксикационные возможности консервативных методов детоксикации в зависимости от тяжести протекания заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов исследований индексов интоксикации у 42 больных с ОП, которые находились на лечении в хирургической клинике ЗОКБ им. А. Новака г. Ужгорода.

Параметры токсикоза изучали с помощью лейкоцитарной формулы и расчетных индексов — ядерного (ЯИИ), гематологического (ГИИ) и лейкоцитарного индексов интоксикации (ЛИИ).

С помощью метода комплексной токсиметрии проводили исследование механизмов формирования и развития токсикоза.

Результаты. Наивысший уровень ЛИИ был установлен у больных с тяжелым ОП ($5,85 \pm 1,24$ ед.). Он достоверно отличается от показателей у больных легким панкреатитом — $2,10 \pm 0,54$ ед. Высокий уровень ЯИИ ($0,44 \pm 0,12$ ед.) отмечен у больных с легким ОП. Высокие показатели ГИИ наблюдаются у больных ОП с тяжелым течением ($6,68 \pm 1,30$ ед.).

Наивысшие показатели цитолитической активности плазмы крови наблюдались у больных с тяжелым ОП — $73,07 \pm 1,35$ %.

У больных с легким течением ОП токсичность альбуминовой токсиннесущей фракции была обусловлена преимущественным накоплением токсинов с размерами частиц 10–200 нм ($48,2 \pm 3,6$ %), а токсичность глобулиновой — размерами частиц более 200 нм ($31,4 \pm 1,9$). При тяжелом протекании ОП токсичность альбуминовой токсиннесущей фракции аналогично была обусловлена преимущественным накоплением токсинов с размерами частиц 10–200 нм ($62,1 \pm 7,4$ %), а токсичность глобулиновой — накоплением токсинов с размерами частиц более 200 нм ($42,68 \pm 5,50$ %).

У всех больных происходит накопление токсинов преимущественно на белковых токсиннесущих фракциях с размерами частиц 10–200 нм, которые слабо связаны с белковыми носителями, и токсинов с размерами больше 200 нм, которые имеют крепкую связь с токсиннесущими фракциями.

На основании полученных результатов можно выделить основные звенья токсемии, на которые необходимо целенаправленно направить консервативные и/или радикальные селективные методы детоксикации у больных ОП.

Выводы. Для консервативной детоксикационной терапии при легком ОП целесообразно применение методов фармакологической стимуляции процессов биотрансформации веществ в печени и поджелудочной железе, эвакуации кишечного содержимого, стимуляции фагоцитоза, иммуномодулирующей терапии, а у больных тяжелым панкреатитом лечение целесообразно дополнить интестинальным диализом, методом энтеральной и парентеральной водной нагрузки с форсированным диурезом. Для экстракорпоральной детоксикационной терапии у больных легким панкреатитом целесообразно применение методов гемосорбции, гемофильтрации, плазмафереза, а у больных тяжелым ОП, кроме перечисленных методов, — криоплазмафереза.

Особенности антибактериальной терапии у больных инфицированными формами острого панкреатита по данным бактериологического исследования

РЯЗАНОВ Д.Ю., АНТОНЕВИЧ В.Н., БОКОВА Е.Н.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

Высокая летальность при остром панкреатите (ОП) объясняется тяжестью его течения и высокой частотой развития локальных и системных осложнений. Наиболее значимым событием, определяющим неблагоприятный исход заболевания, является инфицирование участков поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, жидкостных скоплений. Знание результатов бактериологического исследования является важным фактором лечения больных инфицированными формами ОП.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 60 больных инфицированными формами ОП, которым выполнялось бактериологическое исследование с определением вида возбудителя и его чувствительности к антибактериальным препаратам.

Исследование микрофлоры выполняли на микробиологическом анализаторе VITEK 2 Compact 15 (Франция) с определением аэробных и анаэробных возбудителей. Спектр изучаемых антимикробных препаратов включал 33 препарата.

Результаты. Из 60 обследованных больных у 10 (16,7 %) возбудитель не идентифицировался. Из 50 (83,3 %) пациентов с установленным возбудителем в 37 (74,0 %) случаях отмечалась монокультура, а в 13 (26,0 %) — несколько колоний микроорганизмов. Патогенность микрофлоры колебалась от $10 \cdot 3$ до $10 \cdot 7$ КОЕ на тампоне.

Для каждого вида микроорганизма составлялся бактериологический паспорт с указанием чувствительности к антибиотикам, которая определялась как: «чувствительность», «умеренная устойчивость» и «резистентность». Анализ изучения чувствительности возбудителей показал, что у 13 (26,0 %) из 50 больных отмечали резистентность ко всем изучаемым антибактериальным препаратам.

У всех больных, которые получали антибактериальную терапию согласно результатам посева, наблюдалась положительная динамика объективного статуса: уменьшение болевого синдрома в области послеоперационной раны, восстановление перистальтики, нормализация температуры тела, уменьшение количества отделяемого по дренажам, улучшение показателей общего анализа крови и биохимических показателей.

С учетом результатов исследования предложены наиболее эффективные комбинированные схемы антибактериальной терапии:

- имипенем и линезолид (чувствительность — 78,4 %, с учетом резистентности флоры — 58,0 %);
- имипенем и тейкопланин или ванкомицин (чувствительность — 72,9 %, с учетом резистентности флоры — 54,0 %).

Выводы. У больных с инфицированными формами ОП отмечается значительное снижение чувствительности микрофлоры к препаратам фторхинолонового ряда, которая составляет около 25 %, а также высокая частота резистентности микрофлоры ко всем антибактериальным препаратам, достигающая 26 %.

В качестве эмпирической схемы антибактериальной терапии у больных ОП следует рекомендовать комбинацию препаратов, при которой чувствительность микрофлоры повышается до 78,4 %, а с учетом резистентности флоры — до 58,0 %.

Результаты лечения острого деструктивного панкреатита

СЕЙСЕМБАЕВ М.А., ЖАНТАЛИНОВА Н.А., КУАНЫШБЕКОВ А.С., КАДЫРБАЕВ Р.В., ИБЕКЕНОВ О.Т.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Введение. Острый деструктивный панкреатит (ОДП) является актуальной проблемой в ургентной хирургии. Общая летальность при ОДП достигает 40–70 %. Консервативное лечение в большинстве случаев дает положительный успех, и лишь 10–32 % больных подвергаются хирургическому лечению при прогрессировании и развитии гнойно-воспалительных осложнений.



Цель исследования: улучшить результаты лечения острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. Комплекс консервативной терапии включал инфузионно-трансфузионную терапию в режиме гемодилюции и форсированного диуреза, антибактериальную (комбинированную: цефалоспорины 3–4-го поколения + метрогил, фторхинолоны и антибиотики резерва), анальгетики, спазмолитики, антиоксидантную и иммуномодулирующую терапию. Для подавления секреторной активности нами был использован синтетический аналог соматостатина октреотида ацетат, который является сильнейшим ингибитором базальной и стимулированной секреции поджелудочной железы, желудка и тонкой кишки, регулятором активности процессов цитокиногенеза и спланхического кровотока, что наряду с цитопротективным эффектом препарата обуславливает его патогенетическое применение в лечении больных панкреонекрозом.

Проведен анализ результатов лечения 47 больных с ОДП, госпитализированных по экстренным показаниям. Средний возраст больных составил 46,4 года. Мужчин было 36 (76,6 %), женщин — 11 (23,4 %). Пациенты были разделены на 2 группы: 1-ю (основную) группу составили 23 больных, в комплексную терапию которых включили октреотид, и 2-ю (контрольную) группу — 24 больных, которые не получали октреотида. Октреотида ацетат использовали в суточной дозе 300–600 мкг/сутки при трехкратном подкожном или внутривенном введении. Длительность терапии занимала в основном 4–8 суток, но при прогрессировании деструктивного процесса лечение продолжили до 2 недель. В обеих группах для ликвидации энзимной токсинемии применяли контрикал в начальной дозе 200 000 АТрЕ с последующим введением по 100 000 АТрЕ через 8 часов. С целью снижения кислотности желудочного секрета в основной группе применили пантопразол (контролок) с болюсным введением 80 мг в/в и в последующем по 40 мг через 12 часов, в контрольной — Н₂-блокатор желудочной секреции (фамотидин) в дозе 20 мг 2 раза в сутки. Критериями эффективности явились снижение амилазы в крови, хирургические вмешательства, летальность.

Результаты. В момент поступления больных амилаза крови составляла от 396 до 2189 мкат/л. В процессе лечения нами выявлено снижение амилазы крови в 1,5 раза в основной группе начиная со 2-х суток, тогда как в контрольной группе снижение амилазы наблюдалось медленно, начиная с 4-х суток. Хирургическое вмешательство выполнено в основной группе у 6 пациентов (26,1 %). В этих случаях имело место развитие абсцесса сальниковой сумки (2), параколической флегмоны (3), гнойного перитонита (1). Умерло (8,7 %) 2 больных. В 1 случае сформировалась ложная киста сальниковой сумки. В 1 случае после операции сформировался свищ поперечно-ободочной кишки. В контрольной группе 9 пациентам выполнены хирургические вмешательства (37,5 %). Из них в 3 случаях имело место развитие гнойного перитонита, в 2 — гнойный оментобурсит, абсцесс сальниковой сумки и параколическая флегмона наблюдались в 4 случаях. Умерло 4 (16,7 %) пациента.

Выводы. Применение в комплексной консервативной терапии больных с ОДП октреотида и пантопразола (контролок) приводит к улучшению результатов лечения этой группы больных, снижая частоту хирургических вмешательств и летальность.

Комплексная профилактика острого послеоперационного панкреатита при хирургическом лечении инсулином поджелудочной железы

СЕМЕНОВ Д.Ю., ЧЕКМАСОВ Ю.С., ПОЛИГЛОТТОВ О.В., БОГДАНОВА Т.С., ДАНИЛИН В.Н., МАМСУРОВ М.Э., ЛАЗАРЕВА И.Д.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения России,

Санкт-Петербург, Россия

ФГБУ «Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова»,

Санкт-Петербург, Россия

Введение. Процент осложнений, возникающих после оперативного лечения инсулином поджелудочной железы, варьирует от 15 до 70 %. В структуре осложнений преобладает острый послеоперационный панкреатит, приводящий к формированию парапанкреатических жидкостных скоплений и наружных панкреатических свищей. В 25–50 % случаев выполняются повторные оперативные вмешательства. Летальность при послеоперационном панкреатите составляет 5–25 %.

Цель исследования: разработка комплекса профилактических мероприятий, направленного на предотвращение развития послеоперационного панкреатита у пациентов, оперированных по поводу инсулином поджелудочной железы.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и в ФЦ СКЭ им. В.А. Алмазова произведено 26 операций по поводу инсулином поджелудочной железы. Выполнялись традиционные и лапароскопические, в т.ч. роботассистированные энуклеации инсулином и дистальные резекции поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Пациенты разделены на 2 группы. Первую составили 10 пациентов, которым на дооперационном этапе выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с целью предотвращения спазма сфинктера Одди

и гипертензии панкреатических протоков в послеоперационном периоде. Через 5–7 суток после манипуляции пациенты оперированы. В данной группе выполнялось интраоперационное УЗИ с целью окончательной топической диагностики и оценки расположения инсулином относительно главного панкреатического протока и сосудов. Зона резекции обрабатывалась латексным тканевым клеем.

Во вторую группу вошли 16 пациентов, оперированных до введения комплекса профилактических мероприятий. Интраоперационное УЗИ в этой группе не выполнялось.

В обеих группах пациенты получали аналоги соматостатина в до-, интра- и послеоперационном периодах.

Результаты. В первой группе послеоперационный панкреатит возник у 4 (40 %) пациентов. В одном случае явления панкреатита были купированы на фоне консервативного лечения. В 2 наблюдениях сформировались панкреатические свищи, закрывшиеся самостоятельно в течение 3 недель. Одному из пациентов потребовалась чрескожная пункция острого жидкостного парапанкреатического скопления. Продолжительность послеоперационного койко-дня составила 17 ± 3 .

Во второй группе явления острого панкреатита отмечались у 10 (62,5 %) пациентов. В 5 случаях возникли острые жидкостные парапанкреатические скопления, потребовавшие чрескожных пункций, и в четырех случаях — дренирования. У 4 пациентов сформировались наружные панкреатические свищи. В одном случае свищ закрылся самостоятельно через 5 недель, в трех наблюдениях пациентам выполнялась ЭПСТ, сроки существования свищей варьировали от 6 до 15 недель. Один пациент неоднократно повторно оперирован в связи с развитием панкреонекроза. Продолжительность послеоперационного койко-дня — $39,5 \pm 7,0$.

Летальность в обеих группах составила 0 %.

Выводы. Применяемый комплексный подход позволяет уменьшить количество осложнений после операций на поджелудочной железе по поводу инсулином.

Малоинвазивные вмешательства в лечении острого деструктивного панкреатита

СЕМЕНОВ Д.Ю., РЕБРОВ А.А., ВАСИЛЬЕВ В.В., ПОЛИГЛОТТОВ О.В., СМОЛИНА Е.Н., МЕЛЬНИКОВ В.В., ПРИДАНЦЕВА О.В.

Кафедра общей хирургии с клиникой ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия

Лечение острого деструктивного панкреатита в настоящее время остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Среди обсуждаемых вопросов наиболее важными являются показания, сроки и выбор метода дренирующих операций при панкреонекрозе и его осложнениях.

Цель исследования: анализ результатов лечения больных с острым деструктивным панкреатитом с применением малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. За период 1994–2012 гг. в клинике находился 141 пациент с острым панкреатитом тяжелого течения, в лечении которых применялись малоинвазивные вмешательства: эндовидеохирургические, чрескожные и эндоскопические операции.

На ранних сроках заболевания основной целью вмешательств являлась санация и дренирование брюшной полости и ограниченных жидкостных скоплений забрюшинного пространства как метод хирургической детоксикации при неэффективности консервативной терапии. Лапароскопическое или чрескожное дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните выполнено 47 пациентам. Чрескожные пункционно-дренирующие операции по поводу ограниченных жидкостных скоплений забрюшинного пространства явились началом хирургического лечения у 94 больных. Выявление инфицированного панкреонекроза, парапанкреатических абсцессов, жидкостных скоплений больших размеров — показание к их чрескожному дренированию. Неэффективность чрескожного дренирования, наличие секвестров (36 пациентов) являлись показанием к люмбоскопическому вскрытию и дренированию сформированного очага деструкции забрюшинного пространства. При неэффективности малоинвазивных методик производились традиционные открытые вмешательства.

Результаты. Из 141 пациента с деструктивным панкреатитом малоинвазивное лечение оказалось эффективным у 126 (89,4 %) больных. У 15 (10,6 %) пациентов в связи с неэффективностью малоинвазивных методик выполнены традиционные открытые оперативные вмешательства (у большинства диагностирован инфицированный панкреонекроз, при котором адекватная санация и дренирование малоинвазивными методами не удалась). Из 141 погибли 6 (4,3 %) больных. Причиной смерти явилась полиорганная недостаточность, прогрессирующая интоксикация в различные сроки заболевания.

Заключение. Полученные результаты показывают предпочтительное использование малоинвазивных операций при лечении деструктивного панкреатита. Адекватная санация, дренирование патологических очагов в совокупности с низкой хирургической агрессией доступа при малоинвазивных вмешательствах обеспечивают преимущества в сравнении с результатами лечения традиционными способами.



Хирургическое лечение тяжелых форм острого панкреатита: критерии тяжести и прогноза

СИПЛИВЫЙ В.А., РОБАК В.И., ЕВТУШЕНКО А.В.
*Харьковский национальный медицинский университет,
Харьков, Украина*

Актуальность. На сегодняшний день хирургическое лечение тяжелых форм острого панкреатита (ОП) — это лечение его осложнений. Актуальным становится диагностика инфицирования очагов панкреонекроза (ПН) и поражения парапанкреатической клетчатки (ПК), прогнозирование течения заболевания.

Цель исследования: определение диагностических критериев характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, разработка индивидуализированного прогноза течения заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 125 больных с тяжелыми формами ОП. Инфицированный панкреонекроз (ИПН) диагностирован у 80 (64,0 %) больных, поражения ПК выявлены у 80 (64,0 %) больных. В послеоперационном периоде умерло 34 (27,2 %) больных. Больные распределены на две группы: 80 (64,0 %) больных с ИПН и 45 (36,0 %) больных со стерильным панкреонекрозом (СПН). В каждой группе выделены подгруппы с поражением и без поражения ЗК. В первой группе поражения ЗК обнаружено у 60 (75,0 %) больных, во второй — у 20 (44,4 %) больных.

При поступлении в стационар и в динамике раннего послеоперационного периода у больных исследована реакция периферической крови с определением 24 гематологических индексов интоксикации, один из которых — показатель интоксикации (ПИ), был предложен нами. Также в эти периоды оценена тяжесть состояния больных по шкале оценки острого сепсиса (Сипливый В.А., 2003).

Результаты. Для больных с ИПН по сравнению с больными СПН характерны более высокие значения ПИ, гематологического показателя интоксикации и лейкоцитарного индекса интоксикации ($p < 0,05$). При поражении ПК у больных со СПН выявлены более высокие значения индекса соотношения нейтрофилов/моноцитов ($p < 0,05$). У больных с ИПН с поражением и без поражения ПК в значениях гематологических индексов отличий не выявлено.

При оценке тяжести состояния больных обнаружено, что при тяжести состояния больного в предоперационном периоде более 13 баллов летальность в послеоперационном периоде составила 51,85 %, менее 13 — 19,44 %. При оценке состояния больного в раннем послеоперационном периоде более 16 баллов летальность составляла 70,59 %, менее 16 — 11,11 %.

Нами разработан способ прогнозирования течения заболевания в послеоперационном периоде с помощью ПИ: в предоперационном и раннем послеоперационном периодах у пациента рассчитывается ПИ. При увеличении ПИ на 2-е сутки послеоперационного периода по сравнению с предоперационным значением более чем на 2,1 прогнозируется неблагоприятное течение заболевания.

Выводы. 1. Показатели периферической крови являются объективными маркерами тяжести острого панкреатита. 2. Определение показателя интоксикации позволяет оценить уровень эндогенной интоксикации и состояние иммунореактивности организма у больных с тяжелыми формами острого панкреатита. Предложенный способ прогноза течения острого панкреатита предоставляет возможность индивидуализировать лечебную тактику в раннем послеоперационном периоде. 3. У больных с тяжелыми формами острого панкреатита сумма баллов по шкале острого сепсиса более 13 в предоперационном и более 16 в раннем послеоперационном периодах является прогностически неблагоприятным критерием течения заболевания.

Лечение и профилактика посттравматического панкреатита

СТАРОСЕК В.Н., БУТЫРСКИЙ А.Г., ГРИНЧЕСКУ А.Е.
*Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского,
Симферополь, Украина*

Цель исследования: поиск адекватной тактики лечения травм поджелудочной железы (ПЖ), позволяющей предупредить посттравматический панкреатит (ПТП) или редуцировать его тяжесть.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 88 историй болезни пациентов с различными повреждениями ПЖ: мужчин — 64 (72,7 %), женщин — 24 (27,3 %); возраст — 16–69 лет. Открытых повреждений было 67, закрытых — 21. Ранения ПЖ сочетались с повреждением других органов брюшной полости (селезенка, печень, желудок и др.) в 66,4 % случаев. По степени тяжести травмы ПЖ больные распределились следующим образом: I степень — 52 (59,1 %), II — 26 (29,5 %), III — 7 (8 %) и IV — 3 (3,4 %). С кровотечением в брюшную полость и в сальниковую сумку было 15 (17 %) пациентов, с забрюшинной гематомой — 41 (46,6 %).

Результаты. У больных с III–IV степенью повреждений ПЖ ПТП развился в 100 % случаев (9), а у больных с I–II степенью — в 47 % случаев (37). В 3,7 % случаев ПТП явился первым симптомокомплексом, позволившим заподозрить своевременно нераспознанную травму ПЖ.

Объем оперативных вмешательств при травме ПЖ определялся объемом поражения ткани ПЖ и сроком после травмы. При I–II степени тяжести (78) в срок до 12 часов после травмы мы выполняли оментопанкреопексию с холецистостомией (ОПП + ХЦС), свыше 12 часов этот объем дополняли абдоминализацией ПЖ (АПЖ) и дренированием сальниковой сумки (ДСС); при травме III степени (7) в срок до 12 часов объем расширяли за счет резекции зоны повреждения ПЖ (РПЖ) + 3 см от границы повреждения и ДСС, в срок после 12 часов — РПЖ + ОПП + АПЖ + ДСС + ХЦС; при травме IV степени (3) — панкреатоеюностомия (1), холецистопанкреатостомия (1), корпорокаудальная резекция ПЖ + спленэктомия (1). При огнестрельных ранениях ПЖ объем операции независимо от сроков травмы включает РПЖ + ХЦС + ДСС (15), при колото-резаных ранениях — ушивание ран + ОПП + ДСС (11)/дистальная резекция ПЖ (6).

Одним из путей улучшения результатов лечения больных с повреждениями ПЖ является активная профилактика ПТП — назначение антисекреторной (октрестатин), инфузионной и антибактериальной терапии (цефур) с момента выявления повреждения ПЖ. Среди пострадавших с травмами ПЖ воспалительно-деструктивные изменения отмечены у 46 больных, из которых исход в панкреонекроз отмечен у 30,4 % (14 человек). При этом у больных, получавших октрестатин, панкреонекроз отмечен у 5 из 26 пациентов (19,2 %), а у больных, не получавших октрестатин, — у 9 из 20 (45 %).

Летальность при ПТП составила 9 % (8) (шок — 1, внутрибрюшное кровотечение — 1, пневмония — 1, панкреатические свищи — 2, ТЭЛА — 1, СПОН — 2).

Выводы. 1. Хирургическое лечение ПТП следует проводить с учетом объема, степени травмы ПЖ и ее длительности. 2. Одним из путей улучшения результатов лечения больных с ПТП является ранняя операция и медикаментозная профилактика, проводить которую следует с момента выявления повреждения ПЖ.

Результаты лечения больных с острым тяжелым панкреатитом

СТАРОСТИН С.А., ЩЕЛКИН А.А., ДОВГУЛЕВ К.А., ЩЕВЕЛЕВ Е.Ю.

*Кафедра госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России,
Новосибирск, Россия*

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2», Новосибирск, Россия

На уровне приемного отделения все больные с острым панкреатитом делятся на 2 группы: больные с не-тяжелым острым панкреатитом и больные с тяжелым острым панкреатитом, морфологическим субстратом которого является распространенный панкреонекроз. Таких больных около 5 % от всех больных с панкреатитом. В основу первичной диагностики положены: клиническая картина, биохимические показатели (амилаза крови) и УЗИ брюшной полости. Для установления диагноза тяжелого острого панкреатита учитываются следующие критерии: клинические — перитонеальные симптомы, гемодинамика, тахикардия 120 в 1 мин, брадикардия менее 60 в 1 мин.

Снижение систолического АД менее 100 мм рт.ст., олигурия, энцефалопатия, в общем анализе крови: Hb — более 150, лейкоциты — более $14 \cdot 10^9$ /л, глюкоза — выше 10 ммоль/л, мочевины — выше 12 ммоль/л, на ЭКГ — выраженные метаболические нарушения миокарда. Наличие двух и более признаков из перечисленного позволяет выставить диагноз тяжелого острого панкреатита.

Лечение больных с острым тяжелым панкреатитом обязательно проводится в ОРИТ.

В комплекс консервативных мероприятий включены: аспирация желудочного содержимого, установка уретрального катетера (может быть использован для измерения внутрибрюшного давления), перидуральный блок на уровне Th7-9, спазмолитическая терапия, антисекреторная терапия (сандостатин 1200 мкг в сутки), коррекция водно-электролитных и белковых потерь, экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез, УДФ), антибактериальная терапия (фторхинолоны II–III поколения в сочетании с метронидазолом), нутритивная поддержка. Показанием к лапароскопии в первые сутки у больных с тяжелым острым панкреатитом считаем наличие перитонита, свободной жидкости в брюшной полости, неуверенность в диагнозе.

С третьей недели течения заболевания начинаем активный поиск гнойных осложнений (лабораторная диагностика: уровень фибриногена, С-реактивного белка, прокальцитонина; УЗИ не менее 3 раз в неделю, МСКТ).

Всего за три года (2010–2012 гг.) пролечено 685 больных с острым тяжелым панкреатитом, больных с острым тяжелым панкреатитом было 35: мужчин — 25, женщин — 10. Возраст — от 22 до 81, средний — 51,5 года.

В течение первых 2 недель по поводу прогрессирования основного заболевания прооперировано 6 больных. Выполнялось широкое вскрытие сальниковой сумки с установкой активных дренажей. По поводу гнойных осложнений позднее 2 недель прооперировано 10 человек.

Летальность составила 40 % (умерло 15 пациентов).

Выводы. Проблема лечения больных с острым тяжелым панкреатитом далека от разрешения, требует дальнейшего детального изучения.



Гиперпаратиреоз как причина острого деструктивного панкреатита

СТЯЖКИНА С.Н., ЛЕДНЕВА А.В., КОРОБЕЙНИКОВ В.И., ЧЕРНЫШОВА Т.Е.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Ижевск, Россия

Гиперпаратиреоз вызывает системные нарушения в организме и может быть причиной развития других серьезных заболеваний, например так называемый «метаболический» панкреатит. Причиной его может быть первичный гиперпаратиреоз, который сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что приводит к деструкции ацинарных клеток.

Приведем клинический пример. Пациентка О., 57 лет, находилась на стационарном лечении в Первой республиканской клинической больнице г. Ижевска в течение 25 койко-дней с диагнозом «аденома паращитовидной железы, первичный гиперпаратиреоз. Осложнение: обострение хронического рецидивирующего холецистопанкреатита, жировой асептический субтотальный панкреонекроз в послеоперационном периоде; вторичный остеопороз». Гормональный профиль: ТТГ — 1,42 мкМЕ/мл; ПТГ — 2179 пг/мл; свободный Т4 — 12,2 пмоль/л; кальций крови — 2,70 ммоль/л. Из заключения УЗИ известно, что в области правой доли щитовидной железы, частично загрудинно, располагается очаговое гипоэхогенное образование диаметром 2,5 см, с ровными четкими контурами. Пациентка была прооперирована: удаление аденомы паращитовидной железы. Правосторонняя гемитиреоидэктомия. Гистологическое заключение: узловой коллоидный зоб, светлоклеточная аденома паращитовидной железы.

На вторые сутки после оперативного лечения у пациентки появились жалобы на боли в области эпигастрия и правого подреберья. При физикальном обследовании — резкая болезненность в области правого подреберья и эпигастрия, пальпируемый инфильтрат в области эпигастрия и правого подреберья. Температура тела до 38 °С. По данным УЗИ: признаки острого калькулезного холецистита — гиперэхогенности до 10 мм в просвете, умеренное увеличение желчного пузыря, неравномерное утолщение его стенки до 5 мм, поджелудочная железа диффузно неоднородна, нормальных размеров, вирсунгов проток не расширен, в брюшной полости свободной жидкости не визуализируется. В общем анализе крови лейкоцитоза нет, амилаза крови в пределах нормальных значений. Больной проводилась комплексная консервативная терапия по поводу острого калькулезного холецистита, которая улучшения состояния не приносила, и через 48 часов больная взята в операционную. На операции: в брюшной полости до 200 мл светлой серозной жидкости; желчный пузырь немного увеличен в размерах, его стенки незначительно отечны, в просвете 2 конкремента до 1 см в диаметре. В области поджелудочной железы пальпируется плотный инфильтрат (от гепатодуоденальной связки до хвоста поджелудочной железы). Вскрыта сальниковая сумка — в ней обнаружено незначительное количество жидкости, отек железы, в области головки железы стеариновые бляшки. Выполнена холецистолитотомия, наложена холецистостома, санация, дренирование малой сальниковой сумки и брюшной полости. На фоне проводимого комплексного консервативного и выполненного оперативного лечения больная отмечала значительное улучшение общего состояния, уменьшение и исчезновение болевого синдрома. После заживления послеоперационных ран пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное долечивание, реабилитацию и диспансерное наблюдение у эндокринолога.

Заключение. Гиперпаратиреоз — это эндокринно-метаболическое заболевание, приводящее к системным изменениям организма. Нарушение обмена кальция при первичном гиперпаратиреозе может стать причиной серьезных осложнений со стороны поджелудочной железы, таких как панкреонекроз. Патогенез развития острого панкреатита на фоне гиперкальциемии до конца не изучен, а дифференциальная диагностика метаболического панкреатита достаточно сложна, часто диагноз выставляется во время оперативного вмешательства.

Роль клинических и биохимических показателей крови в сочетании с ультразвуковым исследованием в диагностике тяжести острого панкреатита

ТАММ Т.И., МАМОНТОВ И.Н., БАРДЮК А.Я., КРАМАРЕНКО К.А., НЕПОМНЯЩИЙ В.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель исследования: определение значимости клинических признаков заболевания, результатов клинического и биохимического анализа крови в сочетании с данными ультразвукового исследования (УЗИ) в определении тяжести острого панкреатита (ОП).

Материалы и методы. Проведен анализ 45 историй болезни больных ОП, госпитализированных не позднее 24 часов от начала заболевания. Больных нетяжелым ОП было 28 (62,2 %), тяжелым — 17 (37,8 %).

У каждого больного было изучено по 39 клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков, зафиксированных при поступлении. Диагностическую ценность каждого показателя определяли с помощью неоднородной последовательной процедуры Вальда — Генкина, вычисляя диагностический коэффициент и его общую информативность (I).

Результаты. Установлено, что в определении тяжести ОП наименьшей диагностической информативностью обладают клинические признаки ($I = 0,64$). Из них только у двух признаков: нарушение сознания ($I = 1,72$) и ЧСС ($I = 1,46$) отмечена высокая диагностическая информативность ($3,0 > I \geq 1,0$).

Из показателей клинического анализа крови высокой диагностической информативностью обладали: количество палочкоядерных нейтрофилов ($I = 2,28$); содержание гемоглобина ($I = 1,42$); показатель СОЭ ($I = 1,32$); количество сегментоядерных нейтрофилов ($I = 1,25$) и количество моноцитов ($I = 1,18$). Диагностическая информативность формулы крови была не высока ($I = 1,10$).

Среди биохимических показателей крови очень высокой диагностической информативностью ($I \geq 3,0$) обладает АЛТ ($I = 3,18$). Высокая диагностическая значимость установлена в отношении АСТ ($I = 2,75$); активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) ($I = 2,04$); содержания глюкозы ($I = 1,38$); содержания общего белка ($I = 1,14$); мочевины ($I = 1,07$). Диагностическая ценность биохимических показателей оказалась выше клинических ($I = 1,38$).

Более значимой диагностической ценностью в определении тяжести ОП ($I = 1,44$) обладают местные изменения в ПЖ и окружающих тканях, выявленные при УЗИ. Размеры тела ПЖ обладают очень высокой информативностью ($I = 3,66$). Высокая диагностическая значимость установлена для таких признаков: свободная жидкость в брюшной полости ($I = 2,12$), гиперпневматоз ($I = 1,52$), наличие жидкости в ретроколярном пространстве ($I = 1,51$), количество жидкостных скоплений ≥ 2 ($I = 1,00$).

Из наиболее информативных диагностических показателей был сформирован диагностический алгоритм диагностики тяжести ОП. К этим признакам относятся ультразвуковые показатели: размер тела ПЖ ≥ 43 мм, наличие жидкостных скоплений любой локализации (в свободной брюшной полости, сальниковой сумке или ретроколярно), гиперпневматоз; гематологические показатели: палочкоядерные нейтрофилы ≥ 16 %; биохимические показатели: АЛТ $\geq 0,87$ или АсТ $\geq 0,57$ мкмоль/ч · мл.

Наличие ≥ 2 признаков алгоритма позволяет с надежностью ≥ 95 % диагностировать тяжелую форму ОП, а их отсутствие указывает на нетяжелую. При выявлении одного признака тяжесть ОП не определена.

Выводы. Тяжесть ОП возможно определить, учитывая клинические проявления заболевания, результаты клинического и биохимического анализа крови, а также данные УЗИ, отражающие морфологические изменения ПЖ и окружающих тканей.

Результаты УЗИ являются наиболее информативными в определении тяжести ОП ($I = 1,44$) в сравнении с биохимическими показателями крови ($I = 1,38$), клиническим ее анализом ($I = 1,10$), а также клиникой болезни ($I = 0,64$).

Комплексное лечение инфицированного панкреонекроза

ТАТАРШАОВ М.Х., КАРАЕВ А.А., КУРМАНСЕИТОВА Л.И., ЭЛЬГАЙТАРОВ Э.В.

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, Черкесск, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В хирургическом отделении республиканской клинической больницы с 2005 по 2012 г. находилось на лечении 148 больных с острым деструктивным панкреатитом, из них 62 (42,2 %) — с инфицированным панкреонекрозом, из которых 38 (61,3 %) мужчин и 24 (38,7 %) женщины. Средний возраст составлял $43,1 \pm 1,1$ года. Всем больным проводили комплекс лабораторно-инструментальных диагностических исследований: УЗИ, КТ поджелудочной железы, забрюшинного пространства и плевральных полостей в динамике. Диагностические пункции под контролем УЗИ жидкостных скоплений в сальниковой сумке и плевральных полостей с бактериологическим исследованием, видеолапароскопия. Больные деструктивным панкреатитом госпитализировались в отделение реанимации и интенсивной терапии, где проводился комплекс лечебных мероприятий, направленных на купирование эндотоксикоза и полиорганной недостаточности, профилактику инфицирования панкреонекроза. Для купирования эндотоксикоза наряду с инфузионной терапией использовались методы эфферентной и экстракорпоральной детоксикации: гемо/ультрафильтрация, плазмаферез, УФОК крови. В зависимости от тяжести панкреонекроза и его инфицированности проводилась антибактериальная терапия: цефалоспорины 3–4-го поколения, карбапенемы, фторхинолоны, метрогил. Клиническая картина, данные динамической интегральной оценки состояния больного, признаки деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки по данным УЗИ и КТ, данные бактериологического исследования экссудата, полученного при пункции, позволяли подтвердить инфицированный характер деструктивного панкреатита. Пункция очаговых жидкостных скоплений под контролем УЗИ выполнена у 26 (41,9 %) больных, метод оказался эффективным у 7 (26,9 %) больных. При продолжающейся фазе секвестрации, обширных полостях с густым гнойным отделяемым метод пункции под контролем УЗИ оказался неэффективным. У 55 (88,7 %) пациентов выполнены открытые оперативные вмешательства. Способ дренирования и объем оперативного вмешательства определялись характером, глубиной и распространенностью деструктивного процесса в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. Закрытое дренирование выполнено у 6 больных, при продолжающейся секвестрации закрытое дренирование не использовалось. Полуоткрытый вид дренирования использовался у 9 больных при мелко- и среднеочаговом панкреонекрозе с преимущественным поражением тела и хвоста поджелудочной железы.



Открытый вид применен у 44 больных при инфицированном крупноочаговом панкреонекрозе, продолжающейся секвестрации поджелудочной железы. Первую программированную санацию выполняли на 4–6-е сутки. В зависимости от течения патологического процесса выполнялось от 4 до 10 программированных санаций. Показанием к завершению программированных вмешательств являлось завершение секвестрации, появление активной грануляции на поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Результаты. Общая летальность при остром деструктивном панкреатите составила 10,0 %, при инфицированном панкреонекрозе — 15,9 %.

Заключение. Применение комплексной и дифференцированной тактики лечения больных острым инфицированным панкреонекрозом позволило значительно снизить летальность у больных данной категории.

Опыт лечения острого панкреатита

ТИМЕРБУЛАТОВ М.В., СЕНДЕРОВИЧ Е.И., ЗИГАНШИН Т.М., САКАЕВ Э.М., МЕХТИЕВ Н.М., РАХИМОВ Р.Р., КАЗАКОВ Н.М., ПИЛТОЯН К.Х.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия

Актуальность. Острый панкреатит представляет собой одну из важных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии. Диагностика и лечение данной патологии остаются актуальными, несмотря на широкий спектр диагностических алгоритмов и арсенал лечебных процедур и вмешательств. Неудовлетворенность результатами диагностики и лечения тяжелых форм острого панкреатита заставляет искать новые пути решения проблемы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путем оценки эффективности применения лапароскопических операций и оптимизации лечебной тактики.

Материалы и методы. В 2007–2011 гг. был пролечен 821 больной с острым панкреатитом. Среди обследованных было 547 (66,6 %) мужчин и 274 (33,4 %) женщины, возраст колебался от 21 года до 87 лет. Преобладали лица молодой и средней возрастных групп. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 74,9 % пациентов.

Острый деструктивный панкреатит наблюдали у 85 (10,4 %) больных, все из которых были прооперированы. Мелкоочаговый панкреонекроз выявлен на УЗИ, КТ ОБП у 12 (14,1 %) больных, крупноочаговый — у 23 (27,1 %) больных тяжелым острым панкреатитом. Субтотальный или тотальный выявлен у 50 (58,8 %) больных. Среди форм панкреонекроза жировой и геморрагический преобладали над смешанным.

При выполнении хирургического пособия лапаротомию использовали в 58 (68,2 %) случаях, лапароскопический способ — в 31,8 %. Лапароскопическое дренирование брюшной полости выполнили 10 (11,7 %) больным, из них 3 пациентам в последующем выполнена санационная лапаротомия. Лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнено 17 (20,0 %) больным, из них в 4 случаях в последующем выполнена лапаротомия. Этапные санации сальниковой сумки проводили в среднем 3,4 раза, программные санационные релапаротомии — в 3,0.

Результаты. Панкреатогенный шок встречался у 15 % больных, летальность при этом достигала 56 %. Гнойные осложнения имели место у 35 % больных: гнойное некротическое расплавление поджелудочной железы — 84 %, гнойно-некротический парапанкреатит — 71 %, абсцесс сальниковой сумки — 49 %, гнойный разлитой перитонит — 18 %, сепсис — 12 %. Аррозийные кровотечения наблюдались у 20 % больных с панкреонекрозом.

Послеоперационная летальность — 27,2 %, при лапароскопических операциях — 2,4 %, при широких лапаротомиях — 24,8 %. Общая летальность составила 3,1 %.

Выводы. Применение лапароскопических методик на фоне комплексного лечения острого панкреатита снижает количество гнойных осложнений, улучшает результаты лечения по сравнению с традиционным методом лечения, способствует более ранней реабилитации больного.

Профилактика острого панкреатита у больных после выполнения ЭРХПГ

ТОЛСТОКОРОВ А.С., АЛЕКСАНДРОВ Д.А., САРКИСЯН З.О., СКОПЕЦ С.М., БЕЛЯКОВ Р.Ф.

**ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения России, Саратов, Россия
Областная клиническая больница, Саратов, Россия**

Тяжелым и наиболее распространенным осложнением чреспапиллярных эндоскопических вмешательств является острый панкреатит, развивающийся в 1–11 % наблюдений. Основными причинами этого осложнения являются травматичные манипуляции дистальной части канюли в просвете главного панкреатического протока и избыточное введение в протоковую систему поджелудочной железы контрастного вещества.

Был разработан метод профилактики острого панкреатита у больных после ЭРХПГ. Проведен анализ результатов ЭРХПГ, выполненной 385 пациентам. У 250 больных показанием к исследованию был холедохолитиаз с механической желтухой, у 135 — подозрение на холедохолитиаз.

Острый панкреатит развился у 25 (6,5 %) больных. Клинические признаки осложнения появились спустя 6–48 часов после вмешательства. У 6 (1,5 %) пациентов имела место отечная форма острого панкреатита, деструктивный панкреатит развился у 10 (2,6 %) больных, острый панкреатит в сочетании с кровотечением из папилло-сфинктеротомной раны выявлен у 4 (1,03 %) пациентов и у 5 (1,3 %) больных констатирован панкреатогенный шок.

Анализ результатов обследования показал, что у 26 (10,4 %) пациентов с механической желтухой и холедохолитиазом панкреатамилаза крови была повышена уже до эндоскопического вмешательства, 17 из них (6,8 %) выполнена ЭРХПГ с ПСТ, после исследования у всех этих больных развился острый панкреатит; у 9 больных при наличии вколоченного камня выполнялись ЭПСТ, ЭРХПГ и экстракция конкрементов. Ни у одного больного острый панкреатит не развился.

Из 135 больных с подозрением на холедохолитиаз у 10 (7,4 %) отмечалось повышение панкреатамилазы крови; у 8 из них после ЭРХПГ развился острый панкреатит, 2 больным выполнены ЭПТ и ЭРХПГ без развития осложнений.

Принимая во внимание вышеизложенное, у 25 пациентов с панкреатамлазой крови выше 50 ЕД/л эндоскопическое вмешательство начинали с папиллотомии с помощью игольчатого папиллотомы, в результате чего обнажались устья вирсунгова протока и общего желчного протока. После этого производили катетеризацию общего желчного протока и выполняли ЭРХПГ. Ни у одного из этих пациентов острый панкреатит не развился.

Современные подходы в лечении деструктивного панкреатита

ФАЯЗОВ Р.Р., ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., СИБАЕВ В.М., ТИМЕРБУЛАТОВ Ш.В., ГАРЕЕВ Р.Н., НГУЕН Х.К.

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Уфа, Россия

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных с деструктивным панкреатитом (ДП) путем коррекции интраабдоминальной гипертензии (ИАГ), ишемически-реперфузионного синдрома (ИРС), использования миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. Экспериментальная модель ИАГ и ИРС выполнена на 20 поросятах весом 10–12 кг путем создания карбоксиперитонеума в течение 4–6 часов. Первую группу (6 поросят) составили животные, которым интраабдоминальное давление (ИАД) поддерживалось в пределах 15–20 мм рт.ст., вторую (6) — 21–25 мм рт.ст., третью (8) — 26–30 мм рт.ст. Исследовали микроциркуляцию брюшины лазерным анализатором капиллярного кровотока ЛАКК-02, производили хемилюминесценцию плазмы крови, определяли показатели лактата крови. Клинический материал составили 137 больных с ДП. В I группу вошли больные, которым миниинвазивные технологии не применялись; больным II группы в лечении широко использовались миниинвазивные технологии; в III группе проводилась коррекция ИАГ и ИРС. Основным видом хирургического вмешательства в I группе была широкая лапаротомия, что отразилось в высоком проценте гнойных осложнений (до 66,6 %) и летальности (до 51 %).

В лечении ДП придерживались следующего алгоритма. В стадии панкреатогенного шока и асептического некроза проводилось консервативное лечение с использованием современных антиферментных, антибактериальных препаратов, нутритивной поддержки. Дренирующие операции и повышение ИАД в этих фазах являются факторами инфицирования. Повышение ИАД более 16–20 мм рт.ст. и показателей лактата крови говорило об отсутствии положительной динамики. Отсутствие положительной динамики в течение 1–3 суток при асептическом некрозе при прогрессировании панкреатогенного шока и ферментативного перитонита являлось показанием к диагностической лапароскопии, оментобурсоскопии, дренированию боковых каналов и малого таза и холецистостомии. Коррекция ИАГ проводилась путем стимуляции кишечника, декомпрессионного зондирования кишки, перидуральной анестезии, миелорелаксации с искусственной вентиляцией легких, антиоксидантной терапии, вплоть до выполнения декомпрессионной лапаротомии. При инфицированном ДП выполнялось хирургическое дренирование с учетом локализации инфицированных отделов. Признаками инфицирования являлись инфильтрат забрюшинной клетчатки (88 %), гипертермия (96 %), синдром кишечной недостаточности (63 %), ИАГ (28 %). Миниинвазивные вмешательства при флегмоне забрюшинной клетчатки выполнялись в сроки 2–3 недель при подтверждении лучевыми методами исследования.

Результаты. В I группе экспериментальных животных показатели микроциркуляции брюшины снизились в среднем на 18 %, во II — на 26 %, в III — на 41 %. В норме уровень лактата составил $2,6 \pm 0,3$ ммоль/л. В первой группе уровень лактата составил $2,9 \pm 0,3$ ммоль/л, после устранения ИАГ — $3,10 \pm 0,23$ ммоль/л, во II — $3,70 \pm 0,44$ ммоль/л и $5,30 \pm 0,71$ ммоль/л, в III — $7,8 \pm 0,6$ ммоль/л и $12,20 \pm 0,73$ ммоль/л соответственно. Светосумма свечения, характеризующая способность липидов окисляться при ИАГ, повышалась в 1,5 раза. Комплексный подход в лечении позволил сократить частоту развития инфицирования ДП с 62 % в I и II клинических группах до 45 % в III группе, летальность — с 43 до 28,9 % соответственно.



Выводы. ИАГ приводит к ишемическому и реперфузионному повреждению поджелудочной железы и при отсутствии в комплексном лечении мероприятий, направленных на коррекцию данного синдрома, может явиться пусковым механизмом в развитии инфицирования ДП и полиорганной недостаточности. Коррекция ИАГ и ИРС позволила улучшить результаты лечения больных с ДП, снизить частоту случаев инфицированности и летальность до 28,9 %.

Выбор метода лечения больных с инфицированным панкреонекрозом

ФЕДОРОВСКИЙ В.В.

**ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 34»,
Новосибирск, Россия**

Введение. В связи с высокой летальностью выбор оптимальной тактики при инфицированном панкреонекрозе играет решающую роль. Необходимо оперировать до развития СПОН, при этом объем операции должен быть максимально полным и минимально инвазивным. В настоящее время появились варианты малоинвазивного лечения — чрескожные, чрезбрюшинные, эндоскопические, гибридные и др. Эти методы требуют специального оборудования и обученных специалистов. Однако большая часть больных поступает не в специализированные учреждения, а в обычные городские и районные больницы.

Цель исследования: выяснить оптимальный метод лечения больных с инфицированным панкреонекрозом в условиях больницы скорой помощи.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 61 больного с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом (забрюшинной флегмоной). Всем больным выполнялись лапаротомия, некрсеквестрэктомия, затем по методу завершения операции и дальнейшей тактики ведения больные разделены на 3 группы. Традиционным методом считалась некрсеквестрэктомия с тампонированием и релапаротомией «по требованию», открытым — оставление оментобурсостомы с этапными некрсеквестрэктомиями, закрытым — ушивание раны наглухо после некрсеквестрэктомии и установки дренажей для постоянного промывания. Открытый метод применен у 16 больных, традиционный — у 31 больного, закрытый (постоянный послеоперационный лаваж) — у 14 больных.

Результаты. При открытом методе после тщательной первоначальной некрсеквестрэктомии в дальнейшем потребовалось от 1 до 7 повторных. В среднем количество повторных некрсеквестрэктомий составило $2,88 \pm 1,40$. В этой группе умерло 2 (11,11 %) человека. В группе оперированных традиционным методом в среднем выполнялись $2,00 \pm 0,85$ релапаротомии «по требованию», летальность — 61,5 %. В группе больных, оперированных закрытым методом, летальность была 27,27 %.

Наиболее частые осложнения: свищ двенадцатиперстной кишки, свищи тонкой и толстой кишки, свищ поджелудочной железы, кровотечение. Эти осложнения отмечены у 17 (54,8 %) больных при традиционном методе, у 11 (68,75 %) — при открытом, у 5 (35,71 %) — при закрытом.

Высокая летальность связана с тем, что многие больные поступали в стационар с уже развившимся синдромом полиорганной недостаточности, у других этот синдром развился в связи с затянутым консервативным лечением.

Выводы. При лечении инфицированного панкреонекроза наименьшая летальность отмечена при открытом методе, наибольшая — при традиционном. Наибольшее количество осложнений — при открытом методе и наименьшее — при закрытом. Открытый метод позволяет контролировать процесс в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке при этапных некрсеквестрэктомиях и на перевязках, не требует специального дорогостоящего оборудования. В связи с этим открытый метод представляется более эффективным в условиях больницы скорой помощи.

Обоснование малоинвазивных и открытых оперативных вмешательств в лечении панкреонекроза

ФЕЛЕШТИНСКИЙ Я.П., БОНДАРЕНКО Н.Д., БОНДАРЕНКО А.Н., ПАРАЦИЙ З.З.

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика,
Киев, Украина**

Поиск новых подходов к лечению острого панкреатита остается актуальным, так как смертность при этом заболевании составляет 7–15 %, а при осложненном панкреонекрозе достигает 70 %. По данным литературы, каждый 5-й случай острого панкреатита заканчивается тяжелой формой, которая требует радикального лечения. В связи с этим дифференцированный подход к выбору метода лечения в зависимости от тяжести острого панкреатита будет способствовать улучшению результатов лечения.

Цель работы: улучшение результатов лечения острого панкреатита.

Материалы и методы. В клинике хирургии и проктологии НМАПО им. П.Л. Шупика в 2009–2013 гг. на лечении по поводу острого панкреатита находилось 382 больных. Возраст — от 18 до 76 лет. Мужчин было 197 (51,5 %), женщин — 185 (48,5 %). В зависимости от тяжести острого панкреатита соответственно международной классификации, принятой в Атланте, больные распределены на 2 группы.

Первую группу с легкой степенью тяжести составили 206 (54,0 %) больных. Им проводилась консервативная терапия, включая обезболивающие, антисекреторные и антибактериальные препараты по общепринятой методике лечения.

Вторую группу с тяжелым панкреатитом составили 176 (46,1 %) больных. В зависимости от выраженности осложнений они были разделены на две подгруппы. В группе 2а (72 (18,9 %) больных) проводилась консервативная терапия, включая карбапенемы. В результате у всех больных этой группы наблюдалось скопление жидкости в сальниковой сумке, что потребовало дренирования сальниковой сумки и брюшной полости под УЗ-контролем.

В группу 2б с тяжелой формой острого панкреатита было включено 104 (27,3 %) больных с клиникой некроза железы с инфицированием, нагноением парапанкреатических кист, парапанкреатической флегмоной и другими осложнениями. Из них у 18 пациентов были выявлены локальные секвестры в поджелудочной железе (по данным КТ) без парапанкреатита и забрюшинных осложнений, которым произведена лапароскопия с удалением секвестров. Несмотря на проведенное оперативное вмешательство, 5 пациентам потребовались лапаротомия с некрэксеквестректомией, дренированием забрюшинного пространства. Остальным 88 (23,1 %) больным выполнены открытые оперативные вмешательства на поджелудочной железе с секвестректомией, люмботомией и бурсостомией.

Результаты. В результате проведенного комплексного лечения у больных групп 1 и 2а летальности не было. Применение малоинвазивных технологий на фоне адекватной консервативной терапии позволило избежать открытых оперативных вмешательств, снизить количество осложнений, сократить пребывание пациентов в стационаре. В группе 2б среди 88 больных благодаря использованию в комплексном лечении малоинвазивных вмешательств выздоровело 75 человек, умерло 13 (7,38 %) из 176 прооперированных больных.

Выводы. Дифференцированный подход к малоинвазивным и открытым оперативным вмешательствам в комплексном лечении острого панкреатита с учетом степени тяжести больного позволяет улучшить результат лечения, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и летальность. Диагностическая ценность лапароскопического исследования остается методом выбора при тяжелых случаях панкреатита.

К вопросу о патогенезе тяжелых форм острого панкреатита

ФИРСОВА В.Г., ПАРШИКОВ В.В., БУГРОВА М.Л., ЯКОВЛЕВА Е.И.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Нижний Новгород, Россия
Городская больница № 35, Нижний Новгород, Россия

Проблемам диагностики и лечения тяжелых форм острого панкреатита (ОП) уделяется большое внимание, но до настоящего времени патогенетическая терапия не разработана. Экспериментальными работами было продемонстрировано существование различных механизмов смерти клетки, реализующихся при ОП, — собственно некроза, апоптоза, программированного некроза, аутофагического типа клеточной гибели. Их роль в клиническом течении заболевания, влияние на его тяжесть пока остаются неясными.

Цель исследования: изучение ультраструктурных изменений в поджелудочной железе при различных клинических вариантах ОП.

Материалы и методы. В исследование включили 13 пациентов с острым панкреатитом тяжелого течения, находившихся на лечении в ГБУЗ НО «Городская больница № 35» г. Нижнего Новгорода в период 2010–2013 гг. Развитие полиорганной недостаточности (ПОН) в первые сутки болезни наблюдали у 9 больных. Летальный исход заболевания был в 11 случаях, в том числе в 8 — в течение 1–2 недель заболевания при явлениях прогрессирующей ПОН и в 3 — в поздние сроки от гнойно-септических осложнений. Образцы для морфологического исследования забирали во время операции в разные фазы заболевания и при аутопсии. Интраоперационную биопсию выполняли иглой 18G SPRING CUT STERILAB с изменяемой длиной биопсийного окна 4–14 мм. Для электронно-микроскопического анализа приготовление препаратов проводили по стандартной методике (Саркисов Д.С. и соавт., 1996). Материал просматривали на трансмиссионном микроскопе Morgagni 268D.

Результаты. Исследование ультраструктуры поджелудочной железы в случае тяжелого панкреатита с быстрым развитием и прогрессированием ПОН, ранним летальным исходом выявило изменения панкреатоцитов, характерные для некроза клетки: вакуолизацию или уплотнение цитоплазмы, отек и пикноз ядер, набухание и редукцию органелл. У больного без явлений ПОН при поступлении при сроке заболевания менее 12 часов в биоптатах преобладали панкреатоциты в целом с сохранной структурой. Ацинарные клетки находились в разных фазах секреторного цикла, содержали 1 или 2 ядра с хорошо выраженным ядрышком. Гранулярный



эндоплазматический ретикулум был представлен близко расположенными цистернами. Комплекс Гольджи был активным, митохондрии имели плотный матрикс. В апикальной части клеток наблюдали значительное количество зимогенных гранул, эпителий межацинарных протоков имел сохранную ультраструктуру. Признаки дистрофии обнаруживали лишь в единичных клетках. На 4-е сутки болезни у этого же пациента в большинстве клеток хроматин конденсировался в периферической зоне ядра, ядерная мембрана была сморщена, то есть имелись признаки начинающегося апоптоза. В нескольких полях зрения отмечался некроз, в интерстиции — единичные нейтрофилы. В повторных биоптатах на 15-е сутки ни «сохранных» панкреатоцитов, ни находящихся в состоянии апоптоза не было. Преобладал некроз клеток. Через 2,5 месяца от начала заболевания большинство ацинарных клеток были еще значительно изменены, некоторые некротизированы. В ряде клеток наблюдали сохранение определенной активности.

Выводы. В клинических условиях в развитии ОП реализуется не только некроз клеток поджелудочной железы, но и апоптоз. Превалирование того или иного механизма имеет связь с тяжестью болезни, при этом может происходить смена одного типа клеточной смерти на другой. Разработка способов влияния на взаимную регуляцию некроза и апоптоза может явиться одной из терапевтических мишеней терапии тяжелого панкреатита.

Острые панкреатогенные жидкостные образования: хирургическая тактика и возможности консервативного ведения

ФИРСОВА В.Г., ПАРШИКОВ В.В., ГРАДУСОВ В.П.

Городская больница № 35, Нижний Новгород, Россия

Формирование жидкостных структур наблюдается в 15–40 % случаев некротического панкреатита. Тактика ведения пациентов остается спорной ввиду риска развития внутрибрюшных осложнений и особенностей хирургического лечения на фоне незавершенного некротического процесса.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения и консервативного ведения больных с острыми панкреатогенными жидкостными образованиями.

Материалы и методы. 72 пациента с панкреатогенными жидкостными образованиями, находившиеся на лечении в больнице № 35 г. Н. Новгорода в 2003–2013 гг. Критерий включения — менее 6 месяцев от развития панкреонекроза. Локализация жидкостных структур: в головке — в 9 случаях, в теле — в 3, в хвосте — в 12, в проекции нескольких отделов поджелудочной железы — в 8, в сальниковой сумке — в 25, экстрапанкреатически — в 15. Размеры варьировали в пределах от 3 x 3,5 до 20 x 25 см. Показания к операции: абсцедирование, сохраняющийся болевой синдром при большом объеме жидкостного скопления, механическая желтуха. Дренирование осуществляли под контролем УЗИ по В.Г. Ившину с установкой двух катетеров различного диаметра типа pigtail. При визуализации секвестров предпочитали открытые методы. В остальных случаях больные велись консервативно с УЗИ-контролем 1 раз в 7 дней в стационаре и каждые 2–3 недели амбулаторно. КТ с контрастированием повторно выполняли при персистировании жидкостной структуры более 2 месяцев. В ходе наблюдения оценивали жалобы, диаметр вирсунгова протока и структуру поджелудочной железы, динамику размеров жидкостного образования, воспалительных изменений в общем анализе крови и уровня амилаземии.

Результаты. Операции выполнены 40 (55,5 %) пациентам. Дренирование под УЗИ-контролем осуществлено 22 больным, для 10 из них оно явилось окончательным видом хирургического пособия. В 6 случаях потребовалось повторное открытое вмешательство в связи с секвестрацией и продолжающимся гнойным процессом, в 1 — развился рецидив после удаления дренажа. У 3 лиц сформировались наружные панкреатические свищи, они были оперированы отсроченно. Продолжили лечение в других стационарах 2 человека. Летальный исход — 1, от прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне тяжелой сопутствующей патологии. Первично открытое дренирование было выполнено в 15 случаях, при этом в 10 случаях операция была завершена тампонированием, а в 5 — установкой двухпросветного катетера большого диаметра. Умерло 2 пациента, 1 — на фоне массивного парапанкреатита с формированием кишечных свищей, 1 — от ТЭЛА. Не оперированы 32 человека. У 17 отмечалась регрессия жидкостного образования в результате консервативного лечения. В 1 случае имело место опорожнение последнего в брюшную полость с развитием асцит-перитонита. У 3 лиц жидкостные структуры персистировали и сформировались псевдокисты. Продолжают оставаться под наблюдением в связи с небольшим сроком от начала заболевания 2 человека. Оказались недоступны для контроля после выписки из стационара 9 пациентов.

Заключение. Формирование ограниченных жидкостных скоплений следует рассматривать как относительно благоприятный вариант течения деструктивного панкреатита. Они требуют хирургического лечения лишь в половине случаев. Пункционное дренирование под УЗИ-контролем оказывается окончательным методом оперативного пособия у 45 % больных. Консервативное ведение ряда пациентов с данной патологией оправданно и достаточно безопасно при условии активного врачебного наблюдения. Большая часть жидкостных образований регрессирует, а вероятность развития осложнений небольшая.

Оценка клинической эффективности санации сальниковой сумки в лечении инфицированного панкреонекроза

ХАКИМОВ М.Ш., АДЫЛХОДЖАЕВ А.А., ХОЛМАТОВ Ш.Т., УСАРОВ Т.А., ИМАМОВ А.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: микробиологическая оценка эффективности санации сальниковой сумки (СС) электролизным водным раствором (ЭВР) гипохлорита натрия в комплексном лечении инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. Анализированы результаты микробиологических исследований, проведенных у 76 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. В контрольной группе (58 больных) проводилась традиционная санация СС, в основной (18 случаев) — по предложенному нами способу.

Традиционный лаваж заключался в лаваже СС 0,02% раствором фурацилина. Предложенный нами способ санации заключался в лаваже СС 0,1% ЭВР гипохлорита натрия.

Результаты. Для оценки эффективности санации СС нами проанализирована динамика изменений микробной контаминации в обеих группах. При традиционной санации СС отмечался рост аэробов, которые были представлены эпидермальным и золотистым стафилококками, кишечной и синегнойной палочками, клебсиеллами, протеем. Анаэробный спектр микроорганизмов был представлен *Pr.melaninogenica* и *B.fragilis*. Исходная концентрация аэробов — $8,5 \pm 0,7$ Ig КОЕ/мл, анаэробов — $8,1 \pm 0,9$ Ig КОЕ/мл. На фоне проводимой санации СС происходило уменьшение микробной контаминации. На 1-е сутки концентрация аэробов снизилась до $7,9 \pm 0,6$ Ig КОЕ/мл, анаэробов — до $7,7 \pm 0,7$ Ig КОЕ/мл, на 5-е сутки концентрация аэробных микроорганизмов уменьшилась до $6,1 \pm 0,5$ Ig КОЕ/мл, анаэробов — до $6,3 \pm 0,5$ Ig КОЕ/мл. Минимальный уровень микробной контаминации отделяемого из СС достигнут на 11-е сутки, когда уровень аэробов снизился до $3,4 \pm 0,3$ Ig КОЕ/мл, а анаэробов — до $3,9 \pm 0,4$ Ig КОЕ/мл. С 15-х суток и далее росту подвергалась лишь аэробная микрофлора, которая была в основном представлена эпидермальным стафилококком и бациллами.

В 22 (37,9 %) наблюдениях отмечалось закупоривание просвета дренажей, что требовало проведения дополнительных манипуляций, это повышало риск развития послеоперационных осложнений.

В основной группе исходная концентрация бактерий и их спектр особо не отличались от контроля. Исходная концентрация аэробов — $8,6 \pm 0,6$ Ig КОЕ/мл, анаэробов — $8,0 \pm 0,7$ Ig КОЕ/мл. На фоне проводимой санации СС ЭВР гипохлорита натрия отмечалось резкое уменьшение концентрации анаэробных бактерий. На 1-е сутки концентрация аэробов снизилась до $7,2 \pm 0,6$ Ig КОЕ/мл, а анаэробов — до $6,1 \pm 0,5$ Ig КОЕ/мл, на 5-е сутки концентрация аэробов достигла $4,8 \pm 0,4$ Ig КОЕ/мл, анаэробов — $3,0 \pm 0,3$ Ig КОЕ/мл. Уже к 7-м суткам удалось достичь минимального уровня роста аэробных бактерий. На 9-е сутки высевались бациллы и эпидермальным стафилококк.

Ни в одном случае в послеоперационном периоде закупоривание дренажей не отмечено.

Выводы. При использовании ЭВР гипохлорита натрия отмечается значительное снижение микробной загрязненности СС, что обусловлено высоким бактерицидным эффектом данного антисептика. Санация СС ЭВР гипохлорита натрия благодаря фибринолитическому свойству способствует лизису детрита и предупреждает закупорку просвета дренажей.

Оценка эффективности прогнозирования течения заболевания в лечении острого панкреатита

ХАКИМОВ М.Ш., ХОЛМАТОВ Ш.Т., АДЫЛХОДЖАЕВ А.А., УСАРОВ Т.А., ДАВЛАТОВ У.Х.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Целью исследования явилась оценка эффективности прогнозирования течения заболевания для адекватного подхода в выборе лечебной тактики.

Разработан способ прогнозирования течения ОП, включающий три группы клинико-лабораторных показателей.

Первая группа — основные клинические признаки, частота встречаемости которых превышает 70 %: боль в эпигастриальной области; повышение диастазы крови; многократная рвота, не приносящая облегчение.

Вторая группа — дополнительные клинические признаки (встречаемость от 20 до 70 %): погрешности в питании, прием жирной, острой пищи; прием алкоголя; наличие ЖКБ в анамнезе; билирубинемия выше 30 мкмоль/л при отсутствии ЖКБ; жидкий стул; ригидная передняя брюшная стенка; лейкоцитоз свыше $15 \cdot 10^9$ /л.

Третья группа — возможные клинические признаки (встречаемость менее 20 %): бледность, мраморность, цианоз кожных покровов; беспокойство, возбуждение или заторможенность; частота дыхательных движений более 25 в минуту; ЧСС более 120 или менее 60; систолическое АД ниже 100 мм рт.ст.; гипергликемия свыше 10 ммоль/л при отсутствии сахарного диабета; гипопропротеинемия ниже 50 г/л; гематокрит свыше 45 % или фибриноген более 6 г/л; вздутие живота; отсутствие пульсации брюшной аорты.

Наличие только основных признаков или сочетание основных признаков с двумя дополнительными признаками прогнозирует легкое течение ОП; при наличии трех и более дополнительных или сочетании основных и дополнительных признаков хотя бы с одним возможным признаком прогнозируется тяжелое течение ОП.



Преимуществом предлагаемого способа является удобство в применении, не требуется проведение сложных специальных математических расчетов, высокая вероятность адекватного прогнозирования течения заболевания.

Результаты. Эффективность данного способа оценки тяжести течения ОП оценена у 268 больных. В зависимости от тяжести состояния пациентов определялся объем лечебных мероприятий согласно принятым стандартам.

Все больные были распределены на две группы. Первая группа — 153 больных, которым оценка тяжести состояния при поступлении не проводилась. Этим пациентам назначался общепринятый комплекс лечебных мероприятий. Вторую группу составили 115 пациентов, которым при поступлении оценивали тяжесть течения заболевания и в зависимости от этого выбирали тот или иной комплекс лечебных мероприятий. Оценка клинической эффективности разработанной системы проведена на основании анализа частоты выполненных оперативных вмешательств и летальности.

В первой группе операции были выполнены в 13 (8,5 %) случаях, летальность составила 5,2 % (8 случаев). Дифференцированный подход к выбору метода лечения в зависимости от прогнозирования тяжести заболевания позволил снизить частоту оперативных вмешательств до 5,2 % (6 наблюдений), а летальность снизилась до 3,5 % (4 пациента).

Заключение. Дифференцированный подход к выбору метода лечения в зависимости от прогнозирования тяжести заболевания позволяет улучшить результаты лечения ОП.

Хирургическая тактика при остром билиогенном панкреатите

ХАЛЬЗОВ В.Л., ЕРШОВ К.Г.

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 11», Новосибирск, Россия

Острый билиогенный панкреатит — одна из наиболее тяжелых форм заболевания. Он сопровождается большим числом осложнений и высокой летальностью. Принятая до 2002 года тактика раннего хирургического лечения (операция в первые сутки) себя не оправдала из-за высокой послеоперационной летальности — 17,3 %.

Цель исследования: оценить активно-выжидательную тактику в хирургическом лечении острого билиогенного панкреатита.

Материалы и методы. С 2002 по 2012 г. в клинике пролечено 468 пациентов с острым билиогенным панкреатитом. Возраст — от 34 до 89 лет.

Критерии включения: наличие ЖКБ, высокий уровень ферментов ПЖ, наличие УЗИ и/или МРТ-признаков поражения ПЖ.

Все больные госпитализировались в ОРИТ. После комплекса интенсивной терапии и стихания явлений панкреатита выполняли оперативное вмешательство (не ранее 2 недель).

Результаты. Показания к экстренной и срочной операции: признаки деструкции желчного пузыря, нарастание желтухи, перитонит, вклиненный конкремент терминального отдела холедоха (всего 54 пациента). Летальность — 8 (14,8 %).

В отсроченном порядке были оперированы 414 больных. Выполняли холецистэктомию из мини-доступа по М.И. Прудкову, ревизию желчных путей — холедохоскопом, холедохостомию — по показаниям. Летальность составила 12 (2,89 %).

Использование холедохоскопа позволило с высокой степенью уверенности санировать желчное дерево, оценить проходимость БДС, сохранить сфинктерный аппарат.

Заключение. Операция в отсроченном порядке при билиогенном панкреатите достоверно позволяет снизить летальность, более широко использовать малоинвазивные технологии.

Острый тяжелый панкреатит: сберегающая хирургия в лечении его исходов

*ХУБУТИЯ М.Ш.¹, РОГАЛЬ М.Л.¹, ЛОТОВ А.Н.¹, ЕРМОЛОВ А.С.¹, БУГАЕВ С.А.¹, ДЖАГРАЕВ К.Р.¹,
КАРАХАНОВА Г.В.¹, ПАВЛИКОВА Е.Ю.¹, ЗАВОДНОВ В.Я.², ЧЖАО А.В.³*

¹Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

*²ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия*

*³ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России,
Москва, Россия*

Наиболее частым исходом острого тяжелого панкреатита (ОТП) или его рецидивов являются кисты поджелудочной железы и стриктуры панкреатического протока. Минимально инвазивные методики под ультразвуковым (УЗИ), эндоскопическим (РПХГ) и рентгенотелевизионным (РТВ) контролем находят все более широкое

применение в лечении исхода панкреатического некроза. Важен тот факт, что они успешны при связи кист с панкреатическим протоком и купировании болевого синдрома при протоковой гипертензии.

Цель исследования: определить стратегию сберегающей хирургии при кистах поджелудочной железы и стриктурах панкреатического протока.

Материалы и методы. В период 1985–2012 гг. сберегающие технологии применены нами у 213 больных с кистами ПЖ и у 9 пациентов со стриктурами панкреатического протока. Методика одномоментного наложения чрескожной чрезгастральной цистогастростомы применена в 126 наблюдениях, а цистодуоденостомы — у 2 пациентов. Чрезгастральное наружное дренирование и, при сохранении связи с панкреатическим протоком, перевод во внутреннюю стому в «холодном периоде» выполнено у 84 пациентов.

Результаты. Осложнения в виде нагноения кист в 5 наблюдениях и кровоизлияние в полость кисты в 1 наблюдении были устранены установкой дополнительного дренажа. В начале освоения методики второе фиксирующее кольцо сформировалось перед передней стенкой желудка, что потребовало выполнения лапаротомии. Сегодняшний опыт и высокие технологии скорее всего исключили бы лапаротомию.

За последние 2 года стойкой ликвидации панкреатической гипертензии и болевого синдрома добились у 7 больных. В одном наблюдении произошла миграция стента, но проблема успешно была решена редренированием, а в одном наблюдении потребовалось применение методики «рандеву», в виде чрескожного и эндоскопического стентирования.

Заключение. Следует подчеркнуть, что при ретроспективном анализе все осложнения пришлось на кисты со сроком формирования до 3 месяцев, когда при УЗИ определялись в просвете неоднородные массы. Подобные, «несформированные» кисты служат показанием к двухэтапному лечению (I — трансгастральное дренирование, II — цистогастростома).

MPT с магнитно-резонансной панкреатикохолангиографией с высокой вероятностью определяет наличие постнекротических стриктур панкреатического протока и/или большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Стратегическим направлением в данной ситуации является устранение панкреатической гипертензии. Правомочно говорить об эффективности сберегающих технологий в лечении больных с осложнениями ОТП, когда многопрофильное специализированное лечебное учреждение имеет в арсенале все типы минимально инвазивных технологий и в полном объеме ими владеет.

Диагностика и профилактика легочных осложнений у больных острым панкреатитом

ЧУКЛИН С.Н.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Проведена оценка особенностей течения легочных осложнений при различных формах острого панкреатита (ОП). Легочные осложнения первично диагностированы у 63 (23,6 %) из 267 больных ОП. Доказано, что в возникновении дыхательной дисфункции основную роль играют цитокины, хемокины и молекулы адгезии. Отмечено, что при развитии острого повреждения легких в крови значительно увеличивается концентрация ИЛ-18, ИЛ-8, ИЛ-1 β .

Уровень ИЛ-18 больше 650 пг/мл является хорошим показателем для прогнозирования возникновения легочной дисфункции.

При проведении ультрасонографического исследования определено, что наличие жидкости в парапанкреатических зонах, сальниковой сумке и в брюшной полости достоверно коррелирует с наличием легочных осложнений у больных ОП.

Результаты спирометрии показали, что у больных ОП уже в начале заболевания появляются респираторные расстройства в мелких дыхательных путях, без клинических и радиологических изменений. При проведении корреляционного анализа Pearson наблюдали отрицательную корреляцию между тяжестью заболевания и параметрами спирометрии, такими как форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за первую секунду, средняя объемная скорость на участке от 25 до 75 % объема ФЖЕЛ (СОС 25–75). В модели линейной регрессии для определения независимых параметров только СОС 25–75 была классифицирована как независимый фактор.

Выраженная гипоксемия ($PaO_2 < 65$ мм рт.ст.) способствует развитию легочных осложнений и может быть фактором развития пульмональной дисфункции. Чувствительность определения тяжелой гипоксемии в отношении к развитию легочной патологии составляет 57 %, специфичность — 96 %. Базальная гипоксемия является достоверным фактором риска смерти при тяжелом ОП, что подтверждено логистическим регрессионным анализом. Результаты стратификационного анализа показали, что $pH < 7,35$ достоверно ассоциируется со смертностью при тяжелом ОП.

При проведении прямого логистического регрессионного анализа идентифицировано, что уровни глюкозы и креатинина являются независимыми факторами в предвидении развития респираторной патологии. Когда эти два показателя были проанализированы в шаговом обратном логистическом регрессионном анализе, то оказалось, что они также являются независимыми факторами для предвидения легочных осложнений у больных



ОП. При предельном параметре креатинина больше 170 мкМ/л чувствительность показателя составляла 57 %, а специфичность — 84 %. В то же время, если уровень креатинина превышал 110 мкМ/л, то чувствительность показателя в отношении к определению риска летальности от легочных осложнений равнялась 71 %, а специфичность — 70 %.

Ввиду сложных патогенетических процессов, которые возникают при легочных осложнениях у больных острым панкреатитом, для профилактики легочных повреждений применены препараты, которые ингибируют или блокируют продукцию разнообразных медиаторов воспаления, — N-ацетилцистеин в дозе 1200 мг/сутки и дексаметазон в дозе 16 мг/сутки внутривенно. Это уменьшало частоту легочных осложнений. Спирометрическое обследование определило, что послеоперационные легочные осложнения чаще возникали при obstructивных легочных нарушениях. Высокий остаточный объем перед операцией оказался важнейшим фактором предвидения развития послеоперационных бронхолегочных осложнений, в первую очередь пневмонии.

Согласно коэффициенту вероятности, наилучшим для прогнозирования и диагностики послеоперационной пневмонии у больных с ОП является определение в бронхоальвеолярной жидкости эритрофагов или эритрофагоцитов в сочетании с пневмоцитами II типа. По механизму действия антибиотиком выбора в лечении пневмонии у больных ОП является левофлоксацин.

Внедрение патогенетического лечения значительно уменьшило количество легочных осложнений у больных ОП.

Ожирение ухудшает тяжесть острого панкреатита

ЧУКЛИН С.Н., ШАВАРОВА М.И.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Проведен анализ литературных данных о связи острого панкреатита с ожирением.

С 1980 года количество людей с ожирением в мире увеличилось более чем вдвое. Приблизительно 1,4 миллиарда взрослых людей имеют избыточный вес и более 500 миллионов страдают ожирением.

Ожирение является фактором риска многих хронических заболеваний, включая гипертонию и диабет. Ученые только недавно стали понимать связь между ожирением и острыми заболеваниями, в том числе панкреатитом.

Анализ многочисленных медицинских исследований (метаанализ) показывает, что у пациентов с ожирением в 4 раза чаще наблюдаются местные осложнения острого панкреатита, чем у пациентов с обычным весом. У тучных пациентов в два раза чаще диагностируются тяжелые осложнения острого панкреатита, которые приводят к смерти.

Тяжесть протекания острого панкреатита у больных с ожирением может быть обусловлена несколькими причинами: 1) у пациентов с ожирением происходит повышенное накопление жира внутри и вокруг поджелудочной железы, что является наиболее частой зоной некроза; 2) нарушение функции печени, связанное с ожирением, усиливает системный воспалительный ответ вследствие нарушения обезвреживания медиаторов воспаления; 3) нарушение вентиляции/перфузии приводит к гипоксии и снижению кровотока в поджелудочной железе, что способствует дальнейшему повреждению органа.

У тучных пациентов имеется большое количество жировых клеток, в том числе в поджелудочной железе. В условиях острого воспаления некоторые из этих жировых клеток разрушаются и их содержимое попадает в окружающие ткани. Эти жировые клетки содержат большое количество соединений, известных как ненасыщенные жирные кислоты. Ненасыщенные жирные кислоты обладают способностью убивать клетки поджелудочной железы, а также повреждать легкие и почки. Это объясняет более быстрый темп панкреонекроза у пациентов с ожирением.

Исследователи считают, что ожирение связано с состоянием хронического воспаления, что способствует активации иммунной системы. Это приводит к повышенному синтезу адипокинов. Влияние на синтез адипокинов может быть важным инструментом для снижения риска тяжелых осложнений у тучных пациентов с острым панкреатитом.

Особенности оксидативного стресса и его коррекции в комплексном лечении больных острым панкреатитом

ЧУКЛИН С.Н.

Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

В основе работы лежат результаты проспективного обследования и лечения 305 больных острым панкреатитом (легким — 124, тяжелым — 181).

Проведена оценка особенностей оксидативного стресса при различных формах острого панкреатита (ОП). Доказано, что в патогенезе ОП важную роль имеет дисбаланс в уровнях про- и антиоксидантов, в частности малонового диальдегида (МДА), пероксидов, миелопероксидазы (МПО), конечных продуктов окисления белков (AOPP), аскорбиновой кислоты (АК), восстановленного глутатиона (GSH), глутатионпероксидазы.

Определено, что высокий уровень прооксидативных факторов, снижение общей антиоксидантной емкости, в частности восстановленного глутатиона и аскорбиновой кислоты, у больных ОП является важным фактором в возникновении органной и полиорганной дисфункции и может приводить к повышению летальности при остром некротическом панкреатите. Чем ниже коэффициент антиоксидантной защиты (КАОЗ), тем более вероятно возникновение летального исхода при некротическом панкреатите.

Степень гипергликемии существенно зависела от уровня МДА, АОРР, пероксидов и МПО; концентрация креатинина достоверно положительно коррелировала с уровнем МДА и АОРР, а билирубина — с МДА.

Параллельно было определено, что уровень общей антиоксидантной защиты достоверно обратно коррелировал с концентрацией глюкозы в крови, креатинина и С-реактивного белка. Определена четкая обратная корреляционная связь между КАОЗ и концентрацией глюкозы и СРП.

Недостаток аскорбиновой кислоты достоверно обратно коррелировал с концентрацией глюкозы в сыворотке крови. Недостаточное количество АК у больных ОП достоверно коррелировало с низким уровнем глутатиона в эритроцитах периферической крови.

Проведение корреляционного анализа показало, что существует достоверная обратная зависимость между концентрацией глюкозы в крови и уровнем GSH в эритроцитах, а также концентрацией креатинина и СРБ. Только восстановленный глутатион был единственным компонентом про- и антиоксидантных систем, который достоверно коррелировал с активностью амилазы в сыворотке крови больных некротическим ОП.

Недостаточность антиокислительных механизмов и количество прооксидантов четко коррелирует с показателями интенсивности воспалительного процесса, в частности с повышением С-реактивного белка и количества гранулоцитов, увеличением лейкоцитарного индекса интоксикации и уменьшением количества лимфоцитов в периферической крови. Использование высоких доз аскорбиновой кислоты и N-ацетилцистеина позволяет снизить частоту инфицирования панкреонекроза, необходимость в операционных вмешательствах и послеоперационную летальность у пациентов с острым некротическим панкреатитом. Назначение антиоксидантной терапии приводило к улучшению лабораторных показателей: снижались маркеры прооксидантной активности, улучшалась антиоксидантная защита. Применение антиоксидантов привело также к значительному уменьшению воспалительного процесса.

При проведении обследований было отмечено, что нарушения в деятельности ЦНС у больных острым панкреатитом существенно коррелируют с недостаточной мощностью антиоксидантных систем, в первую очередь с недостатком глутатиона. Обоснована целесообразность включения в комплекс лечения пациентов с панкреатической энцефалопатией этилметилгидроксипиридина сукцината.

Глутатионовая недостаточность у больных острым панкреатитом часто сопровождается и печеночной дисфункцией. Доказана эффективность назначения таким больным адеметионина, что значительно быстрее нормализует функцию печени.

У больных острым панкреатитом в патогенезе заболевания ведущую роль играет дисбаланс про- и антиоксидантов, что приводит к выраженному оксидативному стрессу с самого начала патологического процесса. Своевременная мощная антиоксидантная терапия в комплексном лечении этих больных позволяет улучшить результаты лечения за счет коррекции органной дисфункции, снижения процента инфицирования очагов панкреонекроза, что позволяет снизить летальность.

Сосудистые изменения и пролонгированная внутриартериальная терапия в лечении больных острым некротическим панкреатитом

ЧУКЛИН С.Н.

**Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого,
Львов, Украина**

Оценены результаты обследований и лечения 347 больных острым некротическим панкреатитом.

Отмечены повышенные средние показатели пиковой систолической скорости кровотока и индекса резистентности у больных острым панкреатитом в общей печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артериях. В режиме энергетического картирования интрапаренхиматозные сосуды в поджелудочной железе в начале острого некротического панкреатита чаще не визуализировались.

При компьютерной и магнитно-резонансной томография при остром некротическом панкреатите наблюдались следующие сосудистые нарушения: васкулит, развитие псевдоаневризмы, флеботромбоз или окклюзия вены. Отмечено снижение перфузии поджелудочной железы при остром некротическом панкреатите.

При проведении ангиографии наблюдались легкие, умеренные и тяжелые ишемические изменения. Тяжесть панкреатита коррелировала с тяжестью ангиографических изменений.

Доказано, что оксидативный стресс, повышенный синтез провоспалительных цитокинов, активация системы комплемента и повышенный синтез эндотелина-1 (ЭТ-1) являются основными причинами возникновения эндотелиальной дисфункции и спазма сосудов при остром некротическом панкреатите.



Была отмечена существенная прямая корреляционная зависимость между изменениями кровотока в общей печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артериях и уровнем интерлейкинов, молекул адгезии, показателями оксидативного стресса, С3а-компонента комплемента, ЭТ-1 у больных острым панкреатитом.

Проведена оценка результатов внутриартериальной регионарной терапии у 88 больных острым некротическим панкреатитом. Группой сравнения были 188 больных, которым проводилась внутривенная терапия.

Катетеризация чревного ствола проведена у 26 больных, верхней брыжеечной артерии — у 62. Продолжительность внутриартериальной терапии — от 12 до 14 суток.

При внутриартериальном лечении существенно уменьшилось инфицирование некрозов поджелудочной железы и парапанкреатических некротических очагов. При этом инфицированный процесс был значительно ограничен. При инфузии в верхнюю брыжеечную артерию инфицирование панкреонекроза возникало реже, чем при введении препаратов в брюшной ствол. При раннем начале регионарной терапии (первые 72 часа) инфицирование панкреонекроза отмечено у меньшего числа больных.

Потребность в хирургических вмешательствах была значительно меньше при внутриартериальной терапии. При этом минимальными вмешательствами удалось ограничиться у значительно большей части больных. Удалось существенно лучше скорректировать легочную, печеночную, метаболическую дисфункцию и синдром полиорганной дисфункции. Значительно быстрее удавалось уменьшить уровень креатинина и концентрацию глюкозы в сыворотке крови. Ускорялась ликвидация воспалительного процесса — существенно уменьшался С-реактивный белок.

При внутриартериальной терапии существенно уменьшилось в крови содержание провоспалительных интерлейкинов — ИЛ-6 и ИЛ-18, С3а-компонента комплемента, молекул адгезии — ICAM-1 и E-селектина, ЭТ-1, пероксидов и конечных продуктов окисления белков (AOPP). Все показатели при этом были существенно ниже данных группы сравнения, а концентрации ИЛ-18, С3а, ICAM-1, ЭТ-1 и AOPP достигли значений показателей здоровых лиц. Это отражалось и в положительной ангиографической картине.

Внутриартериальная терапия позволила достоверно снизить общую летальность, особенно если начиналась в первые трое суток, но не послеоперационную.

Клинические модели панкреонекроза в выборе оптимальной лечебной тактики

ШАБУНИН А.В., ЛУКИН А.Ю., ШИКОВ Д.В.

Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова,

Москва, Россия

*Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО «Российская государственная медицинская академия
последипломного образования» Министерства здравоохранения России,*

Москва, Россия

Введение. Проанализированы результаты лечения 489 больных панкреонекрозом (2006–2012 гг.). Применялась комплексная консервативная терапия (ККТ), у 350 больных использовано хирургическое лечение (ХЛ). Для диагностики применяли УЗИ, динамическую КТ.

Материалы и методы. 77 больных — выявлено достоверное соответствие результатов КТ с болюсным контрастированием, интраоперационных находок, морфологических изменений при гистологическом исследовании биопсийного материала (55 больных — забор материала интраоперационно; 22 пациента — при патологоанатомическом исследовании). В ПЖ, жировой клетчатке, оцененной при КТ > 25 ед.Н, интраоперационно жизнеспособной при гистологическом исследовании отмечалась воспалительная инфильтрация; 15–25 ед.Н — инфильтрат, гистологически-воспалительная инфильтрация, очаги жирового некроза, микроциркуляторный тромбоз; 0–15 ед.Н — некроз, секвестрация, преобладание жидкостного компонента. Основные критерии, характеризующие панкреонекроз: объем, локализация некроза ПЖ; характер, распространенность экстрапанкреатического патологического процесса. Эти критерии определяют закономерность развития заболевания, предоставляют возможность моделирования, прогнозирования осложнений, выработки оптимальной лечебной тактики.

Результаты. Разработаны клинико-морфологические модели панкреонекроза.

Модель-1: V-некроза ПЖ < 30 % или не определяется, парапанкреатический инфильтрат, жидкостное скопление.

Модель-2: V-некроза ПЖ 30–50 % в дистальных отделах, парапанкреатический инфильтрат по левому типу.

Модель-3: V-некроза ПЖ 30–50 % в проксимальных отделах, парапанкреатический инфильтрат по правому типу.

Модель-4: V-некроза ПЖ 30–50 % и более с разобщением проксимальных и дистальных отделов, парапанкреатический инфильтрат по правому, центральному, левому типам.

Модель-1 — 177 больных, у 139 пациентов заболевание купировано применением ККТ; в 38 случаях — единичные жидкостные скопления V > 50 мл, применен пункционно-дренирующий способ (ПДС).

Модель-2 — 153 больных. У 51 пациента применен ПДС; в 57 случаях V-некроза ПЖ 30–50 %. Изменения в ЗК соответствовали инфильтрату. Отсутствие эффекта от ККТ, признаки инфицирования служили показанием для полостного способа (ПС). У 45 пациентов ПДС на фоне ККТ не имел эффекта — использован этапный способ (ЭС).

Модель-3 выявлена у 89 больных. В 19 случаях заболевание купировано применением ПДС, у 70 больных использован ЭС. Модель-4 — 70 больных. Применен ЭС. Использование ПДС в качестве I этапа способствовало стабилизации состояния больного, ограничению процесса, проведению ПС в поздние сроки. Специфические послеоперационные осложнения: ПДС (n = 108) — 7 (6,5 %); ПС (n = 57) — 3 (5,3 %); ЭС — 15 (8,1 %); всего (n = 350) — 25 (7,1 %). Наибольшее количество осложнений отмечено при использовании ЭС (чаще применялся у пациентов с моделью-3, моделью-4 при распространенных некротических, инфильтративных изменениях). Показатели летальности зависят от вариантов моделирования: модель-1 (n = 177) — 4 (2,3 %); модель-2 (n = 153) — 18 (11,8 %); модель-3 (n = 89) — 25 (28,1 %); модель-4 (n = 70) — 22 (31,4 %); всего (n = 489) — 69 (14,1 %). Наибольшие показатели летальности — модель-3 и модель-4.

Заключение. Тактика лечения больных панкреонекрозом определяется локализацией и распространенностью патологических изменений в ЗК, зависит от объема, локализации некроза ПЖ. Моделирование панкреонекроза с использованием динамической КТ позволяет осуществить выбор оптимального способа лечения, прогнозировать результаты лечения, снизить частоту осложнений, летальных исходов.

Стентирование главного панкреатического протока в лечении острого панкреатита, возникшего после эндоскопических транспапиллярных вмешательств

ШАПОВАЛЬЯНЦ С.Г., БУДЗИНСКИЙ С.А., ФЕДОРОВ Е.Д., МЫЛЬНИКОВ А.Г., КОТИЕВА А.Ю.

Городская клиническая больница № 31, Москва, Россия

Кафедра госпитальной хирургии № 2 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова»

Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

*НИЛ хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии,
Москва, Россия*

Общеизвестно, что одним из самых грозных и часто встречающихся осложнений эндоскопических ретроградных транспапиллярных вмешательств является развитие острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП). В последние годы стентирование главного панкреатического протока (ГПП) нашло широкое применение в качестве профилактики развития ОПМП. В то же время выполнение панкреатического стентирования в качестве лечения развившегося осложнения остается дискуссионным и не до конца решенным в хирургических кругах вопросом.

Цель исследования: ретроспективно оценить результаты эндоскопического ретроградного стентирования главного панкреатического протока (ГПП) в лечении ОПМП.

Материалы и методы. С 01.01.2009 по 01.01.2013 в нашей клинике было выполнено 1948 ретроградных эндоскопических вмешательств. В 59 случаях у пациентов с высоким риском развития ОПМП было выполнено профилактическое панкреатическое стентирование. При этом ОП не развился ни в одном из наблюдений. Помимо этого, еще в 26 (1,33 %) случаях ОПМП развился у пациентов, у которых оснований для профилактического стентирования во время вмешательства, по нашему мнению, не было. Женщин было 24 (92,3 %), мужчин — 2 (7,7 %). Средний возраст — $57,9 \pm 14,8$ года. Показанием к первичным эндоскопическим вмешательствам во всех наблюдениях явилась механическая желтуха, причиной которой были папиллостеноз (14), холедохолитиаз (9), интраампулярное образование БДС (2) и рестеноз после ранее выполненной ЭПСТ (1).

Острый панкреатит развился после изолированной ЭПСТ в 13 (50 %) случаях, после ЭПСТ с последующей литоэкстракцией — в 8 (30,8 %), после ЭПСТ с дополнительной ВТ — в 3 (11,5 %), а также после баллонной папиллодилатации с литоэкстракцией и неудачной попытки ЭРХПГ — по 1 (3,9 %) случаю.

Результаты. Выполнить стентирование ГПП предполагалось в 21 наблюдении. Это удалось в 19 (90,5 %) случаях, что привело к выздоровлению пациентов. Панкреатические стенты были удалены через 5–12 суток после их установки. Осложнений панкреатического стентирования выявлено не было. При этом средний срок госпитализации составил $11,8 \pm 3,7$ койко-дня.

В остальных 7 (26,9 %) наблюдениях (в том числе в 2 случаях у больных с неудачной попыткой панкреатического стентирования) пациентам проводилась консервативная терапия. Летальность в этой группе больных составила 28,6 % (2 из 7). Средний срок госпитализации — $23,8 \pm 7,5$ койко-дня.

Заключение. Эндоскопическое стентирование ГПП у пациентов с ОПМП технически выполнимо в 90,5 % случаев. При этом панкреатическое стентирование является эффективным компонентом лечения — во всех наблюдениях после успешного выполнения стентирования ГПП пациенты выздоровели. Осложнений и летальных исходов не было. В то же время в группе больных, которым панкреатическое стентирование выполнено не было либо не удалось, летальность составила 28,6 %, а срок госпитализации был выше в 2 раза.



Особенности хирургических вмешательств при остром деструктивном панкреатите у больных пожилого и старческого возраста

ШЕВЧУК И.М., КУЗЕНКО Р.Т.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина

Актуальность. Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) у людей пожилого и старческого возраста в странах Западной Европы и США составляет 11–23 на 100 тыс. населения, летальность достигает 42 %. Нельзя с уверенностью утверждать об окончательно выработанной хирургической тактике лечения этого контингента больных, что свидетельствует об актуальности проблемы, необходимости поисков новых и усовершенствования существующих подходов к лечению.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения при остром деструктивном панкреатите у пациентов пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 57 больных пожилого и старческого возраста с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), которые находились в хирургическом отделении Ивано-Франковской областной клинической больницы с 2007 по 2013 г. Среди них 37 (64,9 %) мужчин, 20 (35 %) женщин, средний возраст — $69,0 \pm 1,3$ года. Согласно классификации ОП Атланта (1992) с дополнениями рабочей группы (2007) асептический ОДП имели 26 (45,6 %), инфицированный ОДП — 21 (36,8 %), острые жидкостные образования — 10 (17,5 %) больных.

Результаты. Из 57 больных только миниинвазивные вмешательства применены у 36 (63 %) пациентов. Лапароскопические вмешательства выполнены у 22 (38,5 %) больных, из них у 17 это был окончательный метод лечения. У 10 (17,5 %) больных с острыми жидкостными скоплениями выполнены пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем, из них у 7 это был окончательный метод лечения. Сочетание миниинвазивных методов (лапароскопия, изолированная люмботомия, чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства) использовали у 6 (16,6 %) из 36 больных. После миниинвазивных вмешательств умерли 6 (16,6 %) из 36 больных. Основная причина смерти — декомпенсация тяжелых сопутствующих заболеваний.

Открытые вмешательства, преимущественно на 14–19-е сутки, выполнены у 21 (36,8 %), из них после миниинвазивных вмешательств — у 3 больных. Основным показанием к лапаротомии считали гнойно-септические осложнения, которые не могли быть ликвидированы миниинвазивными методиками. После лапаротомий умерли 8 (38 %) больных из 21. Основная причина смерти — тяжелый сепсис с полиорганной недостаточностью.

У 5 больных выполнили катетеризацию брюшного ствола аорты для проведения внутриаортально-го введения лекарств с помощью инфузомата длительностью до 5–6 суток. У этих больных на 3-и — 4-е сутки наблюдали значительное улучшение клинических данных и биохимических показателей крови. Применение комбинированной внутриаортальной инфузии способствовало уменьшению развития числа гнойно-септических осложнений благодаря созданию высоких концентраций препаратов в зоне поражения.

Выводы. Применение преимущественно миниинвазивных вмешательств позволяет оптимизировать хирургическую тактику лечения больных острым деструктивным панкреатитом у лиц пожилого и старческого возраста. При применении миниинвазивных вмешательств летальность составила 16,6 %, при открытых вмешательствах — 38 %.

Ранние операции при тяжелом остром панкреатите

ШТОФИН С.Г., АНИЩЕНКО В.В., ШТОФИН Г.С., ВАСИЛЬЕВА О.И.

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

Подавляющее большинство больных острым панкреатитом не нуждается в хирургических вмешательствах. В 5–7 % острый панкреатит уже в ранние сроки имеет прогрессивное течение, ведущее к летальности в 50–60 %. Нами разработан метод хирургического лечения тяжелого панкреатита, основанного на декомпрессии паренхимы поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки и временном протезировании дренажной функции регионарного коллектора лимфатической системы сорбционными дренажами или гипертоническими средами. Во время операции обнажается передняя поверхность поджелудочной железы. Вся толща ее, включая забрюшинную клетчатку, многократно перфорируется специальным устройством (патент РФ № 2173565) или множеством тонких инъекционных игл, после чего на ее поверхность укладываются 1–3 сорбционных дренажа, состоящих из углеродминерального или иного сорбента в целлюлозной оболочке (патент РФ № 2168948) или гипертонической среды. При этом не выполняется «абдоминализация» поджелудочной железы, не разрушается связь лимфатических сосудов между железой и забрюшинным пространством, вследствие чего не образуется скоплений лимфы в забрюшинном пространстве и их инфицирование. Тяжесть состояния пациентов по шкале Ranson: тяжелое — 42 %, очень тяжелое — 58 %. Тяжесть состояния по APACHE II составила 11,7 балла, КТ-индекс тяжести по Balthazar — $8,6 \pm 0,4$ балла, показатели содержания СРБ — $241,4 \pm 49,3$ мг/мл.

Продолжительность нахождения в отделении реанимации — $18,6 \pm 3,6$ суток. Мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД) и расчет абдоминального перфузионного давления (АПД) проводили 60 пациентам. На момент поступления внутрибрюшная гипертензия зарегистрирована у 35 пациентов — $11,7 \pm 2,7$ мм рт.ст., синдром интраабдоминальной гипертензии (СИАГ) зарегистрирован у 28 пациентов (ВБД $25,0 \pm 6,7$ мм рт.ст.) с максимальным клиническим эффектом на 3-и — 5-е сутки от начала заболевания. Выполнение лапаротомии, бурсостомии приводило к клинически значимому снижению уровня ВБД до $12,0 \pm 8,1$ мм рт.ст. За 10 лет оперированы 147 пациентов в возрасте от 32 до 78 лет. До 12 часов с начала заболевания оперированы 17 (11,5 %), что было связано с ошибками диагностики. Остальные 130 (88,5 %) пациентов оперированы в сроки от 12 до 48 (медиана — 36) часов от начала заболевания.

Осложнения после операций возникли у 46 (31,3 %) больных. Летальность составила 15 (10,2 %). Причины летальных исходов: полиорганная недостаточность — 11, ТЭЛА — 1, перитонит — 2, аррозионное кровотечение — 1. На наш взгляд, показаниями к ранним операциям при тяжелом остром панкреатите являются следующие факторы: отсутствие снижения ВБД на фоне проводимого интенсивного лечения, определяемая КТ большая область парапанкреатита, сохранение признаков ССВР и высокого уровня СРБ.

Таким образом, тактика лечения тяжелого острого панкреатита должна носить «упреждающий» характер, давать возможность управления патологическим процессом и предусматривать корректирующие воздействия с целью предупреждения прогрессирования некроза поджелудочной железы. Оптимальными сроками операции при тяжелом остром панкреатите являются 24–48 часов (медиана — 36) болезни — период формирования некроза, парапанкреатита и развития эндогенной интоксикации.

Особенности дренирования забрюшинного пространства при дистальной резекции поджелудочной железы у больных панкреонекрозом

ЯРЕШКО В.Г., РЯЗАНОВ Д.Ю., АНТОНЕВИЧ В.Н.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

Несмотря на ставшую общепринятой доктрину этапного хирургического лечения больных панкреонекрозом (ПН) с минимальным прямым вмешательством на поджелудочной железе (ПЖ) и выполнением преимущественно малоинвазивных операций, изменение характера течения заболевания за последние годы с развитием распространенных форм поражения самой железы и окружающих забрюшинных клетчаточных пространств обуславливает необходимость выполнения резекционных операций. В связи с этим увеличилась частота выполнения, а также изменились техника и показания к выполнению дистальной резекции ПЖ.

Проанализированы результаты обследования и лечения 110 больных ПН, находившихся на лечении в клинике кафедры хирургии и малоинвазивных технологий ГЗ «ЗМАПО МЗ Украины» г. Запорожья с 2005 по 2012 год. У 94 (85,5 %) больных отмечались инфицированные формы с развитием локальных и системных осложнений.

Всего дистальная резекция ПЖ с дренированием забрюшинных клетчаточных пространств слева выполнена у 42 (38,2 %) из 110 больных. При этом у 18 (42,9 %) из 42 пациентов дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства по ходу нисходящей ободочной кишки производилось встречными дренажами через срединную рану и разрез в левой подвздошной области. Анализ течения раннего послеоперационного периода у этих больных характеризовался большим количеством выполнения повторных санирующих операций, необходимость которых была обусловлена в том числе неадекватным дренированием забрюшинных клетчаточных пространств. У всех 18 пациентов выполнено 78 релапаротомий: семикратно — у 1, шестикратно — у 3, пятикратно — у 3, четырехкратно — у 5, трехкратно — у 6 больных. Среднее количество релапаротомий у одного больного составило 4,3. Послеоперационная летальность составила 27,8 % (умерло 5 из 18 больных).

Это послужило основанием для изменения техники выполнения операции, суть которой заключалась в широкой мобилизации поперечно-ободочного отдела, селезеночного угла и нисходящего отдела толстой кишки с вскрытием и формированием единого целостного открытого для дренирования забрюшинного пространства и левой половины брюшной полости. Подобное дренирование было выполнено у 24 (57,1 %) из 42 оперированных больных. Всего у 23 (95,8 %) из 24 больных выполнено 48 релапаротомий: четырехкратно — у 2, трехкратно — у 4, двухкратно — у 11, однократно — у 6 пациентов. Среднее количество релапаротомий у одного больного составило 2,0. Предложенная методика обеспечила возможность выполнения адекватного дренирования забрюшинных клетчаточных пространств, что сопровождалось достоверным уменьшением общего количества выполнения повторных санирующих операций более чем в 2 раза и послеоперационной летальности до 4,2% (умер 1 из 24 больных, $\chi^2 = 4,68$; $P < 0,05$).

Таким образом, выполнение дистальной резекции ПЖ по указанной методике позволяет адекватно дренировать забрюшинные клетчаточные пространства и, как следствие, достоверно уменьшить частоту выполнения релапаротомий по необходимости и послеоперационную летальность.



РАЗДЕЛ 5

Проблемы диагностики и хирургического лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы (секция работ молодых ученых)



Эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени с применением принципов апаразитарности и антипаразитарности

АБДОКОВ А.Д., МАЛАНКА М.И.

*ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Ставрополь, Россия*

Цель исследования: клиническая оценка эффективности длительного применения в хирургии эхинококкоза печени современных диагностических и хирургических технологий и принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза.

Материал и методы. Исследование включает в себя ретроспективный анализ лечения 558 больных эхинококкозом печени, оперированных в клинике в период 1980–2012 гг. 100 (17,9 %) больных контрольной группы оперировано в период 1980–1990 гг. традиционными методами с соблюдением основных положений принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза, но без применения высокотемпературных плазменных технологий. 458 (82,1 %) больных основной группы оперированы в период 1991–2012 гг. с применением плазменного скальпеля. Из 458 больных основной группы первичный эхинококкоз отмечался у 83,8 % больных, рецидивный эхинококкоз — у 9,4 % больных, резидуальный — у 6,8 %. В контрольной группе первичный эхинококкоз регистрировался у 80 % больных, рецидивный — у 15 %, резидуальный — у 5 %. В целом в обеих группах неосложненные кисты были у 461 (82,7 %) больного, осложненные кисты — у 97 (17,3 %) больных, в том числе: нагноение — у 49 (8,7 %); перфорация кисты в желчные протоки с развитием холангита и желтухи — у 8 (1,5 %), в свободную брюшную полость — у 8 (1,5 %), в плевральную полость — у 5 (0,8 %) и в бронхи — у 3 (0,5 %). Обызвествленные кисты диагностировались у 24 (4,3 %) больных.

Выполнили следующий объем оперативных вмешательств. Основная группа: закрытая эхинококкэктомия (по О.Б. Милонову) произведена у 38 (8,2 %) больных, из них атипичная резекция печени с кистой выполнена у 17 (3,7 %) больных, цистперицистэктомия — у 21 (4,5 %), а у 20 (4,4 %) больных эти методы сочетались; открытая эхинококкэктомия с применением плазменных технологий была у 400 (87,4 %) больных. Контрольная группа: закрытая эхинококкэктомия произведена у 9 (9 %) больных, открытая эхинококкэктомия выполнена у 89 (89 %) больных, сочетанные операции — у 2 (2 %).

Результаты. В контрольной группе оперированных течение раннего послеоперационного периода было гладким у 64 %, в основной — у 87,7 %. Летальность в послеоперационном периоде в контрольной группе составила 7 % и в основной — 0,4 %. Больные контрольной группы в среднем находились в стационаре 28,6 койко-дня, в основной группе больных длительность пребывания в стационаре составила 15 койко-дней. Рецидивы заболевания в контрольной и основной группах составили 8,1 и 1,19 % соответственно.

Выводы. Принципы апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза и применение высокотемпературных плазменных технологий определяют основные направления совершенствования хирургического лечения эхинококкоза человека, улучшают его результаты, поэтому обязательность их применения должна быть включена в федеральные стандарты лечения больных эхинококкозом.

Миниинвазивные желчеотводящие вмешательства при злокачественных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой

АБРАМОВ Е.И.

ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Челябинск, Россия

Введение. На сегодняшний день заболеваемость злокачественными новообразованиями билиопанкреатодуоденальной зоны составляет 9–10 на 100 000 населения. От 70 до 95 % пациентов с данной патологией поступают в клинику с синдромом механической желтухи. Проведение хирургического вмешательства на высоте желтухи сопровождается высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, поэтому у данной категории больных необходимо в рамках предоперационной подготовки проведение минимально инвазивной декомпрессии желчных путей.

Цель исследования: оценка эффективности миниинвазивных желчеотводящих вмешательств у больных с механической желтухой злокачественного генеза.

Материалы и методы. В Челябинской областной клинической больнице в период с 2009 по 2011 гг. находился на лечении 61 больной с механической желтухой опухолевой этиологии. Средний возраст больных составил $64,3 \pm 16,4$ года. Сопутствующие заболевания выявили у 40 (65,6 %) пациентов. Всем пациентам были выполнены миниинвазивные желчеотводящие вмешательства. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена в 14 (23 %) случаях, из них 11 (78,6 %) пациентам произведено стентирование общего желчного протока. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) выполнена в 47 (77 %) случаях.

ЭРХПГ и стентирование выполняли при следующих нозологических формах: рак большого дуоденального сосочка (БДС) — 3 случая, рак головки поджелудочной железы — 3, рак желчного пузыря — 3, рак дистального отдела холедоха — 3, рак Клацкина — 2. ЧЧХС при опухоли Клацкина — 19 случаев, раке поджелудочной железы — 17, раке желчного пузыря — 6, раке БДС — 3, раке холедоха — 2.

Результаты. Из 11 (78,6 %) пациентов, которым выполнили ЭПСТ и стентирование общего желчного протока, у 8 (72,7 %) пациентов это стало окончательным вариантом вмешательства, в 3 (27,3 %) случаях в последующем были выполнены оперативные вмешательства: панкреатодуоденальная резекция — 2, наложен гепатикоеюноанастомоз — 1. При этом отмечено 1 (7,1 %) осложнение в виде холангита. Летальных исходов не было.

ЧЧХС как окончательный вариант лечения выполнена в 29 (61,7 %) случаях. Как первый этап лечения ЧЧХС выполнена у 14 (29,8 %) больных, в дальнейшем они были оперированы: панкреатодуоденальная резекция — 2, гепатикоеюноанастомоз — 7, холецистоэнтероанастомоз — 2, реканализация опухоли на сменных транспеченочных дренажах — 3. У 4 (8,5 %) пациентов чрескожная холангиостомия была неэффективной и потребовалась лапаротомия. Отмечено 16 (64 %) осложнений: дисфункция дренажа — 8, гемобилия — 5, печеночная недостаточность — 2, абсцесс брюшной полости — 1. В группе пациентов, перенесших ЧЧХС, отмечено 2 (4,3 %) летальных исхода вследствие нарастания печеночной недостаточности.

Заключение. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия по сравнению с эндоскопическим стентированием общего желчного протока при механической желтухе злокачественного генеза сопровождается значительно большим числом осложнений и летальных исходов. В сочетании с более высоким качеством жизни пациентов после эндоскопического вмешательства это позволяет считать стентирование желчных протоков более приемлемым у данной категории больных.

Тактика хирурга при выполнении паллиативных операций у больных механической желтухой опухолевого генеза в зависимости от уровня общего билирубина крови

АБРАМОВ Е.И.

ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Челябинск, Россия

Введение. Лечение пациентов с механической желтухой является одной из сложнейших проблем современной хирургии. При этом у 30–50 % пациентов синдром механической желтухи обусловлен злокачественными опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны. Опухоли данной локализации составляют 15 % всех опухолей и имеют тенденцию к росту заболеваемости. Операбельность при данной патологии составляет около 10–15 %. Наиболее часто таким пациентам выполняются паллиативные операции, однако сохраняются неудовлетворительные показатели послеоперационных осложнений и летальности.

Цель исследования: уменьшение частоты послеоперационных осложнений и летальности после паллиативных вмешательств у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 90 больных с механической желтухой злокачественного генеза, пролеченных в Челябинской областной клинической больнице в период с 2009 по



2011 г., которым выполнены паллиативные операции. Локализация опухоли, вызвавшей механическую желтуху: рак поджелудочной железы — 57 (63,3 %), рак желчного пузыря — 6 (6,7 %), рак холедоха — 8 (8,9 %), рак большого дуоденального сосочка — 5 (5,5 %), опухоль Клацкина — 14 (15,6 %).

У 29 (32,2 %) пациентов выполнено наружное дренирование желчевыводящих путей как окончательный вариант операции. Холецистостома сформирована в 12 (41,4 %) случаях, дренирование общего желчного протока выполнено у 11 (37,9 %) пациентов, реканализация опухоли произведена в 6 (20,7 %) наблюдениях.

У 46 (51,1 %) пациентов первым этапом проводили декомпрессию желчевыводящих путей, а после снижения уровня билирубина проводили второй этап лечения: гепатикоюноанастомоз — 20 (43,5 %) случаев, холецистоекюноанастомоз — 19 (41,3 %), реканализация опухоли — 2 (4,3 %). В 5 (10,9 %) случаях выполнена эксплоративная лапаротомия ввиду канцероматоза.

В 15 (16,7 %) случаях был сформирован билиодигестивный анастомоз без предварительной декомпрессии желчных путей.

Результаты. При статистической обработке данных выявлена прямая корреляционная связь ($p \leq 0,05$) между частотой послеоперационных осложнений и летальности и уровнем общего билирубина крови при поступлении. Так, у 16 пациентов, поступивших в стационар с билирубином 20–150 мкмоль/л, отмечено 3 (18,8 %) осложнения и 1 летальный исход. В то же время у 74 больных с билирубином более 150 мкмоль/л было 28 (37,8 %) осложнений и 6 (8,1 %) летальных исходов. При этом в группе больных (29) с наружным дренированием желчных путей при билирубине менее 150 мкмоль/л осложнений и летальности не было, а при показателях билирубина более 150 мкмоль/л — 6 (25 %) осложнений и 2 (8,3 %) летальных исхода. У 46 пациентов, перенесших двухэтапное лечение, при билирубине менее 150 мкмоль/л (5 пациентов) отмечено 1 (20 %) осложнение. При повышении уровня билирубина более 150 мкмоль/л (41 пациент) — 17 (41 %) осложнений и 2 (4,9 %) летальных случая.

Самые высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности у пациентов, перенесших формирование билиодигестивного анастомоза без предварительной декомпрессии желчевыводящих путей. Из 15 больных у 6 с билирубином до 150 мкмоль/л — 2 (33,3 %) осложнения и 1 летальный исход, обусловленный гнойным холангитом, сепсисом, полиорганной недостаточностью. У 9 больных при билирубине более 150 мкмоль/л выявлено 5 (55,5 %) осложнений и 2 (22,2 %) летальных исхода.

Заключение. При выборе тактики лечения больных с механической желтухой злокачественного генеза, которым предполагается паллиативная операция, следует учитывать значение билирубинеми при поступлении. При гипербилирубинеми более 150 мкмоль/л лечение следует начинать с наружного дренирования желчевыводящих путей, а вторым этапом, после снижения уровня билирубина, формировать билиодигестивный анастомоз. Это позволит значительно снизить уровень послеоперационных осложнений и летальности.

Хирургическое лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой

АБРАМОВ Е.И.

ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Челябинск, Россия

Введение. На сегодняшний день второе место в структуре смертности населения в развитых странах занимают злокачественные опухоли. Более 35 % из них составляют опухоли желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), при этом опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) составляют 15 % всех злокачественных новообразований ЖКТ и в 90 % случаев осложняются механической желтухой. У потенциально операбельных больных послеоперационные осложнения и летальность не имеют тенденции к уменьшению. Многими авторами признается необходимость декомпрессии желчных путей перед радикальной операцией, в то же время дискутируется вопрос о продолжительности декомпрессии, а также следует ли ожидать полной нормализации всех биохимических показателей перед хирургическим вмешательством.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями БПДЗ, осложненными механической желтухой.

Материалы и методы. Из 140 больных с механической желтухой злокачественного генеза, пролеченных в Челябинской областной клинической больнице в период с 2009 по 2011 г., радикальные хирургические вмешательства были выполнены у 13 (9,3 %) пациентов. Средний возраст больных составил $55,6 \pm 9,8$ года. Среди пациентов было 6 (46,2 %) женщин и 7 (53,8 %) мужчин. Сопутствующая патология в данной группе пациентов встречалась у 4 (30,8 %) больных. Все пациенты поступили в клинику с уровнем общего билирубина крови более 150 мкмоль/л. Первым этапом всем больным проводили декомпрессию желчевыводящих путей (13 (9,3 %) больных): холецистостома — 7, лапаротомия, дренирование холедоха — 3, ЭРХПГ, стентирование — 2, ЧЧХС — 1. Время декомпрессии желчных путей составляло от 3 недель до 2,5 месяца. После снижения уровня билирубина проводили второй этап лечения: пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция — 8 (61,5 %), гастро-

панкреатодуоденальная резекция — 5 (38,5 %). У пациентов зафиксировано 5 (38,5 %) осложнений, летальных исходов не было.

Результаты. По времени декомпрессии больных разделили на две группы. Декомпрессия продолжалась от 3 недель до 1,5 месяцев у 7 (53,8 %) пациентов. В этой группе на момент операции у 4 (57 %) человек сохранялись повышенными уровни АсАТ и АлАТ, было зафиксировано 4 (57 %) осложнения. Длительность декомпрессии составила 1,5–2,5 месяца у 6 (46,2 %) пациентов. Здесь повышение уровня трансаминаз отмечено у 1 (16,7 %) пациента, зафиксировано 1 осложнение.

На момент операции средний уровень билирубина составил 46 ± 16 мкмоль/л. При этом в 9 случаях уровень билирубина снизился до нормы и составил менее 20,5 мкмоль/л, в этой группе отмечено 3 (33,3 %) осложнения. В 4 случаях операция была проведена на фоне гипербилирубинемии, зафиксировано 2 (50 %) осложнения. Таким образом, выявлена прямая корреляционная связь ($p \leq 0,05$) между временем декомпрессии желчных путей и уровнем маркеров цитолиза, а также уровнем послеоперационных осложнений.

Заключение. Радикальное хирургическое лечение пациентов с механической желтухой злокачественного генеза целесообразно проводить в два этапа: первым этапом осуществлять декомпрессию желчных путей, вторым этапом — один из вариантов панкреатодуоденальной резекции. При данной тактике летальность сведена к минимуму. Однако для снижения уровня послеоперационных осложнений декомпрессия желчных путей должна проводиться не менее 1,5 месяца, и только после нормализации как уровня билирубина, так и уровня АлАТ и АсАТ следует проводить оперативное вмешательство.

Кардиологические проблемы при лапароскопической холецистэктомии

ВАСИЛЬЧЕНКО Д.С.

КНП «Первая Черкасская городская больница», Черкассы, Украина

Лапароскопическая холецистэктомия — это золотой стандарт в лечении пациентов с калькулезным холециститом. Одним из условий проведения данной операции является карбооксиперитонеум, который сопровождается выраженной газовой компрессией внутренних органов и сосудов. Больной с ишемической болезнью сердца во время оперативного вмешательства подвергается существенному операционно-анестезиологическому риску. Поэтому существуют некоторые проблемы по поводу лапароскопической холецистэктомии у данной категории больных. В частности, не определено влияние карбооксиперитонеума на клиническое течение и состояние сердечного ритма у таких больных.

Цель исследования заключалась в определении влияния интраоперационного карбооксиперитонеума на клиническое течение и нарушение ритма у больного с калькулезным холециститом на фоне ИБС.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 24 больных хроническим калькулезным холециститом на фоне хронической ишемической болезни сердца в возрасте от 54 до 78 лет. Среди них мужчин было 4 (16,7 %) и 20 (83,3 %) женщин. У всех больных была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У больных проведен суточный мониторинг электрокардиограммы (ЭКГ): за сутки до и после хирургического лечения.

Результаты. По данным суточного мониторинга ЭКГ: на вторые сутки после операции зарегистрированы мерцание предсердий — у 1 пациента; фибрилляция предсердий — у 1; желудочковая экстрасистолия 2-го класса по Лауну — у 2; депрессия или элевация сегмента ST от 1,1 до 1,5 мм в отведениях, которые отображают потенциалы переднебоковой стенки левого желудочка, — у 6 пациентов (эти больные жаловались на нарушение ритма сердца и чувство дискомфорта за грудиной). У остальных больных нарушений сердечного ритма и нарушений процессов реполяризации не обнаружено.

Выводы. Проведенный предварительный анализ электрокардиографических изменений во время лапароскопических вмешательств на фоне ишемической болезни сердца свидетельствует о том, что у каждого третьего больного такое вмешательство сопровождается изменениями на ЭКГ. Возможно, это в большей степени зависит от режима карбооксиперитонеума. Все это свидетельствует в пользу необходимости дальнейшего изучения этой проблемы.

Сравнительная оценка результатов хирургического и эндоскопического лечения механической желтухи опухолевой природы

ГВОЗДЕВ А.А., ЧИГИРЕВ В.А., ГУСЕВ Д.В.

Ярославская областная клиническая онкологическая больница, Ярославль, Россия

Актуальность. По данным GLOBOCAN (2008), раком поджелудочной железы (ПЖ) в мире ежегодно заболевают около 278 000 человек. Заболеваемость раком ПЖ в Российской Федерации (РФ) на 2000 г. составила 9,1 на 100 тыс. населения, в 2011 г. — уже 11,16. Заболеваемость раком ПЖ в Ярославской области (ЯО) в 2011 г. составила 11,57 на 100 тыс. населения. Смертность от рака ПЖ в РФ в 2001 г. была 9,32 на 100 тыс. населения,



через 10 лет — уже 10,98, смертность от рака ПЖ в ЯО в 2011 г. составила 11,01. Смертность в течение 1 года как в РФ, так и в ЯО достигает 94–95 %. Вследствие высокой заболеваемости и низкой выявляемости большинство пациентов обращается за медицинской помощью на стадии развития осложнений, самым частым из которых является механическая желтуха (МЖ). Таким образом, актуальным является улучшение ранней диагностики и совершенствование методов симптоматического лечения в группе данных пациентов.

Цель исследования: оценить качество и продолжительность жизни пациентов после различных методов симптоматического лечения МЖ опухолевого генеза.

Материалы и методы. Ретроспективное изучение амбулаторных карт пациентов, пролеченных в ЯОКОБ по поводу рака БПДЗ за 2012 г. Оценку качества жизни осуществляли при помощи русскоязычной версии опросника SF-36.

Результаты. В ЯОКОБ за 2012 г. пролечено 35 пациентов с диагнозом «рак БПДЗ»: опухоль головки поджелудочной железы была выявлена у 63,9 % пациентов, опухоль общего желчного протока — у 23,4 % пациентов, опухоль большого дуоденального сосочка — у 8,5 %, метастатическое сдавление общего желчного протока лимфатическими узлами — 4,2 %. Радикальная операция — гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена на 13 (37 %) пациентам. Симптоматическое лечение получили 22 (63 %) человека: хирургическое лечение — 10, эндоскопическое лечение — 12. После выполненных операций пациенты чувствовали себя удовлетворительно. Оценка качества жизни пациентов, согласно опроснику SF-36, представлена в табл. 1.

Таблица 1. Качество жизни пациентов согласно опроснику SF-36 (РН — физический компонент здоровья, МН — психологический компонент здоровья, длительность койко-дня, послеоперационная летальность и продолжительность жизни после симптоматического лечения МЖ)

Вид лечения	РН, баллы	МН, баллы	Летальность, %	Продолжительность жизни, месяцы
Хирургический, n = 10	35,6*	36,35*	20	9,4 ± 4,3
Эндоскопический, n = 12	65,31*	51,2*	2,1	10,3 ± 6,1

Примечание: * — различия достоверны при $p < 0,05$.

Выводы. Определяется тенденция к росту заболеваемости и смертности от рака БПДЗ как в РФ, так и в ЯО. Эндоскопическое стентирование как метод симптоматического лечения МЖ сопровождается низкой послеоперационной летальностью, более высокими качеством и продолжительностью жизни, сопоставимыми с таковой после хирургического лечения.

Нарушение углеводного обмена у больных хроническим панкреатитом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде

ГЕРАСИМОВ А.Ю.

Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО

«Российская медицинская академия последипломного образования»

Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Цель исследования: выявить вероятность и закономерность развития нарушений углеводного обмена у больных хроническим панкреатитом (ХП) в раннем и отдаленном послеоперационном периоде в зависимости от объема оперативного лечения.

Материалы и методы. Исследован углеводный обмен у 31 пациента с различной патологией поджелудочной железы после резекционных, дренирующих и резекционно-дренирующих оперативных вмешательств, находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова в период с 2011 по 2012 г. Исследование углеводного обмена проводили при помощи лабораторных методов: измерение гликемии натощак, постпрандиальной гликемии, С-пептида, гликированного гемоглобина. Всем пациентам во время и после оперативного лечения проводили непрерывное мониторирование уровня глюкозы в интерстициальной жидкости с помощью устройства «iPro 2 Medtronic Minimed», мониторирование осуществляли в течение 3–7 дней с момента оперативного вмешательства, число значений сенсора варьировало в пределах от 542 до 1915 измерений (в среднем 1681 измерение). Состояние паренхимы поджелудочной железы оценивали по данным УЗИ, КТ, эндо-УЗИ, интраоперационным данным. Продолжительность периода с момента операции составила от 0,5 до 1,5 года. Исследование отдаленных результатов проводили с использованием модифицированного опросника для определения качества жизни SF-36, в котором были дополнительно добавлены вопросы с акцентом на изучение состояния углеводного обмена пациента.

Результаты. При ретроспективном анализе у оперированных по поводу ХП больных до операции сахарный диабет II типа диагностировался у 4 пациентов, нарушение толерантности к углеводам — у 3 пациентов, панкреатогенный сахарный диабет диагностирован у 4 пациентов с хроническим кальцифицирующим панкреатитом.

В ближайшем послеоперационном периоде у 3 из 7 пациентов после дистальной резекции поджелудочной железы развился пострезекционный сахарный диабет. В данной группе больных уровень С-пептида после оперативного лечения был ниже нормы и составил 0,15–0,23 нг/мл. При анализе результатов непрерывного мониторинга продолжительность периодов гипергликемии была 63–78 %, нормогликемии — 22–68 %, гипогликемии — 0–36 %. У остальных 4 пациентов также отмечено снижение уровня С-пептида до нижней границы нормы. Продолжительность периодов гипер-, нормо- и гипогликемии составила 43–80, 20–67, 0–21 % соответственно.

В группе пациентов после выполненной проксимальной резекции поджелудочной (n = 6) отмечено снижение уровня С-пептида до 1,08–1,18 нг/мл (при норме 0,7–1,9 нг/мл). По данным мониторинга, продолжительность периодов гипергликемии составила от 1 до 50 %; нормогликемии — 40–70 %; гипогликемии — 0–58 %.

После резекционно-дренирующих паренхимосохраняющих операций и операций внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ (n = 18) отмечено незначительное снижение уровня С-пептида в пределах нормальных значений по сравнению с уровнем С-пептида при поступлении. Продолжительность гипергликемии — 15–25 %; нормогликемии — 56–63 %; гипогликемии — 0–29 %.

При исследовании отдаленных результатов у 3 из 7 пациентов после дистальной резекции ПЖ через 0,6–1,5 года после операции был выявлен сахарный диабет (1 — инсулинзависимый), у 1 развилось нарушение толерантности к углеводам. После выполненных проксимальных резекций ПЖ сахарный диабет был выявлен у 2 больных. При выписке после оперативного лечения ХП у данной группы больных никаких нарушений углеводного обмена выявлено не было. Выполненные паренхимосохраняющие резекционно-дренирующие оперативные вмешательства (операции Бегера (Бернская модификация), Фрея) и операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ не привели к нарушениям углеводного обмена в отдаленном послеоперационном периоде. У 2 пациентов с панкреатогенным сахарным диабетом, выявленным до госпитализации, после выполненной операции Бегера в Бернской модификации было отмечено улучшение в гликемическом статусе, уменьшение эпизодов гипергликемий.

Выводы. У больных хроническим панкреатитом, перенесших резекционные вмешательства на ПЖ, есть высокий риск развития нарушений углеводного обмена в отдаленном послеоперационном периоде.

Непрерывное мониторирование уровня глюкозы в раннем послеоперационном периоде в сочетании с лабораторными методами исследования углеводного обмена позволяет установить продолжительность периодов нормо-, гипер-, гипогликемии, оценить функцию бета-клеток ПЖ, что дает наиболее развернутую картину динамики углеводного обмена и позволяет своевременно проводить коррекцию его нарушений.

Паренхимосохраняющие резекционно-дренирующие оперативные вмешательства и операции внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ и кист не приводят к развитию нарушений углеводного обмена в отдаленном послеоперационном периоде. При наличии у больного панкреатогенного сахарного диабета до оперативного лечения после выполнения паренхимосохраняющих резекционно-дренирующих оперативных вмешательств на ПЖ возможна компенсация гликемических нарушений.

Проблемы хирургического лечения при ятрогенных повреждениях и/или стриктурах внепеченочных желчных протоков

ДЕЛИБАЛТОВ К.И., ПОГОСЯН Г.А., ОВАНИСЯН Д.Р.

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения России, Ставрополь, Россия

Цель исследования: систематизация подходов при хирургическом лечении ятрогенного повреждения и/или стриктуры внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. Располагаем опытом хирургического лечения 114 пациентов с ятрогенными повреждениями и стриктурами внепеченочных желчных протоков в период с 1989 по 2013 г. Средний возраст больных составил $45,8 \pm 13,3$ года (от 17 до 80 лет).

По поводу «свежей» травмы гепатикохоледоха оперирован 41 (36,0 %) больной, со стриктурой при поздно диагностированном повреждении — 73 (64,0 %). Вынужденные операции выполнены 3 (2,6 %) больным, коррекция стриктуры ранее сформированных билиобилиарных или билиодигестивных соустьев выполнена у 6 (5,2 %) пациентов.

С целью раннего выявления характера повреждения и установления уровня и протяженности стриктуры использовали комплекс диагностических методов: УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолеграфия, ЧЧХГ, КТ/МРТ, МР-холангиография. Высокие повреждения желчных протоков (тип 0, -1, -2 по Э.И. Гальперину) выявлены у 65 (57,0 %) больных, низкие (тип +2, +1 по Э.И. Гальперину) — у 49 (42,9 %).

Результаты. При выборе вида хирургических вмешательств учитывали тяжесть состояния больных, сроки диагностики, вид и характер ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков. При



наличии механической желтухи на первом этапе проводили декомпрессию билиарного тракта и комплексную предоперационную подготовку.

При «свежей» травме желчных протоков восстановительные операции выполнены 22 (53,7 %) больным: пластика передней стенки гепатикохоледоха на каркасном Т-образном дренаже при парциальном повреждении 1/3 стенки — у 10, билиобилиарный анастомоз на каркасном Т-образном дренаже сформирован в 6 случаях, сняты клипсы с гепатикохоледоха и выполнено каркасное дренирование у 6 больных.

Реконструктивные вмешательства при интраоперационной диагностике повреждения желчных протоков выполнены 19 (26,0 %) больным в виде формирования различных билиодигестивных соустьев: гепатико(холедо-хо)дуоденоанастомоз сформирован у 8, гепатикоеюностомия — у 11 пациентов.

При поздней диагностике повреждения желчных протоков с наличием ятрогенной стриктуры 2 больным выполнена пластика холедоха на каркасном дренаже Кера.

Реконструктивные вмешательства выполнены у 71 (62,2 %) больного: холедоходуоденостомия — у 11 (15,4 %), гепатикодуоденостомия — у 3 (4,2 %), гепатикоеюностомия — у 57 (80,2 %), реканализация и реконструкция ранее наложенных билиодигестивных анастомозов были произведены у 9 (7,8 %).

Оперативные вмешательства выполняли с соблюдением принципов прецизионности. Транспеченочное дренирование анастомоза применяли в ходе 78 (63,4 %) операций.

В послеоперационном периоде возникло 36 (31,5 %) осложнений, из них 8 (19,5 %) в группе из 41 больного со «свежей» травмой и 28 (38,5 %) — в группе из 73 больных со стриктурой желчных протоков.

Послеоперационная летальность составила 7,8 %. Причиной смерти были: прогрессирующий перитонит — 3, тромбоэмболия легочной артерии — 1, печеночно-почечная недостаточность — 4, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 1 случай.

Заключение. Хирургическая тактика зависит от сроков диагностики, уровня поражения и состояния больного. Основным способом восстановления желчеоттока при ятрогенном повреждении и/или стриктуре внепеченочных желчных протоков является гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле тощей кишки.

Хирургическая тактика у больных с острым небилиарным асептическим панкреонекрозом

ДЖАНСЫЗ И.Н.

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

Введение. Лечение больных с острым панкреатитом (ОП) представляет собой актуальную проблему, что обусловлено ростом заболеваемости и достаточно высокой летальностью. Известно, что примерно в 80 % случаев ОП протекает в легкой форме, а в 20 % — в тяжелой и крайне тяжелой. В начальной стадии воспаление всегда носит асептический характер, однако у 40–70 % больных происходит транслокация эндогенной микрофлоры, что приводит к развитию острого инфицированного некротического панкреатита, сепсиса и полиорганной недостаточности. Именно сепсис является самой частой причиной смерти больных в фазу гнойных осложнений. В связи с вышеизложенным целью данной работы явилось усовершенствование тактики лечения больных с острым небилиарным асептическим панкреонекрозом, направленной на уменьшение числа гнойных осложнений.

Материалы и методы. С 2000 по 2012 г. в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького оперировано 399 больных по поводу острого асептического некротического панкреатита в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 232 (58,1 %), женщин — 167 (41,9 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 198 (49,6 %) больных, от 25 до 72 ч — у 94 (23,6 %), более 72 ч — у 107 (26,8 %). Ограниченный панкреонекроз (до 30 % паренхимы поджелудочной железы) выявлен у 57 (14,3 %) больных, распространенный панкреонекроз (от 30 до 50 % паренхимы поджелудочной железы) — у 295 (73,9 %), субтотально-тотальный (более 50 % паренхимы поджелудочной железы) — у 47 (11,8 %).

Результаты. Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли 202 (50,6 %) пациента, которым выполняли ранние лапаротомии, а также миниинвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, внебрюшинные непосредственные операции на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из мини-доступов по поводу гнойных осложнений острого панкреонекроза. Во 2-ю группу включено 197 (49,4 %) пациентов, которым применяли тактику, разработанную в клинике, направленную на предупреждение гнойных осложнений панкреонекроза. При ферментативном перитоните в экстренном порядке выполняли лапароскопическое дренирование брюшной полости или лапароцентез. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл, а также при наличии острой панкреатической псевдокисты диаметром 3 см и более выполняли пункцию и дренирование жидкостного образования под контролем ультразвука с последующим УЗ-мониторингом. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной

и паракольной клетчатки выполняли вскрытие и дренирование инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом. Асептические отграниченные участки некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестры) больших размеров удаляли путем люмботомии — при их локализации в области тела и хвоста поджелудочной железы или лапаротомии с оментобурсостомией — при локализации в области головки поджелудочной железы. Секвестры небольших размеров подвергаются либо лизису и адекватно удаляются через дренажи, либо организации, и поэтому не требовали хирургического лечения.

Заключение. Применение разработанной тактики лечения позволило у 93,4 % пациентов предотвратить развитие гнойно-септических осложнений острого панкреатита, а также снизить летальность с 15,8 до 4,1 %.

Современные методы визуализации острого тяжелого панкреатита

ДУНАЕВСКАЯ С.С., АНТЮФРИЕВА Д.А.

**ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения России, Красноярск, Россия**

Ранняя диагностика заболевания и правильное определение характера патологического процесса играет важную роль в лечении больных острым панкреатитом в реактивную фазу. Ключевая роль в этом процессе принадлежит современным методам визуализации.

Для проведения оценки современных методов визуализации была создана группа из 30 человек, с тяжелыми формами острого панкреатита. По шкале Ranson — Balthazar к классу С отнесли 7 (23,3 %) больных, к классу E — 10 (33,3 %), к классу D — 13 (43,4 %) пациентов.

Всем больным выполняли УЗИ органов брюшной полости при поступлении, КТ-ангиографию с болюсным контрастированием и МРТ с контрастированием в сроки от 24 до 48 часов от момента госпитализации.

При проведении КТ-ангиографии учитывали объем поражения поджелудочной железы (в %): до 30 % — 17 (56,7 %) пациентов; 30–50 % — 10 (33,3 %), более 50 % — 3 (10 %). Оценивали глубину некроза в сагиттальной плоскости (в %): до 30 % — 14 (46,7 %) пациентов, 30–50 % — 12 (40 %), более 50 % — 4 (13,3 %). Воспалительный инфильтрат парапанкреатической клетчатки обнаружен у 15 (50 %) человек, жидкостные скопления в парапанкреатической клетчатке — у 13 (43,3 %), признаки билиарной гипертензии — у 5 (16,7 %), признаки поражения протоковой системы — у 4 (13,3 %), свободная жидкость в брюшной полости — у 19 (63,3 %).

При МРТ с контрастированием в оценке степени выраженности патологического процесса использовали те же показатели. Объем поражения поджелудочной железы (в %): поражение до 30 % — у 16 (53,3 %) пациентов, в 30–50 % — у 11 (36,7 %), более 50 % — у 3 (10 %). Оценивали глубину некроза в сагиттальной плоскости (в %): до 30 % — 15 (50 %) пациентов, 30–50 % — 13 (43,3 %), более 50 % — 4 (13,3 %). Воспалительный инфильтрат парапанкреатической клетчатки обнаружен у 14 (46,7 %) человек, жидкостные скопления в парапанкреатической клетчатке — у 14 (46,7 %), признаки билиарной гипертензии — у 6 (20 %), признаки поражения протоковой системы — у 4 (13,3 %), свободная жидкость в брюшной полости — у 18 (60 %).

Ультразвуковое исследование является скрининговым методом диагностики острого панкреатита в реактивную фазу. Однако оно не позволяет детально оценить состояние поджелудочной железы. В течение первых суток заболевания выявили увеличение размеров поджелудочной железы у 24 (80 %) пациентов, неровность ее контуров — у 16 (53,3 %), неоднородность структуры — у 18 (60 %), наличие свободной жидкости в сальниковой сумке — у 5 (16,6 %), жидкостных образований в забрюшинном пространстве — у 3 (10 %) и в брюшной полости — у 10 (30,3 %) больных. При этом не было выявлено ни одного случая поражения протоковой системы или признаков билиарной гипертензии, хотя в 3 случаях имелись клинические проявления механической желтухи.

На основании полученных данных можно судить о том, что такие методы, как КТ-ангиография и МРТ, не имеют достоверных различий по диагностической ценности. Особенностью МРТ с контрастированием является более четкая визуализация участков инфильтрации и жидкостных скоплений. Существенную роль МРТ играет и при оценке состояния желчевыводящих путей, позволяя выполнять так называемую МР-холангиографию, что особенно важно при остром панкреатите, сопровождающемся механической желтухой.

Оценка эффективности малоинвазивных оперативных вмешательств при механической желтухе опухолевого генеза

ДЫМНИКОВ Д.А., СЕМЕНЦОВ К.В., ЯКОВЛЕВА Д.М.

**Кафедра военно-морской и госпитальной хирургии ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия
им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия**

Целью исследования явилась оценка эффективности чрескожно-чреспеченочных оперативных вмешательств при механической желтухе у больных раком поджелудочной железы и раком внепеченочных желчных протоков.



Материалы и методы. В исследование вошли 38 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. Пациенты находились на лечении в клинике ВМГХ ВМедА с 2010 по 2012 г. В работе использовали клинико-лабораторные, лучевые (УЗИ, МРТ, МСКТ) и инструментальные методы исследования. Условиями включения пациентов в исследование были следующие показатели: 1) уровень общего билирубина выше 100 ммоль/л; 2) подтверждение опухолевого генеза механической желтухи (УЗИ, МРТ, онкомаркеры); 3) выявление расширения внутрипеченочных желчных протоков более 0,4 см (УЗИ); 4) выявление расширения холедоха более 0,8 см (УЗИ); 5) увеличение желчного пузыря (симптом Курвуазье).

Пациентам исследуемой группы выполняли следующие чрескожные дренирующие вмешательства: чрескожно-чреспеченочное дренирование внутрипеченочных желчных протоков (ЧЧХД), чрескожно-чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков (по методике В.Г. Ившина) (ЧЧЭП), чрескожно-чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХС).

Результаты. ЧЧХД (наружное и наружно-внутреннее) как первый этап оперативного вмешательства выполнено 31 пациенту исследуемой группы в течение 2 суток от момента поступления в стационар. После выполнения вмешательства пациентам проводили комплексную детоксикационную и гепатопротекторную терапию. При снижении уровня билирубина ниже 50 ммоль/л выполняли второй этап оперативного лечения.

Пациентам (12 (38,7 %)), которым по результатам комплексного обследования выполнение радикального оперативного лечения не представлялось возможным, было выполнено ЧЧЭП по методике В.Г. Ившина (установлены билиарные эндопротезы 12 СН и 14 СН) с целью повышения качества жизни.

19 (61,3 %) пациентам выполнены радикальные оперативные вмешательства (ГПДР и др.). ЧЧХС выполнена 7 пациентам, у которых при УЗИ выявлен симптом Курвуазье, но не выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков. После стабилизации состояния 5 пациентам выполнены радикальные оперативные вмешательства.

Заключение. ЧЧХД (наружное и наружно-внутреннее) и ЧЧХС являются эффективными методами декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе опухолевого генеза как первый этап оперативного вмешательства. При невозможности выполнения радикальной операции больным после ЧЧХД для повышения качества жизни возможно выполнение чрескожного эндопротезирования желчных протоков по методике В.Г. Ившина.

Пищеварительная и всасывательная функции кишечника при хирургическом лечении тяжелой механической желтухи

ЖАДАН О.И.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Днепропетровск, Украина

Механическая желтуха сопровождается нарушениями пищеварительной и всасывательной функций тонкого кишечника. Для их оценки в том числе используют показатели копрограммы и уровня кальция в крови. По темпам нормализации данных показателей можно судить об эффективности комплексного лечения больных механической желтухой.

Цель исследования: оценка динамики содержания кальция в крови и показателей копрограммы как маркеров функциональной активности желудочно-кишечного тракта у больных тяжелой механической желтухой при различных методах хирургической декомпрессии желчных путей.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 238 больных, находившихся в отделении хирургической гастроэнтерологии, эндоскопической хирургии и трансплантации Днепропетровской областной клинической больницы им. И.И. Мечникова за период с 2008 по 2012 г. по поводу тяжелой механической желтухи (длительность более 14 дней и уровень общего билирубина более 200 мкмоль/л (Вишневский В.А., 2003)). Больные были разделены на 3 группы. В I группу были включены 75 (31,5 %) больных, которым билиарную декомпрессию выполняли посредством формирования холедоходуоденоанастомоза; во II (35,3 %) группе — 84 больных, которым выполняли наложение холецисто- или гепатикоюноанастомоза; в III (33,2 %) группу были включены 79 больных после чрескожно-чреспеченочного дренирования желчных путей. Уровень кальция крови и показатели копрограммы оценивали в день поступления в клинику, через 2 недели и 1 месяц после дренирования желчевыделительной системы.

Результаты. При поступлении в клинику у больных трех групп в копрограмме отмечали наличие в значительном количестве неизмененных мышечных волокон, нейтрального жира, жирных кислот. Уровень кальция на этом же этапе у больных варьировал в пределах 0,42–2,1 ммоль/л (среднее значение $1,54 \pm 0,21$ ммоль/л). Через 2 недели после дренирования желчевыделительной системы у пациентов трех групп наблюдали относительную компенсацию показателей копрограммы, что проявлялось наличием в умеренном количестве жиров и неизмененных мышечных волокон. Содержание кальция в плазме у пациентов I группы составило $1,80 \pm 0,24$ ммоль/л, у больных II группы — $1,12 \pm 0,20$ ммоль/л, III группы — $0,70 \pm 0,05$ ммоль/л ($p < 0,05$). Через 1 месяц у больных I группы показатели копрограммы нормализовались, во II и III группах в кале сохранялось незначительное коли-

чество жирных кислот и мышечных волокон. Уровень кальция в плазме крови через 1 месяц после декомпрессии желчных протоков достиг нормальных величин у пациентов I группы ($2,10 \pm 0,21$ ммоль/л) и II группы ($1,90 \pm 0,18$ ммоль/л). А у больных, перенесших наружное дренирование желчных путей, уровень кальция плазмы крови через 1 месяц после операции оставался сниженным и составлял $0,90 \pm 0,11$ ммоль/л, статистически достоверно ($p < 0,05$) отличаясь от соответствующих показателей у больных I и II групп.

Выводы. Декомпрессия желчных протоков при тяжелой механической желтухе путем формирования внутренних билиодигестивных анастомозов по сравнению с наружным дренированием желчевыделительной системы оказывает более эффективное влияние на восстановление функциональной активности желудочно-кишечного тракта.

Лечение желчнокаменной болезни у беременных с помощью лапароскопической технологии

ИВАЩЕНКО А.В.

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

С целью оценки возможностей и определения лечебной эффективности использования лапароскопической техники в лечении желчнокаменной болезни у беременных женщин проведен анализ результатов лечения 38 пациенток, подвергнутых оперативному лечению — лапароскопической холецистэктомии (с лапароскопической холедохостомией у 4 больных, через две недели после холецистэктомии выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия 2 из них). Возраст женщин варьировал в пределах от 19 до 35 лет, а сроки беременности — от 6 до 32 недель. При этом в I триместре беременности прооперировано 7 (18,4 %) больных, во II — 21 (55,3 %) пациентка, в третьем — 10 (26,3 %) пациенток. Первую беременность имели 6 (15,8 %) пациенток, вторую — 22 (57,9 %) женщины и третью — 10 (26,3 %). Из общеизвестных факторов, способствующих ранней манифестации желчнокаменной болезни, кроме беременности отметили следующие: ожирение 2–3-й степени — у 6, желчнокаменная болезнь с последующим оперативным лечением у близких родственников — у 12, пользовались средствами контрацепции — 13, гемолитическая анемия в анамнезе — у 3. Все операции проведены под внутривенным наркозом с использованием ИВЛ. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 12 мм рт.ст.

Показаниями для оперативного лечения явились: длительно некупирующаяся печеночная колика — 21 (55,3 %) больная, признаки деструкции желчного пузыря — 12 (31,6 %), гипербилирубинемия выше 40 мкмоль/л — 5 (13,1 %) пациенток.

Во всех наблюдениях выполнение лапароскопии не вызывало технических трудностей. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений, неблагоприятных исходов не было. Беременность и роды у абсолютного большинства беременных пациенток протекали также без осложнений (у 6 акушерское пособие выполнено путем кесарева сечения из-за причин, не связанных с желчнокаменной болезнью и перенесенной операцией).

Заключение. Лапароскопический метод лечения желчнокаменной болезни у беременных может быть широко и успешно использован в различные сроки беременности.

Осложнения внутриартериальной химиотерапии при метастатическом поражении печени. Профилактика и лечение

ИЩЕНКО Р.В., БУХТЕЕВ Д.С., ЖИЛЬЦОВ А.В., ПАВЛОВ Р.В.

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина

Успехи в онкологии в значительной мере определяются развитием химиотерапии, внедрением в практику ряда новых схем лечения и улучшением ближайших и отдаленных результатов лечения. Особую актуальность приобрела проблема качества жизни пациентов, в частности качества жизни в процессе проведения им химиотерапии. Именно поэтому нежелательные эффекты химиотерапии определяют одну из наиболее важных составляющих качества жизни онкологических больных.

В настоящее время для обеспечения режима непрерывной длительной инфузии химиопрепаратов применяют рентгеноэндоваскулярные доступы к сосудам печени через бедренную артерию по Сельдингеру. Основным ограничением проведения этой методики является отсутствие в большинстве клиник необходимого дорогостоящего оборудования. Кроме того, протяженное (около 1 м) расположение катетера в просвете магистральных сосудов несет угрозу развития тромботических осложнений, что ограничивает сроки проведения внутриартериальной полихимиотерапии несколькими днями. Следует отметить, что при проведении внутриартериальной химиотерапии имеется не только ряд преимуществ перед системным путем введения, но и свои особенности и осложнения данного способа.



В Донецком областном противоопухолевом центре (ДОПЦ) разработана классификация осложнений, возникающих при проведении селективной внутриартериальной полихимиотерапии (СВАПХТ). Все осложнения разделены на 3 группы:

1. Связанные с общим действием химиопрепарата (тромбоцитоз, лейкопения, анемия и т.д.).
2. Связанные с концентрацией химиопрепарата в очаге (химические ожоги, дерматиты и т.д.).
3. Связанные с неправильной установкой, уходом за катетером (гематомы, тромбоз, перегибы катетера и т.д.).

Разработанные в ДОПЦ способы катетеризации печеночной артерии при метастатическом поражении печени преследовали цель упрощения и усовершенствования доставки химиопрепаратов к очагу поражения и зонам регионарного метастазирования и (по сравнению с рентгеноэндоваскулярными методами) селективной катетеризации сосудов. Основные их преимущества перед рентгеноэндоваскулярными методами — меньший риск тромботических осложнений и возможность использования внутриартериального катетера до 6–12 месяцев. Для этого выделяют правую желудочно-сальниковую артерию по Еске с соавт. (1962), пересекают последнюю и производят мобилизацию сосуда в дистальном направлении путем лигирования пристеночных сосудов до уровня отхождения короткого пристеночного сосуда. Путем рассечения мобилизованной артерии вскрывают просвет сосуда, вводят в указанную артерию катетер. Проводят катетер из правой желудочносальниковой артерии через желудочnodвенадцатиперстную артерию в собственную печеночную артерию. Наличие катетера в собственной печеночной артерии контролируют пальпаторно и хроматоскопически. Обычно длина введенного катетера составляет 12–14 см. Катетер фиксируют в правой желудочносальниковой артерии посредством лигатуры. В круглой связке печени при помощи металлического бужа с оливой на конце формируют тоннель в продольном направлении. Конец мобилизованной правой желудочносальниковой артерии с введенным в нее катетером выводят на переднюю брюшную стенку в контрапертурный прокол через сформированный тоннель. При использовании указанной методики осложнений, связанных с извлечением катетера, отмечено не было.

Разработаны методика проведения СВАПХТ и обслуживания внутриартериального катетера во время проведения и между курсами химиотерапии. Разработаны способы профилактики и лечения осложнений СВАПХТ. В настоящий момент клиника располагает опытом проведения более 500 катетеризаций при злокачественных опухолях печени. В заключение следует отметить, что указанный комплекс мероприятий по профилактике осложнений внутриартериальной полихимиотерапии при метастатическом поражении печени позволило снизить число осложнений с 17 до 7,6 %.

Способ ступенчатой редукции портального кровотока при резекциях печени

ИЩЕНКО Р.В., ЖИЛЬЦОВ А.В., ОСТАПЕНКО Ю.В., БУХТЕЕВ Д.С.
Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина

В настоящее время одной из актуальных проблем современной онкологии является лечение злокачественных новообразований печени. Одним из наиболее важных аспектов хирургической гепатологии является усовершенствование методов профилактики и остановки кровотечения, что позволяет улучшить результаты лечения указанной категории больных. Наиболее простым, эффективным, а поэтому и наиболее часто употребляемым методом является Pringle-маневр.

В Донецком областном противоопухолевом центре разработан и внедрен в клиническую практику способ ступенчатой редукции печеночного кровотока с помощью специального зажима, который позволяет снизить до минимума число осложнений, связанных с гидродинамическим «ударом», возникающим вследствие быстрого восстановления кровообращения печени. При этом пережатие осуществляется на 2–4 мм с оценкой капиллярного кровотока, парциальное давление кислорода во время одного этапа редукции кровотока не должно падать ниже 20 %. Интервал между этапами редукции кровотока должен быть не менее 1,5–2 минут. Немаловажное значение имеет наблюдение за постоянством цифр парциального давления кислорода капиллярной крови печени, которые характеризуют компенсаторные возможности периферического печеночного кровотока и работу артериовенозных шунтов печени. Так, если падение парциального давления кислорода превышает 20 % от исходного, компрессию гепатодуоденальной связки уменьшают. Таким образом, полное перекрытие гепатодуоденальной связки осуществляют за 5–6 этапов, и занимает оно от 7 до 15 минут.

Предложенная последовательность оперативных манипуляций опробована в эксперименте на 15 беспородных интактных собаках обоих полов с соблюдением требований и принципов Хельсинкской декларации о защите прав позвоночных животных. Во время эксперимента производили оценку морфологических изменений здоровой паренхимы печени при ступенчатой редукции портального кровотока со снижением парциального давления кислорода от 5 до 50 %. Установлено, что редукция кровотока выше 20 % влечет за собой значительные морфологические изменения в виде полей некроза.

В последующем данная методика использована для лечения 31 больного, из которых 12 (38,7 %) человек страдали раком ободочной кишки, раком сигмовидной кишки — 15 (48,4 %), прямой кишки — 4 (12,9 %) и все имели метастазы в печень. Следует отметить, что удлинение времени операции в среднем на $21,0 \pm 3,7$ мин компенсируется сохранением функциональных резервов оставшейся ткани печени и значительным уменьшением

затрат в послеоперационном периоде. Всего в 2 случаях из 31 было отмечено длительное восстановление биохимических показателей в послеоперационном периоде. Отдельно следует отметить, что редукция портального кровотока вследствие венозного стаза уменьшает диссеминацию опухолевых клеток, что отвечает онкологическим оперативным требованиям. По данным гистологического исследования краев резекции ни в одном случае не было выявлено опухолевых клеток.

Заключение. Отмечены локальность и управляемость повреждающего действия редукции кровотока, гемостатический эффект, благоприятное течение раневого процесса и отсутствие общих отрицательных реакций организма в целом, что позволяет в перспективе разработать различные режимы редукции портального кровотока в зависимости от локализации, размера, этиологии и количества метастазов печени.

Новый способ санации брюшной полости у больных с острым перитонитом

КАРАПЫШ В.А., ПОТАПОВ В.В., ФОМИНОВ В.М.

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

Цель исследования: оценить эффективность разработанного в клинике «Способа санации брюшной полости у больных с острым перитонитом».

Материалы и методы. В исследование вошли 28 пациентов. Основная группа: дан анализ результатов лечения 18 (64,3 %) больных с разлитым гнойным перитонитом, у 8 из них использовали разработанный и внедренный в клиническую практику «Способ санации брюшной полости у больных с острым перитонитом» (положительное решение от 06.12.2012 г.). Мужчин было 12 (66,7 %), женщин — 6 (33,3 %). По возрасту больные были распределены следующим образом: 30–40 лет — 5 (27,8 %) больных, 41–50 — 7 (38,9 %), 51–60 — 6 (33,3 %). Причиной перитонита были: перфорация язвы двенадцатиперстной кишки — у 9 пациентов, гангренозно-перфоративный аппендицит — у 5, деструктивный панкреатит — у 4, с длительностью перитонита более 1 суток. Контрольную группу составили 10 (35,7 %) пациентов с разлитым гнойным перитонитом, которые лечились общепринятыми методами.

Результаты. Все больные с перитонитом оперированы в срочном порядке. Инфузионную и антибактериальную терапию проводили по стандартной методике. При промывании брюшной полости использовали также водные растворы антибиотиков — от 1 до 1,5 литра.

Все больные основной группы выписаны из отделения в удовлетворительном состоянии на 12–15-е сутки после оперативного лечения. Летальных исходов не было. В контрольной группе 9 больных были выписаны на 14–21-е сутки после операции. Отмечено 4 осложнения, умер 1 больной.

Заключение. Анализ результатов лечения острого гнойного перитонита показал эффективность и перспективность предлагаемого способа лечения.

Fast Track в хирургической панкреатологии. Первый опыт

КОВАЛЕНКО З.А., ЛЯДОВ В.К., КОЗЫРИН И.А.

Клиника хирургии и онкологии ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Материалы и методы. В практику клиники хирургии и онкологии ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ с сентября 2012 г. внедрен стандартизованный Fast Track протокол, в том числе для пациентов, оперированных на поджелудочной железе.

Основополагающими принципами программы являлись: сокращение сроков пребывания в ОРИТ с началом комплексной ЛФК и вертикализации в первые послеоперационные сутки, ранняя экстубация, отказ от применения зондов, раннее удаление дренажей, энтеральное питание с 1-х суток после вмешательства, мультимодальная анальгезия.

В период с сентября 2012 по апрель 2013 г., согласно указанному протоколу, пролечено 10 пациентов (мужчин — 3 (30,0 %), женщин — 7 (70,0 %)). Критериями включения в исследование были: физический статус по шкале ASA и ECOG не более 3 баллов, возраст не более 75 лет. Средний возраст пациентов составил 62 ± 9 лет. Оперированы по поводу рака головки поджелудочной железы и злокачественных периампулярных опухолей 9 пациентов, по поводу солидной формы дуоденальной дистрофии — 1 пациент. Всем пациентам выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция со стандартным объемом лимфодиссекции. У 4 (40 %) пациентов вмешательство сочетали с резекцией воротной вены. В качестве панкреатодигестивного соустья в 8 случаях использован панкреатикоеюноанастомоз по Buchler, панкреатогастроанастомоз по Peng — в 2 случаях. Интраоперационно устанавливали от 1 до 2 дренажей к панкреатодигестивному анастомозу. Назогастральный зонд не устанавливали. В послеоперационном периоде пациентов переводили в ОРИТ, где в течение 3 часов после экстубации начинали комплексную ЛФК и активизацию пациента. Энтеральное питание начинали с 1-х суток после операции в виде сиппинга с последующим расширением диеты. В комплексе мультимодальной



анальгезии использовали продленную эпидуральную анальгезию, контролируруемую пациентом анальгезию (трамадол 5% в/в), НПВС и парацетамол.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 336 ± 47 мин, интраоперационная кровопотеря — 265 ± 194 мл. 1 пациент экстубирован на операционном столе, остальные — в период от 1 до 6 часов после операции в ОРИТ. Переведены в профильное отделение в 1-е послеоперационные сутки 8 пациентов, на 2-е сутки после вмешательства еще двое. К 4–5-м суткам 8 пациентов получали диабетический стол и сиппинговое питание с суточным калоражем 1500. Средняя интенсивность болевого синдрома по цифровой рейтинговой шкале на 1-е, 3-и сутки составляла 2 и 1,3 балла соответственно. На 5-е сутки у 9 пациентов интенсивность боли составляла 0 баллов, что позволило к этому времени иметь уровень физической активности, равный или близкий предоперационному.

Послеоперационные осложнения отмечены у 6 (60%) пациентов, при этом у 3 из них осложнения 1-го класса по шкале Dindo — Clavien, еще у 3 осложнения отнесены к 3В классу. Панкреатические свищи имели место у 3 (30%) пациентов — 2 фистулы класса А и 1 — класса С по ISGPF). Послеоперационный гастростаз отмечен в 2 (20%) наблюдениях — оба случая класс А по ISGPS. Релапаротомии выполнены 3 больным, во всех случаях показанием к релапаротомии являлось кровотечение (внутрибрюшное — 2, желудочное — 1). Средний послеоперационный койко-день составил $10,5 \pm 3,57$. Частота повторных госпитализаций — 1%.

Заключение. Реализация концепции Fast Track Surgery при панкреатодуоденальных резекциях позволяет оптимизировать периоперационную терапию и не приводит к увеличению общих и специфических осложнений.

Первый опыт резекции печени передним доступом с использованием «вывешивания» печени (hanging-маневр)

КОЗЫРИН И.А., ЛЯДОВ В.К., ЕРМАКОВ Н.А.

Клиника хирургии и онкологии ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Выполнение резекций печени при больших опухолях, расположенных в правой доле печени, до настоящего времени остается прерогативой специализированных центров в связи с риском развития массивной интраоперационной кровопотери. Кроме этого, мобилизация правой доли печени может приводить к повышенному выбросу в кровоток опухолевых клеток в связи с ротацией и давлением на опухоль. Выполнение резекции печени передним доступом (anterior approach), в том числе с выполнением «вывешивания» печени (hanging-маневр), может минимизировать кровопотерю в таких ситуациях.

Описание случая. Впервые вышеописанная методика резекции печени применена у больной Т., 72 лет, которая обратилась в наш центр в связи с выявленным образованием в правой доле печени.

По данным КТ в правой доле печени с распространением на левый парамедианный сектор выявлено образование до 15 см в диаметре, вовлекающее правую и среднюю печеночные вены, по КТ-семиотике соответствующее гепатоцеллюлярному раку. Уровень альфа-фетопротеина составил 3,8 нг/мл. По сопутствующим заболеваниям больная была компенсирована. Остаточный объем функционирующей паренхимы печени составил 38%.

За день до поступления больная упала на улице с опорой на правую руку. При обследовании диагностирован нестабильный перелом хирургической шейки правой плечевой кости со смещением отломков. В связи с нестабильностью перелома принято решение о выполнении симультанной операции.

Первым этапом больной выполнен накостный остеосинтез правой плечевой кости пластиной с угловой стабильностью. Вторым этапом выполнена резекция печени.

При ревизии и интраоперационном УЗИ в правой доле печени выявлено образование до 15 см в диаметре, по краю образования проходит средняя печеночная вена. В левой доле печени очаговых образований не выявлено.

Раздельно выделены элементы правой долевой глиссоновой ножки. Первый сегмент мобилизован от нижней полой вены снизу, пересечена правая нижняя печеночная вена. В кавадных воротах выделен ствол левой и средней печеночных вен, медиальная поверхность правой печеночной вены. Желудочный зонд (диаметром 12 Ch) проведен сверху вниз между устьями правой и средней вен, по передней поверхности ретропеченочного отдела нижней полой вены, выведен кпереди от левых долевых элементов (вены, артерии, проток). С его помощью выполнено «вывешивание» печени на тканевой держалке. Латеральнее круглой связки печени выделены и пересечены глиссоновы ножки к IV сегменту печени. Отмечена ишемия IV сегмента печени. По серповидной связке выполнено разделение паренхимы при помощи ультразвуковых ножниц, водоструйного диссектора. Печень разделена до нижней полой вены. После этого выделены и пересечены с прошиванием средняя и правая печеночные вены.

Pringle-маневр не выполняли.

Объем интраоперационной кровопотери составил 600 мл. Переливание компонентов донорской крови не выполняли. Время операции составило 5 часов.

Течение послеоперационного периода неосложненное. Больная выписана из стационара на 10-е сутки.

Заключение. Выполнение резекции печени передним доступом с использованием hanging-маневра является одним из способов безопасного выполнения резекции печени по поводу больших опухолей с инвазией магистральных печеночных вен.

Принципы лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы

КОПЧАК К.В., ПЕРЕРВА Л.А., АНДРОНИК С.В.

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

Цель исследования: улучшить результаты диагностики и лечения больных с осложненными псевдокистами (ПК) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 153 больных с осложненными ПК ПЖ, которые находились на лечении в клинике в период с 2006 по 2012 г. Средний возраст составил $43,0 \pm 1,2$ года (от 21 до 70 лет). Мужчин было 119 (77,7 %), женщин — 34 (22,3 %). Нагноение псевдокисты возникло у 45 (29,4 %) больных, компрессия смежных органов — у 58 (37,9 %), кровотечение в полость кисты — у 34 (22,2 %), перфорация псевдокисты — у 13 (8,5 %), цистоплевральный свищ — у 3 (2 %).

Тактика оперативного вмешательства зависела от локализации псевдокисты, возникшего осложнения, состояния паренхимы поджелудочной железы и общего состояния больного.

Малоинвазивные оперативные вмешательства выполнили 81 (53 %) больному.

При лечении пациентов с кровотечением в полость кисты (34 больных) у 20 (58,8 %) больных с кровотечением в полость псевдокисты выполнена эндоваскулярная окклюзия кровоточащего сосуда. У 19 из них была достигнута редукция кровотока. У 1 больного после рентгеноэндоваскулярной окклюзии (РЭО) гастродуоденальной артерии возник рецидив кровотечения, что потребовало выполнения открытого оперативного вмешательства. Всем пациентам после РЭО как первого этапа лечения после стабилизации общего состояния выполнялись вмешательства на псевдокисте. Пункции псевдокисты под УЗ-контролем выполнены у 7 (35,0 %) больных (во всех случаях они являлись окончательным этапом лечения): наружное дренирование ПК — у 1 (5,0 %) больного, внутреннее дренирование ПК — у 11 (55,0 %). Резецирующие оперативные вмешательства выполнены у 6 (17,6 %) больных. Лапаротомия с остановкой кровотечения и наружным дренированием ПК выполнена у 8 (23,5 %) больных.

При перфорации псевдокисты (13 больных) пункции под УЗ-контролем выполнены у 3 (23,1 %) больных, дренирование ПК и брюшной полости под УЗ-контролем — у 2 (15,4 %), лапаротомия с наружным дренированием ПК — у 5 (38,5 %) больных, с внутренним дренированием — у 3 (23 %).

При цистоплевральном свище первым этапом выполняли дренирование плевральной полости по Бюлау, а затем оперативные вмешательства на псевдокисте (ЦЭС, ППЕС и наружное дренирование псевдокисты под УЗ-контролем).

При нагноившихся псевдокистах ПЖ и в случаях компрессии псевдокистой смежных органов пункции ПК под УЗ-контролем с санацией полости выполнены у 23 больных, дренирование — у 10, лапароскопическое наружное дренирование псевдокисты выполнили у 3 больных, лапароскопические цистоеюно/гастростомии — у 6, наружное цистоназальное дренирование под УЗ-контролем — у 1 больного, эндоскопические цистогastro/дуоденостомии — у 5, пункции ПК под УЗ-контролем — у 5 больных. Лапаротомия с наружным дренированием ПК выполнена у 15 больных, с внутренним дренированием псевдокисты — у 30 больных, холецистоеюностомия — у 1, операция Фрея — у 1, панкреатодуоденальная резекция — у 2 больных.

Результаты. После внутреннего дренирования псевдокисты рецидива кистообразования не было. Из 45 больных, которым было выполнено наружное дренирование псевдокисты, у 11 (24,4 %) образовался хронический наружный панкреатический свищ. Летальность составила 5,9 % (умерло 2 пациента с кровотечением в полость псевдокисты). Общая летальность у больных с осложненными псевдокистами ПЖ составила 1,3 %.

Выводы. Применяемая дифференцированная хирургическая тактика, в которой отдается предпочтение малоинвазивным методикам лечения, помогает достичь хороших ближайших и отдаленных результатов лечения больных с осложненными псевдокистами поджелудочной железы.

Оптимизация хирургического лечения кист поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом

КОРОБКА Р.В.

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных с кистами поджелудочной железы (ПЖ) посредством обоснования тактики хирургических вмешательств.



Материалы и методы. По поводу хронического панкреатита с кистозной трансформацией протоковой системы и паренхимы ПЖ оперировано 186 больных, 129 (69,4 %) мужчин и 57 (30,6 %) женщин. Половина из них — лица молодого и среднего возраста ($48,6 \pm 0,8$ года). Патологический субстрат находился преимущественно в проксимальных отделах органа у 113 (61 %) больных, из них у 82 (72,6 %) имелась четкая связь с протоковой системой ПЖ. Кисты выявляли в дистальной части ПЖ у 60 (32 %) больных, при этом в 34 (56,7 %) наблюдениях также отмечали связь кисты с главным панкреатическим протоком. Кисты имели парапанкреатическую локализацию в 13 (7 %) случаях. Исходя из данных о локализации кисты, опираясь на клинические и инструментальные данные, полученные в предоперационном периоде, органосохраняющие резекции ПЖ (операции Бегера, Фрея, медиальную резекцию, корпоро-каудальную резекцию) выполнили в 66 (35,5 %) случаях. Дренирующие вмешательства произвели у 120 (64,5 %) больных, из них в 77 (64,2 %) наблюдениях — операции внутреннего дренирования кист. При локализации кисты в области головки ПЖ на фоне фиброзных изменений ее паренхимы и технической выполнимости произведены органосохраняющие резекции головки органа у 30 (16,1 %) больных. Экономные центральные варианты резекций ПЖ были выполнены у 6 (3,2 %) больных. При локализации кист в области тела и хвоста органа у 27 (14,5 %) больных выполнили органосохраняющие варианты дистальной резекции железы. В тех ситуациях, когда проходимость главного панкреатического протока была удовлетворительной, выполняли каудальную и корпоро-каудальную резекцию с последующим глухим ушиванием культи ПЖ. Если же проходимость главного панкреатического протока была нарушена, дистальную резекцию ПЖ заканчивали дренированием протока с формированием терминологического панкреатоэнтероанастомоза. При подозрении на малигнизацию процесса в области головки ПЖ выполняли панкреатодуоденальную резекцию. В ситуациях, когда имелись выраженные инфильтративные изменения в области головки и риск выполнения резекционных вмешательств был велик, производили операции внутреннего дренирования кисты. При наличии признаков «незрелости» кисты у 43 (23,1 %) больных было выполнено наружное дренирование кисты.

Результаты. Из общего числа оперированных умерло 7 (3,8 %) больных. Причиной смерти в 2 случаях стал очаговый панкреонекроз, 2 больных погибли от кровотечения из ветвей верхней брыжеечной артерии, в 3 других случаях причиной смерти явилась сердечно-сосудистая патология (ОИМ, тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии). Полученные послеоперационные данные в целом свидетельствовали о положительном клиническом эффекте выполненных вмешательств, что подтверждали инструментальные и лабораторные исследования. После операции у 163 (87,6 %) больных достигнуто значительное снижение объема кист, восстановлена проходимость внепеченочных желчных протоков и двенадцатиперстной кишки у всех больных, имевших компрессию этих анатомических структур перед операцией. У 5 (2,7 %) больных сохранялись кисты небольших размеров без жидкостного компонента, что объяснялось наличием плотной ригидной капсулы кисты.

Выводы. Критериями выбора операции при кистах ПЖ у больных хроническим панкреатитом являются локализация кисты, морфологические изменения паренхимы железы в патологической зоне, наличие компрессионных и окклюзирующих экстрапанкреатических осложнений.

Ингибирование панкреатических звездчатых клеток в профилактике прогрессирования хронического панкреатита (экспериментальное исследование)

КРАВЧЕНКО Д.А.

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

Проблема лечения хронического панкреатита — одна из сложных и нерешенных в хирургической панкреатологии. Важнейшую роль в развитии фиброзных изменений поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите играют панкреатические звездчатые клетки (ПЗК). Медикаментозное подавление активного состояния ПЗК для предупреждения фиброза поджелудочной железы включает в себя антиоксидантную терапию, блокирование ренин-ангиотензиновой системы, воздействие на сигнальные пути ПЗК, блокирование веществ, продуцируемых ПЗК (факторы роста, интерлейкины, металлопротеиназы, тканевые ингибиторы металлопротеиназ, эндотелин-1 и др.).

Цель исследования: разработка и обоснование патогенетической консервативной терапии послеоперационного панкреатита, направленной на уменьшение фиброзного поражения культи поджелудочной железы после ее резекции при хроническом алкогольном панкреатите.

Материалы и методы. Исследования проводили в отделе экспериментальной хирургии Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова на 71 крысе породы Wistar — самках, массой 230–390 г, с моделью хронического алкогольного панкреатита. Учитывая летальность в эксперименте, дистальную резекцию поджелудочной железы выполнили 68 животным с моделированным хроническим алкогольным панкреатитом. Резецированная во время операции железа подлежала иммуногистохимическому исследованию с определением маркеров активности ПЗК: α -SMA, GFAP, Vimentin, Desmin, MMP1, TIMP 2 (Thermo Scientific, LabVision). После операции крысы были распределены на 6 групп для последующего консервативного лечения

в течение 21 дня: 1) группа сравнения ($n = 12$); 2) крысы, получавшие терапию лизиноприлом 10 мг/кг ($n = 9$); 3) крысы, получавшие витамин А 33 000 МЕ/кг и α -токоферола ацетат (витамин Е) 100 мг/кг ($n = 12$); 4) крысы, получавшие терапию ловастатином 10 мг/кг ($n = 9$); 5) крысы, получавшие комплексную терапию лизиноприлом 10 мг/кг и ловастатином 10 мг/кг ($n = 9$); 6) крысы, получавшие комплексную терапию лизиноприлом 10 мг/кг, ловастатином 10 мг/кг, витамином А 33 000 МЕ/кг и витамином Е 100 мг/кг ($n = 11$). На 22-е сутки после операции выполняли эвтаназию животных с забором поджелудочной железы для иммуногистохимического исследования.

Заключение. Анализ полученных результатов экспериментальных исследований позволил установить:

1. Оперативная травма в виде дистальной резекции поджелудочной железы у крыс с моделью алкогольного хронического панкреатита приводит к прогрессированию фиброзных изменений в ткани поджелудочной железы посредством влияния воспалительных цитокинов на активность панкреатической звездчатой клетки.

2. Операция на поджелудочной железе у крыс с моделью алкогольного хронического панкреатита вызывает увеличение жировой дистрофии ацинарных клеток.

3. Медикаментозное лечение в послеоперационном периоде статистически значимо снижает такие показатели активности панкреатической звездчатой клетки, как α -SMA, виментин, TIMP2, по сравнению с группой сравнения.

4. Оптимальной терапией для профилактики прогрессирования панкреатического фиброза являлось применение комбинации препаратов лизиноприла и ловастатина.

5. Проведенные экспериментальные исследования позволили оценить эффективность ингибирования ПЗК с целью снижения фиброзных изменений ПЖ от наименее к наиболее эффективным методам: терапия лизиноприлом \rightarrow терапия витаминами А и Е \rightarrow терапия ловастатином \rightarrow терапия лизиноприлом, ловастатином, витаминами А и Е \rightarrow терапия лизиноприлом и ловастатином.

Результаты лечения больных с обширными резекциями печени

КРАСНОВ А.О.

МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

Введение. В настоящее время отмечен рост заболеваемости очаговыми поражениями печени среди населения, в том числе и в связи с массовым внедрением в повседневную клиническую практику эффективных средств диагностики органов гепатобилиарной системы. Радикальным методом лечения опухолей печени является резекция. Объем резекции определяется локализацией и характером поражения, при этом выполнение хирургического вмешательства, связанного с удалением половины и более массы печеночной паренхимы, сопряжено с опасностью развития в раннем послеоперационном периоде основной причины неблагоприятных результатов обширных резекций — печеночной недостаточности. По данным разных авторов, ее развитие является причиной летальных исходов в 38,5–50 % случаев. Проведение дооперационной оценки функционального состояния печени перед выполнением обширных резекций является необходимым условием, так как создает реальную основу для профилактики развития тяжелых форм острой печеночной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде. Методы оценки функции печени варьируют от простых клинических схем до сложных лабораторных исследований.

Цель исследования: провести анализ результатов лечения больных с обширными резекциями печени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 38 пациентов (мужчины — 52,6 %, женщины — 47,4 %) с очаговыми поражениями печени, перенесших обширную резекцию печени в Кузбасском областном гепатологическом центре в период с 2006 по 2009 г. Распределение больных по этиологии очаговых поражений печени: паразитарные кисты (эхинококкоз, альвеококкоз) — 14 (36,8 %); доброкачественные опухоли (аденома, гемангиома) — 5 (13,2 %); злокачественные опухоли (гепатоцеллюлярный рак, холангиокарцинома) — 6 (15,8 %), метастазы опухолей — 13 (34,2 %).

Перед операцией проводили обследование для оценки резектабельности случая. Обследование включало стандартные клинико-лабораторные тесты: биохимию крови, содержание онкомаркеров в крови, тесты на гемоконтактную группу инфекций (ВИЧ, вирусные гепатиты и сифилис). Инструментальные методы исследования включали в качестве скринингового метода комплексное абдоминальное УЗИ, МСКТ.

Всем больным провели хирургическое лечение. Правосторонняя гемигепатэктомия была выполнена 18 (47,4 %) пациентам, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия — 6 (15,8 %), левосторонняя гемигепатэктомия — 5 (13,2 %), долевая резекция сочеталась с резекцией контралатеральной доли в 9 случаях (23,6 %).

Результаты. В раннем послеоперационном периоде осложнения выявлены у 13 больных (34,2 %): абсцесс брюшной полости — у 1 больного, серома послеоперационной раны — у 3, гематома, биллома правого поддиафрагмального пространства — у 3, синдром полиорганной дисфункции с развитием паренхиматозной желтухи — у 6. Биломы, гематомы дренированы под контролем УЗИ с последующим удалением дренажа.

Летальный исход отмечен в 5 (13,2 %) случаях. Причиной летального исхода было развитие острой печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов, в 1 случае в послеоперационном периоде у пациента диагностирован острый инфаркт миокарда.



Заключение. Наиболее частой причиной летального исхода после резекции печени является острая печеночная недостаточность.

Стандартные методы обследования позволяют оценить возможность резекции печени, но не спрогнозировать осложнения и летальность. Исходя из вышеизложенного прогнозирование острой послеоперационной печеночной недостаточности является актуальной задачей.

Пути улучшения результатов лечения острого холецистита у лиц пожилого возраста

КУРБАНИСМАИЛОВА Р.Р.

ГБОУ РМЦ «Госпиталь ветеранов», Махачкала, Россия

Цель исследования: определить возможности мини-доступа (МД) с применением устройства «Мини-асистент» в выполнении холецистостомы на протяжении при остром деструктивном холецистите у лиц старческого возраста.

Материалы и методы. Располагаем опытом применения холецистостомии из мини-доступа при остром холецистите (ОХ) у 36 больных. Основным показанием к выполнению холецистостомии из МД при остром холецистите служило отсутствие эффекта от проведения консервативной терапии у лиц с высоким операционным риском. У всех пациентов количество сопутствующих патологий варьировало в пределах от 3 до 5, тяжелые сопутствующие заболевания наблюдали более чем в 70 % случаев. Среди них чаще встречались ишемическая болезнь сердца, стенокардия с нарушениями ритма, артериальная гипертензия, заболевания бронхолегочной системы. По данным клинического наблюдения и результатам морфологического исследования биоптатов стенки желчного пузыря, характер воспалительных изменений в пузыре был расценен как гангренозный холецистит — у 9,8 % больных, флегмонозный — у 76 %, водянка — у 3,4 %, эмпиема желчного пузыря — у 2,6 % пациентов. Оперативные вмешательства проводили под местной анестезией и внутривенным обезболиванием. Оперативное пособие выполняли косым подреберным доступом, предварительно при УЗИ определяли дно желчного пузыря. Длина разреза варьировала в пределах от 3,5 до 4,0 см. Мини-лапаротомию завершали формированием холецистостомы на протяжении. После купирования приступа ОХ на основании результатов обследования и адекватной предоперационной подготовки решали вопрос о тактике дальнейшего лечения.

Результаты. Медиана длительности оперативного вмешательства составила $15,4 \pm 22,2$ мин. Интраоперационные осложнения не отмечены. В послеоперационном периоде осложнения после холецистостомии имели место у 2 пациентов: в первом случае — выпадение холецистостомической трубки, во втором — подтекание желчи мимо катетера в свободную брюшную полость. В обоих случаях произведена реустановка катетера в просвет желчного пузыря. Осложнения общего характера после холецистостомии не отмечены. Летальных случаев также не было.

Заключение. У больных старческого возраста с острым холециститом, у которых хирургическое вмешательство сопровождается высоким операционным риском, предпочтение следует отдавать холецистостомии, позволяющей создавать декомпрессию желчного пузыря, производить его санацию и купировать острый воспалительный процесс. Выполнение холецистостомии из мини-доступа у этой категории больных является наиболее щадящим.

Неалкогольная жировая болезнь печени и стеатогепатит у больных морбидным ожирением в ассоциации с метаболическим синдромом

ЛАВРИК О.А.

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

Актуальность. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) и стеатогепатит (СГ) тесно взаимосвязаны с ожирением. Наиболее эффективным лечением НАСГ считается снижение массы тела (МТ) и уменьшение жировой ткани. При морбидном ожирении (МО) (индекс массы тела (ИМТ) свыше 40 кг/м^2) консервативные методы снижения МТ малоэффективны, поэтому применение методов бариатрической хирургии является наиболее обоснованным.

Понятия «НАЖБП» и «СГ» отличаются между собой. В первом случае наблюдается жировой стеатоз без выраженного воспаления и фиброза, а во втором — локальное воспаление печени.

Материалы и методы. В исследование вошло 83 пациента, которые были оперированы в клинике Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова по поводу МО за период 2010–2013 г. Всем пациентам проводили исследование гликемического, липидного профилей, уровня трансаминаз, интраоперационную биопсию печени.

Согласно критериям Clinical Research Network Scoring System для установления активности НАЖБП данные биопсии оценивают по системе баллов. Стеатоз — 0–3, лобулярное воспаление — 0–3, баллонизация гепатоцитов — 0–2. Сумма > 5 трактуется как СГ, < 3 — не СГ.

Больные были разделены на 2 группы по результатам патогистологического исследования печени: группа А — установлена НАЖБП — 29 (34,9 %) пациентов, группа Б — СГ — 54 (66,1 %) пациента.

Результаты. *Группа А.* Средняя МТ составила $150,7 \pm 24,2$ кг, ИМТ — $51,04 \pm 9,2$ кг/м². Гликемия натощак — 9,02 ммоль/л, НОМА-IR — 17,7, инсулин — 56,8 мЕД/мл, С-пептид — 9,4 нг/дл, HbA1C — 7,3 %. АЛАТ — 48,3 Ед/л, АСАТ — 36,8 Ед/л, ГГТП — 47,3 Ед/л.

Группа Б. Средняя МТ составила $155,2 \pm 17,2$ кг, ИМТ — $53,8 \pm 8,6$ кг/м². Гликемия натощак — 11,7 ммоль/л, НОМА-IR — 16,2, инсулин — 44,9 мЕД/мл, С-пептид — 5,7 нг/дл, HbA1C — 7,8 %. АЛАТ — 60,5 Ед/л, АСАТ — 45,8 Ед/л, ГГТП — 121,7 Ед/л.

В группе А сахарный диабет 2-го типа констатирован у 41,4 % пациентов, атерогенная дислипидемия — у 75,9 %, гипертоническая болезнь — у 59,3 %. В группе Б сахарный диабет 2-го типа был у 52,5 % больных, дислипидемия — у 74,5 %, гипертоническая болезнь — у 82,4 %.

Выводы. При морбидном ожирении наблюдали клинически более выраженные формы стеатогепатита. Стеатогепатит ассоциируется с более выраженными сопутствующими нарушениями гликемического и липидного обменов, существенным повышением печеночных трансаминаз у больных морбидным ожирением.

Биоимпедансный анализ как метод оценки функционального состояния паренхимы печени

ЛЕОНОВ С.Д., АГИБАЛОВ Д.Ю.

Кафедра хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Лаборатория минимально инвазивной хирургии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Научно-исследовательский институт клинической хирургии ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр» ФМБА России, Москва

Основная причина неудовлетворительных результатов обширной резекции печени — печеночная недостаточность, которая является результатом несоответствия функциональных возможностей печени потребностям организма. К настоящему времени существует большое число методов оценки степени печеночной дисфункции. Однако единого эффективного критерия определения степени печеночной недостаточности не разработано.

Цель исследования: оценка биофизических характеристик паренхимы печени до и после ее обширной резекции.

Материалы и методы. На 27 белых лабораторных крысах линии Vistar обоих полов массой 180–230 г провели исследование электрического импеданса паренхимы печени до и после ее обширной резекции.

Результаты. Электрический импеданс интактной печени был равен $3,2 \pm 0,2$ кОм на частоте 2 кГц, $2,3 \pm 0,1$ кОм на частоте 10 кГц и $1,7 \pm 0,11$ на частоте 20 кГц. Через 72 часа после оперативного вмешательства электрический импеданс паренхимы печени достоверно увеличился до $4,00 \pm 0,13$ кОм на частоте измерения 2 кГц. В этот период наблюдения также достоверно увеличивался коэффициент D2кГц/20кГц до $2,45 \pm 0,10$ по сравнению с исходным значением, равным $1,95 \pm 0,12$. При морфометрии выявили, что дистрофия гепатоцитов резецированной ткани печени была на уровне 9 баллов (min = 7; max = 15). Однако на 3-и сутки после ОРП наблюдалась выраженная дистрофия гепатоцитов на уровне 60 баллов (min = 50; max = 68).

Заключение. Полученные данные показывают возможность оценки функциональной активности паренхимы печени методом биоимпедансного анализа.

Оптимизация алгоритма диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы

ЛЫСАНЮК М.В.

ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: уточнить критерии своевременной диагностики и обоснования рационального варианта хирургического лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы (НЭОПЖ).

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и лечения 124 больных с НЭОПЖ.

Результаты. Органический гиперинсулинизм (ОГИ) диагностирован у 68 (54,8 %) пациентов (опухолевая форма в 85 % наблюдений, а безопухолевые варианты — в 15 %), гастринома — у 43 (34,7 %), редкие формы опухолей (карциноид, глюкагонома, випома) — у 13 (10,5 %). Проведенный анализ особенностей клинических проявлений свидетельствует о поздней диагностике НЭОПЖ. У больных с ОГИ только в 42,5 % наблюдений правильный диагноз был установлен в течение первого года заболевания. Пациентам с гастриномой неоднократно выполняли операции по поводу осложненного течения язвенной болезни. Наибольшие трудности на



дооперационном этапе связаны с диагностикой нефункционирующих НЭОПЖ в связи с отсутствием симптомов гормональной гиперпродукции и сходством клинических проявлений с карциномами поджелудочной железы. При оценке лабораторных методов диагностики установлено, что среди больных ОГИ снижение уровня глюкозы крови в покое отмечали только у 50 %, а при пробе с голоданием гипогликемия верифицирована у 89 %. Среди пациентов с гастриномой гиперсекреция диагностирована только у 67 % больных. Исследование уровня гастрина 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 %. Применение СКТ и ПЭТ позволило локализовать опухоль в поджелудочной железе с чувствительностью 75 и 80 % соответственно. Использование эндоУЗИ повысило чувствительность в диагностике НЭОПЖ до 91 %, особенно при локализации опухоли в головке и теле поджелудочной железы. Анализ применения лучевых методов исследования на современном этапе свидетельствует о необходимости их дополнения интраоперационным УЗИ, что позволяет локализовать опухоль в поджелудочной железе и выбрать адекватный объем оперативного вмешательства. Завершающим этапом диагностики являлось морфологическое исследование, которое окончательно подтверждало нейроэндокринный характер опухолевого поражения поджелудочной железы. Проведение иммуногистохимического исследования позволило оценить злокачественный потенциал НЭОПЖ и определить тактику послеоперационного лечения больных.

Выполнены следующие оперативные вмешательства: энуклеация опухоли — в 37 % случаев, дистальная резекция поджелудочной железы с опухолью — в 39 %, краевая резекция поджелудочной железы — в 21 %, панкреатодуоденальная резекция — в 3 %. Критериями выбора варианта оперативного вмешательства явились: локализация опухолей, их число, близость главного панкреатического протока, наличие признаков злокачественности опухоли и распространенности онкологического процесса.

Наиболее частыми осложнениями после операции явились острый панкреатит и панкреатические свищи. Свищи поджелудочной железы возникали чаще после краевой резекции поджелудочной железы, в связи с чем в настоящее время данный вид оперативного вмешательства не применяют.

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 повысит послеоперационную выживаемость и обеспечит высокое качество жизни данной категории больных за счет обоснованного назначения адъювантной лекарственной терапии.

Антеградные стентирующие вмешательства в лечении больных с доброкачественными билиарными стриктурами

МЕЛЬНИКОВ В.В.

Кафедра общей хирургии с клиникой ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия

В последнее время в лечении больных с механической желтухой доброкачественной этиологии все чаще предпочтение отдают малоинвазивным способам восстановления желчеоттока. Одним из методов желчеотведения является эндопротезирование гепатикохоледоха с применением различных билиарных стентов.

Если вопрос с применением пластиковых стентов в настоящее время решен, то использование саморасширяющихся металлических стентов (СМС) при доброкачественных стриктурах обсуждаем. Связано это с практически невозможным удалением этих стентов после установки.

Целью исследования является оценка эффективности применения саморасширяющихся металлических стентов в лечении доброкачественных билиарных стриктур.

Материалы и методы. Оценены непосредственные результаты лечения 15 больных, которым в связи с выявленными доброкачественными стриктурами желчевыводящих путей выполняли антеградное эндобилиарное стентирование СМС в период с 2010 по 2013 г. Показания к выполнению антеградного эндобилиарного стентирования: высокий уровень билиарного блока — у 5 (33 %) пациентов; средний блок — у 6 (40 %) пациентов, в том числе 3 пациента с рубцовой стриктурой ранее наложенного билиодигестивного анастомоза; с низкой стриктурой — 4 (27 %) пациента.

Методика дренирования включала несколько этапов: 1-м этапом выполняли пункцию желчного протока под УЗ-контролем с выполнением антеградного контрастирования желчных протоков и выявление уровня и протяженности стриктуры, эндобилиарное дренирование (при возможности старались выполнять наружно-внутреннее либо наружное дренирование, если за стриктуру не удавалось пройти) 5–10 F по методике Сельдингера; 2-м этапом выполняли бужирование стриктуры и стентирование саморасширяющимся нитиноловым стентом 10 F. При высоких стриктурах, в том числе и области конfluence протоков, применяли непокрытые СМС (5 пациентов). При среднем уровне стриктуры применяли покрытые СМС, устанавливаемые до сфинктера

Одди (4 пациента), 2 пациентам установлены непокрытые СМС с выходом дистальной части в просвет двенадцатиперстной кишки. При низком уровне блока устанавливали непокрытые СМС (4 пациента).

Результаты. Эффективность проводимого лечения оценивали по следующим параметрам: нормализация сывороточного билирубина, купирование явлений холангита, печеночной недостаточности, продолжительность функционирования стента.

Удовлетворительных результатов удалось достигнуть у всех пациентов. У 1 пациента выявлена обструкция стента гипергрануляциями в области дистального конца. Больной выполнено антеградное эндобилиарное дренирование, после формирования хода при холангиоскопии грануляции удалены и произведено рестентирование покрытым СМС.

Общая летальность составила 6 % (1 пациент умер из-за конкурирующего онкологического заболевания).

Осложнения, связанные непосредственно с эндобилиарными вмешательствами (желчеистечение, гемобилия, гематомы), отмечены у 2 (12 %) пациентов. Во всех случаях осложнения были устранены посредством малоинвазивных методик.

В послеоперационном периоде в сроки от 3 месяцев до 2 лет наблюдаются 7 пациентов, более 2 лет наблюдаются 8 пациентов. Состояние всех пациентов оценивается как удовлетворительное, признаков обструкции стентов не выявлено. 10 пациентов проходят ежегодное обследование.

Заключение. Применение антеградного эндобилиарного стентирования металлическими саморасширяющимися стентами в лечении доброкачественных стриктур желчевыводящих протоков является эффективным и перспективным. Однако необходим поиск материала, структуры или покрытия стента с целью снижения нарушения проходимости стента.

Ведение послеоперационного периода у больных острым деструктивным панкреатитом с акцентом на иммунокоррекцию

МУРАВЬЕВ П.Т.

Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Украина

Актуальность. Прогрессирование вторичного иммунодефицита при развитии деструктивных форм острого панкреатита создает предпосылки для проведения иммуноориентированной терапии.

Целью исследования было изучение результатов лечения больных осложненным острым деструктивным панкреатитом (ОДП) в условиях иммуномодуляции.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 137 больных ОДП. Пациенты были разделены на три группы. В основной группе (53 (38,7 %) больных) иммуномодуляцию проводили препаратом биолейкин. У 47 (34,3 %) больных контрольной группы — препаратом экстра эрбисол. В группе ретроспективного анализа (37 (27,0 %) больных) иммуномодуляции не проводили.

Результаты. Биолейкин в дозировке 500 тыс. ЕД в белковом буфере вводили внутривенно 1–2 курсами по 2 введения с интервалом 24 часа. Экстра эрбисол® вводили внутримышечно в дозировке 2,0 мл 2 раза в сутки. В условиях отсутствия иммунокоррекции содержание лимфоцитов (CD3) у больных группы ретроспективного анализа на 9,0 % превышало соответствующий показатель, который отмечали до начала лечения ($P < 0,05$). В контрольной группе исследуемый показатель превышал таковой до начала лечения на 21,5 % ($P < 0,05$). В то же время в основной группе содержание CD3 превышало таковое до начала лечения на 52,5 % ($P < 0,05$).

Содержание В-лимфоцитов (CD19) у больных группы ретроспективного анализа было на 11,3 % меньше, чем у больных до начала лечения ($P > 0,05$). В контрольной группе содержание В-лимфоцитов было меньше, чем до начала лечения, на 28,3 % ($P < 0,05$). У больных основной группы уровень В-лимфоцитов уменьшался в сравнении с исходным фоном в 2,67 раза ($P < 0,05$).

Содержание хелперных лимфоцитов (CD4) у больных группы ретроспективного анализа превышало соответствующие показатели до начала лечения на 5,1 % ($P > 0,05$). Уровень CD4 у больных контрольной группы превышал аналогичный показатель до начала лечения на 11,3 % ($P < 0,05$). При этом у больных основной группы исследуемый показатель превышал таковой до начала лечения на 32,3 % ($P < 0,05$).

В группе ретроспективного анализа и контрольной группе содержание супрессорных лимфоцитов (CD8) превышало значения условного уровня контроля соответственно в 1,9 и в 1,75 раза ($P < 0,05$). В основной группе уровень супрессорных лимфоцитов был на 8,0 % выше условного уровня контроля ($P > 0,05$).

В группе ретроспективного анализа уровень IgA возрастал на 19,7 % в сравнении с контролем ($P < 0,05$). В этот период времени уровень IgG увеличивался на 17,1 % ($P > 0,05$), а IgM — на 7,5 % относительно исходных значений исследуемых показателей ($P > 0,05$). В контрольной группе содержание IgA, IgG и IgM увеличивалось в сравнении с исходными показателями соответственно на 27,0 % ($P < 0,05$), 21,2 % ($P < 0,05$) и на 13,7 % ($P > 0,05$).

У больных основной группы исследуемые показатели содержания IgA, IgG и IgM были несущественно ниже, чем в условной группе контроля, — на 5,3; 8,4 и 4,2 % ($P > 0,05$) и достоверно превышали исходные значения ($P < 0,05$).



Заключение. Проведение в послеоперационном периоде направленной иммунокоррекции позволило снизить число случаев развития гнойно-септических осложнений на 39,7 и 31,6 % в основной и контрольной группах соответственно по сравнению с таковым в группе ретроспективного анализа. Включение иммунокоррекции в комплексное хирургическое лечение больных ОДП позволило снизить общую послеоперационную летальность с 32,4 % (группа ретроспективного анализа) до 14,9 % (контрольная группа) и 11,3 % (основная группа).

Этапное миниинвазивное лечение гнойных осложнений деструктивного панкреатита

МУШЕНКО Е.В.

*Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины,
Харьков, Украина*

Несмотря на большое количество публикаций, посвященных хирургическому лечению гнойных осложнений деструктивного панкреатита, в последние десятилетия не отмечается тенденции к принципиальному улучшению результатов лечения данного заболевания: по-прежнему высокими остаются количество послеоперационных осложнений и летальность, достигающая, по данным различных авторов, 85,6 %.

Материалы и методы. На базе ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины» за период с 2001 по 2012 г. находились на лечении 113 пациентов с панкреонекрозом (ПН) в фазе гнойных осложнений (ФГО). Все они были разделены на 2 группы: первая (основная) и вторая (сравнения) в зависимости от тактики лечения. Обе группы сопоставимы по полу, возрасту, этиологии деструктивного панкреатита, объему поражения поджелудочной железы, сопутствующим заболеваниям. Основную группу составили 50 (44,2 %) больных, находившихся в клинике с 2007 по 2012 г., для лечения которых был применен этапный подход с преимущественным использованием миниинвазивных хирургических методик. Группу сравнения составили 63 (55,8 %) пациента, находившихся в клинике института до 2007 г., пролеченных с применением преимущественно традиционных подходов.

Выбор методики операции у больных основной группы основывался на тщательном предоперационном обследовании и оценке данных УЗИ/КТ.

Результаты. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-навигацией как первый этап хирургического лечения нами применены у 19 (38 %) пациентов основной группы при единичных абсцессах поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, а также при инфицированных псевдокистах поджелудочной железы. При небольших объемах (до 50 мл) гнойников и отсутствии детрита использовали методику Сельдингера с установкой катетеров типа pig-tail. При больших размерах гнойника, наличии густого детрита использовали разработанную нами методику стилет-катетерного дренирования (патент Украины № 64893).

Видеолапароскопические операции выполнены у 7 (14 %) пациентов основной группы. Показаниями к выполнению данного типа операций считали наличие инфицированных жидкостных скоплений сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, абсцессов поджелудочной железы при неэффективности их санации после пункционно-дренирующих операций, наличие крупных секвестров (более 2 см), которые требовали установки дренажей большого диаметра. При преимущественном панкреатогенном поражении забрюшинной клетчатки выполняли видеолумбоскопические операции.

Операции из мини-доступа по УЗ-метке выполнены у 12 (24 %) больных основной группы. Показаниями к данному типу хирургического лечения считали массивное гнойно-некротическое поражение поджелудочной железы (субтотальный или тотальный ПН по данным УЗИ/КТ), парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, когда изначально предполагали неэффективность пункционно-дренирующих и видеоскопических вмешательств, «опасное» соседство патологических очагов с крупными сосудами и близлежащими органами, когда возникала необходимость четкого визуального и мануального контроля за проводимыми манипуляциями, наличие крупных секвестров, удаление которых с помощью видеоскопических методик представлялось сомнительным.

«Полуоткрытые» операции выполнены у 3 (6 %) больных ПНФГО основной группы.

Необходимость в этапном хирургическом лечении возникла у 25 (50 %) больных основной группы, что связано с одновременным нагноением очагов некротической деструкции, а также с исходно тяжелым состоянием пациентов при поступлении. Подобная тактика позволяла стабилизировать состояние больных на первом этапе хирургического лечения, что в дальнейшем давало возможность выполнить, при необходимости, более радикальное санационное вмешательство.

Заключение. Применение разработанного подхода позволило снизить количество как интра-, так и послеоперационных осложнений — с 12,8 до 6 % и с 72,9 до 46 % соответственно, а также уменьшить послеоперационную летальность с 36,5 до 22,0 %.

Отдаленные результаты резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите

НИКУЛИНА С.А.

ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России,
Омск, Россия

БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россия

Цель исследования: оценить отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) с поражением головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование планировали взять отдаленные результаты хирургического лечения у 45 больных, оперированных по поводу ХП. Объем выполненных оперативных вмешательств представлен следующим образом: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) — у 16 (35,6 %), операция Frey — 14 (31,1 %) и субтотальная резекция головки (СРГ) поджелудочной железы в Бернском варианте операции Beger — 15 (33,3 %). В исследовании преобладали мужчины — 41 (91,1 %). Анализированы следующие показатели: летальность, стойкая утрата трудоспособности, частота осложнений, требующих госпитализации, внешне- и внутрисекреторная недостаточность поджелудочной железы в отдаленном периоде. Для оценки качества жизни обследуемых больных применялись два международных опросника: EORTC QLQ-C30 и SF-36.

Результаты. Анкеты были заполнены на 40 (88,9 %) пациентов. «Поздние» летальные исходы отмечались только после ПДР (36,4 %). Причина: декомпенсация сопутствующей патологии (гломерулонефрит, ИБС), пневмония, малигнизация поджелудочной железы. Инвалидность по основному заболеванию после ПДР получили 4 (36,4 %) больных, операции Frey — 1 (7,1 %), СРГ — 2 (13,3 %). Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде отмечены у 2 (18,2 %) больных после ПДР: стриктура гепатикоэнтероанастомоза с развитием механической желтухи и холангита, потребовавшая реконструктивной операции, и язва гастроэнтероанастомоза с частыми рецидивами, требующими госпитализации. 1 больной через 2 года после операции Frey был оперирован повторно в объеме субтотальной резекции головки поджелудочной железы по поводу прогрессирования ХП, связанного с неадекватным объемом при выполнении первичной операции. Развитие сахарного диабета после ПДР отмечено у 3 (27,3 %) больных, после операции Frey — у 4 (28,6 %), СРГ — у 3 (13,3 %). Оценка купирования болевого синдрома в исследуемых группах в отдаленные сроки по данным опросника SF-36 выявила достоверно лучшие результаты в группе больных после СРГ и операции Frey. При оценке выраженности диареи (EORTC QLQ-C30) достоверных различий в исследуемых группах получено не было. Сравнение показателей физического и психологического компонентов здоровья, общего состояния здоровья по данным опросника SF-36, физического состояния, эмоциональной и социальной адаптации, а также сравнение выраженности отдельных симптомов по опроснику EORTC QLQ-C30 выявило лучшие результаты у больных после резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки.

Выводы. Проведенное исследование позволило считать ПДР наиболее травматичным вмешательством с высокой частотой «поздних» летальных исходов (36,4 %), стойкой утраты трудоспособности (25 %), развития сахарного диабета (27,3 %) в отдаленном послеоперационном периоде. У больных после дуоденумсохраняющих резекций головки поджелудочной железы получены более высокие показатели купирования болевого синдрома, восстановления трудоспособности и качества жизни, чем после ПДР, что позволило считать данные операции наиболее оптимальным вариантом хирургического лечения хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы.

Минимизация травматичности оперативного доступа в лечении желчнокаменной болезни

ОЛЕЙНИК А.А.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Вступление. Использование традиционных лапароскопических оперативных вмешательств сопровождается развитием таких осложнений, как гнойно-септические, послеоперационные вентральные грыжи, формирование существенных косметических дефектов на коже живота. Использование лапароскопов и инструментов малого диаметра (2–5 мм) позволило выполнять операции с меньшей травматичностью, чем при стандартных лапароскопических операциях. Остается проблемой необходимость расширения одного из доступов для извлечения из брюшной полости удаленного препарата (желчного пузыря). В клиническую практику начали внедрять методики единого лапароскопического доступа, который позволяет сочетать в себе достоинства мини-лапароскопии и возможность удаления из брюшной полости большого массива тканей. В настоящее время принципиальные возможности обоснованного применения мини-лапароскопии и единого лапароскопического доступа не разработаны, не определены показания и противопоказания к их использованию, отсутствует детальная оценка оперативной техники.



Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью путем разработки и внедрения мини-лапароскопических и комбинированных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В течение последнего года с использованием мини-лапароскопических операций и вмешательств по технологии единого лапароскопического доступа прооперировано 36 больных с желчнокаменной болезнью. Это были преимущественно женщины молодого возраста, без сложной сопутствующей патологии и ожирения (24 (66,7 %) пациентки). У пациенток использован влагалищный доступ для манипуляций на органах брюшной полости под видеоэндоскопическим контролем и для извлечения удаленного органа из брюшной полости. Мини-лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 22 больных, холецистэктомия по методике единого лапароскопического доступа — у 14. Симультанно у пациенток было выполнено удаление кист яичника.

Использовали лапароскопы диаметром 2,6 и 4,2 мм, для введения которых использовали стандартные троакары 3 и 5 мм. Использовали стандартные инструменты 3 мм и оригинальные, собственной конструкции троакары-манипуляторы для тракции внутренних органов диаметром 2,6 и 3 мм.

Результаты. Все оперативные вмешательства прошли без интраоперационных осложнений. У 5 пациентов из-за анатомических сложностей при удалении желчного пузыря были вынуждены перейти к использованию традиционных троакаров и инструментов диаметром 5 мм. Кольпотомический доступ после удаления органа не ушивали, проводили лишь тампонирование влагалища. Время, использованное для проведения вмешательств, варьировало в пределах от 30 до 120 минут. Больные находились в стационаре после операции от 1 до 4 суток.

В раннем послеоперационном периоде при использовании перечисленных выше технологий отмечали значительно менее выраженный болевой синдром, чем у больных, оперированных по стандартным методикам. Анальгетики назначали только в первые 24–48 часов после операции. При наблюдении за пациентами в течение первых месяцев после операции отдаленных осложнений не наблюдали. Отмечен хороший косметический эффект. Случаев формирования послеоперационных троакарных грыж в месте введения системы единого лапароскопического доступа не отмечено.

Выводы. Использование мини-лапароскопических операций и вмешательств по технологии единого лапароскопического доступа является перспективным направлением развития современных хирургических технологий, которые нуждаются в последующем совершенствовании и внедрении в практическую деятельность специализированных хирургических центров.

Патогенез развития рубцовой трансформации желчных протоков после их экспериментальной травмы

ОРЛОВСКИЙ Ю.Н.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. Основными причинами развития стриктуры желчных протоков являются механические или тепловые повреждения, а также воспалительные изменения в их просвете. Важную роль в патогенезе стриктур желчных протоков играют специфические факторы, выделяемые макрофагами, например трансформирующий фактор роста $\beta 1$ (transforming growth factor — TGF- $\beta 1$). Роль TGF- $\beta 1$ сводится к процессам взаимодействия между клетками и провоспалительными цитокинами, что отражается на характере депонирования коллагена и контрактуре рубца.

Цель исследования: экспериментальная оценка роли трансформирующего фактора роста $\beta 1$ в патогенезе стриктур гепатикохоледоха (ГХ) в зависимости от характера травмы.

Материалы и методы. Для проведения эксперимента было выбрано 12 кроликов обоих полов и сформировано 2 основных группы: в 1-й группе (6 (50 %) кроликов) проводили клипирование желчевыводящих путей (клипсы накладывали на 1/2 просвета желчного протока без нарушения его целостности), во 2-й группе (6 (50 %) кроликов) при моделировании травмы воздействовали электрокоагулятором по площади, равной наложенной клипсе на проток в 1-й группе, без нарушения его целостности.

Забор крови в обеих группах производили до операции (контроль), на 3-е, 7-и, 15-е сутки после операции для иммуноферментного анализа. Для количественного определения TGF- $\beta 1$ в сыворотке крови использовали стандартный набор реагентов (ELISA Kit Antibody for Rabbit Transforming Growth Factor Beta 1).

Результаты. В результате проведенного эксперимента была выявлена взаимосвязь между уровнем TGF- $\beta 1$ и степенью прогрессирования рубцовой ткани в желчевыводящих путях кроликов. Динамика содержания TGF- $\beta 1$ в сыворотке крови характеризовалась повышением концентрации фактора по сравнению с контрольными образцами в зависимости от вида травмы и сроков патологии.

В 1-й группе (клипирование ГХ) уровень TGF- $\beta 1$ увеличивался на всех сроках моделирования травмы холедоха с $158,61 \pm 92,97$ пк/мл на 3-и сутки до $210,65 \pm 85,70$ пк/мл на 15-е сутки в отличие от $129,25 \pm 32,01$ пк/мл в контрольной группе анализов ($p = 0,03$).

Во 2-й группе (коагуляция ГХ) уровень TGF- β 1 на 3-и сутки уменьшался и составлял $86,60 \pm 34,39$ пк/мл по сравнению с контрольными образцами ($88,09 \pm 37,82$ пк/мл). На 7-е и 15-е сутки отмечали увеличение фактора до $102,39 \pm 31,40$ пк/мл и $141,98 \pm 32,82$ пк/мл соответственно. На 15-е сутки показатели были статистически более значимы ($p = 0,08$).

Кроме этого, была выявлена взаимосвязь между уровнем TGF- β 1 и степенью прогрессирования стриктуры желчевыводящих путей в разных группах. Так, концентрация TGF- β 1 в целом была выше в группе кроликов с клипированием ГХ по сравнению с моделью ожоговой травмы. Макроскопически также имели место более выраженные рубцовые изменения ГХ в 1-й группе по сравнению с электрокоагуляционной травмой.

Заключение. Трансформирующий фактор роста β 1 в эксперименте явился наиболее ранним маркером рубцевания ГХ. Количественное определение TGF- β 1 в сыворотке крови может быть использовано в клинической практике с целью ранней верификации стриктуры ГХ и билиодигестивного анастомоза.

Аспекты диагностики хронических наружных желчных свищей калькулезного генеза

ПАРХОМЕНКО А.В., ПОТАПОВ В.В., ФОМИНОВ В.М., КАРАПЫШ В.А.

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

Цель исследования: определить наиболее информативные методы распознавания хронических наружных желчных свищей (ХНЖС) калькулезной этиологии для совершенствования диагностического алгоритма.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики 86 больных в возрасте 27–82 лет с ХНЖС калькулезной этиологии. Среди них женщин — 51 (59,2 %), мужчин — 35 (40,8 %). Старше 60 лет был 31 (37 %) пациент. Первоначально в других больницах г. Донецка и области, в Запорожье, Мариуполе оперировано 79 пациентов. ХНЖС образовались после следующих операций: холецистэктомии, холедохостомии по Вишневскому — 37 (43,0 %), холецистостомии — 23 (26,8 %), холецистэктомии, холедохостомии через культю пузырного протока — 24 (27,9 %), холедохостомии — 2 (2,3 %). Остаточные камни в желчных путях обнаружены у всех 86 больных, 72 (83,7 %) из них были оперированы в экстренном порядке. Для диагностики применены: фистулохолангиография (ФХГ) — 76; УЗИ — 71; компьютерная томография (КТ) — 32; определение стеркобилина в кале и уробилина в моче — 30, билирубина в свищевом отделяемом — 17; тест с метиленовым синим — 16; фистулохолангиоскопия — 9; эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) — 9. Полученные результаты были обработаны с помощью персонального компьютера с использованием программы Statistic for Windows.

Результаты. Одним из наиболее информативных методов диагностики ХНЖС является ФХГ, которую выполняли обычно на 2-й день после поступления. Контрастное вещество вводили через дренаж желчного протока (63) и желчного пузыря (23). С помощью ФХГ определили камни желчных (74) и пузырного протоков (12), стеноз сфинктера Одди (48), замедление (42) и отсутствие (27) проходимости из холедоха в двенадцатиперстную кишку, деформацию желчного пузыря (13). Если ФХГ была малоинформативна, выполняли ЭРХПГ, при которой диагностировали холедохолитиаз и папиллостеноз (5). УЗИ показало признаки холедохолитиаза: наличие в просвете общего желчного протока экзогенного образования (61), расширение протока и экзогенные структуры при отсутствии акустической тени в просвете (10). Среди КТ-признаков диагностически наиболее значимым явилось умеренное расширение с наличием дефекта наполнения желчного протока и признаками обызвествления. При неплотном прилегании камня к стенке протока определяли наличие ободка желчи между ним и стенкой протока; повышение плотности ободка в дистальном отделе общего желчного протока; неоднородную структуру сечения протока за счет точечных обызвествлений в нем. Фистулохолангиоскопию выполняли на фоне введения оптической среды (0,9% раствор хлористого натрия) больным с холедохолитиазом и расширением холедоха более 1 см.

Выводы. Дооперационная диагностика ХНЖС калькулезного генеза может представлять в некоторых случаях особые трудности в связи с отсутствием универсального скрининг-метода для выявления этой патологии. ФХГ, ЭРХПГ, дополненные УЗИ и КТ, наиболее информативны и позволяют в 98,7 % случаев поставить правильный диагноз до операции.

Возможности диагностики и хирургического лечения внутренних желчных свищей желчнокаменного происхождения

ПАРХОМЕНКО А.В., ФОМИНОВ В.М., МАТВИЕНКО В.А., ШЕСТОПАЛОВА А.Д.

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

Цель исследования: проанализировать методы диагностики и оперативных вмешательств у больных с внутренними желчными свищами (ВЖС), определить наиболее эффективные из них.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 88 больных с ВЖС, находившихся в клинике в период с 1997 по 2012 г. Женщин было 58 (65,9 %), мужчин 30 (34,1 %), воз-



раст — 34–78 лет. Применены следующие методы исследования (в различных сочетаниях): УЗИ желчного пузыря и желчных протоков, рентгенография органов брюшной полости, компьютерная томография (КТ), фиброгастроудоденоскопия (ФГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Результаты. До операции при УЗИ билиодигестивный свищ (БДС) заподозрен в 24,7 % наблюдений, холецистохоледохолеальный — в 19,1 %; при ЭРХПГ — в 29,4 и 24,5 %, при КТ — в 32,2 и 36 % соответственно. Во время операций у 56 (64 %) больных установлен точный диагноз. БДС выявлен у 65 (73,9 %) пациентов, среди которых холецистодуоденальный — у 32 (36,3 %), холецистогастральный — у 18 (20,5 %), холедоходуоденальный — у 10 (11,4 %), холецистоколитический — у 5 (5,7 %). ХХС — у 23 (26,1 %). 27 больным, у которых наблюдали острую желчнокаменную кишечную непроходимость, произведены экстренные операции (энтеротомия с удалением камня из тонкой кишки с последующим ее ушиванием, а также холецистэктомия (ХЭ) — 18 пациентам; свищ не разделяли в связи с тяжелым общим состоянием 9 больным).

Плановые операции выполнены 61 (69,3 %) больному. При холецистодигестивных свищах выполнены ХЭ и ликвидация свища с ушиванием дефекта в двенадцатиперстной кишке — 12 пациентам, желудке — 10, толстой кишке — 5, наложение гастроэнтероанастомоза — 1, рассечение спаек — 3. При холедоходуоденальном свище проводили ХЭ, холедохолитотомию с наружным дренированием желчных протоков по Вишневскому — 3 случая, Холстеду — 2, наложением холедоходуоденоанастомоза — 5.

При холецистохоледохолеальном свище операцию завершали холедоходуоденоанастомозом — 13 пациентов, ХЭ и наружной холангиостомией Т-образным дренажем — 6, гепатикоюноанастомозом на выключенной по Ру петле тощей кишки — 4.

Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 11 (12,5 %) больных: пневмония — у 3 (27,3 %), несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки — у 3 (27,3 %), нагноение раны — у 2 (18,2 %), перитонит — у 2 (18,2 %), несостоятельность швов желудка — у 1 (3 %). 2 (2,2 %) пациента умерли (от сердечно-сосудистой недостаточности — 1, от тромбоэмболии легочной артерии — 1).

Выводы. В большинстве случаев (64–80,9 %) диагноз ВЖС в дооперационном периоде трудно поставить с помощью УЗИ, ФГДС, КТ и ЭРХПГ. Радикальная операция заключается в ХЭ с вмешательствами на желчных протоках, кишечнике или желудке. Развитие ВЖС предупреждается своевременным выявлением больных с ЖКБ и их оперативным лечением.

Роль предварительной ишемической подготовки в развитии ишемически-реперфузионного повреждения печени

ПИСЕЦКАЯ М.Э., СКОРЫЙ Д.И., ВОЛЧЕНКО И.В.

Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, Харьков, Украина

Введение. Аfferентная васкулярная окклюзия — несложный и действенный прием в борьбе с интраоперационной кровопотерей при резекциях печени. Возникающие при этом ишемически-реперфузионные повреждения печеночной паренхимы негативно сказываются на состоянии и функциональных возможностях остающейся части печени, что особо важно при обширных резекциях и наличии диффузных заболеваний печени. Одним из методов уменьшения проявлений ишемически-реперфузионного синдрома (ИРС) является применение предварительной ишемической подготовки.

Цель исследования: определить оптимальный режим предварительной ишемической подготовки, при котором сосудистая окклюзия вызывает минимальные патологические изменения в печени и не угнетает ее регенераторные способности.

Материалы и методы. Проведено экспериментально-клиническое исследование.

Экспериментальная часть исследования выполнена на 40 кроликах, которые были разделены на 4 группы. Было моделировано ишемически-реперфузионное повреждение печени путем пережатия гепатодуоденальной связки в различных режимах: I группа (n = 10) — 30 мин ишемии; II группа (n = 10) — 15 мин ишемии/5 мин реперфузии/15 мин ишемии; III группа (n = 10) — 5 мин ишемии/5 мин реперфузии/10 мин ишемии/5 мин реперфузии/15 мин ишемии; IV группа (n = 10) — группа контроля без ишемии. Выполняли морфологическое исследование фрагментов печени животных, взятых сразу после пережатия связки и на 3-и сутки после операции, а также определение уровня трансaminaз.

Клиническая часть включала анализ результатов лечения 138 пациентов с объемными образованиями печени. Больные были разделены на 3 группы. Больным группы сравнения 1 (n = 52) резекцию печени выполняли без сосудистой эксклюзии; больным группы сравнения 2 (n = 50) резекцию печени выполняли с применением Pringle-маневра в режиме: 15 мин ишемии/5 мин реперфузии/15 мин ишемии; больным основной группы (n = 36) выполняли резекции печени с применением Pringle-маневра в режиме 5 мин ишемии/5 мин реперфузии/10 мин ишемии/5 мин реперфузии/15 мин ишемии.

Результаты. Экспериментальная часть. В печени животных III группы наблюдали наименее выраженные повреждения ткани. В отсроченном периоде (3-и сутки) ишемии в группе III хотя и сохраняются патологические

изменения гепатоцитов, отмечены признаки их регенерации, что выражается в увеличении числа диплоидных гепатоцитов и их полиплоидией.

Клиническая часть. В группе сравнения 2 и в основной группе по сравнению с группой сравнения 1 отмечено значительное снижение уровня интраоперационной кровопотери (478,2; 483,6 и 901,7 мл соответственно) и увеличение числа больных, которым не производили гемотрансфузию (48; 47,2 и 21,15 %). Также снизился уровень возникновения послеоперационных осложнений в основном за счет снижения частоты развития печеночной недостаточности и синдрома малой печени.

Выводы. Режим сосудистой окклюзии с предварительной ишемической подготовкой (5/10/15) является наиболее щадящим для ткани печени, не вызывает грубых структурных повреждений и функциональных нарушений, что позволяет рекомендовать последний для клинического применения как оптимальный при выполнении резекции печени в сочетании с афферентной васкулярной эксклюзией.

Возможности чрескожной трепан-биопсии в гистологической верификации и дифференциальной диагностике у пациентов с изолированными объемными образованиями поджелудочной железы

ПОПОВ С.А.

**ФГБУ «Российский научный центр рентгенохирургических технологий»
Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия**

Цель исследования: изучить возможности чрескожной трепан-биопсии (ЧТБ) в диагностике новообразований поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В исследование включено 129 пациентов без вторичных метастатических изменений, которым была выполнена ЧТБ новообразований ПЖ. Пациенты, у которых имелось прорастание опухоли в просвет желудка или двенадцатиперстной кишки, в исследование не включались. Чрескожную тканевую биопсию выполняли с использованием устройства Bard Magnum Biopsy Needly with Spacer, иглами 18 G (диаметр 1,2 мм) под контролем ультразвукового исследования (электронным конвексным датчиком 4С 1.8-4.0/D 2.9 MHz), получая биоптат 1,2 x 20 мм. Основным показанием к биопсии являлось проведение дифференциальной диагностики между раком ПЖ и хроническим панкреатитом. Объемные образования в головке железы локализовались у 82 (63,6 %) пациентов (в крючковидном отростке — у 24 (18,6 %); в теле — у 34 (26,4 %), в перешейке — у 6 (4,7 %); хвосте — у 13 (10,1 %) больных). Максимальный диаметр новообразований составлял 115 мм, средний размер опухоли — 56,8 мм, минимальный размер биопсийного очага — 30 мм.

Результаты. После выполнения первичной биопсии гистологический диагноз установлен в 111 (86 %) случаях. В 18 (14 %) наблюдениях биоптат содержал только соединительную ткань, что потребовало повторной биопсии, трехкратно процедура выполнена 2 больным, что повлияло на определение дальнейшей тактики лечения.

Пациентов наблюдали в течение суток в хирургическом отделении. Осложнений не отмечено в 98,7 % случаев. В 1 наблюдении потребовалась срочная лапаротомия с удалением гематомы малого сальника. В 1 случае имелся выпот в брюшной полости, который потребовал наблюдения и консервативного лечения.

Злокачественное поражение ПЖ установлено в 92 (71,3 %) случаях: рак ПЖ — в 86, неэпителиальные злокачественные опухоли ПЖ — в 2, метастатическое поражение ПЖ — в 4 случаях. Доброкачественные изменения ПЖ выявили у 37 (28,7 %) больных: хронический панкреатит — у 31, доброкачественные опухоли — у 3, дисплазия, олеогранулема, папилломатоз — у 3.

В дальнейшем радикально прооперировано 19 (14,7 %) больных.

Эффективность ЧТБ: истинноположительный результат — в 92, истинноотрицательный — в 30, ложноотрицательный — в 7 случаях; ложноположительный результат не отмечен. Чувствительность ЧТБ — 92,92 %, специфичность — 100 %, диагностическая точность — 94,57 %.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о высокой специфичности ЧТБ, которая является безопасным, малоинвазивным и эффективным методом диагностики. Позволяет получить материал из новообразований поджелудочной железы для гистологического и иммуногистохимического исследования.

Современные аспекты диагностики и лечения абсцессов печени

ПОТАПОВ В.В., ПАРХОМЕНКО А.В., КАРАПЫШ В.А.

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

Цель исследования: оптимизация алгоритма диагностики и сравнительное изучение эффективности открытого хирургического вмешательства и малоинвазивного пункционно-аспирационного лечения больных с бактериальными абсцессами печени (БАП) для профилактики осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 72 больных с бактериальными абсцессами печени в возрасте от 15 до 77 лет. Среди БАП холангиогенных абсцессов было 45 (62,5 %), метастатиче-



ских — 20 (27,8 %), посттравматических — 7 (9,7 %). Абсцесс находился в правой доле печени в 91 % случаев, в левой — у 9 %, абсцессы были множественные — у 4 человек. Для диагностики БАП применяли (в различных сочетаниях) следующие методы исследования: клинико-лабораторные, УЗИ, КТ или МРТ, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование абсцессов печени. Для лапароскопии и вмешательств под ее контролем использовали аппараты и инструменты фирм Wolf и Karl STORZ (Германия). Для дренирования применяли самофиксирующиеся дренажи Meadox и Cook. Статистическую обработку полученных результатов проводили в пакете статистической обработки MedStat.

В зависимости от метода лечения больные были разделены на две группы. Пациентам I группы (34 (47,2 %) больных) выполнены лапаротомия, вскрытие и наружное дренирование АП. Во II группе из 38 (52,8 %) пациентов были применены малоинвазивные пункционно-дренирующие операции под ультразвуковым (33) или лапароскопическим (5) контролем. У 4 больных применен разработанный в клинике «Способ лечения абсцесса паренхиматозного органа, содержащего секвестры» (патент № 76275 от 25.12.2012).

Результаты. При абсцессе печени диагностическая точность УЗИ достигала 86,1 % (однородный жидкостный характер образования), а чувствительность — 100,0 % (аваскулярность образования). Точность КТ — 88,2 % (усиление плотности стенок образования при внутривенном контрастировании), а специфичность — 94,8 % (резко гиподенсный характер образования). Точность и специфичность МРТ составила 90,8 и 97,3 % соответственно.

При УЗИ абсцессы печени гипозоногенные, с формированием в дальнейшем эконегативной полости. При КТ-исследовании абсцессы имели пониженную плотность, близкую к плотности жидкости (10–20 ед.Н). При МРТ определяли высокий сигнал от полости абсцесса в T2 и пониженный в T1 ВИ. Зона отека вокруг абсцесса помогала дифференцировать его с кистами и гемангиомами. После внутривенного усиления при КТ и МРТ накопление контрастного вещества происходило в стенке абсцесса и вокруг него.

При исследовании микрофлоры АП чаще обнаруживали кишечную палочку (28,3 %) и стафилококк (22,8 %), реже — протей, синегнойную палочку, бактероиды. Микрофлора была смешанной у 39,4 % больных, рост не обнаружен у 0,8 %.

В первой группе осложнения наблюдали у 7 (20,6 %) больных, умер от сепсиса 1. Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре составила $27,0 \pm 1,1$ дня. Во второй группе было 3 (7,9 %) осложнения, летальных исходов не было. Длительность лечения составила $14,0 \pm 1,9$ дня.

Выводы. При абсцессах печени целесообразно применять малоинвазивные пункционно-дренирующие операции, которые дают лучшие результаты лечения.

Показатели тромбоцитарного пула как маркер течения острого панкреатита

ПРИДАНЦЕВА О.В.

*ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения России,
Санкт-Петербург, Россия*

Введение. Лечение острого деструктивного панкреатита в настоящее время остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии. Несмотря на расширение возможностей лекарственной терапии, развитие эфферентных методов детоксикации, появление новых малоинвазивных методов лечения, летальность при остром деструктивном панкреатите сохраняются на достаточно высоком уровне. В международных стандартах в лечении данной патологии делается упор на консервативную терапию. При этом существует ряд проблем, при решении которых нельзя обойтись без хирургических вмешательств. Одним из наиболее важных вопросов является выбор сроков оперативного вмешательства. При отсутствии четкого отграничения воспалительного процесса в парапанкреатической клетчатке выполнение дренирующих операций не только будет неэффективным, но и ухудшит общее состояние больного, так как любое инвазивное вмешательство разрушит формирующийся демаркационный барьер, а при этом неизбежно усилится резорбция токсинов и возрастет интоксикация. Для своевременного и успешного применения малоинвазивных технологий в лечении острого панкреатита необходима возможность использования современных инструментальных диагностических методов. Однако, помимо них, маркерами течения репаративных процессов являются и показатели стандартных лабораторных методов исследования, а именно — тромбоциты.

Цель исследования: оценка возможности прогнозирования течения острого панкреатита при помощи оценки изменений количественных и функциональных характеристик тромбоцитов.

Материалы и методы. Обследовано 102 пациента с острым деструктивным небилиарным панкреатитом, которые были пролечены в клинике общей хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова в период с 2007 по 2012 г. Все пациенты были разделены на две группы: 60 (58,8 %) пациентов с легким течением острого панкреатита и 42 (41,2 %) пациента с острым панкреатитом тяжелого течения. Средний возраст больных составил 54 года, соотношение мужчин и женщин 4 : 1. В динамике оценивали следующие лабораторные показатели: число лейкоцитов, тромбоцитов и их средний объем, уровень β -тромбоглобулина (β -TG) плазмы крови и уровень трансформирующего фактора роста β_1 (TGF- β_1).

Результаты. Средние значения β -TG и TGF- β_1 были достоверно выше в группе пациентов с тяжелым течением острого панкреатита. При остром панкреатите легкого течения уровень β -TG — 52 нг/мл, при остром панкреатите тяжелого течения — 72 нг/мл. Уровень TGF- β_1 при остром панкреатите легкого течения — 810 пг/мл, при остром панкреатите тяжелого течения — 1700 пг/мл.

Коэффициент корреляции между уровнем TGF- β_1 и числом тромбоцитов составил 0,85. Увеличение TGF- β_1 и числа тромбоцитов прямо коррелировало с положительной динамикой клинической картины, нормализацией температуры тела, улучшением ультразвуковой картины поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При этом увеличение числа тромбоцитов опережало снижение числа лейкоцитов.

Выводы. При оценке динамики течения острого панкреатита одними из прогностических маркеров можно считать показатели тромбоцитарного пула.

Наряду с общепринятыми инструментальными диагностическими методами визуализации, которые позволяют оценить состояние поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, полученные данные могут являться дополнительным патогенетически обоснованным критерием выбора сроков оперативного вмешательства у пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

Полученная высокая положительная корреляция между показателями клинического анализа крови и дорогостоящих исследований TGF- β_1 позволяет использовать показатели числа тромбоцитов и их средний объем для оценки и прогноза течения воспалительного процесса.

Исследование влияния геометрии спиральных окклюдеров на гемодинамические параметры кровотока

ПРОСКУРКО В.Г., АСТАПЕНКОВ В.А.

Национальный технический университет Украины «Киевский политехнический институт», Киев, Украина

Цель исследования: изучение влияния геометрии пространственных форм спиральных окклюдеров на гемодинамические параметры артериального кровотока.

Материалы и методы. Математическая модель артерии была построена в программном комплексе ANSYS CFD. С помощью технологий программного комплекса ANSYS Multiphysics было описано комплексное поведение системы «артерия — кровь — имплант». В качестве внутриартериальных имплантов рассматривали спиральные окклюдеры, которые используют в современной хирургической практике (спираль Gianturco и ее модификации, Skiba-coil). Исследовали влияния спиралей как первого, так и второго порядка на сопротивление потоку вязкой несжимаемой жидкости.

Результаты. Симуляцию системы «артерия — кровь — имплант» проводили методом конечных элементов в программном комплексе ANSYS. Результаты моделирования показали, что взаимодействие потока крови с конструкцией окклюдера является причиной образования периодического отрывного течения. Необходимым условием возникновения отрывного течения вязкой жидкости является повышение давления в направлении течения, то есть убывание скорости. Это, в свою очередь, способствует повышению динамической вязкости и формированию устойчивого ламинарного потока. Комплексные результаты симуляции показали разную степень сопротивления кровотока, создаваемую моделями в зависимости от геометрии спирали как первого, так и второго порядка.

Были исследованы два основных механизма замедления кровотока: сопротивление и мультифрагментация. Было установлено, что спиральные окклюдеры, витки которых проходят вблизи осевой зоны артериального просвета, создают большее сопротивление кровотоку.

Выводы. Современный уровень возможностей программно-аналитического комплекса ANSYS позволяет построить математическую модель системы «артерия — кровь — имплант», которая способна спрогнозировать поведение имплантированного тела в жестконагруженной среде артерии.

Изучение показателей средних молекулярных пептидов как маркер эффективности эндобилиарных вмешательств у больных механической желтухой злокачественного генеза

РАМАТОВ И.К.

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета Ташкентской медицинской академии, Ташкент, Узбекистан

Общим признаком опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) является накопление во внутренней среде организма большого количества разнообразных по своей природе промежуточных и конечных метаболитов, среди которых преобладают гидрофобные соединения и средние молекулярные пептиды (СМП), плохо элиминирующиеся системой выделения.



Цель исследования: изучение показателей СМП при чрескожно-чреспеченочных эндобилиарных вмешательствах у больных механической желтухой (МЖ) злокачественной этиологии.

Материалы и методы. В исследование вошли 34 больных, у которых была диагностирована опухоль органов БПДЗ. Из них женщин было 18 (52,9 %), мужчин — 16 (47,1 %). Средний возраст больных составил $54,3 \pm 3,2$ года.

Причины МЖ: опухоль головки поджелудочной железы — у 12 (35,5 %) больных, опухоль ворот печени — у 9 (26,4 %) больных, опухоль терминального отдела холедоха — у 5 (14,7 %), рак фатерова сосочка — у 4 (11,8 %), рак общего печеночного протока — у 2 (5,9 %), рак желчного пузыря — у 2 (5,9 %).

У больных МЖ злокачественной этиологии в динамике определяли концентрацию СМП в сыворотке крови и желчи по методу Н.И. Габриэлян (норма $0,250 \pm 0,020$ ед.).

Результаты. Проявлением выраженной эндогенной интоксикации было повышение концентрации СМП в плазме крови в 1,9 раза (среднее значение составило $0,493 \pm 0,03$ ед.). При изучении концентрации СМП в желчи из его первых порций после наложения чрескожно-чреспеченочной холангиостомы (ЧЧХС) в среднем она составила $0,334 \pm 0,060$ ед.

В последующие сутки после декомпрессии желчных протоков отмечали постепенное снижение концентрации СМП в плазме, которая на 10-е сутки составляла в среднем $0,347 \pm 0,060$ ед. На 14-е сутки наблюдения уровень СМП снизился до нормальных значений (в среднем $0,284 \pm 0,050$ ед.).

Характер изменения содержания СМП в желчи в послеоперационном периоде мало отличался от такового в плазме крови. К 10-м суткам наблюдения уровень СМП имел тенденцию к увеличению (в среднем $0,415 \pm 0,050$ ед.). На 14-е сутки уровень СМП продолжал нарастать, то есть СМП стал больше отделяться с желчью (среднее значение составило $0,458 \pm 0,040$ ед.).

За период наблюдения отмечен значительный рост экскреции СМП с желчью.

Заключение. Применение чрескожных эндобилиарных вмешательств при опухолях БПДЗ, осложненных МЖ, сопровождающихся выраженной эндогенной интоксикацией, способствует элиминации СМП через желчь в качестве фактора эндогенной интоксикации организма. Изменение концентрации СМП в до- и послеоперационном периоде является показателем, позволяющим оценить эффективность эндобилиарных вмешательств у больных с механической желтухой злокачественной этиологии и улучшить качество их жизни при инкурабельной ситуации.

Усовершенствованный метод антипаразитарной обработки при множественном эхинококкозе печени

РАХМЕДОВ А.А.

Туркменский государственный медицинский университет, Ашхабад, Туркменистан

В последние годы в Среднеазиатском регионе, в том числе в Туркменистане, отмечается тенденция к увеличению распространенности эхинококкоза печени и его осложненных форм.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировали истории болезни 206 больных с множественным эхинококкозом печени, находившихся на лечении во 2-м хирургическом отделении больницы с научно-клиническим центром кардиологии в период с 2005 по 2012 г. Мужчин было 73 (35 %), женщин — 133 (65 %). Возраст больных варьировал в пределах от 15 до 80 лет. 60 % (123) больных были в трудоспособном возрасте — от 25 до 45 лет. Объем обследования пациентов: клинические, биохимические анализы, серологические реакции (ИФА), рентгеновское обследование (органы грудной клетки и брюшной полости), УЗИ (абдоминальное и ЭхоКГ), КТ (включая 3D-реконструкцию), МРТ, ЭКГ, ЭФГДС.

Были выявлены следующие осложнения множественного эхинококкоза: нагноение одной из кист — у 120 (58,2 %) больных, прорыв в желчные пути — у 4 (1,9 %), прорыв кисты в брюшную полость — у 3 (1,5 %), прорыв кисты в плевральную полость — у 2 (1 %), петрификация стенки кисты — у 77 (37,4 %) больных.

Результаты. Больным выполнены следующие оперативные вмешательства: 1) множественная Эхинококкэктомия печени + ликвидация остаточной полости способом Дельбе — оментогепатопексия — 68 (33 %); 2) перицистэктомия — 54 (26,2 %); 3) «идеальная» эхинококкэктомия + холецистэктомия — 33 (16 %); 4) атипичная резекция печени — 27 (13,1 %); 5) дренирование остаточной полости — 11 (5,3 %); 6) обтурирование холедоха с кистой + вставка холедоходуоденоанастомоза — 4 (2,0 %); 7) дренирование плевральной полости справа — 2 (1 %); 8) гемигепатэктомия — 7 (3,4 %) (правосторонняя — 5, левосторонняя — 2).

Во время проведения оперативного вмешательства соблюдали мероприятия асептики и проводили профилактику нагноения остаточной полости: у 100 (48,5 %) больных проведена обработка остаточной полости 700 °С 30% раствором NaCl + 96 °С спиртом; у 106 (51,5 %) больных обработка была проведена новым способом — озонированным 0,9% раствором NaCl + 30% NaCl + 96 °С спиртом.

В послеоперационном периоде у 15 (7,3 %) больных отмечены следующие осложнения: нагноение раны — 6, цистобилиарные фистулы — 3, нагноение остаточной полости — 3, пневмония — 2, холангит — 1.

У пациентов, у которых обработка полости во время оперативного вмешательства была произведена новым, разработанным нами способом, не было отмечено нагноения остаточной полости и в отдаленном периоде рецидива заболевания.

Заключение. Разработанный способ антипаразитарной обработки полости эхинококковых кист (озонированным 0,9% раствором NaCl + 30% NaCl + 96 °С спирт) позволяет предотвратить нагноение остаточной полости и является профилактикой рецидива заболевания.

Проблема редукс-синдрома печени после операций портокавального шунтирования

РОМАНЮК Т.В.

Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского, Тернополь, Украина

Серьезной проблемой в хирургии остается развитие редукс-синдрома после операций портокавального шунтирования. Причиной редукс-синдрома является перераспределение кровотока с портальной системы в систему нижней полой вены через сформированный портокавальный шунт, что становится причиной недостаточного кровенаполнения печени, а отсюда и прогрессирования печеночной недостаточности. Поэтому целью исследования было определение выраженности редукс-синдрома при различных видах шунтирующих операций.

Материалы и методы. В экспериментальных условиях на 78 опытных животных (свиньи) определено состояние периферического кровотока и микроциркуляции паренхимы печени методом фотоплетизмографии (измерения индекса фотоплетизмографии — ИАПФ).

Выделены три группы животных. Контрольная группа (n = 14 (17,9 %)) — интактные животные, а также две основные группы животных, которым путем введения четыреххлористого углерода смоделировали цирроз печени и соответственно синдром портальной гипертензии.

Результаты. Основным группам животных проведены операции портокавального шунтирования, определены особенности развития редукс-синдрома: I группа (n = 28 (35,9 %)) — проведена операция мезентерико-кавального шунтирования; II группа (n = 36 (46,2 %)) — операция транспортального внутрипеченочного портокавального шунтирования под УЗ-контролем (как аналог трансъюгулярного внутрипеченочного портокавального шунтирования).

По окончании основного этапа операций определена выраженность редукс-синдрома путем измерения ИАПФ печени. В I группе животных было значительное снижение ИАПФ печени после наложения мезентерико-кавального анастомоза: с $181,43 \pm 10,23$ до $112,24 \pm 4,22$ (при $283,00 \pm 26,76$ в контрольной группе). Во II группе снижение ИАПФ после формирования внутрипеченочного шунта было менее выражено по сравнению со II группой: с $196,33 \pm 15,28$ до $145,98 \pm 19,71$.

Заключение. После операции внутрипеченочного шунтирования по сравнению с операцией внепеченочного шунтирования редукс-синдром печени развивается в меньшей степени. Таким образом, с целью предупреждения редукс-синдрома предпочтение нужно отдавать операциям внутрипеченочного шунтирования.

Биохимический взгляд на проблему постхолецистэктомического синдрома

СЕРОВА Е.В., ЛЕЙМАН А.В., АНДРЕЕВ Р.И.

*ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения России, Красноярск, Россия*

Цель исследования: оптимизация диагностических мероприятий у больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) и дисфункцией сфинктера Одди (ДСО) функциональной этиологии после холецистэктомии.

Материалы и методы. Обследовано 214 больных острым калькулезным холециститом и постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС). Пациенты были разделены на четыре группы.

1-я группа (49 (22,9 %) человек) — пациенты с ОКХ после традиционного консервативного лечения, были оперированы. В послеоперационном периоде больные 1-й группы получали стандартную консервативную терапию.

2-я группа (76 (35,5 %) человек) — пациенты с ОКХ после стандартного консервативного лечения, дополнительного селективными спазмолитическими препаратами (мебеверина гидрохлорид по 200 мг 4 раза в день перорально), были оперированы. С третьих суток послеоперационного периода в схему лечения включали селективные спазмолитические препараты.

3-я группа (36 (16,8 %) человек) — пациенты с ПХЭС функциональной природы — дисфункцией сфинктера Одди III типа, получали традиционное консервативное лечение.

4-я группа (53 (24,8 %) человека) — пациенты с ПХЭС функциональной природы — дисфункцией сфинктера Одди III типа, им назначали комплексную консервативную терапию по усовершенствованной схеме с применением селективных спазмолитических препаратов.



Результаты. У больных ОКХ выявлено исходное повышение уровня холецистокинина (ХЦК) в 4–7 раз. До операции концентрация ХЦК составила $4,11 \pm 0,10$ нг/мл. В раннем послеоперационном периоде выявлен относительно стабильный уровень в 1-е и 5-е сутки после холецистэктомии — $3,9 \pm 0,1$ и $3,49 \pm 0,12$ нг/мл соответственно. К 9-м суткам наблюдения отмечено снижение его концентрации до $2,14 \pm 0,11$ нг/мл.

Из 125 больных, составивших 1-ю и 2-ю группы, 34 (27,2 %) обратились за медицинской помощью после холецистэктомии в течение первого года (18 (52,9 %) больных 1-й группы и 16 (47,1 %) больных 2-й группы). Больных, обратившихся повторно за медицинской помощью, во 2-й группе было меньше, чем в 1-й.

При исследовании концентрации ХЦК у больных с ПХЭС выявлена тенденция к снижению уровня этого нейротрипептида. В сроки до 1 месяца после операции уровень ХЦК остается на нижней границе нормы ($0,58 \pm 0,05$ нг/мл), в последующие сроки отмечается тенденция к снижению ХЦК.

У больных 3-й и 4-й групп при обследовании не было выявлено органической патологии органов ГПДЗ.

Приведенные данные позволяют разработать критерий прогнозирования развития ДСО III типа и свидетельствуют о необходимости проведения профилактики функциональной ДСО у больных в ранние сроки после холецистэктомии.

Из 125 больных, составивших 1-ю и 2-ю группы, 34 (27,2 %) обратились за медицинской помощью после холецистэктомии в течение первого года. В процессе комплексного обследования у этих больных не было выявлено органической патологии со стороны ГПДЗ, клиническая картина соответствовала ДСО функциональной природы.

При исследовании уровня ХЦК выявлены колебания в пределах от 0,08 до 0,44 нг/мл, средняя концентрация — $0,29 \pm 0,02$ нг/мл.

Обнаружили прямую сильную корреляционную связь (коэффициент корреляции = 0,94) между кратностью снижения уровня ХЦК и развитием ДСО III типа. Чем больше кратность снижения концентрации ХЦК, тем более вероятно дисфункция сфинктера Одди.

Заключение. Прогностический критерий основывается на следующей закономерности: при снижении уровня ХЦК после операции к 9-м суткам более чем в 2 раза вероятность развития ДСО функциональной природы возрастает на 22,6 %, что является критерием для своевременного проведения профилактических мероприятий — назначения селективных спазмолитических препаратов в ранние сроки после удаления желчного пузыря.

Использование перфторана при консервации печени в эксперименте

СОХАРЕВ А.С., КРАСНОВ К.А., БУДАЕВ А.В., ПЕЛЬЦ В.А.

МБУЗ «Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

Прошло почти полвека с момента первой пересадки печени Т. Старлзом, но до сих пор трансплантация печени является основным радикальным способом лечения больных с терминальной стадией заболеваний печени. Несмотря на имеющиеся достижения в трансплантации печени, многие вопросы остаются еще дискуссионными и нерешенными. До сих пор до конца не решен вопрос противоишемической защиты трансплантата и профилактики первично нефункционирующего трансплантата печени.

Цель исследования: в эксперименте изучить возможности перфторана для профилактики ишемически-реперфузионного повреждения трансплантата печени.

Материалы и методы. Проведено экспериментальное исследование на 60 кроликах породы шиншилла, масса печени 130 ± 20 г. Кролики по методу консервации разделены на 3 группы по 20 кроликов (1-я группа — кустодиол; 2-я группа — комбинация препаратов: перфторан + кустодиол в соотношении 1 : 4; 3-я группа — перфторан). Длительность консервации составила 8 часов при $+4$ – $+5$ °С, затем проводили реперфузию органа. До консервации и после реперфузии проводили контроль биохимических показателей, биопсию печени (протокол морфологической оценки печени в баллах). По методике консервации получен патент № 2011148407/13 (072567).

Результаты. После 8-часовой консервации печени в условиях гипотермии и проведения реперфузии получены следующие результаты.

В 1-й группе ишемическое повреждение средней степени (АСТ, АЛТ 1200 ± 100 Ед/л, выраженная коагулопатия: кровь не сворачивается), при биопсии печени слабо выраженный очаговый некроз гепатоцитов и макровезикулярный гепатоз + внутриклеточный холестаза, расширение синусоидов в центре, лейкоцитарная инфильтрация в синусоидах, баллонная дистрофия гепатоцитов.

Во 2-й группе ишемическое повреждение легкой степени (АСТ, АЛТ 500 ± 50 Ед/л, умеренная гипокоагуляция: ПТИ — 60 ± 10 %, АЧТВ — 50 ± 5), при биопсии печени слабо выраженный очаговый некроз гепатоцитов и макровезикулярный гепатоз.

В 3-й группе ишемическое повреждение тяжелой степени (АСТ, АЛТ более 3000 Ед/л, выраженная коагулопатия: кровь не сворачивается), при биопсии печени дистрофия гепатоцитов гидропическая, диффузный мелкокапельный стеатоз, очаговый центрлобулярный некроз.

Выводы. Интактность в органах и тканях, мембраностабилизирующая функция и антиоксидантная активность перфторана позволяют при консервации печени минимизировать ишемически-реперфузионное повреждение органа и тем самым снизить риск первично нефункционирующего трансплантата и послеоперационных осложнений.

Значение санации паразитарных кист силиксом в радикальном лечении эхинококкоза печени

СТУКАН С.С.

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

Цель исследования: провести оценку эффективности применения сорбента силикса в комплексной терапии эхинококкоза печени путем изучения отдаленных результатов.

Материалы и методы. Наблюдали 54 больных с эхинококкозом печени в возрасте 26–69 лет. Мужчин было 23 (42,6 %), женщин — 31 (57,4 %). В дооперационном периоде с лечебной и профилактической целью всем 54 больным выполнена противопаразитарная терапия альбедазолом в дозе 10 мг/кг массы тела на протяжении 20–30 дней. Диагностика наряду с общеклиническими и лабораторными методами исследования включала УЗИ, КТ и сенситометрию, которая установила, что размеры эхинококковых кист были от 2 до 14 см в диаметре и объемом до 1890 мл. Локализация эхинококковых кист в правой доле печени выявлена у 39 (72,2 %) больных, в обеих долях — у 15 (27,8 %) пациентов. Сообщение полости эхинококковых кист с протоковой системой печени выявлено лишь у 2 больных. Сочетанные эхинококковые кисты печени и селезенки выявлены у 7 (12,9 %) пациентов. Для санации полости кист в дооперационном периоде производили чрескожное пункционное дренирование кисты с использованием герметичной системы «стиллет — катетер». Сначала удаляли содержимое кисты, после чего в ее полость вводили 3% взвесь сорбента силикса, объем которого составлял до ¼ количества удаленного содержимого. Затем полость кисты неоднократно промывали до чистых промывных вод и заполняли 5% взвесью силикса. Данную процедуру повторяли через сутки в зависимости от количества и характера образовавшегося экссудата и состояния больного. Благодаря высокой осмотической активности сорбента силикса выполняли быстрое отмывание стенок полости кисты и осуществляли детоксикацию содержимого кисты путем денатурации белковых соединений, что обеспечивало противопаразитарный и противоаллергический эффект выполняемой процедуры (а.с. № 1832030). Кроме того, некролитические свойства силикса разрушали внутренний слой хитиновой оболочки уничтожали и фрагментировали протосколексы, что подтверждали результатами цитологического исследования.

Результаты. Дренирование и промывание полости кисты проводили в течение 8–21 дня в зависимости от сроков ликвидации эхинококковых зародышей, что подтверждали цитологическим и рентгенологическим контролем. При отсутствии признаков воспаления остаточной полости и уменьшении ее размеров до 2–5 см промывание полости и ее дренирование прекращали. Применение взвеси силикса в санации эхинококковой полости не вызывало повреждающего влияния на эпителий желчных протоков. Характер хирургического вмешательства определялся размерами кист, их локализацией, состоянием фиброзной капсулы, особенностью анатомической локализации главных сосудов долей печени. При множественных эхинококковых кистах и поражении обеих долей органа с локализацией кист в VII–VIII сегментах печени выполняли лапаротомию у 13 больных с применением ранорасширителя с отводным зеркалом. Резекция левой доли выполнена у 11 больных, спленэктомия — у 7 больных.

Отдаленные результаты применения силикса для удаления фиброзных стенок эхинококковых кист в течение 10 лет: хорошие — у 42,5 % пациентов, удовлетворительные — у 47,3 % и неудовлетворительные — у 10,2 %. Данных за рецидив заболевания эхинококкозом печени не отмечено.

Заключение. Проведенная противопаразитарная терапия альбедазолом и санация полости кист системой «стиллет — катетер» взвесью сорбента силикса для разрушения внутреннего слоя хитиновой оболочки кисты обеспечили выполнение радикальных хирургических вмешательств и отсутствие рецидива заболевания в отдаленном периоде.

Патогенетическое обоснование комплексной терапии хирургического лечения холангита, осложненного механической желтухой

СТУКАН С.С.

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

Цель исследования: улучшение результатов комплексного патогенетически обоснованного лечения больных холангитом, осложненным механической желтухой, с учетом результатов выполненной эндоскопической папиллотомии и хирургической коррекции патологии внепеченочных желчных путей.

Материалы и методы. Наблюдали 159 больных холангитом, осложненным механической желтухой. Мужчин было 48 (30 %), женщин — 111 (70 %) в возрасте от 27 до 81 года. Причиной механической желтухи и хо-



лангита был холедохолитиаз у 132 (83 %) пациентов, хронический панкреатит, осложненный кистами головки поджелудочной железы (ПЖ) — у 19 (11,9 %), дуоденостаз — у 5 (3,1 %) и органический дуоденостаз — у 3 (1,9 %) пациентов. Для предоперационной подготовки проводили комплексную консервативную терапию на протяжении 2–3 недель, направленную на снижение эндогенной интоксикации, улучшение свертывания крови, что обеспечило уменьшение риска при выполнении эндоскопических и открытых хирургических вмешательств. Для уменьшения и ликвидации холестаза у 132 (83 %) больных выполнены эндоскопическая папиллотомия и литоэкстракция. У 27 (17 %) больных при открытых операциях выполнена интраоперационная холангиография (а.с. №1188072). У 19 больных с гнойным холангитом и холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, на фоне хронического панкреатита с кистами головки ПЖ и калькулезного гнойного холангита выполнены холецистэктомия и цистодуоденоанастомоз с цистодуоденогастроназальным наружным дренированием и антирефлюксный супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (пат. № 85986). У 5 пациентов с органическим дуоденостазом произведены выключение двенадцатиперстной кишки и интраоперационная папиллотомия (а.с. № 1106494), а у 3 больных с наличием стриктуры интрапаренхиматозного и интрамурального отдела холедоха выполнены холецистэктомия и холедохоеюноанастомоз на изолированной петле с наружным дренированием холедоха. Через дренаж выполняли ирригоаспирацию внепеченочных желчных путей антибиотиками с учетом чувствительности флоры. Контроль за нормализацией функционирования билиарной системы в послеоперационном периоде выполняли с помощью ультразвукового исследования, чрездренажной холангиографии и бактериологического исследования желчи.

Результаты. У 132 больных с острым гнойным холангитом, осложненным механической желтухой, с выраженной эндогенной холемической интоксикацией с учетом ее продолжительности и уровнем билирубина более 150 мкмоль/л выполненная комплексная патогенетически обоснованная терапия, эндоскопическая папиллотомия и литотрипсия обеспечили снижение уровня холемической эндогенной интоксикации, уровня билирубина крови и выздоровление пациентов. Для выбора открытых оперативных вмешательств у 27 больных с гнойным холангитом, осложненным механической желтухой, производили интраоперационную диагностику, холангиографию (а.с. № 183072), интраоперационную биопсию (а.с. № 614791) со срочным цитологическим и гистологическим исследованием, что служило основанием для патогенетически обоснованных сочетанных хирургических вмешательств. Операцию завершали дренированием подпеченочного пространства спаренным дренажным устройством (а.с. № 1109175).

Заключение. Применение дифференциальной хирургической тактики лечения больных холангитом, осложненным механической желтухой, обеспечило сокращение сроков стационарного лечения на 31,6 % и летальность — 0,53 %.

Этапная миниинвазивная хирургическая тактика с сорбционно-антиоксидантной терапией при механической желтухе

УСМОНОВ У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с механической желтухой (МЖ) путем применения энтеросорбции (ЭС) и антиоксидантной терапии (АОТ) в сочетании с предварительной декомпрессией желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Изучены результаты комплексного лечения 98 больных с МЖ. Основную массу составили 68 (69,4 %) больных с калькулезным холециститом и холедохолитиазом. В зависимости от способа лечения исследуемых больных разделили на две группы: контрольную группу составили 53 (54,1 %) больных, которые в комплекс лечебных мероприятий включали ЭС и АОТ; основную группу составили 45 (45,9 %) больных, которые наряду с ЭС и АОТ применяли этапную миниинвазивную хирургическую тактику с предварительной декомпрессией желчевыводящих путей.

Результаты. Анализ динамики функционального состояния гепатобилиарной системы в процессе проводимой терапии показал, что положительную динамику наблюдали у тех больных, которым в программу этапной комплексной терапии включали ЭС и АОТ. У больных основной группы уже на 3-и сутки после предварительной декомпрессии желчевыводящих путей уровень общего билирубина снизился на 22,2 %. В последующие дни уровень данного показателя снижался «плавно». Динамика показателей уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показала, что использование ЭС и АОТ с предварительной декомпрессией желчного дерева значительно повысило эффективность детоксикационной терапии. Под влиянием проведенного комплексного этапного лечения уровень малонового диальдегида в плазме крови в основной группе на 3-и сутки после предварительной декомпрессии желчевыводящих путей снизился на 21,2 %. Уровень диеновых конъюгатов к этому сроку снизился на 23,6 %. В результате проведенной комплексной этапной сочетанной терапии уровень тяжести полиорганной недостаточности по шкале SOFA в основной группе уже в первые сутки после предварительной декомпрессии желчевыводящих путей достоверно уменьшился на 44,3 %. Под влиянием прове-

дения сорбционно-антиоксидантной терапии с предварительной декомпрессией желчевыводящих путей у 25 (55,6 %) больных удалось выполнить второй этап лечебной тактики. Операции выполнили лапароскопическим методом у 17 (37,8 %) больных и из мини-лапаротомного доступа — у 7 (15,6 %) больных.

Выводы. Этапная мининвазивная хирургическая тактика с применением ЭС и АОТ способствует эффективной коррекции синдрома эндогенной интоксикации, нормализации уровня продуктов липопероксидации, снижению числа полиорганых дисфункций, а также более благоприятному течению раннего послеоперационного периода, тем самым позволяя улучшить результаты лечения больных с МЖ.

Прогнозирование технически сложных холецистэктомий

ФЕДАЧУК А.Н.

**ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера»
Министерства здравоохранения России, Пермь, Россия
ГУЗ «Пермская краевая клиническая больница», Пермь Россия**

Изучены условия выполнения лапароскопической или мини-ассистированной холецистэктомии у 361 пациента, которые в 2011 г. были пролечены в плановом порядке с диагнозом «хронический калькулезный холецистит». Время, прошедшее с момента приступа печеночной колики до дня операции, варьировало в пределах от 21 дня до 1 года.

Большинству больных (288 (79,8 %)) была выполнена лапароскопическая холецистэктомия. У 28 (9,7 %) из них в ходе операции было обнаружено острое воспаление желчного пузыря с инфильтратом в области шейки и гепатодуоденальной связки или плотный рубцово-спаечный процесс. В 19 (67,9 %) случаях при наличии острого воспаления на фоне блокады шейки желчного пузыря операция успешно завершена лапароскопическим доступом без особых затруднений. 9 (32,1 %) пациентам при наличии плотного инфильтрата произведена конверсия в лапаротомию, в 1 случае диагностировали повреждения внепеченочных желчных протоков. Еще у 1 пациентки после «сложной» лапароскопической холецистэктомии возникли показания к лапаротомии на 10-е сутки, обнаружена травма холедоха, не диагностированная интраоперационно.

73 (48,2 %) пациентам из 361 выполнена мини-ассистированная холецистэктомия. Показаниями к ней послужили перенесенные ранее операции на органах верхнего этажа брюшной полости, а также пожилой возраст больных и сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы. Технические трудности в ходе операции в связи с наличием воспалительных изменений встретили в 10 случаях, в 9 из них вмешательство успешно закончено из мини-доступа, а в 1 (1,4 %) выполнена конверсия.

При статистической обработке результатов оказалось, что интраоперационные технические трудности не имели корреляции с наличием болевого синдрома при поступлении, длительностью заболевания и временем, прошедшим от последнего приступа до момента операции, а также уровнем лейкоцитов крови перед операцией ($r = 0,21$; $p = 0,19$). У 14 пациентов, оперированных более чем через 30 дней от последнего приступа печеночной колики, на операции обнаружили плотный инфильтрат в шейке желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, что потребовало конверсии у 8 и послужило причиной ятрогенного повреждения холедоха у 2 пациентов.

Изучена взаимосвязь дооперационного ультразвукового исследования желчного пузыря и условий выполнения холецистэктомии. Наличие обтурации пузырного протока с увеличением желчного пузыря не вызывало технических затруднений при лапароскопической холецистэктомии ($r = 0,02$; $p = 0,36$), в то время как уменьшение размеров пузыря, отсутствие визуализации его просвета имели статистически достоверную корреляцию средней величины с интраоперационным выявлением плотного инфильтрата ($r = 0,42$; $p = 0,01$). Наличие последнего статистически достоверно увеличивало число конверсий из мининвазивного доступа в лапаротомию ($p < 0,05$), а при блокаде желчного пузыря инфильтрат в области гепатодуоденальной связки был рыхлым.

Таким образом, срок от перенесенной печеночной колики до хирургической операции, выраженность болевого синдрома и воспалительные изменения в общем анализе крови при поступлении на плановую операцию недостаточно достоверны для прогнозирования технически сложной холецистэктомии. Признаки фибринозно-сморщенного желчного пузыря по данным УЗИ служат предиктором наличия плотного инфильтрата в шейке желчного пузыря и предполагают технически сложную операцию.

Прогнозирование развития острого панкреатит-ассоциированного легочного повреждения на основе количественного определения IL-8, IL-10, TNF- α

ФЕДОРКИВ М.Б.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, Ивано-Франковск, Украина

Острый панкреатит (ОП) является одним из самых тяжелых неотложных заболеваний органов брюшной полости, у 15–20 % больных протекает тяжело.



Цель исследования: определение уровня цитокинов (IL-8, IL-10 и TNF- α) крови с целью прогнозирования развития острого панкреатит-ассоциированного легочного повреждения (ОПАЛП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 68 больных с ОП (верифицированным клиническими симптомами, трехкратным повышением уровня α -амилазы крови и данными УЗИ), поступивших в стационар в течение 48 ч с момента заболевания. Среди них 21 (30,9 %) пациент с легкой и средней степенью тяжести (I группа), 47 (69,1 %) — с тяжелой формой ОП (II группа) согласно классификации (Атланта, 2007). Мужчины составляли 72 %, женщины — 18 %, средний возраст — 46 лет (диапазон 26–73). По этиологии ОП: алкогольный — 64,5 %, алиментарный — 18 %, билиарный — 16 %, идиопатический — 1,5 %. Исследование уровня цитокинов в сыворотке крови проводили путем иммуноферментного анализа (анализатор StatFax 303 Plus) с использованием систем иммуноферментного анализа для количественного определения ФНО- α , IL-8 и IL-10 (ЗАО «Вектор-Бест», Новосибирск, Россия) согласно инструкции.

Результаты. В I группе показатели по шкале Ranson составляли 2–3 балла, по шкале APACHE II — 6–7 баллов. Тогда как во II группе по шкале Ranson составляли 5–6 баллов, по шкале APACHE II — 12 баллов.

Системные осложнения ОП развились у 43 (91,5 %) пациентов II группы: синдром системного воспалительного ответа — у 8 (17 %) пациентов, острая почечная недостаточность — у 13 (27,7 %) (6 нуждались в гемодиализе), полиорганная недостаточность (дыхательная, почечная, печеночная недостаточность) — у 24 (51,1 %) (у 18 требовалась искусственная вентиляция легких).

Уровень IL-8 у пациентов I группы составил $31,8 \pm 1,5$ пг/мл, IL-10 — $6,2 \pm 0,7$ пг/мл, TNF- α — $1321,0 \pm 12,3$ пг/мл ($p \leq 0,05$). Тогда как во II группе были выявлены следующие показатели: IL-8 — $51,6 \pm 2,1$ пг/мл, IL-10 — $23,5 \pm 1,2$ пг/мл, TNF- α — $1784,7 \pm 19,4$ пг/мл ($p \leq 0,05$). При этом установлено, что у пациентов, у которых развилось ОПАЛП ($n = 24$), концентрация IL-8 в сыворотке крови составляла $77,6 \pm 2,3$ пг/мл, IL-10 — $57,4 \pm 1,8$ пг/мл, TNF- α — $2174,9 \pm 21,8$ пг/мл ($p \leq 0,05$).

Также установлено, что IL-8 — единственный показатель, который не был значительно повышен у пациентов только с острой почечной недостаточностью ($n = 13$), что подтверждает его прогностическую ценность в развитии ОПАЛП (чувствительность — 84 %, специфичность — 87 %).

В проведенном исследовании подтверждено мнение о IL-10 в качестве раннего маркера тяжести ОП — уровень IL-10 увеличился у больных II группы и умерших, а также при сепсисе и развитии ОПАЛП (чувствительность — 75 %, специфичность — 76 %).

Результаты анализов TNF- α показывают значительное повышение его концентрации в сыворотке крови пациентов с тяжелой формой ОП (чувствительность — 81 %, специфичность — 80 %).

Выводы. Доказана высокая прогностическая и диагностическая способность метода количественного определения цитокинов IL-8, IL-10 и TNF- α в сыворотке крови, который позволяет с высокой достоверностью оценить риск развития тяжелой формы ОП и ОПАЛП.

Экспрессия рецепторов мелатонина в лимфоцитах крови в динамике у пациентов с острым панкреатитом

ШАПКИНА Л.Г., СОКОЛОВ А.В., ГОРЧАКОВА М.В.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Прогнозирование острого панкреатита является одной из наиболее важных и нерешенных проблем неотложной хирургии. В настоящее время применяют множество критериев развившейся деструкции ткани поджелудочной железы — уровень CRP, интерлейкина-10, прокальцитонина и др. Однако перечисленные маркеры не позволяют прогнозировать развитие деструктивных форм заболевания.

В настоящее время доказана роль мелатонина в патогенезе острого панкреатита, реализуемая посредством мембранных рецепторов. На основании ранее выполненных ретроспективных исследований выявлена зависимость между тяжестью заболевания и показателем MT2/MT1 в лимфоцитах крови. При изучении современной литературы нам не встретились работы, описывающие экспрессию рецепторов мелатонина в динамике при остром панкреатите.

Цель исследования: оценить корреляцию индекса MT2/MT1 с клинической картиной острого панкреатита в динамике для определения прогностического значения данного показателя.

Материалы и методы. В исследование вошли 82 пациента с острым панкреатитом: 42 (51,2 %) пациента с легким течением заболевания и 40 (48,8 %) с тяжелым течением. В динамике оценивали соотношение MT2/MT1 рецепторов в лимфоцитах периферической крови, выполняли стандартные лабораторные и инструментальные исследования.

Результаты. Для пациентов с острым панкреатитом тяжелого течения характерно снижение индекса MT2/MT1 < 1 ($0,80 \pm 0,13$), причем минимальные (0,64) и максимальные (0,98) значения показателя отмечаются в 1-е сутки от поступления, это может быть объяснено различной степенью деструкции ткани поджелудочной

железы на момент госпитализации. Данный показатель существенно не менялся у больных в течение заболевания. В группе пациентов с легким течением заболевания средние значения показателя МТ2/МТ1 составляют $1,11 \pm 0,08$. Выявленные отличия между группами достоверны ($p < 0,05$).

Выводы. При развитии острого панкреатита экспрессия рецепторов мелатонина в виде показателя МТ2/МТ1 в лимфоцитах крови не претерпевает колебаний в динамике, что позволяет использовать данный критерий в качестве прогностического маркера развития деструктивных форм данного заболевания на момент поступления в стационар.

Роль и место миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении острого инфицированного некротического панкреатита

ШИРШОВ И.В.

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

Введение. В последние годы наметилась тенденция к увеличению удельного веса острого некротического панкреатита и его гнойных осложнений. Хирургическая тактика и объем оперативного пособия у больных с острым инфицированным некротическим панкреатитом остаются одной из самых дискуссионных в неотложной абдоминальной хирургии тем. Актуальность лечения некротического панкреатита определяется достаточной дорогостоящим лечением и высокой послеоперационной летальностью (до 60–70 %).

Цель исследования: изучить эффективность применения миниинвазивных хирургических вмешательств при остром инфицированном некротическом панкреатите.

Материалы и методы. В период с 2000 по 2012 г. в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького прооперировано 220 пациентов по поводу острого инфицированного некротического панкреатита в возрасте от 18 до 80 лет. Мужчин было 137 (62,3 %), женщин — 83 (37,7 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 72 (32,7 %) больных, от 25 до 72 ч — у 44 (20 %), более 72 ч — у 104 (47,3 %). Причинами некротического панкреатита явились: прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов — у 97 (44,1 %) больных и одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) — у 123 (55,9 %). Ограниченный некроз поджелудочной железы (менее 30 % паренхимы) выявлен у 21 (9,5 %) пациента, распространенный (от 30 до 50 % паренхимы поджелудочной железы) — у 135 (61,4 %) пациентов, субтотально-тотальный (более 50 % паренхимы поджелудочной железы) — у 64 (29,1 %).

Результаты. В зависимости от тактики лечения все больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 84 (38,2 %) пациента, находившихся на лечении в клинике с 2000 по 2005 г., которым в качестве хирургического пособия применили лапаротомию, вскрытие и дренирование гнойника. При признаках высокой кишечной непроходимости (парапанкреатический инфильтрат больших размеров, распространяющийся на брыжейку ободочной и тонкой кишок) выполняли питательную энтеростому, а при желчной гипертензии — холецистостомию. Во вторую группу вошло 136 (61,8 %) пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2006 по 2012 г. В этой группе при абсцессах поджелудочной железы и флегмоне забрюшинной клетчатки в виде жидкостного скопления предпочтение отдавали миниинвазивным пункционно-дренирующим хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука, что в большинстве случаев позволило произвести чрездренажную санацию гнойной полости и секвестрэктомию. При флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнойных сот» применяли вскрытие и дренирование флегмоны путем люмботомии (внебрюшинным доступом). При секвестрах поджелудочной железы достаточно больших размеров в области тела и хвоста поджелудочной железы применяли удаление секвестров из мини-доступов (внебрюшинный доступ), а при их локализации в области головки поджелудочной железы — лапаротомию, некрсеквестрэктомию, оментобурсостомию. При разлитом гнойном перитоните применяли лапаротомию, санацию и адекватное дренирование брюшной полости, лапаростомию с последующим выполнением программированных санаций брюшной полости. При этом во второй группе у 105 (77,2 %) пациентов хирургическое вмешательство выполняли в один этап, а у 31 (22,8 %) пациента в связи с особенностью распространения и течения воспалительного процесса потребовалось применение комбинации различных оперативных вмешательств (этапное хирургическое лечение).

Заключение. Применение данной тактики позволило снизить послеоперационную летальность с 27,8 % в первой группе до 11,8 % во второй.



РАЗДЕЛ 6 Разное



Диагностика и хирургическое лечение аномалий развития желчевыводящих протоков у детей

АКИЛОВ Х.А., МАТЯКУБОВ Х.Н., ХОДЖИМЕТОВ Ф.И.

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

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения аномалий желчевыводящих протоков путем изучения особенностей клинического течения, разработки оптимальной схемы диагностики и хирургической тактики.

Материалы и методы. Основой работы послужили результаты обследования и лечения 45 детей с различными формами аномалий развития желчевыводящих путей, оперированных за период 2005–2013 гг. в отделении экстренной хирургии детского возраста РНЦЭМП.

Результаты. Всем детям проведено обследование согласно утвержденному стандарту. Диагноз ставится на основании клинической картины, данных ультразвукового исследования, радиоизотопного сканирования, мультиспиральной компьютерной томографии с контрастным усилением после РХПГ, магнитно-резонансной томографии и чрескожной биопсии печени.

В проведенном исследовании диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен во всех случаях.

У 45 оперированных детей в 44 случаях имела место кистозная трансформация холедоха, из них в 4 (8,88 %) случаях наложен супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз, в 17 (37,77 %) — гепатикоэнтероанастомоз на выключенной по Ру петле тонкой кишки, в 1 (2,22 %) случае — кистодуоденоанастомоз, в 21 (46,66 %) — гепатикоэнтероанастомоз с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки, в 1 (2,22 %) случае осуществлено дренирование холедоха по Керу. У одного ребенка с врожденной атрезией холедоха выполнена операция портоэнтеростомии по Касаи на выключенной по Ру петле тонкой кишки.

Выводы. Опыт, накопленный в отделении детской хирургии РНЦЭМП, позволил выявить некоторые закономерности в диагностике, выборе метода и сроков оперативного лечения, а также принципах патогенетической реабилитации детей с кистами наружных желчевыводящих путей. Разработанный нами алгоритм включает в себя комплексную оценку клинических проявлений заболевания, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяет определить способ оперативного вмешательства, а также особенности послеоперационного ведения больных и принципы патогенетической реабилитации. Опыт позволяет нам рекомендовать следующий алгоритм обследования детей с кистозной трансформацией холедоха: УЗИ, ретроградная холангиография, МСКТ с контрастированием и реконструкцией.

Из методов оперативного лечения наиболее перспективным считаем максимальное иссечение кистозно измененных стенок гепатикохоледоха и наложение гепатикоюноанастомоза на выключенной по Ру петле кишки на металлическом каркасном кольце. В условиях, когда достаточная протяженность выключенного отдела тонкой кишки исключает возможность рефлюкс-холангита, каркасное кольцо гарантирует стабильность диаметра камеры анастомоза и исключает его рубцевание.

Повышение радикальности панкреатодуоденальной резекции при раке головки поджелудочной железы

АЛИБЕГОВ М.А., НАРЕЗКИН Д.В., СЕРГЕЕВ О.А., ЖВИТИАШВИЛИ И.Д., ПРОХОРЕНКО Т.И.

ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»

Министерства здравоохранения России, Смоленск, Россия

ОГБУЗ «Клиническая больница № 1», Смоленск, Россия

Цель исследования: увеличить частоту выполнения R0 резекции при раке головки поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты 52 панкреатодуоденальных резекций (ПДР), выполненных по поводу рака головки ПЖ. Из них 25 ПДР проведено методом сосудистой изоляции опухоли (основная группа)

с использованием лимфодиссекции D3, 27 ПДР — по классической методике (контрольная группа) с использованием лимфодиссекции D2. Методом сосудистой изоляции с использованием классической техники Kausch-Whipple операция была выполнена у 17 больных. С сентября 2011 г. 8 операций выполнено брыжеечным доступом с применением методики по touch surgery (Nakao A. с соавт., 2011). При этом способе выделяли верхние брыжеечные сосуды в корне мезоколона и перевязывали среднюю ободочную вену. Затем переводили операцию в верхний этаж брюшной полости. На первом этапе сосудистой изоляции лигировали и пересекали нижнюю панкреатодуоденальную артерию, на 2-м — перевязывали и пересекали гастродуоденальную артерию (при лимфодиссекции гепатодуоденальной связки), на 3-м этапе пересекали ПЖ по левому краю верхней брыжеечной вены с лигированием коротких вен от задней поверхности головки ПЖ к воротной вене. На заключительном этапе с помощью обратного маневра Кохера удаляли панкреатодуоденальный комплекс. В основной группе у 6 пациентов выполнена циркулярная резекция венозного мезентерико-портального сегмента, у 9 — краевая резекция воротной вены, у 1 — пластика верхней брыжеечной артерии.

Результаты. Морфологическое исследование: в основной и контрольной группе среднее количество удаленных лимфоузлов составило 22 и 11 ($p < 0,05$), наличие метастазов в регионарные лимфоузлы отмечено у 16 и 10 чел. ($p < 0,05$), R1 резекция выполнена у 2 и 5 пациентов соответственно. Послеоперационные осложнения наблюдали у 12 (48 %) чел. в основной группе и у 11 (41 %) — в контрольной группе ($p = 0,417$). Послеоперационная летальность в основной группе составила 4 % (1 чел.), в контрольной — 3,7 % (1 чел.). В подгруппе пациентов ($n = 8$) с использованием брыжеечного доступа сосудистой изоляции опухоли послеоперационной летальности не отмечено.

Выводы. Метод сосудистой изоляции опухоли при ПДР является безопасным и не сопровождается увеличением частоты послеоперационных осложнений и летальности. Техника сосудистой изоляции опухоли с применением брыжеечного доступа и методов по touch surgery позволяет повысить радикальность ПДР при раке головки ПЖ и добиться R0 резекции, а также не сопровождается статистически достоверным увеличением послеоперационных осложнений и летальности.

Рецидивный холедохолитиаз, выбор рациональной тактики лечения

АРИПОВА Н.У., НАЗИРОВ Ф.Н., ДЖАМАЛОВ С.И., АРИПОВА М.У., ЛИМ В.Г.

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

До настоящего времени проблема рецидивного холедохолитиаза остается актуальной, его частота составляет более 7 %. Использование новых диагностических и лечебных технологий не снижает числа больных с оставленными камнями желчевыводящих путей. Тактические подходы к устранению заболевания различны и не всегда обоснованы. Велик процент повторных вмешательств по поводу рецидивного холедохолитиаза, а летальность при этом превышает 10 %.

Цель исследования: изучение причин рецидивного холедохолитиаза и выработка современной рациональной тактики лечения данной группы больных.

Материалы и методы. Располагаем опытом лечения 58 больных с рецидивным холедохолитиазом после различных видов операций.

Основными методами диагностики рецидивных камней желчевыводящих путей явились ультразвуковое исследование (УЗИ) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография (ЭРХПГ), диагностическая значимость которых составляет 86 и 97 % соответственно.

Больные с рецидивным холедохолитиазом были подвергнуты следующим вмешательствам: эндоскопическая папиллосфинктеротомия — 48 чел., холедохолитотомия — 1, билиодигестивные анастомозы — 9.

Результаты. Самым надежным методом устранения рецидивного холедохолитиаза является эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эффективность которой — 94,5 %. Частота осложнений при ЭПСТ составила 8,8 % (острый панкреатит, холангит, амилаземия). Летальных исходов не было.

При неудавшихся ЭПСТ повторная холедохолитотомия завершалась наружным дренированием протоков. Причинами неудовлетворительного лечения явились: резидуальный холедохолитиаз — у 7 больных, рецидивный — у 4, стриктура терминального отдела холедоха — в одном наблюдении. Отдаленные результаты при ЭПСТ расценены как неудовлетворительные у 2,6 % больных (холангит, рестеноз большого дуоденального сосочка). Причиной неудовлетворительных результатов холедохолитотомии с наружным дренированием холедоха явились оставленные камни, что потребовало ЭПСТ у 3 больных, а у остальных четырех больных после извлечения камней был сформирован холедоходуоденоанастомоз.

Билиодигестивные анастомозы формировались лишь при парафатериальных дивертикулах, а также при множественном холедохолитиазе в сочетании с протяженными рубцовыми стенозами или воспалительными изменениями терминального отдела холедоха. Неудовлетворительные результаты получены у 3 больных (холангит, резидуальный холедохолитиаз и синдром «слепого мешка»).

Заключение. Основной причиной рецидива камней является неадекватный отток желчи по билиарной системе. Наилучшие результаты устранения рецидивных камней получены после эндоскопической папиллосфинктеротомии, повторные открытые вмешательства должны выполняться по строгим показаниям для обеспечения адекватности лечения.



Сравнительный анализ эффективности чрескожных вмешательств под УЗ-контролем в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста

АФАНАСЬЕВ А.Н., ИВАХОВ Г.Б., УСТИМЕНКО А.В., ГЛАГОЛЕВ Н.С.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Введение. В настоящее время острый деструктивный холецистит у пациентов пожилого и старческого возраста занимает первое место среди неотложной хирургической патологии (Polychronidis A. с соавт., 2008; Уханов А.П. с соавт., 2012). Лапароскопическая холецистэктомия, являющаяся золотым стандартом хирургического лечения острого холецистита, к сожалению, далеко не всегда выполнима у больных пожилого, а особенно старческого возраста из-за наличия у них тяжелой сопутствующей патологии. Внедрение чрескожных манипуляций под контролем УЗИ позволило во многом облегчить решение дилеммы выбора хирургического пособия для купирования приступа острого холецистита. Однако проблему хирургического лечения пациентов старше 60 лет с данной неотложной патологией нельзя считать исчерпанной ввиду сохраняющегося высокого уровня летальности и осложнений.

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности чрескожных пункции и дренирования желчного пузыря под УЗ-наведением у больных с острым холециститом старших возрастных групп.

Материалы и методы. За трехлетний период (2010–2012 гг.) проведен анализ лечения 369 пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом (калькулезным и бескаменным), находившихся на стационарном лечении в ГКБ № 23 им. «Медсантруд», являющейся базой кафедры общей хирургии лечебного факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова. Критерием отбора данных пациентов было отсутствие признаков механической желтухи. Оперативная активность составила 35,2 % (включая вмешательства под УЗ-контролем).

Все 130 больных с острым холециститом, требующие оперативного вмешательства, были разделены на 2 группы согласно операционно-анестезиологическому риску по классификации ASA. В первой группе, состоявшей из 89 (68,5 %) пациентов с низким и умеренным операционно-анестезиологическим риском (ASA I–III), выполняли лапароскопические холецистэктомии (47,2 %) и холецистэктомии из традиционного доступа. Вторая группа — 41 (31,5 %) больной с высоким и очень высоким операционно-анестезиологическим риском (ASA IV–V), которые подверглись чрескожным вмешательствам под УЗ-наведением.

Результаты. Чрескожные чреспеченочные холецистостомии (ЧЧХС) под УЗ-контролем были выполнены у 22 больных. Осложнения отмечены у 4 (18,2 %) пациентов, которые потребовали лапаротомии (гематома ретроvesикального пространства — 2 чел., перфорация желчного пузыря — 1, миграция дренажной трубки — 1). Летальность после ЧЧХС составила 9 %. Среднее количество койко-дней — 21 (холецистостома удалялась в среднем на 18-е сутки).

Чрескожные чреспеченочные пункции (ЧЧП) желчного пузыря выполнялись 19 больным. Основой данной манипуляции является проведение одномоментной декомпрессии желчного пузыря с тщательной санацией его полости растворами антисептиков. Осложнений и летальности в данной группе не отмечено. Среднее количество койко-дней — 10,5 дня. В процессе лечения повторных пункций желчного пузыря не потребовалось.

Выводы. На данном этапе проведения исследования выявлены достоверные преимущества чрескожных чреспеченочных пункций желчного пузыря перед ЧЧХС. Немаловажными достоинствами ЧЧП является повышение качества жизни в раннем послеоперационном периоде в связи с отсутствием наружной холецистостомы, особенно у недееспособных пациентов, а также ранняя активизация больного, снижение экономических затрат на лечение.

Способ профилактики несостоятельности панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции

АХМЕДОВ С.М., САФАРОВ Б.Д., РАСУЛОВ Н.А., САИДМУРОДОВ А.С., ТАБАРОВ З.В.

Отделение хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии АМН МЗ Республики Таджикистан, Ашхабад, Таджикистан

Цель исследования: разработка способа профилактики несостоятельности панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) при выполнении панкреатодуоденальной резекции (ПДР) у больных со злокачественными новообразованиями поджелудочной железы (ПЖ) и периапулярной зоны.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 10 больных, перенесших ПДР с использованием новой методики формирования ПЕА за период 2010–2013 гг. Методика наложения ПЕА: по завершении резекционного этапа ПДР на выключенной петле тонкой кишки по Ру (l = 70 см) межкишечный анастомоз накладывали двухрядными швами PDS 3/0. Панкреато- и холедохэнтероанастомозы накладывали по длинному краю выделенной петли кишечника, гастроэнтероанастомоз — по короткому; при наличии «мягкой» и «промежуточной» паренхимы среза ПЖ проводили ее «уплотнение» до формирования ПЕА, путем наложения 3–4

горизонтальных «матрасных» швов (PDS 4/0) через ткань железы, всячески избегая прошивания ГПП (проба с пуговчатым зондом); наложение ПЕА («конец в бок») начинали с серомиотомии вдоль края выделенной кишечной петли, на приблизительные размеры культи ПЖ, максимально избегая вскрытия слизистой оболочки кишечника. Серомиотомический разрез затем тупо расширяли с помощью тонкого гемостатического зажима для придания ему формы эллипса, всячески избегая случайного вскрытия просвета кишечника. Задний ряд ПЕА формируется путем наложения узловых выворачивающих швов (PDS 4/0–5/0, «мягкая» железа) на серомускулярный слой кишки и задний край культи ПЖ, позволяющий максимально сопоставить и приблизить ГПП к вскрываемой слизистой кишки, что максимально облегчает формирование анастомоза; анастомоз между слизистой кишечника и ГПП формируется путем наложения узловых двойных швов (5/0–6/0 PDS). На конечном этапе ПЕА формируется путем наложения переднего ряда узловых швов (PDS 4/0); гепатикоэюностомия формируется на расстоянии 20–25 см от ПЕА («конец в бок») с использованием PDS 4/0. Пилороеюностомия («конец в бок») формируется с использованием PDS 3/0 на второй петле, выделенной по Ру.

Результаты. Средний возраст оперированных больных был 56,3 года, средние размеры опухоли по данным КТ — 2,5 см. Размер ГПП варьировал в пределах от 0,2 до 1,0 см, ткань ПЖ была оценена как «твердая» у 2 больных, «промежуточная» — у 2 и «мягкая» — у 6 больных. Уплотнение ткани ПЖ выполнено больным с «мягкой» и «промежуточной» формой. Медиана интраоперационной кровопотери составила 800 мл. После операции от острого тромбоза висцеральных ветвей аорты умер 1 больной. Послеоперационные осложнения отмечены в 2 (20 %) наблюдениях. Установлено, что плотность ткани ПЖ напрямую коррелирует с частотой возникновения несостоятельности ПЕА, то есть у больных с «плотной» и «мягкой» ПЖ (0–25 %).

Заключение. Разработанный способ формирования ПЕА уплотнением «мягкой» культи ПЖ и отдельные петли кишечника для наложения ПЕА и ХЕА в совокупности являются мерами, направленными на профилактику несостоятельности ПЕА в реконструктивном этапе ПДР.

Эндохирургическое лечение билиарных осложнений эхинококкоза печени

АХМЕДОВ Р.М., МИРХОДЖАЕВ И.А., МУАЗЗАМОВ Б.Б., МИРХОДЖАЕВ И.И.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Одним из грозных осложнений эхинококкоза печени является прорыв оболочек и элементов паразита в билиарное дерево с развитием клиники механической желтухи.

Цель исследования: улучшение результатов лечения этих больных после проведения эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ) и эндобилиарного лаважа желчного дерева физиологическим раствором.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положен анализ результатов хирургического лечения 298 больных с эхинококкозом печени, оперированных в отделении абдоминальной хирургии Бухарского областного многопрофильного медицинского центра в период с 2005 по 2012 г. Возраст больных варьировал в пределах от 16 до 72 лет. В 43 случаях эхинококкоз сочетался с клиникой механической желтухи: как следствие прорыва в желчные ходы — у 39 чел. или их сдавления — у 4. Размеры эхинококковых кист варьировали в пределах от 5,6 до 12,6 см, имели различную локализацию в сегментах печени.

Показания для ЭПСТ определяли на основании клинических данных, динамического УЗИ, чресдренажной фистулографии, КТ, ретроградной холангиографии. Больные были разделены на две группы в зависимости от сроков выполнения ЭПСТ. Первую группу составили 28 больных, которым ЭПСТ была произведена до операции, во второй группе (11 больных) ЭПСТ была выполнена в разные сроки после операции, у этих пациентов долгое время наблюдалось желчеистечение по наружному дренажу после выполнения полузакрытой эхинококкэктомии, из них у 4 отмечено стойкое сохранение клинических проявлений механической желтухи после операции.

Результаты. В первой группе больных в 7 случаях удалось выполнить ЭПСТ с удалением оболочек паразита с дочерними кистами из общего желчного протока. У остальных больных первой группы (21 чел.) выполнение ЭПСТ улучшило эффект от дальнейшей операции в связи с декомпрессией билиарного тракта, лаважем желчного дерева физиологическим раствором и заметным снижением явлений желтухи. При этом мы применяли различные методы оперативного вмешательства, основным этапом которого являлась эхинококкэктомия с последующим дренированием остаточной эхинококковой полости печени: без иссечения фиброзной капсулы — у 15 больных, с частичным иссечением — у 3, с субтотальной перицистэктомией — у 36. Во всех случаях при прорыве эхинококкового содержимого в желчные протоки в обязательном порядке осуществляли холедохотомию с удалением оставшихся элементов эхинококковых кист и последующим наружным дренированием холедоха по методике Кера.

Во второй группе больных после ЭПСТ удалось полностью ликвидировать цистобилиарные свищи и достичь прекращения желчеистечения по наружному дренажу. Послеоперационные осложнения в виде нагноения остаточной полости наблюдались у двух больных. Летальных исходов не отмечалось.

Заключение. Комплексное использование ЭПСТ при прорыве эхинококковых кист в желчные ходы заметно улучшает результаты хирургического лечения эхинококкоза печени.



Иновационные технологии определения метаболитов билирубина у больных с механической желтухой

БЕКБАУОВ С.А.¹, ЛИПНИЦКИЙ Е.М.¹, КОТОВСКИЙ А.Е.¹, ЛОТОВ А.Н.², ИСТРАТОВ В.Г.³,
ДЕМИДОВА В.С.³, РАЧЕНКОВА Н.С.³

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы,
Москва, Россия

³ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России,
Москва, Россия

Процесс биохимического превращения билирубина и его метаболитов возможно проследить с помощью хромато-масс-спектрометрического исследования желчи у больных с механической желтухой.

Цель исследования: разработать рабочую схему хромато-масс-спектрометрического исследования биологического материала у больных с механической желтухой разного генеза.

Материалы и методы. В исследование включено 140 человек: 120 больных и 20 доноров. Работу проводили на хромато-масс-спектрометрической системе Agilent-6890 с масс-селективным детектором HP-5973 MSD.

Проводили экстракцию метаболитов билирубина с помощью твердофазного носителя с последующим переводом в триметилсилильные соединения с помощью бисилилтрифторацетамида (BSTFA) и хромато-масс-спектрометрическим анализа с масс-селективным детектором, а также экстракцию желчи диэтиловым эфиром при pH 5,0 с последующим прямым вводом в испаритель хроматографа эфирного экстракта.

Результаты. Идентифицированы ассоциированные с альбумином формы билирубина с содержанием от $1,60 \pm 0,02$ ммоль/л до $3,10 \pm 0,04$ ммоль/л; билирубин-диглюкуронид — от $4,6 \pm 0,05$ ммоль/л до $5,91 \pm 0,07$ ммоль/л; билирубин-моноглюкуронид — от $6,1 \pm 0,07$ ммоль/л до $7,12 \pm 0,08$ ммоль/л; мезобилирубин — от $0,31 \pm 0,04$ ммоль/л до $0,43 \pm 0,05$ ммоль/л; комплекс билирубина с пирролом — от $0,16 \pm 0,02$ ммоль/л до $0,24 \pm 0,03$ ммоль/л и летучие жирные кислоты — от $1,13 \pm 0,06$ ммоль/л до $2,08 \pm 0,06$ ммоль/л.

Изучение метаболических маркеров желчи позволит соединить биохимические процессы организма хозяина и его микрофлоры.

В приоритетном ряду метаболитов билирубина на первом месте стоят ассоциированные с альбумином формы билирубина, ибо билирубин, образующийся вне печени, транспортируется в плазму крови в связанной с сывороточным альбумином форме.

В кишечнике происходит разрыв глюкуроновой связи, и свободный билирубин при участии микробной флоры подвергается последовательному восстановлению с образованием мезобилирубина и мезобилиногена.

Таким образом, на 2-м месте в приоритетном ряду стоят летучие жирные кислоты (как микробный фактор), а на 3-м и 4-м месте — мезобилирубин и комплексы билирубина с пирролом.

Заключение. Хроматографические исследования метаболитов билирубина позволяют достоверно проследить последовательные образования метаболитов билирубина, участие инфекционного кишечного фактора и предупредить нежелательное течение патологического процесса.

Новые методы анализа активаторов кооперативной чувствительности у больных с механической желтухой

БЕКБАУОВ С.А.¹, ЛИПНИЦКИЙ Е.М.¹, КОТОВСКИЙ А.Е.¹, ЛОТОВ А.Н.², ИСТРАТОВ В.Г.³, ДЕМИДОВА В.С.³,
РАЧЕНКОВА Н.С.³

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы,
Москва, Россия

³ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России,
Москва, Россия

Генетический механизм реализации кооперативной чувствительности позволяет бактериям рационально использовать свой патогенный потенциал, определяя системой quorum sensing момент включения генов патогенности только после достижения бактериями определенной плотности популяции, при которой синтезирующееся количество факторов патогенности гарантирует успешное развитие инфекционного процесса.

Цель исследования: установить наличие в периферической крови больных механической желтухой активаторов кооперативной чувствительности для оценки степени риска развития генерализованного инфекционного процесса.

Материалы и методы. В исследование вошли 140 человек. В сыворотке крови больных с механической желтухой (120 тяжелобольных и 20 доноров) при помощи метода ГХ-МС-анализа определяли содержание активаторов кооперативной чувствительности. Работу проводили на хроматографической системе Agilent-6890с масс-селективным детектором HP 5973 MSD.

Результаты. В периферической крови больных были обнаружены соединения, которые относятся к группе активаторов кооперативной чувствительности, и родственные соединения: лактоны (бутиринолактон), хинолоны (2,3,6,7-тетрагидро-1-Н-5-Н-бензохинолон; 2,2-бихинолин), урановые эфиры бора (N-N-диметил-метамин-тригидроборан и 2-фуранил-2-пропионовая кислота).

Первое место по содержанию в сыворотке крови тяжелобольных заняла 2-фуранил-2-пропионовая кислота — одно из родственных соединений фурановых эфиров бора (от $0,110 \pm 0,007$ ммоль/л до $0,150 \pm 0,008$ ммоль/л); на втором — классический представитель лактонов — бутиринолактон (от $0,080 \pm 0,003$ ммоль/л до $0,110 \pm 0,007$ ммоль/л); на третьем — 2,2-бихинолин — один из представителей хинолонов (от $0,060 \pm 0,007$ ммоль/л до $0,100 \pm 0,003$ ммоль/л); на четвертом — N-N-диметил-метамин-тригидроборан (от $0,020 \pm 0,003$ ммоль/л до $0,050 \pm 0,006$ ммоль/л); на пятом месте — 2,3,6,7-тетрагидро-1-Н-5-Н-бензохинолон (от $0,100 \pm 0,002$ ммоль/л до $0,120 \pm 0,003$ ммоль/л).

Заключение. Методами ГХ-МС-анализа в сыворотке крови больных с механической желтухой обнаружены активаторы кооперативной чувствительности с определением доверительных интервалов и достоверностью $p \leq 0,005$, что свидетельствует о высокой степени риска развития генерализованной инфекции.

Новые способы диагностики и лечения печеночно-почечной недостаточности у больных механической желтухой

БЕКБАУОВ С.А.¹, ЛИПНИЦКИЙ Е.М.¹, КОТОВСКИЙ А.Е.¹, ЛОТОВ А.Н.², ИСТРАТОВ В.Г.³, ГЛЕБОВ К.Г.¹
¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
 Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы,
 Москва, Россия

³ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России,
 Москва, Россия

Актуальность проблемы связана с неуклонным ростом числа больных с заболеваниями гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны, сопровождающимися механической желтухой и печеночно-почечной недостаточностью, лечение которой до сегодняшнего дня остается одной из неразрешенных проблем абдоминальной хирургии. Учитывая единство физиологической связи печени и кишечника по механизму энтерогепатической циркуляции, а также сложность лечения больных с печеночно-почечной недостаточностью при механической желтухе, мы предлагаем новый способ восстановления функции печени и почек в дооперационном периоде.

У 120 больных механической желтухой различного генеза с подтвержденными клинико-лабораторными данными печеночно-почечной недостаточности при помощи методов газовой хроматографии и масс-спектрометрии выполняли изучение азотсодержащих токсических кишечных метаболитов (аммиак и его производные — 2-пропанамид, N-N-диметиламин, метионин-сульфат) в сыворотке крови и высокотоксичных нитросоединений (1-1-бензодиокси-5-ол, 2-пропанамид, нитробензен, ацетамид-N-аминооксиметил) в моче.

В норме все эти вещества в сыворотке крови в моче отсутствуют, так как являются метаболитами кишечного происхождения.

Исходно у всех больных отмечена желтуха механического характера. Значения билирубина крови были выше нормы на 1000 % (от 290 мкмоль/л и более), мочевины — на 200 % (20,7 ммоль/л) и креатинина — на 450 % (0,598 ммоль/л). Показатели аммиака и его производных составили: аммиака — 0,17 ммоль/л, 2-пропанамид — 0,002 ммоль/л, N-N-диметиламина — 0,004 ммоль/л, метионин-сульфата — 0,08 ммоль/л. При этом в моче выявлены высокотоксичные нитросоединения: 1-1-бензодиокси-5-ол — 0,07 ммоль/л, 2-пропанамид — 0,006 ммоль/л, нитробензен — 0,04 ммоль/л, ацетамид-N-аминооксиметил — 0,07 ммоль/л. Полученные клинико-лабораторные данные свидетельствовали о выраженной печеночно-почечной недостаточности и нарушении микробиоценоза кишечника.

В связи с этим у всех больных в качестве первого этапа ликвидации желтухи были выполнены различные варианты малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков (ЖП), а у 80 из них они были дополнены коррекцией дисбиоза кишечника с помощью энтеропротекторов: кишечного антибиотика рифаксимины и пребиотика лактулозы.

С учетом клинико-лабораторных показателей все больные были распределены на 3 группы:

- 1-я группа — больные, которым произведена только декомпрессия ЖП;
- 2-я группа — больные, которым после декомпрессии ЖП назначали рифаксимин в дозе 400 мг в сутки;
- 3-я группа — больные, которым наряду с декомпрессией ЖП назначали лактулозу по 30 мл/сут.



У всех больных изучены показатели токсических кишечных метаболитов через 7 дней после начала лечения.

В 1-й группе больных на 7-е сутки после декомпрессии ЖП отмечено увеличение в сыворотке крови производных аммиака в среднем на 12 %. При этом показатели высокотоксичных нитросоединений в моче остались на исходном уровне. Незначительные повышения аммиака и его производных, по-видимому, можно объяснить ранее развившейся гипоксией паренхимы печени.

Во 2-й группе больных на 7-й день после декомпрессии ЖП обнаружено снижение содержания соединений аммиака в сыворотке крови в среднем на 34 %.

В 3-й группе больных также имело место снижение показателей производных аммиака в среднем на 54 %.

Во 2-й и 3-й группах больных после приема рифаксимины и лактулозы выявлено уменьшение содержания в моче токсических нитросоединений на 43 %.

Осложнений от приема препаратов не было.

Полученные результаты свидетельствуют об улучшении функции печени, почек и тенденции к ликвидации почечно-печеночной недостаточности.

Таким образом, всем больным механическими желтухами с явлениями печеночно-почечной недостаточности рекомендуем наряду с декомпрессией ЖП назначать энтеропротективную терапию, которая улучшает результаты комплексного лечения.

Лечение больных со свежей травмой и стриктурами гепатикохоледоха

БЕЛОКОНЕВ В.И., ХУНКУЙ И., КОВАЛЕВА З.В., ПУШКИН С.Ю.
ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России, Самара, Россия

В исследование вошли 74 пациента в возрасте от 25 до 89 лет. Проведен анализ результатов лечения 33 (44,6 %) пациентов со свежей травмой и 41 (55,4 %) — со стриктурами гепатикохоледоха. Мужчин было 24 (32,4 %), женщин — 50 (67,6 %).

Способы лечения больных со свежей травмой и стриктурами гепатикохоледоха: гепатикоэнтеростомия на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу (48 (64,9 %) чел.), бескаркасная гепатикоэнтеростомия (12 (16,2 %)), эндобилиарное стентирование гепатикохоледоха из просвета ДПК (11 (14,9 %)), наружное чрескожное чреспеченочное стентирование гепатикохоледоха (3 (4,0 %)).

Оценка непосредственных результатов операции у больных с травмами и стриктурами гепатикохоледоха проводили по следующим критериям. Хорошими считали результаты, когда к моменту выписки у больного был восстановлен пассаж желчи по гепатикоэнтероанастомозу и желудочно-кишечному тракту, желтуха и явления холангиогенного гепатита были купированы, а рана зажила первичным натяжением. К удовлетворительным отнесены результаты, когда после восстановленного пассажа желчи по ЖКТ сохранялись явления холангиогенного гепатита, отмечались осложнения со стороны послеоперационной раны. К плохим отнесены результаты у больных, которым потребовались повторные операции (релапаротомии), закончившиеся летальным исходом.

Оценку отдаленных результатов лечения больных проведена по критериям А.И. Лабла с соавт. (2007): 1) хорошие — отсутствие каких-либо симптомов, связанных с патологией желчных протоков; 2) удовлетворительные — слабовыраженные симптомы, не требующие проведения инвазивных методов диагностики и лечения, поддающиеся консервативному лечению; 3) плохие — клиническая картина требует проведения инвазивных манипуляций.

Анализ результатов операций позволил сделать следующее заключение. При отсутствии у хирурга опыта реконструктивных операций вначале следует выполнить наружное дренирование протоков, а восстановительную операцию выполнить на втором этапе. При выборе способа операции у больных со свежей травмой и стриктурой гепатикохоледоха следует отдавать предпочтение гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу, которая позволяет эффективно восстановить пассаж желчи по желудочно-кишечному тракту, что способствует радикальному излечению больного. Показаниями к бескаркасному формированию гепатикоэнтероанастомоза являются низкие посттравматические и неустраненные протяженные воспалительные стриктуры гепатикохоледоха при расширении проксимального его отдела не менее чем на 15 мм. При стриктурах гепатикохоледоха способы наружного и внутреннего эндобилиарного дренирования внутрипеченочных желчных протоков не следует считать окончательными вариантами лечения. Требуется периодическая замена дренажей, так как их удаление приводит к рестенозу и развитию холангиогенного гепатита. При развитии рестеноза гепатикоэнтероанастомоза у больных после операции Гетца можно рекомендовать чрескожное чреспеченочное эндобилиарное стентирование внутрипеченочных желчных протоков и суженного анастомоза, которое позволит избежать повторной открытой операции.

Внедрение предложенной тактики при лечении больных со свежей травмой гепатикохоледоха позволило снизить число релапаротомий с 90 до 14,3 %, частоту летальных исходов — с 20 до 4,8 %, увеличить частоту хороших результатов в 3 раза. У пациентов со стриктурами гепатикохоледоха частота летальных исходов уменьшилась с 5,9 до 0 %, а число хороших результатов повысилось в 2 раза.

Причины постхолецистэктомического синдрома и способы его устранения

БЛАГИТКО Е.М., ТОЛСТЫХ Г.Н., ДОБРОВ С.Д., ЛЮТИН Д.А., ПОПОВ А.Л.

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

В исследование включено 78 больных, перенесших холецистэктомию. Они были разделены на три группы в зависимости от причин, вызвавших развитие постхолецистэктомического синдрома.

Больные 1-й группы (8 (10,3 %) человек) по результатам обследования, ведущим в котором было выполнение МРТ с программой МРХПГ, были пролечены консервативно. Пять пациентов из них не имели органических причин, препятствующих оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку (рецидивирующий холангит); причиной нарушения желчеоттока у 2 чел. был дренаж, неправильно установленный в общий желчный проток (дистальный конец дренажа упирался изнутри в папиллу и перекрывал ее просвет), — патологию устранили путем удаления этого дренажа; у 1 больного причиной механической желтухи была биллома в подпеченочном пространстве, проблема решена при помощи однократной пункции и эвакуации биломы под УЗ-контролем.

У больных 2-й группы (47 (60,3 %) человек) в результате проведенного комплексного обследования выявлены органические причины нарушения желчеоттока, которые можно устранить путем эндоскопической папиллосфинктеротомии, дополнив ее литоэкстракцией у большей части пациентов. Литоэкстракция была многократной (от 2 до 5 раз) у 15 (31,9 %) больных из этой группы. Осложнения развились у 5 больных, из них острый панкреатит после эндоскопической папиллотомии — у 3, ятрогенная перфорация стенки двенадцатиперстной кишки (у больного уже были 2 эндоскопические папиллотомии в анамнезе) — у 1, ущемление огромного камня в корзинке Dormia, который не удалось раздавить даже механическим литотриптором, — у 1 пациентки (ей выполнена холедохолитотомия с ретроградным удалением корзинки Dormia).

В 3-ю группу вошли больные (23 (29,4 %) человека), которые были разделены на три подгруппы:

— больные с резидуальным холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, холангитом, которые не удалось устранить эндоскопическим путем, — 14 (60,9 %) чел. Им была выполнена холедохолитотомия, у 4 из них — дополненная наложением холедоходуоденоанастомоза. В этой подгруппе после перфорации множественных острых язв тонкой кишки умер 1 больной. Еще у двух развились осложнения, с которыми удалось справиться (нагноение раны — 1 чел., ограниченная несостоятельность швов холедоходуоденоанастомоза — 1);

— рестриктур гепатикоюноанастомоза отмечена у 5 (21,7 %) больных, ЧЧХС с последующим стентированием анастомоза выполнена трем из них, повторная бигепатикоюностомия — двум;

— больные после реконструктивных оперативных вмешательств — 4 (17,4 %) чел.: двум из них произведена реконструктивная операция (бигепатикоюностомия) по поводу высокой продленной стриктуры общего печеночного протока после видеохолецистэктомии, выполненной в других клиниках; 2 больным с ятрогенным иссечением наружных желчных протоков после холецистэктомии, осуществленной в других клиниках, проведена реконструктивная операция (1 пациентка доставлена на 3-и сутки после операции) и раздельное наружное дренирование желчных путей (одна больная доставлена на 7-е сутки после операции).

В алгоритм обследования пациентов с постхолецистэктомическим синдромом при наличии наружного желчного свища должна входить фистулография, всем остальным больным должна в обязательном порядке выполняться МРТ с программой МРХПГ, а при невозможности ее осуществления — МСКТ. ЭРХПГ с диагностической целью следует производить в крайне редких случаях. Не следует с целью экономии материальных средств применять папиллотомы повторно, так как это и является основной причиной осложнений после эндоскопической папиллотомии. Оптимальным вариантом устранения холедохолитиаза при крупных камнях должна стать контактная литотрипсия.

Малоинвазивные технологии в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с холецистохоледохолитиазом

БОБОЕВ Б.Д., КУРБОНОВ Х.Х., САФАРОВ А.М.

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

Цель исследования: разработка лечебно-диагностического алгоритма при холецистохоледохолитиазе на основе применения современных высокоинформативных методов исследования и определение преимуществ лапароскопических операций.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ данных 110 больных с холецистохоледохолитиазом, находившихся на стационарном лечении в городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе в период с 2003 по 2012 г. Разработка диагностического алгоритма базировалась на данных трансабдоминального ультразвукового исследования, магнитно-резонансной холангиографии и эндоультразвукового исследования. При этом оценивали: диаметр общего желчного протока (ОЖП), диаметр пузырного протока, наличие, диаметр и число конкрементов, тип впадения пузырного протока в общий печеночный про-



ток, а также наличие и продолжительность стриктуры ОЖП. На основании данных инструментальных методов исследования, а также опыта проведения лапароскопических операций на внепеченочных желчных протоках были сформулированы показания и противопоказания к различным методам санаций, а также разработан лечебный алгоритм для каждого конкретного случая.

Результаты. Лапароскопическая экстракция конкрементов из холедоха через пузырный проток проведена 38 (34,6 %) пациентам. Ревизия и санация холедоха через пузырный проток были предприняты, когда последний имел прямой ход, доступный просвет, растяжимую стенку и сливался с общим печеночным протоком под углом, вершина которого направлена в сторону двенадцатиперстной кишки. Это были пациенты с небольшими конкрементами (не более 6 мм), количество которых было менее 4, пузырный проток у них был расширен до 8 мм. После извлечения конкрементов производили контрольную холангиографию и дренирование ОЖП по Холстеду — Пиковскому. У 67 (60,9 %) больных во время лапароскопической операции, когда ревизию холедоха через пузырный проток выполнить не представлялось возможным (узкий пузырный проток, нетипичное впадение пузырного протока в общий печеночный проток, проксимальное расположение конкрементов от места впадения пузырного протока в общий печеночный проток, крупные и множественные конкременты ОЖП, расширение ОЖП более 10 мм) мы выполняли лапароскопическую холедохолитотомию. При удалении множественных конкрементов, а также при явлениях механической желтухи, холангита, папиллита или непроходимости стеноза ОЖП осуществляли ушивание холедохотомического отверстия на Т-образном дренаже, пузырный проток клипировали и проводили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) по стандартной методике. ЛХЭ в сочетании с супрадуоденальной холедоходуоденостомией была произведена в трех случаях (2,7 %). Показаниями к формированию лапароскопического холедоходуоденоанастомоза являлись: множественный холедохолитиаз с замазкообразной желчью и расширением гепатикохоледоха (более 2,5 см) — у 2 чел.; продолжительная стриктура дистального отдела ОЖП (более 1 см) — у 1 пациента. У 2 (1,8 %) больных при лапароскопической ревизии холедоха был выявлен вклиненный конкремент в области БДСК. Попытки удалить его во время лапароскопической операции были безуспешными, в связи с чем проведена конверсия — лапаротомия, дуоденотомия, рассечение БДСК с извлечением конкремента и дренирование холедоха по Керу.

Выводы. Разработанный лечебно-диагностический алгоритм, основанный на применении современных высокоинформативных методов исследования, позволили нам повысить точность диагностики и оптимизировать хирургическую тактику лечения при различных вариантах течения холецистохоледохолитиаза.

Новый вариант эндоскопической папиллосфинктеротомии

БОГОМОЛОВ Н.И., ТОМСКИХ Н.Н., ВОТЬЕВ И.В.

*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России, Чита, Россия*

ГУЗ «Краевая клиническая больница», Чита, Россия

Миниинвазивные методы диагностики и лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ), осложненной механической желтухой, активно развиваются и нередко замещают традиционные терапевтические пособия.

С целью усовершенствования технологии эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), сведя к минимуму характерные для нее неблагоприятные исходы и осложнения, мы разработали и запатентовали способ ЭПСТ. Доказано его преимущество перед известными технологиями исполнения этой эндоскопической операции.

Материалы и методы. Проанализирован материал трех клиник города за 36 лет. Первую открытую трансдуоденальную папиллосфинктеротомию выполнили в 1977 г., а первую эндоскопическую — в 1978 г. ЭПСТ — операция с непредсказуемым исходом. Ее исполнение зависит от опыта хирурга-эндоскописта, материально-технического обеспечения, знания многообразия вариантов взаимоотношений протоковых структур в зоне большого дуоденального сосочка (БДС). В исследование вошло 216 наблюдений: открытых трансдуоденальных папиллосфинктеротомий — 34 (15,8 %), ЭПСТ — 182 (84,2 %). Известно многообразие форм и расположения БДС, наличие одного и более парафатеральных дивертикулов. В связи с этим и протяженность сфинктера Одди различна. Многолико и взаимоотношение устьев холедоха и главного панкреатического протока, включая их раздельное впадение в кишку. Вариабельна интрадуоденальная часть холедоха, что диктует необходимость использования разреза разной длины (от 5–6 до 30–35 мм). Нами был усовершенствован способ ЭПСТ и запатентована новая технология (патент РФ № 2463975 по заявке № 2011123057 с приоритетом от 9.06.2011 г.). В основе модификации лежит учет анатомических особенностей зоны БДС и всех характеристик заболевания.

Результаты. При анализе данных пациенты были разделены на две группы. В основной группе (85 больных, которым ЭПСТ выполняли по усовершенствованной технологии) жизнеопасных осложнений после проведения манипуляции отмечено не было. В группе клинического сравнения (97 пациентов, которым ЭПСТ выполняли обычным способом) наблюдали 7 (7,2 %) осложнений и 1 (1,0 %) летальный исход. У 7 пациентов после ЭПСТ камни вышли естественным путем не только из холедоха, но и из желчного пузыря, и от холецистэктомии они отказались. В сроки от 6 месяцев до 9 лет рецидива камней не выявлено.

Заключение. Результаты исследования показали целесообразность внесенных в процедуру ЭПСТ манипуляций.

Классификационные аспекты холангиолитиаза

БОРИСЕНКО В.Б., КРАМАРЕНКО К.А., БАРДЮК А.Я.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель исследования: систематизировать понятие холангиолитиаза (ХЛ) путем разработки рабочей классификации, построенной с учетом этиологических, патогенетических, топографо-анатомических данных, а также особенностей течения и осложнений.

Материалы и методы. Работа базируется на результатах обследования и лечения 168 больных с установленным диагнозом ХЛ. Диагностическая программа включала клинико-лабораторное исследование, дополненное микроскопией желчи, а также ультразвуковое исследование (УЗИ), дуоденопапилоскопию (ДПС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ).

Результаты. ХЛ с помощью УЗИ установлен у 42 (25 %) больных. У остальных 126 (75 %) пациентов выявлены лишь признаки нарушения проходимости желчных протоков на различных уровнях, а наличие конкрементов желчных протоков подтверждено и детализировано после ДПС и ЭРХПГ.

Первичный ХЛ диагностирован у 54 (32,1 %), а вторичный, вследствие миграции конкремента из желчного пузыря, — у 114 (67,9 %) больных. Наиболее часто определялись конкременты общего желчного протока, выявленные у 142 (84,5 %) больных. Реже, у 12 (7,1 %) больных, конкременты локализовались в общем печеночном протоке и, как правило, сочетались с его стриктурой. Внутрпеченочный ХЛ обнаружен у 6 (3,6 %) больных, конкремент большого дуоденального сосочка — в 8 (4,8 %) случаях. Крупные камни диагностированы у 30 (17,9 %) больных, средние — у 68 (40,5 %), мелкие — у 54 (32,1 %), а микрохоледохолитиаз — у 16 (9,5 %). Одиночные конкременты выявлены в 80 (47,6 %), а множественные — в 88 (52,4 %) случаях. Осложнения в виде механической желтухи отмечены в 162 (96,4 %) наблюдениях, острого холангита — в 104 (61,9 %), абсцессов печени — в 12 (6,1 %), билиарного сепсиса — в 30 (18,5 %) случаях.

Анализ полученных результатов исследования позволил разработать многоплановую рабочую классификацию холангиолитиаза.

I. По этиологии: первичный (холангиогенный), вторичный (холецистогенный).

II. По связи с ранее перенесенными операциями на органах билиарной системы: резидуальный, рецидивный.

III. По составу конкремента: пигментный, холестериновый, смешанный.

IV. По локализации: внутрпеченочный холангиолитиаз, гепатиколитиаз, холедохолитиаз (конкременты супра-, ретродуоденальной, интрапанкреатической, интрамуральной части холедоха и большого дуоденального сосочка).

V. По размеру конкремента: микрохоледохолитиаз или сладж (до 3 мм в диаметре), мелкие (от 3 до 10 мм), средние (от 10 до 15 мм), крупные (более 15 мм).

VI. По количеству: одиночный, множественный.

VII. По сочетаемости с другой патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны: изолированный, сочетанный (со стенозом БДС, стриктурой желчных протоков, хроническим панкреатитом, болезнью Кароли и др.).

VIII. По степени влияния конкремента на характер желчеоттока: обтекаемый, вентильный, обтурационный (вклиненный, холедохеальный илеус).

IX. По клиническому течению и характеру осложнений: бессимптомный (скрытый, безжелтушный), классический (симптомный), осложненный (механической желтухой, острым холангитом, абсцессами печени, билиарным сепсисом, билиарным панкреатитом, пролежнем холедоха и др.).

Выводы. Разработанная классификация конкретизирует, систематизирует и детализирует понятие ХЛ по этиологическому, патогенетическому, топографо-анатомическому признаку, особенностям течения, исходу заболевания и характеру осложнений.

Малоинвазивные методы в лечении кист и кистозных образований поджелудочной железы

ВАККАСОВ М.Х., ИСХАКОВ Б.Р., СОЛИЕВ Б.Э., БОЗОРБОВ У.Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения кист и кистозных образований поджелудочной железы с применением малоинвазивных методик.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 52 больных с кистами и кистозными образованиями поджелудочной железы (ПЖ) в возрасте от 17 до 80 лет. Мужчин было 36 (69,2 %), женщин — 16 (30,8 %).



Постнекротическая киста ПЖ выявлена у 28 (53,9 %) больных, посттравматическая у 22 (42,3 %), цистаденома — у 1 (1,9 %) и цистаденокарцинома — у 1 (1,9 %).

Кисты и кистозные образования располагались в области головки ПЖ у 15 (28,8 %) пациентов, тела — у 22 (42,4 %), хвоста — у 15 (28,8 %). Солитарная киста выявлена у 37 (71,2 %) больных, множественные и многокамерные — у 15 (28,8 %) больных. Диаметр кист варьировал в пределах от 5 до 25 см. Сформированная киста обнаружена у 29 (55,8 %) пациентов, несформированное органическое скопление жидкости без четкой капсулы — у 23 (44,2 %). Выявлены следующие осложнения: нагноение кист — у 20 (38,5 %), перфорация в брюшную полость — у 3 (5,8 %), в желудок — у 1 (1,9 %), в двенадцатиперстную кишку — у 1 (1,9 %) больного.

Результаты. В целях дифференциальной диагностики у 1 больного при предположении о наличии цистаденомы проведена тонкоигольная аспирационная биопсия, диагноз подтвержден цитологическим исследованием.

Чрескожное пункционное дренирование (ЧПД) под контролем УЗИ выполнено у 38 больных с нагноением содержимого кисты ПЖ. Рецидив кисты отмечен у 1 больного, по поводу чего повторно произведено ЧПД под контролем УЗИ. При контрастном исследовании на 6–7-е сутки после ЧПД связь кисты с протоком ПЖ не обнаружена.

Традиционным методом были оперированы 14 больных. При осложнении кровотечением в полость кисты у 1 пациента выполнены удаление гнойно-некротических масс, секвестров и гематом, перевязка кровоточащего сосуда, наружное проточно-аспирационное дренирование остаточной полости.

При спонтанном прорыве кисты ПЖ в просвет желудка (1 чел.) проводили активную назогастральную аспирацию и консервативное лечение. У 1 больного при прорыве кисты в брюшную полость произвели санацию и наружное дренирование кисты, дренирование брюшной полости.

Одному пациенту с псевдокистой ПЖ вследствие хронического панкреатита и вирусного гепатита была выполнена эндоскопическая папиллосфинктероскопия с последующим наложением цистоеюноанастомоза на петле, выключенной по Ру, в сочетании с холецистэктомией и наружным дренированием общего желчного протока.

Трансвентрикулярный цистогастроанастомоз по Юрашу был наложен 6 пациентам, цистоеюноанастомоз по Ру — 3 и цистоеюноанастомоз по Брауну — 3 больным.

Наружный панкреатический свищ закрылся самостоятельно у 2 чел.

После наружного дренирования остаточной полости кисты ПЖ рецидив отмечен у 2 больных, стойкий наружный панкреатический свищ образовался у 2 пациентов. Этим больным впоследствии был наложен фистулоэнтероанастомоз.

После выполнения цистогастротомии обострение панкреатита и аррозийное кровотечение возникло у 1 больного, которое остановили после проведения гемостатической терапии.

Заключение. Методом выбора в лечении несформированной и осложненной кисты ПЖ является чрескожное пункционное дренирование под контролем УЗИ и МСКТ. Больным с осложненной кистой ПЖ требуется индивидуальный подход при выборе тактики лечения, что определяет исход заболевания. В большинстве наблюдений наружное дренирование и комплексная консервативная терапия, при невозможности выполнения вмешательства под контролем УЗИ и МСКТ, могут стать окончательным способом лечения.

Влияние сегментарной аутотрансплантации поджелудочной железы на экзокринную функцию трансплантата

ВОСКАНЫН С.Э., ДЕГТЯРЕВ В.С., КОРСАКОВ И.Н., НАЙДЕНОВ Е.В.

ФГБУ «ГНЦ РФ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние аутотрансплантации сегмента поджелудочной железы на его экзокринную функцию в эксперименте.

Материалы и методы. Экспериментальный материал составили 48 беспородных собак, которые были разделены на три группы. В 1-й группе (12 (25,0 %) животных) выполняли резекцию тела и дуоденальной доли поджелудочной железы с последующим изучением ее экзокринной функции. Во 2-й группе (18 (37,5 %) животных) исследовали экзокринную функцию поджелудочной железы после панкреатэктомии и ее сегментарной аутотрансплантации с формированием венозного оттока в систему нижней полой вены и панкреатоэнтероанастомоза с дистальной петлей тонкой кишки. В 3-й группе (18 (37,5 %) животных) изучали экзокринную функцию поджелудочной железы после панкреатэктомии и ее сегментарной аутотрансплантации с формированием венозного оттока в систему воротной вены и панкреатоэнтероанастомоза с проксимальной петлей тонкой кишки. Панкреатический секрет собирался получасовыми порциями. Проводили введение различных стимуляторов и ингибиторов панкреатической экзосекреции. Определяли объем панкреатического секрета, концентрацию в нем белка, активность протеаз (общая протеолитическая активность) и липазы. Эксперименты на собаках про-

водились на основании согласия этического комитета в связи с невозможностью выполнения данных исследований на других лабораторных животных.

Результаты. В результате исследования дебитов белка в панкреатическом секрете было выявлено, что у животных 1-й группы секреторная активность поджелудочной железы была значительно выше, чем во 2-й и 3-й группах. Динамика дебитов протеаз во 2-й и 3-й группах животных, помимо менее выраженного повышения секреторной активности поджелудочной железы, отличалась отсутствием значимого снижения секреции протеолитических ферментов в ответ на введение в двенадцатиперстную кишку трипсина в малой дозе по сравнению с 1-й группой. Введение трипсина в дозе 0,1 мг/кг вызывало значительное торможение секреции протеаз во всех группах животных. Повышение дебитов секреции липазы в течение всего периода наблюдения было более значительным в 1-й группе по сравнению со 2-й и 3-й. При анализе динамики дебитов липазы отмечено существенное повышение секреции липазы в ответ на введение олеиновой кислоты во всех группах животных.

Заключение. У животных, перенесших панкреатэктомию с сегментарной аутотрансплантацией поджелудочной железы, наблюдали более существенное по сравнению с животными, перенесшими проксимальную резекцию поджелудочной железы, снижение секреторного ответа на нутритивную стимуляцию. Кроме того, выявлено отсутствие реакции на дуоденальное введение трипсина в малых дозах (селективное торможение секреции). При этом сохранялись адаптивность секреции к нутритивному составу дуоденального содержимого и реакция на введение высокой дозы трипсина (генерализованное торможение панкреатической экзокреции). Выявлена сохранность экзокринной функции аутотрансплантированного сегмента поджелудочной железы, что определяет целесообразность сохранения кишечного пассажа его секрета и должно учитываться при выборе способа формирования панкреатоэнтероанастомоза при трансплантации поджелудочной железы.

Новые методы комплексной профилактики острого послеоперационного панкреатита в хирургии рака поджелудочной железы

ВОСКАНЯН С.Э., КОТЕНКО К.В., НАЙДЕНОВ Е.В.

ФГБУ «ГНЦ РФ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия

Цель исследования: оценить клинические результаты комплексной профилактики острого послеоперационного панкреатита (ОПП) в хирургии рака поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 373 больных с раком ПЖ. Больные были разделены на две группы: 1-я группа — 308 (82,6 %) больных с проксимальным раком ПЖ и периампулярной области (ПО); 2-я группа — 65 (17,4 %) больных дистальным раком ПЖ. В каждой группе выделены контрольная и основная группы. В контрольных группах проводили эмпирическую профилактику осложнений. С целью профилактики ОПП у пациентов основных групп использованы различные методы: применение препаратов лей-энкефалина (даларгин); внутривенная постоянная инфузия октреотида; дуоденальная энзимоингибция трипсином; интрадуоденальная реверсия панкреатического секрета; интрадуктальное введение лидокаина по специально разработанной схеме.

Результаты. В основных группах больных как проксимальным раком ПЖ и ПО, так и дистальным раком ПЖ было достигнуто статистически значимое снижение частоты ОПП по сравнению с контрольными группами (22,6 % против 52,5 % в 1-й группе и 27,3 % против 66,7 % во 2-й группе). Кроме того, отмечено статистически значимое увеличение доли легких форм ОПП при существенном уменьшении тяжелых форм осложнения. Выявлено статистически значимое снижение общей частоты послеоперационных осложнений в основных группах больных по сравнению с контрольными группами (30,8 % против 56,2 % в 1-й группе и 30,3 % против 65,6 % во 2-й группе). Было достигнуто статистически значимое снижение числа осложнений на одного больного (1,36 против 3,18 в 1-й группе и 1,21 против 3,03 во 2-й группе), числа инфекционно-воспалительных осложнений на одного больного (0,23 против 0,56 в 1-й группе и 0,18 против 0,47 во 2-й группе), госпитальной летальности (3,4 % против 14,2 % в 1-й группе и 3,0 % против 12,5 % во 2-й) и количеству послеоперационных койко-дней ($14,6 \pm 0,2$ против $19,3 \pm 0,3$ в 1-й группе и $13,3 \pm 0,1$ против $18,5 \pm 0,2$ во 2-й) в основных группах больных по сравнению с контрольными. Выявлено существенное уменьшение числа фатальных и тяжелых послеоперационных осложнений в основных группах больных как проксимальным раком ПЖ и ПО, так и дистальным раком ПЖ по сравнению с соответствующими контрольными группами по классификации D. Dindo и соавт. (2004) в модификации M.L. DeOliveira и соавт. (2006). Кроме того, в результате исследования выявлена высокая клиническая эффективность предложенной схемы профилактики ОПП, установленная по показателю «число больных, нуждающихся в лечении» (ЧБНЛ) у пациентов, подвергнутых прямым операциям на поджелудочной железе.

Заключение. Применение предложенной схемы профилактики ОПП позволило статистически значимо снизить частоту развития осложнения у больных, перенесших оперативное лечение на поджелудочной железе.



Применение предложенной схемы профилактики ОПП позволило значительно снизить общую частоту послеоперационных осложнений, частоту сателлитных осложнений, число осложнений на одного больного, число инфекционно-воспалительных осложнений на одного больного, уменьшить длительность послеоперационного пребывания пациентов в стационаре и госпитальную летальность. Оптимизация периоперационной профилактики ОПП способствовала существенному уменьшению числа фатальных и тяжелых послеоперационных осложнений в основной группе больных по сравнению с соответствующей контрольной группой у больных как проксимальным раком ПЖ и ПО, так и дистальным раком ПЖ. Показана высокая клиническая эффективность предложенной схемы профилактики ОПП в хирургической панкреатологии, установленная по показателю ЧБНЛ.

Место расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции в хирургическом лечении рака поджелудочной железы

ВОСКАНЯН С.Э., КОТЕНКО К.В., ПАКЛИНА О.В., АРТЕМЬЕВ А.И., НАЙДЕНОВ Е.В., ЗАБЕЖИНСКИЙ Д.А., ХИСАМОВ А.А.

ФГБУ «ГНЦ РФ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России», Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции на непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения рака поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Клиническому исследованию подвергнуты 135 пациентов с протоковой аденокарциномой ПЖ. Больные были разделены на две группы: 75 (55,6 %) пациентам (основная группа) выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с расширенной лимфаденэктомией и тотальной чревно-мезентериальной нейродиссекцией; 60 (44,4 %) пациентам (контрольная группа) — стандартная ПДР. R0-резекция выполнена у 97,3 % больных основной группы и у 35 % — контрольной. У 26,7 % пациентов основной и 16,7 % — контрольной группы выполнена резекция магистральных вен мезентерико-портальной системы. Техника расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции заключалась в полной экстирпации крючка ПЖ, лимфаденэктомии ворот печени, селезенки, обеих почек, внесосудистой резекции корня брыжейки тонкой кишки с периваскулярной мобилизацией брыжеечной артерии до 2–3 кишечных артерий, полной резекции чревных и брыжеечных сплетений, правой и левой ножек диафрагмы, парааортальной и паракавальной лимфаденэктомии от аортального отверстия диафрагмы до нижней брыжеечной артерии, полном удалении лимфатических узлов, пара- и ретропанкреатических тканей и сплетений позади культи ПЖ.

Результаты. Средняя продолжительность операции в основной группе составила $318,4 \pm 20,7$ минуты, в контрольной — $194,7 \pm 21,4$ минуты. Средняя кровопотеря в основной группе — $438,8 \pm 21,8$ мл, в контрольной — $351,2 \pm 28,6$ мл. Послеоперационная летальность в основной группе составила 1,3 %, в контрольной — 1,6 %. Общая частота осложнений в основной группе — 34,7 %, в контрольной — 28,3 %. Число послеоперационных койко-дней в основной группе составило $17,6 \pm 2,9$, в контрольной — $15,2 \pm 2,2$. Секреторная диарея в контрольной группе отсутствовала, в основной группе у 25 (33,3 %) пациентов выявлена секреторная диарея, которая только у 2 (8,0 %) чел. не поддавалась консервативной терапии.

В результате морфологического исследования послеоперационного материала были выделены 24 различных участка периневральной инвазии рака ПЖ. Общая частота периневральной инвазии составила 81,7 %. Кроме того, она выявлена у 40 % больных с IA стадией, 59,1 % — IB, 91,7 % — IIA и 100 % — со IIB стадией.

Частота локорегионарных рецидивов составила 16,0 % в основной группе и 55,9 % — в контрольной. Через 1 год отдаленная выживаемость в основной группе пациентов составила 78,2 %, в контрольной — 58,4 %, через 2 года — 64,0 % против 32,2 % и через 3 года — 52,2 % против 20,5 %. Медиана выживаемости в основной группе — 28,4 месяца, в контрольной — 14,5 месяца. Медиана безрецидивного периода в основной группе составила 24,5 месяца, в контрольной — 10,3 месяца.

Заключение. Экстрапанкреатическая периневральная инвазия существенно влияет на отдаленные результаты и прогноз после хирургического лечения рака ПЖ и обнаруживается у большинства пациентов с протоковой аденокарциномой в любой из частей чревно-мезентериального сплетения, даже на ранних стадиях заболевания. Нейродиссекция является необходимым этапом хирургического лечения проксимального рака ПЖ и должна выполняться всегда в объеме экстирпации чревно-мезентериального сплетения. Выполнение расширенной ПДР не приводит к значительному увеличению госпитальной летальности, общей частоты послеоперационных осложнений и количества послеоперационных койко-дней. Применение технологий расширенной лимфаденэктомии с нейродиссекцией значительно снижает частоту локорегионарных рецидивов, повышает отдаленную выживаемость пациентов после хирургического лечения, в то время как стандартная ПДР не позволяет добиться необходимой степени радикальности у большинства пациентов.

Классификация хронического панкреатита

ГАЛЬПЕРИН Э.И.¹, ДЮЖЕВА Т.Г.¹, СЕМЕНЕНКО И.А.¹, КОТОВСКИЙ А.Е.¹, ШОЛОХОВ В.Н.², ИВАНОВ А.А.¹,
КОВАЛЕВСКАЯ А.Н.¹, БЕРДНИКОВ С.Н.², МАХОТИНА М.С.²

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Цель исследования: разработать классификацию хронического панкреатита (ХП), определяющую тяжесть заболевания, вид лечения и выбор операции.

Материалы и методы. Произведены оценка 20 классификаций ХП и ретроспективный анализ 413 оперированных больных (2003–2012 гг.). Резекционные и декомпрессионные операции выполнены у 142 больных, из них у 107 — дуоденумсохраняющая резекция головки поджелудочной железы (ДСР ГПЖ). 105 больных оперированы по поводу острой обтурации главного панкреатического протока (ГПП) и 164 — по поводу осложненных псевдокист (ПК) ПЖ (нагноение, разрыв, кровотечение и др.). Отдаленные результаты изучены у 248 (62 %) больных в сроки до 7 лет после операции. Для определения твердости ПЖ до операции применяли методы эластометрии (Э) и двухфазной компьютерной томографии (ДКТ).

Результаты. Твердость ПЖ является необходимым признаком, позволяющим производить резекционные операции на ПЖ. Обнаружена прямая корреляционная связь твердости со степенью развития фиброза ПЖ ($R = 0,45$; $p < 0,001$), выявлены достоверные различия длительности ХП, наличия желтухи, портальной гипертензии, дуоденостаза, диабета и снижения толерантности к глюкозе, стеатореи в зависимости от степени твердости ПЖ: «твердая ПЖ», «мягкая ПЖ» ($p < 0,05$). Выявлена прямая корреляционная связь ($R = 0,75$; $p < 0,01$) между пальпаторной и Э-твердостью, а также между Э-твердостью и ДКТ ($R = 0,73$; $p < 0,05$). Вторым важным признаком являются осложнения ХП (сдавление ГПЖ соседних органов, острая обтурация ГПП, осложненные псевдокисты). Определен прогноз операций по нашим данным.

Таблица 1. Классификация ХП

Вид ХП		Лечение
А	Мягкий ХП	Консервативное лечение
В	Твердый ХП (тотальный, головка, тело, хвост)	Оперативное лечение. Соответственно локализации — ДСР и/или ПЕА
С*	Твердый осложненный ХП С1. Сдавление соседних органов ГПЖ С2. Острая обтурация ГПП С3. Осложненная киста	Оперативное лечение. ДСР + ХПА или ГЕА; ГЭА. Дренирование, литоэкстракция, стентирование и др. ДСР и/или ПЕА (1-й или 2-й этап). Дренирование, эмболизация сосудов, резекция ПЖ. ДСР и/или ПЕА, ДСР и/или ЦПЕА (1-й или 2-й этап)

Примечания: * — твердый осложненный ХП — экстренное восстановление проходимости ГПП или санация ПК; ДСР и/или ПЕА — дуоденумсохраняющая резекция и/или панкреатикоеюноанастомоз; ХПА — холедохопанкреатоанастомоз; ГЕА — гепатикоеюноанастомоз; ГЭА — гастроэнтероанастомоз; ЦПЕА — цистопанкреатикоеюноанастомоз.

Заключение. Твердость ПЖ и осложнения ХП — 2 признака, определяющие тяжесть ХП, клиническую симптоматику, выбор метода лечения и конкретной операции. Классификация проста и легко применима в практической медицине.

Малоинвазивные технологии в лечении псевдокист поджелудочной железы

ГРУБНИК В.В., ЧЕТВЕРИКОВ С.Г., ВОДОДЮК Р.Ю.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В исходе острого деструктивного панкреатита у 8–10 % больных образуется псевдокиста поджелудочной железы (ПЖ). Решающее значение в лечении острого панкреатита (ОП) имеет адекватное своевременное хирургическое вмешательство. Возможным путем разрешения проблемы является использование чрескожных вмешательств под контролем УЗИ наряду с интенсивной терапией.

Обследовано и пролечено 264 пациента с жидкостными образованиями в проекции ПЖ. Кистозные образования располагались в области тела ПЖ у 126 (47,7 %) больных, головки — у 62 (23,5 %) больных и хвоста железы — у 76 (28,8 %) пациентов. У 113 (42,8 %) больных образование кисты было следствием ХП. У 98 (37,1 %) причиной образования кисты является ОП и у 53 (20,1 %) пациентов — травма ПЖ.



Пункционное лечение проведено у 125 (47,3 %) больных с кистозными образованиями в проекции ПЖ. Лапароскопические операции выполнены у 38 пациентов (у 18 — цистогастростомия, у 2 — цистоеюностомия на выключенной петле тонкой кишки и у 18 чел. выполнено наружное дренирование кисты ПЖ). Лапаротомные операции выполнены 30 (11,4 %) пациентам: в 3 случаях произведено наружное дренирование кисты, в 6 — наложение цистогастроанастомоза, в 17 — цистоеюноанастомоза и в 4 — сочетание цистоеюноанастомоза с продольной панкреатоюностомией.

Для пункции использовали иглы размером 18–22 G, дренажи диаметром 8–12 Fr. Пункцию выполняли под местной анестезией 2% раствором лидокаина через 30 мин после премедикации. В процессе описанного лечения у больных наступало формирование частичного наружного панкреатического свища, который самостоятельно закрылся у 125 пациентов. Восемь больных со стойкими наружными панкреатическими свищами были прооперированы. Им выполнены панкреатофистулоэнтеростомии.

Показаниями к лапароскопическому дренированию очаговых образований ПЖ являются: большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита. Длительность наружного лапароскопического дренирования составила в среднем 115 мин. Более сложным оказалось выполнение лапароскопической цистоеюностомии. У 1 больного эта операция длилась 158 мин, у другого пациента — 130 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 100–150 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 3 пациентов (9,6 %). В отдаленные сроки после лапароскопических операций у большинства больных отмечены хорошие результаты. Рецидив кисты выявлен у 3 больных (2 пациента были повторно оперированы при помощи лапаротомного доступа, у одного произведено чрескожное дренирование рецидивной псевдокисты под контролем УЗИ).

Выводы. Результаты применения чрескожных вмешательств под контролем УЗИ свидетельствуют об их высокой эффективности в качестве как первичной хирургической манипуляции в комплексе лечения деструктивного панкреатита, так и метода выбора при радикальной терапии. В 73 % наблюдений частичные панкреатические свищи закрылись без хирургического вмешательства. В 21 % случаев кисты ПЖ не имели связи с протоковой системой ПЖ и оптимальным для них являлся пункционный метод лечения. Опыт применения лапароскопических вмешательств в терапии псевдокист показал, что эти операции имеют достаточно высокую эффективность. Они сопровождаются низкой частотой послеоперационных осложнений и позволяют значительно сократить сроки стационарного лечения.

Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при доброкачественных заболеваниях печени и поджелудочной железы

ДЕСЯТЕРИК В.И., КОТОВ А.В.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Кривой Рог, Украина

Цель работы: проанализировать результаты комплексного лечения больных с доброкачественными заболеваниями печени и поджелудочной железы с использованием современных миниинвазивных технологий под контролем ультразвука, уточнить показания, тактику, оценить эффективность методик.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексного хирургического лечения больных с кистами (n = 25) и абсцессами (n = 26) печени (всего 51 чел.), а также 65 больных с инфицированными и неинфицированными, сформированными и несформированными жидкостными скоплениями в сальниковой сумке, поджелудочной железе и брюшинной клетчатке. Пункции и дренирования выполняли под контролем УЗИ с использованием доплера при помощи игл СНІВА диаметром 22–23 G и троакар-катетеров типа Pigtail диаметром от 6 до 12 F, с учетом анатомических структур. Содержимое всех образований исследовали в клинической и бактериологической лабораториях.

При выборе способа лечения абсцессов печени исходили из размеров гнойной полости, характера содержимого и распространенности зоны инфильтрации. При милиарных абсцессах пункционно забирали материал на посев, проводили регионарную внутриартериальную терапию. При кистах печени чаще использовали дренирование. Паразитарные кисты дренировали на фоне приема вормила, промывали гипохлоритом натрия, глицирином. При панкреатических абсцессах и псевдокистах выполняли наружное дренирование с последующей фистулографией. При наличии компрессионного синдрома, секвестров в полости миниинвазивные технологии использовали в качестве первого этапа хирургического лечения.

Результаты. У больных с абсцессами печени использованные миниинвазивные технологии были основными и окончательными. Чем больше зона инфильтрации печени вокруг гнойника, тем больше показаний для дренирования; распространенность зоны инфильтрации обуславливала тяжесть течения заболевания. Летальных случаев не было.

При кистах печени наилучшие результаты получены при дренировании не только крупных, но и более мелких кист (4–5 см), что объясняется большей управляемостью процесса. Реальные результаты оценивали через 3–6 мес. Рецидивов кист в сроки до 5 лет не наблюдали.

У большинства больных (84,7 %) с гноиниками в печени, поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке была идентифицирована микрофлора и проведена направленная антибактериальная терапия. У 48 больных с жидкостными скоплениями вследствие острого панкреатита пункционно-дренажный метод был окончательным в лечении. Среди них у 36 чел. наблюдали их полный самостоятельный регресс, при этом у 8 больных имелась четкая связь с главным панкреатическим протоком. Хирургическое вмешательство в объеме цистоэюностомий выполнено 9 больным с большим дебитом секрета; у 1 больного с калькулезно-кистозным панкреатитом осуществлена продольная панкреатоэюностомия. Летальных случаев не было. В отдаленные сроки у большинства пациентов как после открытых, так и пункционно-дренажных методов лечения наблюдали наличие клинических, лабораторных и инструментальных признаков хронического панкреатита.

Выводы. Миниинвазивные вмешательства имеют строгие показания и области применений. Они должны быть использованы в тех клинических ситуациях, в которых их эффективность является очевидной и доказанной.

Диагностика и лечение повреждений органов гепатобилиарной зоны при сочетанной травме живота

ДЕСЯТЕРИК В.И., МИХНО С.П., БОГАТЫРЕВ Н.Б., АКСЕНТЬЕВ С.А.

Днепропетровская государственная медицинская академия, Кривой Рог, Украина

Цель исследования: изучить результаты лечения повреждения органов гепатобилиарной зоны у пострадавших с сочетанной травмой живота.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 254 пациентов с сочетанной абдоминальной травмой, среди которых у 61 (24 %) диагностировано повреждение печени и поджелудочной железы в различных сочетаниях. В диагностике повреждений использованы лабораторные общеклинические и биохимические методы исследования крови, ультразвуковая диагностика (УЗИ), эндоскопические технологии: лапароскопия (ЛС), видеоторакоскопия (ВТС). Степень повреждения органов определяли согласно международным классификациям.

Результаты. Среди больных с сочетанным повреждением органов гепатобилиарной зоны (61 чел.) преобладали мужчины — 40 (65,6 %) и пациенты в возрасте от 18 до 40 лет — 31 (50,8 %). Причиной повреждений у 46 (75,4 %) пациентов была закрытая сочетанная травма живота с преобладанием ката- и автодорожной травмы; у 15 (24,6 %) — открытая. У 43 (70,5 %) наблюдалось сочетанное повреждение более 2 органов брюшной полости, у 18 (29,5 %) — более 3. Все пациенты были доставлены в первые сутки с момента получения травмы. Диагностический алгоритм выполнялся с применением УЗИ (79,9 %), лапароцентеза (24 %), лапароскопии (37 %) согласно утвержденным стандартам.

Хирургическое лечение применено у 58 (95,1 %) чел. При травме печени, которая диагностирована у 42 (68,9 %) пациентов, выполнялись хирургическая обработка и ушивание повреждений с использованием метода дигитоклазии, обязательным наложением холецистостомы или наружным дренированием внепеченочных протоков и с применением технологий биосварки тканей.

При повреждении поджелудочной железы, диагностированной у 19 (31,1 %) чел., у 15 (78,9 %) выполняли гемостаз, абдоминализацию поджелудочной железы, парапанкреатическую блокаду с антибиотиком, холецистостомию, оментопанкреатостомию. У 4 (21,1 %) пациентов кроме этого выполнена резекция поврежденных сегментов железы.

Умерло 20 (32,8 %) пациентов. Причиной смерти была полиорганная недостаточность вследствие осложненной травматической болезни.

Выводы. Повреждение органов панкреатобилиарной системы при сочетанной абдоминальной травме значительно усугубляет течение травматической болезни и требует комплексного выполнения диагностического и лечебного алгоритма.

Принципы эндоскопической установки саморасправляющихся стентов в билиарной хирургии

ДОВБЕНКО О.В., КАШТАЛЬЯН М.А., НАСТАШЕНКО И.Л.

Военно-медицинский клинический центр Южного региона МО, Одесса, Украина

Эндоскопические транспапиллярные дренирующие вмешательства (назобилиарное дренирование (НБД), стентирование тефлоновым (ТС) или саморасправляющимся (СРС) стентами) необходимы как для коррекции постоперационной ситуации в гепатобилиарной зоне, так и предоперационной подготовки. Моно-/би-/три-/квадростентирование ТС, обеспечивая дренирующий эффект желчных протоков (ЖПр), являются краткосрочными (2–6 мес.). Применение СРС в связи с возможностью длительного функционирования позиционируется как окончательный вид лечения. В единичных случаях при протяженном поражении внепеченочных ЖПр и неэффективности ТС, НБД СРС устанавливаются перед открытыми радикальными операциями.



Материалы и методы. Анализ результатов установки 37 СРС за период с 2009 по 2013 г. позволил сформировать первые принципы, которые мы применяем в своей работе, с определением вида стента, особенностей установки и динамическим контролем.

Результаты. 1. Би-/три-/квадростентирование ТС по диаметру создаваемого соустья создает аналогию с СРС, однако происходящая инкрустация, технические трудности при установке нивелируют преимущества этапного ведения больных. Сравнивая полистентирование ТС, предпочтение мы отдаем СРС.

2. При эндобилиарном стентировании сверхдлинными (> 10 см) ТС у 14 больных крайняя затруднительность своевременной их санации стала условием для последующего применения СРС у 11 больных. При протяженном поражении ЖПр целесообразно НБД, что, создавая канал, улучшает условия для возможной установки СРС.

3. При obturации в зоне общего печеночного протока у двух из 12 больных дренирование левого блокировало правый долевого проток. Создаваемый диаметр просвета в условиях blastomatозного поражения является достаточным при использовании непокрытых СРС.

4. При блоке в области бифуркации ЖПр выбор левого или правого долевого протока для стентирования СРС не является критичным и установка проводится в технически наиболее легкой направляющей.

5. При блокировании устья пузырного протока покрытым СРС возникает опасность развития острого холецистита, что обуславливает необходимость холецистостомии или холецистэктомии.

6. При блоке на уровне БСДК предпочтителен покрытый СРС. Однако при дилатации общего желчного протока более 2 см покрытые стенты в двух случаях дислоцировались в просвет кишки, что требовало проводить их контроль и репозицию в первые трое суток до фиксации адаптирующимися стенками общего желчного протока.

7. Первичный склерозирующий холангит (ПСХ) у трех больных после активного назобилиарного дренирования, установка СРС у одного пациента сопровождалась болевой реакцией. При ПСХ предпочтение отдается СРС с малым диаметром. Необходимо проводить болевую манометрию. Порог боли при 160–170 мм вод.ст. являлся противопоказанием для установки СРС.

8. Установка СРС должна во всех случаях проводиться как окончательный вид лечения.

9. При осложненной установке СРС необходимо заканчивать процедуру другим дренирующим вмешательством (ТС или НБД).

Заключение. Разработанные принципы определения вида, установки и динамического контроля СРС позволяют получить наиболее эффективный желчеотток.

Неалкогольный стеатогепатит после резекций поджелудочной железы

ДРОНОВ А.И., КРЮЧИНА Е.А., ГОРЛАЧ А.И., ДОБУШ Р.Д., ЛЮБЕНКО Д.Л.

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

Киевский центр хирургии заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы им. В.С. Земскова, Киев, Украина

Цель исследования: оценить частоту и факторы риска развития неалкогольного стеатогепатита (НСГ) после резекций поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В исследование включено 96 больных (мужчин — 57 (59,4 %), женщин — 39 (40,6 %)) в возрасте от 22 до 76 лет. Тотальная панкреатэктомия (ТПЭ) была выполнена 8 (8,3 %), панкреатодуоденальная резекция (ПДД) — 69 (71,9 %), дистальная резекция (ДР) — 19 (19,8 %) пациентам. Критериями исключения были злоупотребление алкоголем, ИМТ > 35 кг/м², сахарный диабет до операции, хронические вирусные гепатиты, метастатическое поражение печени, химиотерапия с использованием иринотекана и таксанов. Для оценки характера поражения печени использовали нативное КТ-исследование (с оценкой коэффициента печеночной/селезеночной аттенуации (ПСА) и разницы между печеночной (ПА) и селезеночной (СА) аттенуацией), которое выполнялось через 6, 12 и 24 мес. после операции. Стеатоз диагностировали при ПСА менее чем 0,9 или показателю ПА на 10 Ну меньше, чем показатель СА. Поскольку во всех случаях ТПЭ и ДР была выполнена спленэктомия, для оценки изменений печени использовали только ПА. Морфологическое исследование ткани печени выполнено у 35 больных после ПДР, после ДР — у 12 и после ТПЭ — у 6.

Результаты. Снижение показателей ПА через 6 мес. после операции отмечалось у 78 (81,25 %) пациентов, хотя не все эти данные отвечали КТ-критериям стеатоза печени. Частота стеатоза составила 48,96 % (ТПЭ — 100 %, ПДР — 43,4 %, ДР — 0 %). После ПДР показатели СА оставались без изменений, в то время как показатель ПА был снижен у всех пациентов, ПСА и разница между ПА и СА также были существенно снижены. При КТ через 12 и 24 мес. исчезновения стеатоза не было, в то время как стеатоз после ПДР был обнаружен у 8 и 14 больных соответственно, у которых он отсутствовал при первичном исследовании. У всех пациентов после ТПЭ отмечалось существенное снижение ПА через 6 мес., которое прогрессировало в динамике, в то время как после ДР этот показатель оставался в пределах нормальных цифр через 6, 12 и 24 мес. Диффузный стеатоз был у 30

больных, географический — у 12, focal sparing стеатоз — у 5. Согласно классификации Saadech после ПДР у 25 больных был стеатоз второй степени, третьей — у 14, у всех больных после ТПЭ — стеатоз третьей степени. При мультивариантном анализе пред- и послеоперационных показателей у пациентов без и с НСГ существенными факторами, влияющими на развитие стеатоза, являются аденокарцинома ПЖ ($p < 0,05$), быстрое снижение массы тела ($p < 0,01$), наличие диареи ($p < 0,01$).

Выводы. Пациенты с аденокарциномой ПЖ, диарейным синдромом и быстрым снижением массы являются группой риска по развитию НСГ, у них должен проводиться мониторинг состояния паренхимы печени, использование гепатопротекторной и гипералиментационной терапии. При планировании резекций печени в этой группе пациентов необходимо выполнение предоперационной биопсии и нативного КТ-исследования для учета степени и характера НСГ, определения возможности выполнения резекции и ее объема, целесообразности применения абляционных технологий.

Сравнительная оценка панкреатодигестивных анастомозов при панкреатодуоденальной резекции

ЗАПОРОЖЧЕНКО Б.С., КАЧАНОВ В.Н., БОРОДАЕВ И.Е., ГОРБУНОВ А.А., МУРАВЬЕВ П.Т.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является единственным радикальным методом оперативного лечения новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны и хронического «головчатого» индуративного панкреатита, сопровождающихся желтухой. Летальность больных, перенесших ПДР, варьирует в пределах от 5 до 10 %, а послеоперационные осложнения имеют место в 20–70 % случаев.

В данное исследование вошли наблюдения 157 больных, которым выполнена ПДР в период с 1997 по 2012 г. Все больные были разделены на две группы. Основную группу составили 79 (50,3 %) больных, оперированных в клинике в период с 2005 по 2012 г. по предложенным клиникой методикам наложения панкреатодигестивных анастомозов (ПДА). Контрольную группу составили 78 (49,7 %) больных, которые оперированы ранее, в период с 1997 по 2005 г., по стандартным методикам наложения ПДА.

По виду выполненных ПДА больные разделены на четыре подгруппы. Первую подгруппу составили 38 (24,2 %) больных, которым выполнена ПДР с наложением терминолатерального панкреатоэюноанастомоза (ПЕА) — операция Уиппла. Во вторую подгруппу вошли 40 (25,5 %) больных с терминолатеральным ПЕА (методика Шалимова — Копчака). В третьей группе 24 (15,3 %) больным выполнена ПДР с панкреатогастроанастомозом (ПГА) по методике клиники. В основе данного метода лежит усовершенствование способа наложения ПГА в условиях селективно-проксимальной ваготомии (СПВ), что позволяет уменьшить уровень и агрессивность желудочной секреции сока и достичь снижения секреторной активности ПЖ, предотвращает повреждение культуры поджелудочной железы и минимизирует риск развития таких осложнений, как несостоятельность анастомоза, развитие свищей, кровотечений и т.д. Четвертую подгруппу составили 55 (35,0 %) больных, которым накладывали ПЕА по методике, предложенной клиникой.

Предложенный способ наложения ПЕА при хирургическом лечении обструктивных заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны по методике клиники заключается в том, что культуру ПЖ вшивали в дубликатуру тонкой кишки, которая в поперечном разрезе была больше диаметра культуры ПЖ — первый этап. Это позволяло избежать натяжения тканей края культуры ПЖ стенкой кишки и наложить без натяжения серо-серозные швы между брюшиной, покрывающей ПЖ, и серозной оболочкой кишки. Вторым этапом — внутреннее дренирование и изолированное вшивание вирсунгова протока в ранее созданную дубликатуру тонкой кишки, формирование ПЕА и муфты вокруг культуры ПЖ и ранее сформированного анастомоза.

Полученные в данном исследовании результаты показали, что выполнение реконструктивного этапа ПДР традиционным способом по Уипплу и Шалимову — Копчаку сопровождается развитием значительного количества осложнений, которые в пересчете на общее число больных в данных группах составляют 9 (23,6 %) и 7 (17,5 %). Разработанная клиникой техника формирования ПЕА на реконструктивном этапе ПДР обеспечивает снижение общего количества осложнений у больных в сравнении с традиционной методикой его выполнения по Уипплу, а также Шалимову — Копчаку, в 1,98 и 1,57 раза, панкреатогастроанастомоза — в 1,16 и 1,4 раза соответственно. Послеоперационная летальность у больных, которым выполняли ПДР традиционным способом по Уипплу и Шалимову — Копчаку составила 13,1 и 5,0 % соответственно. Общее количество осложнений в группе с ПГА составило 3, а с ПЕА по методике клиники — 6, летальных исходов в этих группах не было.

Заключение. Представленные результаты показывают, что разработанные технологии формирования ПДА на реконструктивных этапах выполнения ПДР при опухолевых заболеваниях билиопанкреатодуоденальной зоны и ХП отличаются высокой эффективностью, хорошей динамикой клинических показателей при реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде. При выборе метода наложения панкреатодигестивного анастомоза в большинстве случаев отдавали предпочтение ПЕА с изолированным вшиванием протока по методике клиники. У больных с так называемой «мягкой» железой безопаснее выполнять ПГА.



Формирование внутреннего цистодигестивного анастомоза при лечении осложненных форм хронического и острого панкреатита

ЗАХАРАШ Ю.М.¹, СТЕЛЬМАХ А.И.¹, МОРОЗ В.В.¹, ОРЛОВ А.Л.², ДУБЕНКО Е.Н.²,
ПАВЛЕНКО Т.А.²

¹Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

²Городская клиническая больница № 18, Киев, Украина

Несмотря на бурное развитие хирургических технологий, лечение осложненных форм хронического панкреатита (ХП) на сегодня остается актуальной проблемой хирургической панкреатологии, а его результаты нельзя считать удовлетворительными.

Следует отметить, что за последние годы значительно увеличилось количество пациентов с обструктивными формами ХП, большинству из которых было выполнено чрескожное дренирование, а именно трансгастральное или трансдуоденальное дренирование кист поджелудочной железы (ПЖ). То есть в настоящее время преобладает тенденция к выполнению малоинвазивных вмешательств при ХП, осложненном псевдокистами.

Цель исследования: оценить возможность и эффективность формирования внутреннего цистодигестивного анастомоза у пациентов с хроническим и острым панкреатитом.

Материал и методы. В ГКБ № 18 г. Киева на базе кафедры хирургии № 1 за период 2011–2013 гг. выполнены вмешательства у 13 пациентов с ХП с формированием цистогастроанастомоза и у 3 пациентов с острым панкреатитом.

Результаты. Все вмешательства проводились под местным обезболиванием. Предварительно осуществляли ультразвуковое исследование с целью локализации кисты ПЖ и определения траектории возможной пункции. В дальнейшем под одновременным контролем гастроскопии и ультразвуковой диагностики проводилась пункция кисты с обязательной визуализацией прохождения дренажа через стенки желудка. Количество содержания кист колебалось от 400 до 1600 мл, их исследовали микроскопически с определением диастазы. Проводилась санация полости растворами антисептиков и йодсодержащих склерозантов. На 8–10-е сутки внешний дренаж кисты ПЖ эндоскопически заменялся на назогастроцистинальный дренаж после предварительного проведения баллонной дилатации цистогастрального анастомоза. При отсутствии гнойных осложнений и визуализации кистозных образований в проекции ПЖ при ультразвуковом исследовании назогастроцистинальный дренаж на 4–5-е сутки удалялся (при отсутствии за данный период дебита содержания по нему) или проводилась его замена на стент (при сохранении незначительного количества выделения секреторной жидкости).

За период наблюдения геморрагически гнойных осложнений, а также рецидива кисты у пациентов, которым выполнено формирование цистогастроанастомоза, не было. В одном случае после удаления назогастроцистинального дренажа в течение 2 месяцев определялась остаточная полость до 2,0 см в диаметре, которая в дальнейшем самостоятельно регрессировала.

Заключение. Полученные результаты дают основание утверждать, что данная методика целесообразна при лечении больных с осложненными формами ХП благодаря малой травматичности вмешательств, достаточной их терапевтической и экономической эффективности, а отдаленные результаты не отличаются от результатов лечения при открытых операциях.

Лечебно-диагностический алгоритм при травме паренхиматозных органов живота

ИБАДИЛЬДИН А.С., КРАВЦОВ В.И.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,
Алматы, Казахстан

Цель исследования: оптимизировать лечебно-диагностический алгоритм при сочетанной травме живота.

Материалы и методы. В клинике за 20 лет лечилось 723 больных с травмой живота в возрасте от 17 до 73 лет: мужчин — 621 (85,9 %), женщин — 102 (14,1 %). В крайне тяжелом состоянии — шок, сочетанные повреждения, тяжелая алкогольная интоксикация — в клинику поступило 106 (14,7 %) больных. Диагностический алгоритм включал лучевые, миниинвазивные методы.

Результаты. Повреждения печени выявлены у 278 (38,6 %) больных, причем в 88,7 % случаев доминировали ранения правой доли печени; селезенка была повреждена у 23 (3,2 %) больных; повреждения поджелудочной железы — у 5 (0,9 %) пострадавших. Диагностическая лапароскопия была выполнена 129 больным, повреждение внутренних органов исключено у 43 (33,3 %). Эндоскопическое вмешательство осуществлено 48 (37,2 %) больным (аргоноплазменная коагуляция раны печени и селезенки с аппликацией тахокомба — 36 чел., клипирование сосудов в зоне их повреждения — 12).

Лапаротомия была выполнена 225 (31,1 %) больным. При тяжелых состояниях в соответствии с тактикой damage control объем вмешательств был минимальным, гемостаз и ушивание ран — без восстановительных операций. Этот этап откладывали на 24–36 часов. Такие операции выполнены у 28 (12,4 %) пострадавших. Операции на поджелудочной железе выполнены 5 (2,2 %) больным (резекция поджелудочной железы — в 1 случае, ушивание раны поджелудочной железы — в 4 (2,2 %)). Спленэктомию провели у 15 больных. Летальность составила 5,2 %.

Заключение. Результаты лечебно-диагностического алгоритма, использование принципа damage control доказали свою состоятельность.

Лапароскопическое дренирование холедоха по Халстеду при остром калькулезном холецистите

ИВАХОВ Г.Б., УСТИМЕНКО А.В., ГЛАГОЛЕВ Н.С.

**ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия
Городская клиническая больница № 23 «Медсантруд», Москва, Россия**

Актуальность. Целесообразность выполнения лапароскопической холецистэктомии пациентам с острым калькулезным холециститом в настоящее время не является краеугольным камнем и подтверждена множеством рандомизированных международных исследований. Принципиально иная ситуация складывается при остром деструктивном калькулезном холецистите, особенно при признаках ограниченного перитонита. Отсутствие технической возможности выполнения экстренной релаксационной дуоденоскопии и РПХГ, интраоперационной рентгенохолангиоскопии и необходимость неотложного вмешательства требуют особенного подхода к оценке состояния желчных путей и выбора способа коррекции билиарной гипертензии в этих случаях. В подобных ситуациях определяющими являются технические возможности и мануальные навыки лапароскопической декомпрессии желчных путей.

Цель исследования: оценка клинической эффективности и целесообразности дренирования холедоха по методике Халстеда в ее лапароскопическом варианте при проведении лапароскопической холецистэктомии по поводу острого осложненного калькулезного холецистита, требующего неотложного оперативного лечения.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2012 год в клинике выполнено 515 лапароскопических холецистэктомий при остром калькулезном холецистите. У 42 (8,2 %) больных лапароскопическая холецистэктомия завершена дренированием желчных путей по методике Халстеда, при этом в 78,5 % случаев лапароскопическое вмешательство выполнено в неотложном порядке в связи с острым деструктивным калькулезным холециститом, осложненным: ограниченным перитонитом — в 9 случаях, механической желтухой — в 10, билиарным панкреатитом — в 14. В остальных случаях дренирование холедоха по Халстеду выполнено в связи с интраоперационно диагностированным субкомпенсированным стенозом терминального отдела холедоха, невозможностью клипирования желчных путей после удаления множественных конкрементов пузырного протока, при технической невозможности выполнения рентгенохолангиоскопии при абсолютных интраоперационных показаниях.

Результаты. Следует с особым вниманием относиться к принятию решения о дренировании холедоха во время лапароскопического вмешательства при остром осложненном калькулезном холецистите. Не верифицированное при УЗ-исследовании, но выявленное интраоперационно расширение гепатикохоледоха более 7 мм, а также наличие широкого пузырного протока, конкрементов пузырного протока считаем показанием к интраоперационной рентгенохолангиоскопии. При невозможности проведения рентгенохолангиоскопии в этих случаях оперативное вмешательство целесообразно закончить выполнением дренирования желчных путей по Халстеду.

Абсолютными показаниями к дренированию холедоха по Халстеду при остром деструктивном калькулезном холецистите считаем механическую желтуху и билиарный панкреатит. Интраоперационно верифицированный холедохолитиаз с наличием конкремента менее 10 мм при отсутствии стеноза терминального отдела холедоха не явился показанием к холедохотомии или конверсии, операция завершается дренированием холедоха по Халстеду. Разрешение холедохолитиаза в этих случаях (7 больных) выполнено посредством проведения послеоперационной ЭРПХГ, эндоскопической папиллотомии, при необходимости — эндоскопической холедохолитозэкстракции.

Осложнений, связанных с методикой лапароскопического дренирования холедоха по Халстеду, и конверсий не отмечено.

Заключение. Владение навыками интракорпорального шва, применение лапароскопического дренирования холедоха по Халстеду позволяет расширить показания к эндовидеохирургическим операциям при остром осложненном деструктивном калькулезном холецистите, снизить процент конверсий.



Важный критерий возможного исхода хирургического лечения острого холецистопанкреатита

ИВАЩЕНКО В.В., СКВОРЦОВ К.К., ЖУРАВЛЕВА Ю.И., ИВАЩЕНКО А.В.

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

Обобщены данные клинического обследования и результаты лечения 260 больных, поступивших в клинику в экстренном порядке за период 1993–2012 гг. по поводу острого холецистопанкреатита, то есть с клинической картиной одновременного воспаления желчного пузыря и поджелудочной железы. Оперативное лечение с помощью видеоскопической техники выполнено 187 (71,2 %) больным, остальные получали консервативное лечение. Показаниями к экстренной операции считали верифицированный холецистохоледохолитиаз, желтуху, холангит, признаки деструкции желчного пузыря, а также угрозу развития деструктивных изменений в поджелудочной железе. Мы являемся сторонниками активной упреждающей тактики, но с преимущественным акцентом на ранние малоинвазивные вмешательства. Операцией выбора у больных явилась лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока — главный компонент хирургического лечения (с выполнением по показаниям интраоперационной холангиографии у 118 (63,1 %) пациентов), дренирование сальниковой сумки (лапароскопическая технология позволяет избежать возможности инфицирования сальниковой сумки, как это бывает при традиционных вмешательствах) и дренирование брюшной полости.

Холедохостома позволяет не только ликвидировать желчную гипертензию, удалить при возможности конкременты из холедоха, но и служит важнейшим условием восстановления функции поджелудочной железы и печени. Важное значение в послеоперационном периоде придаем количеству отделяемой желчи через холедохостома. При благоприятном течении заболевания выделяется около 300–400 мл желчи в сутки, но если в течение 2–3 суток послеоперационного периода ее выделяется не более 50–60 мл, этот факт настораживает в плане развития полиорганной недостаточности (отметили у 17 пациентов). Летальный исход наступил у 14 из этих больных, невзирая на проводимую комплексную многокомпонентную интенсивную инфузионную терапию, правда, у 3 из них не удалось выполнить лапароскопическую холедохостомию и пришлось прибегнуть к конверсии. У 3 больных благоприятный исход достигнут в результате использования методов экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, гемосорбция).

Таким образом, показатель количества выделяемой желчи по холедохостоме — важнейший критерий прогноза развития неблагоприятного исхода при хирургическом лечении острого холецистопанкреатита, что требует внесения соответствующих корректив в послеоперационное ведение больных.

Симультанные лапароскопические операции в ургентной хирургии

ИСХАКОВ Б.Р., ИСХАКОВ Н.Б., БАЗАРБАЕВ У.Р.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с сочетанными патологиями брюшной полости в ургентной хирургии.

Материалы и методы. В течение последних 12 лет работы было выполнено 3283 лапароскопические холецистэктомии. Проанализирован опыт выполнения 315 симультанных оперативных вмешательств при сочетанной патологии органов брюшной полости и брюшной стенки.

Наиболее распространенными сочетаниями лапароскопических операций являлись холецистэктомия и операции по поводу сопутствующей гинекологической патологии.

У 73 (23,2 %) пациентов второе лапароскопическое вмешательство выполнено по поводу кист яичников, которые были размером от 6 до 10 см.

Стерилизация маточных труб выполнена у 136 (43,2 %) больных, сальпингоовариолизис и сальпингостомия при гидросальпинксе — у 24 (7,6 %).

У 32 (10,2 %) больных лапароскопическая холецистэктомия предшествовала герниопластике пупочного кольца и установке первого троакара. При синдроме Кноха рассечение спаек выполнено у 48 (15,2 %) чел.

В 2 (0,6 %) случаях лапароскопическая холецистэктомия сочеталась с кистэктомией (эхинококкэктомия, фенестрация солитарных кист) из печени.

В первую очередь вмешательство производили на наименее инфицированных органах. Для извлечения органов из брюшной полости мы использовали доступ в параумбиликальной точке. Послеоперационный период у всех больных протекал гладко.

Результаты. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения групп больных, перенесших симультанные лапароскопические вмешательства, показал, что тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность пребывания больных в стационаре и сроки временной нетрудоспособности не претерпевали изменений.

Заключение. Более активное внедрение симультанных лапароскопических операций в хирургическую практику позволяет оказать больному квалифицированную помощь и уменьшить финансовые затраты.

Отдаленные результаты стентирования желчных протоков при раке головки поджелудочной железы: за и против

КАБАНОВ М.Ю.¹, ЯКОВЛЕВА Д.М.², БУНИН В.А.², СЕМЕНЦОВ К.В.¹, ДЫМНИКОВ Д.А.¹, КРАДЕНОВ А.В.²

¹ФГБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

²ГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе», Санкт-Петербург, Россия

Антеградное билиарное стентирование — эффективный метод внутреннего желчеотведения у пациентов с механической желтухой и окончательный метод лечения нерезектабельного рака головки поджелудочной железы. Однако многие вопросы этой области хирургии остаются спорными и далекими от окончательного решения, также недостаточно разработаны меры профилактики осложнений.

Основу клинического материала составили наблюдения за больными нерезектабельным раком головки поджелудочной железы (31 чел. — 24 (77,4 %) женщины и 7 (22,6 %) мужчин, средний возраст 64 ± 3 года), подвергнутыми стентированию внепеченочных желчевыводящих протоков (ВЖВП).

Одиннадцать (35,5 %) пациентов из 31 в отдаленные сроки послеоперационного периода неоднократно получали стационарное лечение по поводу рецидивирующего холангита. В связи с этим считаем необходимым исследовать моторику верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Для диагностики использовали электрогастроинтестинографию и рентгенокинематоскопию (РКС). Исследуя миоэлектрическую активность (МЭА) ЖКТ, мы выявили два типа моторики: гипомоторный (13 (41,9 %) больных) и гипермоторный (18 (58,1 %)). Нормальной миоэлектрической активности ЖКТ у этих больных мы не отметили. У 11 пациентов с клиническими проявлениями холангита гипомоторный тип МЭА желудочно-кишечного тракта выявлен в 10 случаях, гипермоторный — в 1. При РКС у данной группы пациентов выявлен заброс бариевой взвеси в долевые желчные протоки: у больных с гипермоторикой верхних отделов ЖКТ — через 30 секунд, при гипомоторике — через 10–17 мин. При анализе отдаленных результатов стентирования желчных протоков мы выявили, что риск развития восходящего холангита был в 10 раз выше у пациентов с гипомоторным типом миоэлектрической активности желудочно-кишечного тракта (10 против 1).

Пять (45,5 %) из 11 пациентов в разные сроки после перенесенного стентирования были оперированы в объеме гепатикоеюностомии на изолированной по Ру петле тощей кишки «конец в бок», дренирования гепатикохоледоха по Фелькеру: 2 — в связи с восходящим холангитом, билиарным сепсисом, формированием множественных холангиогенных абсцессов; 2 — в связи с обтурацией стента солями желчных кислот (реканализация без эффекта); 1 — по жизненным показаниям в связи с перфорацией латеральной стенки нисходящей ветви двенадцатиперстной кишки ранее установленным стентом, разлитым желчным перитонитом реактивной фазы. Последнему пациенту объем операции дополнен выключением двенадцатиперстной кишки с формированием впереди ободочного гастроэнтероанастомоза. Лечение оставшихся 6 больных осуществлялось согласно протоколам РАСХИ в связи с крайне высоким риском анестезиологического пособия и невозможностью выполнить гепатикоеюностомию.

Оценку эффективности лечения мы осуществляли при помощи опросников качества жизни (КЖ) SF-36, EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26 в дооперационном периоде, через 1 месяц после стентирования и/или операции диссоциации. По результатам исследования выявлена статистически достоверная разница показателей КЖ в послеоперационном периоде: у пациентов с гипермоторным типом и после гепатикоеюностомии они были выше, чем у больных с гипомоторным типом миоэлектрической активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, считаем обязательным исследование моторики желудочно-кишечного тракта у пациентов с нерезектабельным раком головки поджелудочной железы перед выполнением стентирования внепеченочных желчевыводящих протоков. Больным с гипермоторным типом миоэлектрической активности верхних отделов желудочно-кишечного тракта показано стентирование, при гипомоторном типе оптимальным объемом операции является формирование гепатикоеюноанастомоза на изолированной по Ру петле тощей кишки.

Расширенные хирургические вмешательства при кровоточащем раке желудка

КАНИКОВСКИЙ О.Е., ОДАРЧЕНКО С.П., ПАВЛИК И.В., КАНИКОВСКИЙ Д.О.

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

Цель исследования: провести сравнительную оценку эффективности расширенных одноэтапных и многоэтапных оперативных вмешательств при кровоточащем раке желудка.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативного лечения 87 больных раком желудка, осложненного кровотечением и метастазами в печень. У всех больных гистологической формой была адено-



карцинома (перстневидно-клеточная — 32 чел., папиллярная — 28, муцинозная — 27). Кровотеря: 2-го кл. по Marino — у 45 (51,7 %) пациентов, 3-го кл. — у 31 (35,6 %), 4-го кл. — у 11 (12,7 %); Forrest 1 — у 36 (41,2 %), Forrest 2 — у 51 (58,8 %). Средний срок госпитализации — $14,6 \pm 3,5$ суток. Все больные проходили комбинированное лечение соответственно стандартам оказания медицинской помощи при онкопатологии. Послеоперационная летальность — 5,7% (5 чел.).

Результаты. Все операции носили санитарный характер. Гастрэктомия выполнена 46 больным, субтотальная дистальная резекция — 41. Всем больным провели лимфодиссекцию. Солитарное поражение печени диагностировано у 19 больных, множественные (2 и больше) метастазы в пределах одной доли — у 26, множественные метастазы в обеих долях — у 42. Перед операцией распространенность процесса оценивали при компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Одноэтапные расширенные оперативные вмешательства выполнены 71 больному. Двухэтапные вмешательства — 16 больным, у которых метастатический процесс ограничивался одной долей печени и отсутствовали другие проявления генерализации онкопроцесса. При единичных метастазах ограничивались сегментарной резекцией печени с ультразвуковой диссекцией печеночной паренхимы. При поражении одной доли у 9 чел. выполнили гемигепатэктомию (левостороннюю — у 7, правостороннюю — у 2), а у 17 ограничились ультразвуковой термоабляцией очагов. При поражении двух долей выполняли ультразвуковую термоабляцию в комбинации с краевой резекцией печени (у 11 пациентов). При одноэтапном вмешательстве у трех больных выполнена корпорокаудальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией, у двух — резекция поперечно-ободочной кишки. Послеоперационные осложнения возникли у 12 (13,8 %) больных: подтекание желчи по дренажам — у 5, абсцесс брюшной полости — у 3, нагноение послеоперационной раны — у 3, ранняя спаечная кишечная непроходимость — у 1. На протяжении первого года послеоперационного периода от рецидива заболевания умерло 37 (42,5 %) больных, трехлетняя выживаемость составила 10,3% (9). Одноэтапные расширенные оперативные вмешательства не сопровождались увеличением количества послеоперационных осложнений и летальностью. Качество жизни в послеоперационном периоде определяли по SF-36. Показатель PF (физическое функционирование) через год у выживших больных после одноэтапных операций составил $21,5 \pm 4,3$ балла, в то время когда после двухэтапных — $12,1 \pm 2,7$. Показатель VT (жизненная активность) составил соответственно $19,1 \pm 2,2$ и $7,5 \pm 1,6$ балла.

Выводы. Расширенные санитарные оперативные вмешательства при кровоточащем раке желудка не ухудшают непосредственные и отдаленные результаты лечения. Однако одноэтапные оперативные вмешательства сопровождаются более высокими показателями качества жизни (PF, VT) в отдаленном послеоперационном периоде у выживших больных.

Эффективность консервативной терапии при повреждениях печени и селезенки

КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., НАРЗУЛЛАЕВ С.И., КАРАБАЕВ Б.Х., ТУХТАЕВ Ж.О.

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи МЗ РУз, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования: оценить роль современных технологий гемостаза при травме печени и селезенки.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 32 пострадавших с сочетанной травмой, при которой ведущими были повреждения печени (26 (81,3 %) чел.) и селезенки (6 (18,7 %)). Они сочетались с травмой черепа в 12 (37,5 %) случаях, груди — в 11 (34,4 %), таза и конечностей — в 8 (25,0 %). Мужчин было 28 (87,5 %), женщин — 4 (12,5 %), средний возраст составил $29,5 \pm 1,4$ года.

Всем больным при поступлении кроме клинического обследования выполняли УЗИ, КТ брюшной полости и других анатомических областей. В дальнейшем тактику ведения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента, объема гемоперитонеума, интенсивности кровопотери, гемодинамических показателей.

Результаты. При УЗИ гемоперитонеум выявлен у 31 больного (объем составлял от 200 до 350 мл, а у 1 — более 1200 мл). Последнему была произведена эндохирургическая операция с благоприятным исходом. У 20 больных с повреждениями печени объем гемоперитонеума составил $355,5 \pm 10,0$ мл.

Всем больным потребовалось переливание криопреципитата соответствующей группы крови в среднем по $3,5 \pm 0,3$ дозы. Двенадцати больным — свежесамороженной плазмы по $350,80 \pm 55,80$ мл каждому пациенту и 8 больным — $250,5 \pm 40,0$ мл донорской эритроцитарной массы.

К 7-му дню лечения при сонографии и КТ свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

При накоплении опыта были определены критерии консервативного лечения: 1) отсутствие признаков продолжающегося внутрибрюшного кровотечения; 2) стабильные гемодинамические показатели (пульс, АД, ЦВД) на фоне проводимой инфузионной и гемостатической терапии; 3) количество излившейся в брюшную полость крови до 400–500 мл (менее 10 % ОЦК); 4) отсутствие признаков перитонита и повреждений других органов живота.

Выводы. Применяемые методы консервативного адекватного гемостаза печени и селезенки были эффективны в 96,8 % наблюдений. Лечебная лапароскопия может стать альтернативой лапаротомии, что позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений.

Использование современных технологий (УЗИ, КТ, видеолапароскопия) позволяет успешно осуществить консервативное лечение повреждений печени и селезенки. Осложнений и летальных исходов в связи с применением консервативной терапии и видеолапароскопической техники не было.

Эндоскопическая диагностика и лечение новообразований большого дуоденального сосочка

**БАЛАЛЫКИН А.С.¹, ГВОЗДИК В.В.¹, КАТРИЧ А.Н.², ОНОПРИЕВ А.В.², МУЦУРОВ Х.С.², БАЛАЛЫКИН В.Д.²,
ВЕРБОВСКИЙ А.Н.¹**

¹Клиническая больница № 3 «Медси», Москва, Россия

²Краевая клиническая больница, Краснодар, Россия

Цель исследования: на основании собственных результатов оценить возможности эндоскопии и эндоскопических операций при новообразованиях большого дуоденального сосочка (БДС).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 39 пациентов с подозрением на злокачественные новообразования, диагностированные при обследовании больных в возрасте 35–77 лет (421 чел.) в период с 2004 по 2009 г.

Использовали видеоэндоскопический комплекс EVIS EUS EXERA (Olympus, Япония), включающий: видеоэндоскопический центр CV-160, осветитель CLV-160, ультразвуковой эндоскопический центр UM-60, радиальный ультразвуковой гастровидеоскоп GF-UM 160.

Результаты. После комплексного применения диагностических методик у 36 (92,3 %) пациентов был установлен предварительный диагноз опухоли БДС, причем у 34 (94,4 %) была заподозрена злокачественная природа процесса: в стадии T1 — у 7 (20,6 %), T2 — у 16 (47,0 %), в стадии T3 — у 11 (32,4 %) пациентов.

Установлено, что эндо-УЗИ имеет высокую чувствительность, специфичность и диагностическую эффективность.

Показания к эндоскопическому лечению были определены у 7 пациентов. Выявленные неоплазии были разделены на экзофитную и эндофитную (инвертированную) форму опухоли БДС. Размеры выявленных образований варьировали в пределах от 8 до 32 мм. Опухоли в зависимости от морфологической характеристики распределились следующим образом: высокодифференцированная аденокарцинома, аденома с дисплазией III ст., аденома с дисплазией II ст.

Всем пациентам выполнили последовательный комплекс эндохирургических вмешательств, включавший атипичную послойную ЭПТ с помощью торцевого папиллотомы, дополненную канюляционной ЭПТ у 6 больных, петельную электроэксцизию опухоли, электро- или аргоноплазменную деструкцию, а также вмешательства, направленные на обеспечение адекватного пассажа желчи и панкреатического сока (стент, НБД).

Успех и безопасность эндоскопического вмешательства определяются правильным набрасыванием петли и рациональным сочетанием режимов резания и коагуляции, поэтому в зависимости от формы роста опухоли менялись технические аспекты выполнения данного этапа операции.

Осложнениями оперативных вмешательств являлись: интраоперационное кровотечение, остановленное эндоскопически, микроперфорация ДПК, которая была излечена консервативно.

В одном случае, через 3 месяца после выполнения операции, при контрольном эндо-УЗИ был выявлен продолжающийся рост опухоли. Пациенту была выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Выводы. 1. Методика эндоскопического ультразвукового исследования является наиболее эффективным методом диагностики заболеваний БДС, стадии злокачественного процесса и позволяет планировать объем и вид лечения больных.

2. Успех, радикальность и безопасность эндоскопической папиллэктомии определяются комплексностью эндоскопических методик и четким соблюдением этапности их выполнения. Включение в лечебный алгоритм стентирования протоков обеспечивает свободный пассаж желчи и панкреатического сока и позволяет избежать послеоперационных осложнений.

Комбинированное применение лазеров в комплексном лечении гнойного холангита

КУРЬЯЗОВ Б.Н., БАБАДЖАНОВ А.Р., ТАДЖИБАЕВ О.Б., БАБАДЖАНОВ М.Б.
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан
Областной многопрофильный медицинский центр, Ургенч, Узбекистан

Проанализированы результаты хирургического лечения 96 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной гнойным холангитом, в возрасте от 18 до 76 лет. Женщин было 68 (70,8 %) мужчин — 28 (29,2 %). Давность заболевания варьировала в пределах от 15 дней до 3 месяцев.

Острый флегмонозный холецистит и холангит выявлены у 39 (40,6 %) пациентов, гангренозный холецистит и холангит — у 36 (37,5 %), холангит, сочетанный с механической желтухой на фоне холедохолитиаза, — у 21 (21,9 %).



Больные были разделены на две группы. В первую группу включены 49 (51,0 %) больных, в комплексном лечении которых использовали полусинтетические пенициллины в сочетании с метронидазолом и флагилом, дезинтоксикационные методы, промывание холедоха с антибиотиками. У 47 (49,0 %) больных (основная группа) наряду с вышеизложенными мероприятиями в лечение включали комбинированное лазерное облучение (КЛО).

КЛО осуществляли с использованием высокоинтенсивных лазерных установок «Ромашка-1», «АИГ» и низкоинтенсивных — «АФЛ-1», «Шифо-1», а также полупроводникового лазера «Узор». Основные этапы операции выполняли с использованием высокоинтенсивных лазеров. Эндохоледохоальное лазерное облучение проводили у 35 больных. Излучение осуществляли гелий-неоновым лазером АФЛ-1 с длиной волны излучения 0,633 мкм, максимальная мощность излучения — 20 мВт. Облучение проводилось ежедневно через наружные дренажи желчных путей по Вишневному или Холстеду — Пиковскому, продолжительность сеанса — 45–60 мин. Об эффективности проводимой терапии судили по клинике заболевания, уровню бактериальной загрязненности желчи, клинико-биохимическим и иммунологическим показателям.

После 3–4 сеансов КЛО отмечалось значительное снижение микробной загрязненности желчи, улучшалось самочувствие больных, нормализовалась температура, уменьшился болевой синдром, улучшились клинико-биохимические и иммунологические показатели по сравнению с контрольной группой. Кроме того, отмечались нормализация желчеоттока в двенадцатиперстную кишку, ликвидация отека терминального отдела холедоха, быстрее купировался воспалительный процесс, что явилось положительным моментом в комплексном лечении гнойного холангита.

Таким образом, использование КЛО в комплексном хирургическом лечении гнойного холангита способствует более благоприятному течению послеоперационного периода и ранней нормализации клинико-биохимических показателей, снижению послеоперационных гнойных осложнений с 10,6 до 5,6 %, количества койко-дней с $19,0 \pm 1,3$ до $12,0 \pm 1,0$ и летальности почти в 1,4 раза.

Холецистэктомия и единый лапароскопический доступ

ЛЕВЧЕНКО Н.В.^{1,2}, ХРЯЧКОВ В.В.¹, ШАВАЛИЕВ Р.Р.^{1,2}

¹Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Ханты-Мансийск, Россия

²БУ ХМАО — Югры «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

Введение. Одной из важнейших задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Это объясняет их закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции. При проведении некоторых оперативных вмешательств доступ приносит больному больше страданий, чем основной этап.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных желчнокаменной болезнью путем разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ.

Материалы и методы. Накопленный опыт позволил в 2000 г. начать выполнение данной операции с использованием трех доступов, не применяя один из зажимов, предназначенных для тракции желчного пузыря. Троякары устанавливали над пупком, субксифоидально 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 субксифоидальный.

В апреле 2005 г. впервые удалось успешно выполнить операцию из одного доступа — параумбиликального. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субксифоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена вверх. После обнажения апоневроза 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. При этом не отмечалось газотока и сохранялась подвижность манипулятора. В последующем аналогично вводили лапароскоп. Таким образом, в ране размещаются один троакар, лапароскоп и зажим для тракции желчного пузыря.

По заявке № 2006121887 был установлен приоритет изобретения 19.06.2006 г. и получен патент РФ на изобретение № 2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии».

С 2005 г. с помощью описанного способа выполнено 224 лапароскопические холецистэктомии из одного доступа. В исследуемой группе было 187 (83,5 %) женщин и 37 (16,5 %) мужчин. В плановом порядке оперировано 178 (79,5 %) пациентов. Острые формы холецистита имели 46 (20,5 %) больных: катаральный — 26, флегмонозный — 13 и гангренозный — 7 чел.

Среди оперированных было 82 пациента с ожирением II степени и выше. У всех больных операцию заканчивали без установки дренажа в брюшную полость.

Результаты. На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст и массу тела. С 2008 г., используя описанный способ, операции выполняли также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения.

Подавляющее число операций (150) выполнено в интервале от 30 до 60 минут.

Обращает на себя внимание тот факт, что в послеоперационном периоде почти все больные активизировались в первые сутки после операции. В подавляющем большинстве случаев пациенты отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции.

Все больные выписаны с выздоровлением.

Время наблюдения за больными составляет более шести лет. Каких-либо осложнений мы не выявили.

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. Способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ считаем перспективным.

Декомпрессия желчных протоков и энтеропротекция в лечении больных механической желтухой и печеночной недостаточностью

ЛИПНИЦКИЙ Е.М.¹, КОТОВСКИЙ А.Е.¹, ИСТРАТОВ В.Г.², ГЛЕБОВ К.Г.¹, БЕКБАУОВ С.А.¹

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Печень и кишечник — это два основных детоксицирующих органа, осуществляющих защиту организма от токсических соединений за счет окислительных реакций (печень) и гидролитических, восстановительных анаэробных процессов (кишечная микрофлора). Учитывая единство физиологической связи печени и кишечника по механизму энтерогапатической циркуляции и сложность лечения больных механическими желтухами и печеночной недостаточностью, мы предложили новый оригинальный способ восстановления функции печени в дооперационном периоде.

У 66 больных механической желтухой опухолевого генеза и подтвержденными клинико-лабораторными данными печеночной недостаточности с помощью методов газовой хроматографии и масс-спектрометрии выполняли изучение токсических кишечных метаболитов, в частности короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) сыворотки крови.

В норме уровень КЖК — биохимических маркеров печеночной недостаточности — варьирует в пределах от 0,002 до 0,02 ммоль/л.

У всех обследованных больных содержание КЖК в сыворотке крови оказалось повышенным: уксусной кислоты — от $0,24 \pm 0,03$ ммоль/л до $0,29 \pm 0,04$ ммоль/л, что превышало норму более чем в 17 раз, пропионовой кислоты — от $0,38 \pm 0,05$ ммоль/л до $0,64 \pm 0,07$ ммоль/л, валериановой кислоты — от $0,26 \pm 0,03$ ммоль/л до $0,49 \pm 0,05$ ммоль/л, оксифенилкарбоновой кислоты — от $0,46 \pm 0,05$ ммоль/л до $0,77 \pm 0,08$ ммоль/л, то есть в 24–38 раз.

Полученные данные свидетельствовали о выраженной печеночной недостаточности и нарушениях микробиоценоза кишечника.

В связи с этим в качестве первого этапа ликвидации желтухи были выполнены различные варианты малоинвазивных методов декомпрессии желчных протоков и коррекция дисбиоза кишечника с помощью энтеропротекторов: кишечного антибиотика рифаксимины и пребиотика лактулозы.

С учетом клинико-лабораторных показателей все больные были распределены на 3 группы. В 1-й группе (контрольной) произведена только декомпрессия желчных протоков, во 2-й — после декомпрессии желчных протоков пациенты принимали рифаксимин, в 3-й — лактулозу.

У всех больных изучены показатели токсических кишечных метаболитов сразу после декомпрессии и через 7 дней после приема препарата.

На 7-й день после декомпрессии в сыворотке крови больных, принимавших рифаксимин, отмечено снижение содержания пропионовой кислоты на 40 % (с $0,21 \pm 0,03$ ммоль/л до $0,14 \pm 0,02$ ммоль/л); изовалериановой кислоты — на 60 % (с $0,34 \pm 0,04$ ммоль/л до $0,14 \pm 0,02$ ммоль/л); валериановой кислоты — на 77 % (с $0,13 \pm 0,02$ ммоль/л до $0,03 \pm 0,002$ ммоль/л); изокапроновой кислоты — на 53 % (с $0,19 \pm 0,02$ ммоль/л до $0,09 \pm 0,004$ ммоль/л); оксифенилкарбоновой кислоты — на 48 % (с $0,34 \pm 0,04$ ммоль/л до $0,18 \pm 0,02$ ммоль/л).

В группе больных, принимавших лактулозу, получены следующие данные: уровень масляной кислоты снизился с $0,52 \pm 0,06$ ммоль/л до $0,32 \pm 0,04$ ммоль/л (на 40 %); изокапроновой кислоты — с $0,56 \pm 0,06$ ммоль/л до $0,33 \pm 0,04$ ммоль/л (на 40 %); крезолы — с $0,48 \pm 0,05$ ммоль/л до $0,28 \pm 0,03$ ммоль/л (на 42 %), изовалериановой кислоты — с $0,28 \pm 0,03$ ммоль/л до $0,19 \pm 0,02$ ммоль/л (на 45 %); валериановой кислоты — с $0,23 \pm 0,03$ ммоль/л до $0,16 \pm 0,02$ ммоль/л (на 31 %), при этом у больных контрольной группы эти же показатели превышали норму в 170–380 раз.

Первые полученные результаты по определению токсических кишечных метаболитов достоверно показывают, что без энтеропротекции даже после декомпрессии желчных протоков сохраняются явления печеночной недостаточности, а коррекция дисбиоза кишечника с помощью рифаксимины и лактулозы свидетельствует об улучшении функции печени и тенденции к ликвидации ее недостаточности.



Таким образом, у больных с печеночной недостаточностью при механической желтухе необходима одновременная коррекция состояния печени и дисбиоза кишечника, что позволяет выполнять радикальные хирургические операции в более благоприятных условиях.

Новые подходы к комплексному лечению печеночной дисфункции у больных механической желтухой

ЛИПНИЦКИЙ Е.М.¹, ГАЛЬПЕРИН Э.И.¹, КОТОВСКИЙ А.Е.¹, ИСТРАТОВ В.Г.², БЕКБАУОВ С.А.¹, РАЧЕНКОВА Н.И.²

¹ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

²ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Актуальность проблемы связана с неуклонным ростом числа пациентов с заболеваниями гепатобилиопанкреатоудоденальной зоны, сопровождающимися механической желтухой и печеночно-почечной недостаточностью.

Выполнение радикальных операций, направленных на восстановление желчеоттока на фоне механической желтухи, сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений и летальностью.

В связи с этим лечение таких больных проводят в два этапа. На первом этапе, как правило, используют минимально инвазивные способы желчеоттока, отдавая преимущества эндоскопическим вмешательствам, однако при этом проблема лечения печеночной недостаточности решается лишь частично.

Учитывая сложность лечения таких больных, наличие единой физиологической связи печени и кишечника, мы предложили новый оригинальный способ восстановления функции печени в дооперационном периоде. У 20 больных с помощью методов газовой хроматографии и масс-спектрометрии были определены токсические кишечные метаболиты, в частности короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК). В норме уровень КЖК, являющихся биохимическими маркерами печеночной дисфункции, варьирует в пределах от 0,002 до 0,02 мкмоль/л.

Было установлено, что у всех больных содержание КЖК в сыворотке крови превышало норму более чем в 17 раз, а показатели пропионовой кислоты колебались от 0,38 до 0,64 мкмоль/л, то есть превышали норму более чем в 30 раз; валериановой кислоты — от 0,26 до 0,49 мкмоль/л, то есть выше нормы более чем в 24 раза; оксифенилкарбонической кислоты — от 0,46 до 0,77 мкмоль/л, то есть более чем в 38 раз.

Полученные данные свидетельствовали о выраженной печеночной дисфункции и нарушениях микробиоценоза кишечника.

В связи с этим нами проведена попытка нормализации состояния микробиоценоза кишечника с помощью препарата рифаксимин.

Все больные были распределены на 2 группы:

- в 1-й группе (контрольная) произведена только декомпрессия желчных протоков;
- 2-я группа — после декомпрессии желчных протоков больные принимали рифаксимин.

У всех больных изучены показатели токсических кишечных метаболитов сразу после декомпрессии и через 7 дней после приема препарата.

В сыворотке крови больных, принимавших рифаксимин, отмечено снижение содержания пропионовой кислоты на 40 % (с 0,21 до 0,14 мкмоль/л); изовалериановой кислоты — на 60 % (с 0,34 до 0,14 мкмоль/л); валериановой кислоты — на 77 % (с 0,13 до 0,03 мкмоль/л); изокапроновой кислоты — на 53 % (с 0,19 до 0,09 мкмоль/л); оксифенилкарбонической кислоты — на 48 % (с 0,34 до 0,18 мкмоль/л), при этом у больных контрольной группы эти же показатели превышали норму в 170–380 раз.

Первые полученные результаты по определению токсических кишечных метаболитов и коррекции дисбиоза кишечника с помощью рифаксими́на свидетельствуют об улучшении функции печени и тенденции к ликвидации ее дисфункции.

Таким образом, у больных с печеночной дисфункцией при механической желтухе необходима одновременная коррекция состояния печени и дисбиоза кишечника, что позволяет выполнять радикальные хирургические операции в более благоприятных условиях.

Ургентная экстирпация культи поджелудочной железы

ЛЯДОВ К.В., ЕГИЕВ В.Н., ЛЯДОВ В.К., КОВАЛЕНКО З.А., КОЗЫРИН И.А.

Клиника хирургии и онкологии ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза — ахиллесова пята панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Частота развития этого осложнения варьирует в пределах от 2 до 15 % в ведущих панкреатологических центрах. Панкреонекроз с недостаточностью соустья — ведущая причина аррозионных

кровотечений, летальность при которых может достигать 80–85 %. Корректная хирургическая терапия недостаточности панкреатодигестивного анастомоза до настоящего времени дискуссионна. В качестве возможных вариантов предлагаются: дренирование области культи железы, трансформация панкреатоэнтероанастомоза в панкреатогастроанастомоз, удаление культи поджелудочной железы. Представляем наш опыт неотложной экстирпации культи поджелудочной железы.

Материалы и методы. В клинике хирургии и онкологии ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России в период с января 2008 по январь 2013 г. неотложная экстирпация культи поджелудочной железы выполнена у 8 пациентов (5 (62,5 %) мужчин, 3 (37,5 %) женщины), перенесших ПДР. Средний возраст больных составил $65,2 \pm 5,0$ года. Первичные операции выполнялись по поводу злокачественных опухолей головки поджелудочной железы и периапулярной зоны (5), инсулиномы, серозной цистаденомы головки поджелудочной железы, пенетрирующей язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. Во всех случаях операция завершена формированием панкреатоеюноанастомоза (ПЕА). У всех пациентов во время первичного вмешательства были факторы высокого риска несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза: рыхлая паренхима железы, узкий главный панкреатический проток. Показанием к экстирпации культи поджелудочной железы в 5 случаях было массивное внутрибрюшное аррозийное кровотечение из зоны ПЕА, в 2 — гнойно-септические осложнения несостоятельности ПЕА, в 1 — панкреонекроз культи железы. Источником кровотечения в 2 случаях были воротная и селезеночная вена, в 3 — общая печеночная артерия и ее ветви.

Результаты. Удаление культи железы выполнялось в сроки до 15 дней после первичного вмешательства у 6 пациентов, в более позднем периоде — у 2 больных с тяжелыми гнойно-септическими осложнениями. Средняя продолжительность операции составляла 167 ± 53 мин, кровопотеря — 657 ± 700 мл. Летальность составила 50 % (умерло 4 больных). Во всех случаях причиной смерти была прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса. Необходимо отметить, что все трое пациентов с артериальными аррозиями и острой массивной кровопотерей (более 1000 мл) выжили. В то же время оба пациента, оперированных в поздние сроки после панкреатодуоденальной резекции в связи с гнойно-септическими осложнениями, погибли. При сроке наблюдения от 7 до 64 месяцев у выживших пациентов на фоне инсулинотерапии отмечена компенсация показателей углеводного обмена, со средней потребностью в инсулине 28 ± 10 ЕД в сутки. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы компенсируется креоном, средняя доза которого составляет 240 ± 60 тыс. ЕД в сутки.

Заключение. При массивных аррозийных кровотечениях на фоне несостоятельности ПЕА экстирпация культи поджелудочной железы — оптимальное вмешательство, которое радикально устраняет внутрибрюшной источник сепсиса и сводит к минимуму вероятность повторных аррозий. В то же время эффективность данной операции на фоне длительно текущих септических осложнений представляется сомнительной. Считаем, что в отдельных случаях экстирпация культи поджелудочной железы может выполняться при несостоятельности ПЕА, однако предпочтительно в ранние сроки после развития недостаточности анастомоза.

Способы оптимизации методов хирургического лечения пациентов с несформировавшимися псевдокистами поджелудочной железы

МАЗОХА А.В., КАТОРКИН С.Е., ЖУКОВ Б.Н.

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения России, Самара, Россия

ММБУ «Городская клиническая больница № 8», Самара, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с несформировавшимися псевдокистами поджелудочной железы за счет применения миниинвазивных пункционно-катетерных вмешательств с использованием ультразвукового контроля.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 110 пациентов с несформировавшимися псевдокистами поджелудочной железы. У 56 (50,9 %) пациентов были выполнены чрескожные пункционно-катетерные вмешательства с использованием ультразвукового контроля. Согласно классификации А. D'Egidio, M. Shein (1991), данные пациенты были распределены следующим образом: первый тип — 34 (60,7 %) чел., второй тип — 15 (26,85 %), третий тип — 7 (12,45 %).

Чрескожные пункционно-катетерные вмешательства под контролем ультразвука выполнялись нами при помощи ультразвуковых диагностических аппаратов SAL-38B фирмы Toshiba с серой шкалой, работающих в режиме реального времени, и Aloka model SSD-650, B & K Medical Type 3535. При этом нами использовались пункционные датчики (SM — 308M 3,5 MHz), оснащенные насадками для пункций, и конвексные датчики (PVB 358M 3,75 MHz, UST 9390 3,5 MHz, Type 8553 3,5 MHz).

Результаты. Все пункционно-катетерные операции под контролем ультразвукового сканирования выполнялись нами под местной анестезией. Применялось специально разработанное устройство для пункций и дренирования полостных образований. Дренирование псевдокисты осуществляли тремя методами: по Сель-



дингеру, стилет-катетером, через внутренний просвет троакара. Наблюдаемым 56 пациентам было выполнено всего 114 различных миниинвазивных пункционно-катетерных вмешательств под УЗ-контролем.

Установлено, что наилучшие результаты лечения пациентов с использованием пункционно-катетерных вмешательств получены при 1-м и 2-м типе кист поджелудочной железы с объемом более 50 мл.

Выводы. Применение миниинвазивных пункционно-катетерных вмешательств под контролем ультразвукового исследования у пациентов с несформировавшимися псевдокистами поджелудочной железы является методом выбора, позволяет избежать излишней травматичности, а также повысить качество жизни пациентов.

Редкие локализации псевдокист при панкреатите

МЕЛЕХИНА О.В., ЖАВОРОНКОВА О.И., СТЕПАНОВА Ю.А., ИОНКИН Д.А.

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

Введение. С внедрением новой диагностической аппаратуры и накоплением опыта появилась возможность выявления, правильной интерпретации и миниинвазивного лечения таких осложнений деструктивного панкреатита, как внутриорганные псевдокисты и абсцессы, ранее считавшихся редкими.

Материалы и методы. В период с 1985 по 2012 г. в институте хирургии на лечении находились 37 пациентов с панкреатогенными псевдокистами органной локализации. Поражение селезенки диагностировано у 33 (89,2 %) пациентов, внутривенечные псевдокисты выявлены у 4 (10,8 %) больных (псевдокиста локализовалась в правой доле печени в 1 наблюдении, в левой — в 3). Дополнительные панкреатогенные скопления другой локализации выявили у 2 пациентов. В исследовании преобладали мужчины (83,8 %), средний возраст составил 45 ± 7 лет.

Результаты. Псевдокисты внутривенечной локализации в 100 % случаев были осложнены нагноением и подверглись чрескожному дренированию под УЗ-контролем стилет-катетерами различного диаметра, с эвакуацией и последующей фракционной или проточной санацией, что у данной группы больных явилось окончательным видом лечения.

Среди общего числа псевдокист селезенки наличие гнойного содержимого в них отмечено в 85 % случаев. Чрескожное дренирование как единственное лечебное пособие провели 10 (30,3 %) пациентам. Во всех случаях малоинвазивного лечения в полученном содержимом псевдокист выявлен высокий уровень амилазы, при этом бактериологическое подтверждение роста какой-либо микрофлоры в содержимом не являлось облигатным. В 23 (69,7 %) случаях больным выполнили дистальную резекцию со спленэктомией на фоне калькулезного панкреатита с преимущественным поражением хвоста поджелудочной железы.

Заключение. Являясь осложнением деструктивного панкреатита, абсцессы печени и селезенки могут долго оставаться недиагностированными и усугублять течение основного заболевания, становясь причиной развития сепсиса и перитонита вследствие разрыва капсулы органа и истечения в брюшную полость. Такая ситуация требует напоминания врачам-хирургам о включении в дифференциальный ряд кистозных поражений печени и селезенки панкреатогенных псевдокист, особенно при наличии панкреатита, даже без признаков в момент исследования острого течения заболевания. Чрескожная диагностическая пункция образования под контролем УЗИ с определением высокого уровня амилазы в содержимом дает возможность исключить другие причины и подтвердить диагноз. Использование чрескожных миниинвазивных пособий при внутриорганных панкреатогенных псевдокистах позволяет улучшить результаты лечения у этой группы пациентов путем предоперационного санационного обеспечения, а также в оптимальном случае является окончательным видом лечения.

Применение контактной лазерной литотрипсии при лапароскопическом лечении холедохолитиаза

МИМИНОШВИЛИ О.И., СОМОВ А.Д., МИХАЙЛИЧЕНКО В.Ю.

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, Донецк, Украина

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, путем разработки и внедрения хирургического одноэтапного лапароскопического метода с применением интраоперационной холедохоскопии и контактной лазерной литотрипсии.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 12 пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделе абдоминальной хирургии и политравмы ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины в период 2011–2013 гг. по поводу калькулезного холецистита в сочетании с холедохолитиазом и конкрементами более 1,5 см. Возраст пациентов варьировал в пределах от 39 до 60 лет. Средний возраст больных составил $54,2 \pm 5,8$ года.

Методика проведения операции была стандартной, как при лапароскопической холецистэктомии, за исключением троакара № 5 (5 мм), который используем для введения холедохоскопа или катетера для дренирования общего желчного протока, введения эндопетли. Холедохоскопия выполнялась холедохоскопом фирмы Olympus CHP 20 с диаметром рабочей части 5 мм и рабочим каналом 2,5 мм.

Для дробления камней в холедохе использовали гольмиевый лазер Dornier Medilas H 20 (Lumenis, Великобритания). При использовании постоянного орошения ирригационной жидкостью излучение гольмиевого лазера проникает в ткань лишь на глубину 0,4 мм и производит термическое повреждение ткани на расстоянии 0,5–1 мм, благодаря этому лазер может быть использован для высокоточного рассечения и коагуляции тканей. Еще одним преимуществом гольмиевого лазера является хорошая визуализация ткани, так как при его использовании фактически не образуются пузырьки пара (в отличие от других лазерных излучений), что не нарушает визуализацию рабочей поверхности.

Результаты. После экспозиции желчного пузыря выделяли и вскрывали пузырьный проток, в его просвет вводили холангиоскоп или при необходимости холангиографический катетер, подшивали его одним швом для интраоперационной холангиографии. Проводили лапароскопическую интраоперационную холангиоскопию или холангиографию (по показаниям). При этом оценивали размеры печеночного дерева, общего печеночного и общего желчного протоков, особенно терминальный отдел. Дренаж в общем желчном протоке оставляли для профилактики возможного развития острого панкреатита в послеоперационном периоде на фоне введения контрастного вещества. В последующем его удаляли на 4–5-е сутки.

После получения данных о патологии внепеченочных желчных протоков принимали решение о дальнейшей тактике и объеме оперативного вмешательства. В исследование вошли пациенты с вколоченными или малоподвижными конкрементами более 1,5 см. В таком случае при подтверждении холедохолитиаза и расширении общего желчного протока более 15 мм под контролем фиброхоледохоскопа подводили световод с лазерным излучением, по световой метке наводили прицел лазерного луча на конкремент и начинали его дробление. После дробления конкрементов на 3–4 части их извлекали из холедоха различными способами. Контроль санации общего желчного протока осуществляли при проведении холедохоскопии.

Осложнений и летальных исходов у больных после лапароскопических вмешательств не было.

Выводы. Лапароскопическая лазерная контактная литотрипсия при холедохолитиазе под контролем фиброхоледохоскопа позволяет добиться одномоментного выполнения холецистэктомии с санацией холедоха, сохранения анатомической целостности и физиологических функций сфинктера Одди, полноценной визуализации холедоха до, во время и после удаления конкремента, малой травматичности операции, избежать повреждения холедоха за счет прицельного подведения лазерного излучения, сокращения периода реабилитации.

Оценка дополнительного гемостаза при холецистэктомии у больных с диффузными заболеваниями печени

НАЗИРБОВЕВ К.Р., КУРБОНОВ К.М., РАСУЛОВ Н.А.

Кафедра хирургических болезней № 1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: оценить результаты гемостаза ложа желчного пузыря при холецистэктомии у больных с диффузными заболеваниями печени (ДЗП).

Материалы и методы. За период с 2009 по 2012 г. в отделение хирургии печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы ГКБ СМП г. Душанбе было госпитализировано 46 пациентов с калькулезным холециститом в сочетании с ДЗП: 31 (67 %) женщина и 14 (33 %) мужчин. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 86 лет. В плановом порядке оперировано 13 (28 %), в экстренном — 32 (72 %) пациентов. Традиционная холецистэктомия выполнена 17 (37 %) больным, лапароскопическая холецистэктомия — 29 (63 %). Среди патологий, являющихся ДЗП, были отмечены: вирусные гепатиты В и С — у 28 (61 %) чел., неспецифический реактивный гепатит — у 11 (23 %) и цирроз печени — у 7 (16 %). У всех больных были использованы общепринятые лабораторно-инструментальные методы исследования. В целях создания окончательного гемостаза после холецистэктомии производили прошивание ложа пузыря у 10 (21,5 %) больных, электрокоагуляцию выполнили у 13 (28 %), аппликацию пластин тахокомба — у 14 (30,5 %); криовоздействию (местное охлаждение тканей) с применением хлорэтила подвергли 9 (20 %) чел.

Результаты. Сравнительный анализ различных методов гемостаза ложа желчного пузыря оценивали интраоперационно и по выделению экссудата из контрольных дренажей из подпеченочного пространства.

Средний период нахождения дренажных трубок в подпеченочном пространстве после традиционного прошивания ложа пузыря составил 5–6 дней. Суточное выделение геморрагического экссудата из дренажей в объеме 100–150 мл наблюдали у 6 больных.

После электрокоагуляции адекватный гемостаз отмечали в 8 случаях, сроки нахождения дренажей составили 4–5 дней, отмечено выделение экссудата через дренажи в объеме 80–100 мл в сутки.



Наилучшие результаты были получены после гемостаза ложа желчного пузыря пластинами тахокомба и применения холода. При этом длительность нахождения дренажей составила 2–3 дня, а объем отделяемого из дренажей 50–60 мл в сутки.

Выводы. Холецистэктомия с аппликацией пластин тахокомба или криовоздействием на ложе желчного пузыря является эффективным методом гемостаза.

Непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны

ПАВЛОВСКИЙ А.В., ГРАНОВ Д.А., МАЙСТРЕНКО Д.Н., ПОЛИКАРПОВ А.А., ПОПОВ С.А.
ФБГУ «Российский научный центр рентгенохирургических технологий»
Министерства здравоохранения России,
Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить результаты комбинации артериальной регионарной химиотерапии и вмешательств на поджелудочной железе у пациентов с опухолью панкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. В анализ включены 105 больных с неметастатической местнораспространенной аденокарциномой головки ПЖ, лечившиеся в период 1999–2010 гг. Больные были разделены на две группы: основная группа (А) состояла из пациентов, получавших комбинированное лечение в объеме предоперационной химиоэмболизации (ХЭ) РГПЖ гемцитабином, стандартную ГПДР, адьювантную химиоинфузию (ХИ) в чревный ствол (51 чел.). ХЭ артерий, питающих опухоль (в большинстве случаев гастродуоденальную), выполняли масляной суспензией, состоящей из 500–1000 мг/м² гемцитабина и 3–5 мл липиодола. Для профилактики панкреатита вводили сандостатин в течение 3 суток и проводили инфузионную терапию. ХИ осуществляли в течение 1 часа введением 1000 мг/м² гемцитабина в чревный ствол; выполняли 6 циклов с частотой 1 раз в 4 недели. Группу Б составили 54 (51,4 %) пациента, у которых было проведено только радикальное хирургическое лечение в объеме стандартной ГПДР.

Результаты. Все процедуры технически осуществлены успешно. После выполнения ХЭ отмечали различной степени выраженности постэмболизационный синдром (тошнота, рвота, боли в эпигастрии, повышение температуры тела), который купировался в течение суток. Острый панкреатит диагностирован у 18 (35,3 %) больных, но только у 5 он имел выраженные клинические проявления. Осложнения в виде эрозии или острой язвы желудка и двенадцатиперстной кишки наблюдались у 3 (5,9 %) больных. Все осложнения купированы консервативно. После ХИ серьезных осложнений не было.

В группе А неоадьювантная ХЭ и адьювантная ХИ позволили достигнуть СПЖ $22,3 \pm 2,1$ мес., одно-, двух- и трехлетней выживаемости, равной 80, 59 и 43 % соответственно, что было достоверно лучше, чем в группе Б: СПЖ — $8,4 \pm 2,1$ мес., показатели выживаемости — 71, 20 и 13 % соответственно ($p < 0,05$).

Заключение. Предоперационная ХЭ и адьювантная ХИ являются хорошо переносимыми и относительно безопасными процедурами, в комбинации с ГПДР позволяющими улучшить отдаленные результаты лечения больных РГПЖ.

Необратимая электропорация в лечении местнораспространенного рака поджелудочной железы с использованием системы Nanoknife. Первые ближайшие результаты

ПАНЧЕНКОВ Д.Н., ИВАНОВ Ю.В., СОЛОВЬЕВ Н.А., ЗАБОЗЛАЕВ Ф.Г., НЕЧУНАЕВ А.А., АСТАХОВ Д.А.
Кафедра хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия
Лаборатория минимально инвазивной хирургии ФПДО ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Научно-исследовательский институт клинической хирургии ФБГУ «Федеральный научно-клинический центр» ФМБА России, Москва, Россия

Методы локальной деструкции опухолей не нашли до сегодняшнего дня широкого распространения в лечении пациентов с образованиями поджелудочной железы (ПЖ). Это связано с особенностями кровоснабжения, анатомической и гистологической структуры ПЖ, а также большим количеством осложнений и рецидивов. Методика необратимой электропорации (НЭ) представляет собой новый уникальный метод нетепловой абляции, при которой выполняется воздействие на ткани короткими электрическими импульсами высокого напряжения (до 3 кВ), что влечет за собой необратимое повышение проницаемости клеточных мембран и гибель клеток. Оптимальный механизм повышения проницаемости клеточной мембраны электрическими импульсами в отношении их частоты или повторов пока не до конца понятен; признано, что исходы зависят от амплитуды, продолжительности и числа импульсов. Воздействие должно быть синхронизировано с сердечным ритмом во

избежание развития аритмии. Наличие у пациента аритмии и искусственного водителя ритма является противопоказанием к проведению электропорации.

Мы располагаем опытом применения методики у 7 пациентов с местнораспространенным раком поджелудочной железы. В нашем опыте удалось отразить основные преимущества новой методики, такие как сравнительная простота технического исполнения, безопасность для сосудистых и протоковых структур, минимальное воздействие на функцию поджелудочной железы. Эффективность деструкции доказана ультразвуковым, компьютерным и морфологическим исследованием в послеоперационном периоде. Максимальный срок наблюдения составил 7 месяцев.

Заключение. Хотя точные показания к применению НЭ еще четко не определены, мировой опыт и первые собственные данные позволяют констатировать эффективность новой технологии в паллиативном хирургическом лечении периваскулярных опухолей поджелудочной железы, а также ее безопасность.

Диагностическая значимость ультразвукового исследования в выявлении портальной гипертензии у больных хроническим панкреатитом

ПЕТУХОВА М.В., ТИМИНА И.Е., СТЕПАНОВА Ю.А., ЖУРЕНКОВА Т.В., ВЕТШЕВА Н.Н.

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

Больным хроническим панкреатитом с целью оценки портальной гемодинамики на дооперационном этапе рекомендовано выполнение ультразвукового исследования с дуплексным сканированием (ДС).

Цель исследования: по данным ультразвукового исследования (УЗИ) с дуплексным сканированием определить основные гемодинамические изменения в портальном русле у больных хроническим панкреатитом.

Материалы и методы. В исследование включены данные УЗИ 93 больных хроническим панкреатитом в возрасте от 22 до 68 лет (средний возраст — $47,0 \pm 9,9$ года), большинство которых составляли лица мужского пола (78 %).

Сравнительный анализ портальной гемодинамики был проведен в двух группах пациентов с хроническим панкреатитом: 1-я группа — 60 (64,5 %) больных с портальной гипертензией, 2-я группа — 33 (35,5 %) больных без признаков портальной гипертензии.

УЗИ органов брюшной полости выполнили всем больным натощак по принятой методике. Исследования проводили на аппаратах Voluson 730 proV (General Electric, США), Sonoline Elegra (Siemens, Германия) с мультисекторными датчиками от 2,5 до 4,0 МГц.

Результаты. Среди пациентов 1-й группы достоверно преобладало увеличение переднезаднего размера головки и тела поджелудочной железы ($p = 0,003$ и $p = 0,04$ соответственно), постнекротические кисты чаще встречались у больных 1-й группы с дистальным поражением поджелудочной железы ($p = 0,04$).

По данным ДС, экстравазальную компрессию вен воротной системы чаще регистрировали среди пациентов 1-й группы ($p = 0,03$). Тромбоз вен воротной системы диагностирован у 23 (38 %) больных 1-й группы.

Заключение. У пациентов с хроническим панкреатитом воспалительные изменения поджелудочной железы с увеличением размеров органа и формированием псевдокист приводят к гемодинамическим изменениям в портальной системе в виде компрессии и тромбоза вен, что является причиной повышения портального давления.

Эндовидеохирургические вмешательства при кистозных образованиях поджелудочной железы

СЕЙСЕМБАЕВ М.А., РАМАЗАНОВ М.Е., ТОКСАНБАЕВ Д.С., АБДРАШЕВ Е.Б., САДЫКОВ Н.К., ДОСХАНОВ М.О.

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с кистозными образованиями поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2012 г. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова пролечено 68 пациентов в возрасте от 21 до 88 лет с кистозными образованиями поджелудочной железы: мужчин — 42 (61,7 %), женщин — 26 (38,3 %). В большинстве случаев у больных имелись постнекротические (ложные) кисты поджелудочной железы — 33 (48,5 %) чел., неопластические кисты встречались у 26 (38,2 %), посттравматические кисты — у 9 (13,3 %) пациентов. Локализация кисты в головке ПЖ отмечалась у 14 (20,6 %) чел., в теле — у 27 (39,7 %), в хвосте — у 16 (23,5 %), еще у 11 (16,2 %) пациентов встречались кисты множественной локализации.

Информативность методов диагностики кистозных образований ПЖ: ультразвукового исследования — 71–76 %; компьютерной томографии — 89–96 %. Диаметр кист варьировал в пределах от 1,0 до 25 см, объем их содержимого — от 5,0 до 3200 мл. Осложненные кисты наблюдали в 17 (25 %) случаях: механическая желтуха отмечалась у 7 пациентов, дуоденальная непроходимость — у 2, нагноение содержимого кисты — у 8.

Эндовидеохирургические вмешательства при кистозных образованиях ПЖ выполнены в 14 (26,7 %) случаях, традиционные — у 44 (73,3 %) пациентов. Видеолапароскопическая операция на ПЖ проведена у 6 пациентов; из них в 4 случаях установлены дренажи в полость кисты с целью проточно-аспирационного наружного дренирования. С целью определения связи между панкреатическим протоком и кистой выполнялась интра-



операционная цистография, при этом у 2 пациентов была обнаружена связь между кистой и панкреатическим протоком, что явилось показанием к конверсии.

В одном случае проведена лапароскопическая центральная резекция ПЖ с дистальной панкреатоеюностомией выключенной по Ру петле тощей кишки, культи ПЖ в области головки прошита линейным сшивающим аппаратом. У одной пациентки осуществлена лапароскопическая корпокаудальная резекция с сохранением селезенки. В трех случаях выполнен лапароскопический панкреатоцистоеюноанастомоз на брауновском соустье.

Эндоскопическая цистогastro- или цистодуоденостомия с помощью пластиковых стентов проведена трем пациентам. Показаниями явились постнекротические однокамерные кисты больших размеров (более 20 см в диаметре) при их близком расположении к желудку или двенадцатиперстной кишке.

Результаты. Интраоперационная кровопотеря при лапароскопическом вмешательстве колебалась от 250,0 до 1500,0 мл. Применение современных инструментов для достижения надежного гемостаза — ультразвукового коагулятора, эндоскопических линейных сшивающих аппаратов для прошивания культи ПЖ — позволяло избежать подобных осложнений. Длительность пребывания в стационаре после открытой операции составила от 12 до 20 дней, после эндовидеохирургических вмешательств — сократилась до 7–12 дней.

Рецидивов кист ПЖ в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдали. У 3 (4,4 %) пациентов отмечали неполный наружный панкреатический свищ. На фоне проводимой консервативной терапии свищи самостоятельно закрылись. Летальных исходов не было.

Выводы. Эндовидеохирургическое вмешательство при кистозных образованиях поджелудочной железы — это новая технология, применение которой возможно при наличии современной эндоскопической аппаратуры и подготовленных специалистов.

Разработка сплавов на основе Zr для эндоваскулярной хирургии

СКИБА И.А., ШИВАНЮК В.Н., ПРИТУЛА В.В., ПОВАР Я.А., ВИШНЕВЕЦКАЯ О.А., ПРОСКУРКО В.Г.

Институт металлофизики им. Г.В. Курдюмова НАН Украины, Киев, Украина

Медицинские материалы по своим характеристикам должны максимально приближаться к физико-механическим свойствам тканей человека, быть химически и биосовместимыми. Основная сложность в создании сплавов, которые должны отвечать всем современным медицинским требованиям, — сочетание высокого показателя обратимой деформации и низкого значения модуля упругости, что отвечало бы условиям их эксплуатации.

Разработанный на базе Института металлофизики им. Г.В. Курдюмова НАН Украины β -(Zr-Ti) сплав медицинского назначения является биосовместимым, нетробоогенным и нетоксичным. Благодаря тому, что имеется существенная разница в атомных размерах Zr и Ti, с помощью взаимного легирования этих элементов была увеличена плотность упаковки атомов в кристаллической решетке, что уменьшило модуль упругости данного сплава. В результате легирования Nb сплавов Zr-Ti удалось достичь необходимой коррекции сил межатомной связи, что дало возможность получить низко модульный $E = 47$ ГПа сплав 31Ti-51Zr-18Nb (ат.%), который также имеет высокую обратимую деформацию $\epsilon = 2,83$ %. Разработанный сплав обеспечивает высокую механическую совместимость с живыми тканями по сравнению с рядом других сплавов, которые используют в медицине (нержавеющая сталь, титанол, сплавы Cr-Mo и др.). Кроме того, сплав имеет низкую магнитную восприимчивость и высокий уровень рентгеноконтрастности.

С учетом электронной концентрации, размера и заряда атома была проведена частичная замена Zr на Hf в разном количестве, что дало возможность повысить рентгеноконтрастность сплава без значительных изменений в его первоначальных характеристиках. Так, значение модуля упругости E в образцах до 4 ат.% Hf практически не возрастает по сравнению с тройным сплавом (при 1–3 ат.% есть даже некоторое его снижение), а растет в диапазоне 5–10 ат. %. Повышение концентрации Hf более 4 ат.% снижает величину обратимой деформации. С увеличением Hf магнитная восприимчивость почти не изменяется (даже несколько уменьшается в диапазоне 4–6 ат.% Hf). Также при концентрации Hf около 10 % наблюдается появление новых α' , α'' и ω фаз в небольшом количестве.

При изменении сплава добавлением Hf повышается не только рентгеноконтрастность, но и прочность и жесткость, снижается пластичность. Таким образом, это сочетание (Zr-Hf-Ti-Nb) является компромиссом между рентгеноконтрастностью и другими важными свойствами и характеристиками данного сплава.

Сочетанное повреждение желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии

СКУМС А.В., ЛИТВИН А.И., ШКАРБАН В.П., СКУМС А.А.

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

В работе изучены результаты лечения 29 больных с сочетанным повреждением желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии за период с января 1984 по декабрь 2012 г. Повреждения при

открытой холецистэктомии отмечены у 20 (69,0 %) пациентов, при лапароскопической — у 9 (31,0 %). Интраоперационно повреждение желчного протока было обнаружено в 6 (20,7 %) случаях. В зависимости от уровня повреждения желчных протоков больные распределены следующим образом: I тип по Н. Bismuth — 1 (3,5 %) чел., II тип — 7 (24,1 %), III тип — 15 (51,7 %), IV тип — 6 (20,7 %).

В раннем послеоперационном периоде (до 7 сут.) наличие окклюзии ветвей печеночной артерии диагностировано у 4 (13,8 %) больных, в позднем (в сроки от 8 до 432 сут.) — у 25 (86,2 %). В 5 (17,2 %) случаях обнаружена окклюзия собственно печеночной, в 22 (75,9 %) — правой и в 2 (6,9 %) — левой печеночной артерии.

У 25 больных сопутствующее повреждение артерии диагностировано в позднем послеоперационном периоде. Хирургическую тактику определяли в зависимости от степени развития коллатерального артериального кровоснабжения печени и наличия гнойно-некротических изменений.

У 9 больных с полным наружным желчным свищем отмечено развитие адекватного коллатерального артериального кровоснабжения печени. В случае аневризмы печеночной артерии и гемобилии на первом этапе произведена эндоваскулярная эмболизация аневризмы печеночной артерии. В сроки 3–4 мес. у них были проведены реконструктивные вмешательства по восстановлению желчеоттока.

На первом этапе лечение сепсиса и печеночной недостаточности включало применение антибактериальной терапии с учетом чувствительности микрофлоры, декомпрессии желчных протоков, чрескожное дренирование желчных затеков и абсцессов, энтеральное и парентеральное питание.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 мес. до 10 лет. Положительные результаты получены у 25 (86,2 %) пациентов. Неудовлетворительные результаты отмечены у 3 (10,3 %) пациентов: спустя 8 лет после гепатикоеюностомии с чреспеченочным дренированием у 1 больного развился цирроз печени, у 2 — атрофия правой доли печени. У 2 (6,9 %) пациентов предприняты попытки восстановления артериального кровотока с последующим реконструктивным вмешательством на желчных протоках. У 19 (65,5 %) больных в условиях адекватного коллатерального кровоснабжения печени сформирован гепатикоеюанастомоз. В одном случае предварительно произведена эндоваскулярная эмболизация аневризмы печеночной артерии, осложненной гемобилией. Различные по объему резекции печени выполнены у 8 (27,6 %) больных. Послеоперационная летальность — 3,5 % (1 больная). Положительные результаты получены в 86,2% наблюдений.

Таким образом, у больных с комбинированными повреждениями желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии следует применять мультимодальную тактику лечения с учетом времени диагностики и клинического течения. В случаях ранней диагностики необходимо восстановление артериального кровотока. При развитии адекватного коллатерального кровоснабжения оптимальным объемом оперативного вмешательства является высокая гепатикоеюностомия. При развитии гнойно-некротических изменений печени на первом этапе необходимо комплексное лечение сепсиса, санация абсцессов печени и декомпрессия желчных протоков преимущественно с помощью миниинвазивных методик. В случае неэффективности лечения множественных абсцессов печени необходимо выполнять ее резекцию.

Супрапапиллярная холедоходуodenостомия как метод миниинвазивного эндоскопического лечения обтурационной желтухи у пациентов пожилого возраста

СТЕЦЬ Н.М., НАСТАШЕНКО И.Л., МОЛНАР И.М., ШИНКАРИК Т.Н., ДОВБЕНКО О.В.

Кафедра общей хирургии № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

Обтурация желчных путей — одна из основных и наиболее актуальных проблем современной абдоминальной хирургии. Существенное повышение заболеваемости патологией гепатобилиарной системы за последнее время приобрело значение социальной проблемы. По данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, заболеваемость за последние десять лет увеличилась на 56,8 %. Особенно это касается пациентов пожилого возраста, так как летальность в этой группе больных наибольшая. К частой дискуссии приводят особенности тактики комплексного хирургического лечения больных с обтурационной желтухой доброкачественного и опухолевого генеза.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов пожилого возраста с обтурационной желтухой доброкачественного и опухолевого генеза путем выбора оптимальных и миниинвазивных методов лечения.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2012 г. на базе хирургических отделений киевских городских клинических больниц № 3 и № 10 пролечено 187 пациентов пожилого возраста с обтурационной желтухой. Средний возраст пациентов — 71 год. Женщин было 98 (52,4 %), мужчин — 89 (47,6 %). У 64 пациентов причиной механической желтухи было опухолевое поражение гепатопанкреатобилиарной зоны, у 123 пациентов — холедохолитиаз. У 12 больных механической желтухой, обусловленной бластоматозным поражением (рак головки поджелудочной железы, рак большого дуоденального сосочка), выполнено эндоскопическое стентирование общего желчного протока. У 35 больных с аналогичной патологией выполнена супрапапиллярная холедохо-



дуоденостомия. У 17 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза эндоскопическое лечение технически выполнить было невозможно из-за больших размеров и протяженности опухолевой ткани, всем им провели чрескожную чреспеченочную холангиостомию под контролем УЗИ. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией выполнена всем пациентам с холедохолитиазом (123 чел.).

Результаты. Нормализация концентрации билирубина крови у пациентов, которым провели супрапапиллярную холедоходуоденостомию и стентирование холедоха, отмечалась в среднем на 2-е — 3-и сутки. Среди осложнений, которые наблюдались после указанных эндоскопических операций, были: кровотечение из папиллотомной раны (у 2 пациентов после супрапапиллярной холедоходуоденостомии), гемостаз успешно проведен при помощи электрокоагуляции; острый панкреатит развился у одного больного после стентирования холедоха, пациент пролечен консервативным путем. После нормализации показателя билирубина крови больных с бластоматозным поражением гепатопанкреатобилиарной зоны комплексно готовили к радикальному хирургическому лечению. Радикальное оперативное лечение выполнено у 12 пациентов в объеме панкреатодуоденальной резекции (у 10 — после супрапапиллярной холедоходуоденостомии, у 2 — после стентирования холедоха). Двадцать пациентов отказались от радикального хирургического лечения, у 15 — в связи с наличием отдаленных метастазов оперативное лечение не проводили.

Выводы. Супрапапиллярная холедохостомия является альтернативным и менее дорогостоящим миниинвазивным методом лечения механической желтухи опухолевого генеза как основное звено подготовки пациентов пожилого возраста к радикальному хирургическому лечению. При неоперабельных опухолевых поражениях гепатопанкреатодуоденальной зоны супрапапиллярная холедоходуоденостомия является наиболее оптимальным методом паллиативной эндоскопической операции, ликвидирующей билиарную гипертензию и значительно продлевающей жизнь пациента.

Профилактика кровотечений после папиллосфинктеротомий

ТОЛСТОКОРОВ А.С., СКОПЕЦ С.М., САРКИСЯН З.О., БЕЛЯКОВ Р.Ф.
Областная клиническая больница, Саратов, Россия

Одним из частых осложнений чреспапиллярных эндоскопических вмешательств при холедохолитиазе является кровотечение из папиллосфинктеротомной раны, это осложнение развивается в 0,6–14,5 % наблюдений.

Наиболее часто возникновение кровотечений связывают с нарушением свертываемости крови вследствие гипербилирубинемии, с длиной папиллотомной раны, которая не должна превышать 1,5–2,5 см, с пересечением крупной ветви ретродуоденальной артерии.

Проведен анализ результатов ЭПСТ у 250 больных с холедохолитиазом и механической желтухой. Уровень билирубина колебался от 30 до 720 мкмоль/л. Кровотечение возникло у 21 (8,4 %) чел. У 3 больных кровотечение возникло во время эндоскопического вмешательства (1,2 %). У остальных больных это осложнение развилось в течение 24–48 часов после вмешательства. Анализ показал, что кровотечения возникали у больных с длиной ПСТ раны менее 1,5 см, при длине ПТ и ПСТ раны более 1,5 см кровотечений не было.

Аналогичные данные получены и при изучении показателей билирубина плазмы крови — у всех больных показатели общего билирубина составляли от 80 до 200 мкмоль/л. Ни у одного из 103 пациентов с уровнем гипербилирубинемии от 201 до 720 мкмоль/л кровотечений не наблюдалось.

Все кровотечения, развившиеся в течение 24–48 часов после вмешательства, отмечены у больных после ПТ и ПСТ, когда удаление конкрементов не удавалось осуществить одним этапом. В этих случаях повторную эндоскопическую операцию выполняли через 2–4 дня. За этот промежуток времени у части больных конкременты самостоятельно отходили из общего желчного протока и в результате травматизации ПТ и ПСТ раны возникали кровотечения.

Был разработан способ профилактики кровотечения у этой категории больных, заключающийся во временной установке стента в дистальный отдел d.choledochus на 2–4 дня при многоэтапных эндоскопических вмешательствах. Этот способ применен у 35 больных с механической желтухой и холедохолитиазом, нуждающихся в многоэтапных эндоскопических санациях, ни у одного из них кровотечения из ПТ и ПСТ ран отмечено не было.

Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите

ФЕЛЕШТИНСКИЙ Я.П., МАМЧИЧ В.И., ПАРАЦИЙ З.З., МИНИН Ю.Б., ВАТАМАНЮК В.Ф.
Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, Киев, Украина

Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите продолжают оставаться дискуссионными. Это обусловлено морфологическими изменениями в желчном пузыре, гепатодуоденальной связке и трудностями при верификации структур треугольника Калло. В связи с этим возникает необходимость индивидуального подхода к выбору сроков и вида хирургического вмешательства при остром холецистите.

Цель работы: улучшить результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите.

Материалы и методы. Проведен анализ лапароскопической холецистэктомии у 426 больных в возрасте от 25 до 83 лет с острым холециститом. Женщин было 329 (77,2 %), мужчин — 97 (22,8 %). Катаральное воспаление желчного пузыря диагностировано у 42 (9,9 %) больных, флегмонозное — у 303 (71,1 %), гангренозное — у 81 (19 %), в том числе эмпиема желчного пузыря — у 28 (6,6 %), перивезикулярный абсцесс — у 55 (13 %). Сочетание острого холецистита с холедохолитиазом имело место у 54 (12,7 %) пациентов, в том числе механическая желтуха — у 43 (10,1 %), бессимптомный холедохолитиаз — у 11 (2,6 %). В период до 3 суток с момента заболевания операция выполнена у 329 (77,2 %) больных, от 3 до 5 суток — у 85 (20 %), после 5 суток — у 12 (2,8 %). Среди 85 пациентов, оперированных в сроки от 3 до 5 суток с момента заболевания, конверсия выполнена у 2, а после 5 суток — у 4.

У 54 больных с острым холециститом и холедохолитиазом первым этапом была ЭРПХГ с экстракцией конкрементов, а вторым — лапароскопическая холецистэктомия через 2–3 суток. У 9 больных этой группы при ЭРПХГ экстракция конкрементов была технически невыполнимой. Им проводили открытую холецистэктомию, холедохолитотомию с дренированием холедоха по Пиковскому.

Результаты. У пациентов, которые были оперированы в период до 3 суток с момента заболевания, послеоперационных осложнений не наблюдалось, конверсий не было. Среди больных, оперированных в сроки свыше 3–5 суток с момента заболевания, послеоперационные осложнения отмечены у 19 (4,5 %) чел., в том числе кровотечение из ложа желчного пузыря — у 3 (0,7 %) (у 2 выполнена остановка кровотечения при релапароскопии, у 1 — конверсия). Желчеистечение из ходов Люшка наблюдалось у 4 (0,9 %) больных и остановлено путем релапароскопии. Подпеченочный абсцесс имел место у 3 (0,7 %) чел. и был ликвидирован путем пункций под контролем УЗИ. Нагноение троакарных ран отмечено у 7 (1,6 %) пациентов.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите в сроки до 3–5 суток с момента заболевания является оправданной и технически безопасно выполнимой, а в более поздний период развивается плотный подпеченочный инфильтрат, что чревато возникновением тяжелых послеоперационных осложнений. При сочетании острого холецистита и холедохолитиаза с механической желтухой методом выбора на первом этапе лечения является ЭРПХГ с экстракцией конкрементов, а вторым — лапароскопическая холецистэктомия.

Результаты лечения больных с циррозом печени и портальной гипертензией с применением эндоваскулярных технологий

ФОМИН П.Д., НИКИШИН А.Л., СКИБА И.А., АСТАПЕНКОВ В.А., ПРОСКУРКО В.Г., КОЗЛОВ С.Н.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

Актуальность. Кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка, обусловленное портальной гипертензией, — основная причина смерти от 1/3 до 2/3 больных с циррозом печени. По данным ВОЗ, в Украине регистрируется 23,5–24 тыс. летальных исходов по причине цирроза печени ежегодно. Поиск оптимальных и доступных методов вторичной профилактики при портальной гипертензии — актуальная проблема современной хирургии.

Материалы и методы. В клинике центра неотложной помощи больным с желудочно-кишечными кровотечениями в течение 2008–2012 гг. с целью вторичной профилактики у 48 пациентов с диагностированным циррозом и варикозным пищеводно-желудочным кровотечением применены различные методы эндоваскулярной коррекции портальной гипертензии. Средний возраст 30 мужчин и 18 женщин составил 48 лет (от 27 до 70). По классификации Чайльда — Пью, стадию А печеночной дисфункции имели 2 пациента, В — 37, С — 9. Токсический гепатит с исходом в цирроз отмечен у 26 больных, вирусной этиологии — у 22 (из них с гепатитом С — 15). Трех пациентам ранее (в сроки от 3 мес. до 1 года) выполнялись разобщающие оперативные вмешательства по поводу пищеводно-желудочного кровотечения из варикозных вен. Допплерографическое исследование, проводимое на этапе скрининга, выявило 2–6-кратное повышение объемной скорости кровотока в сосудах (артерии и вене) селезенки у всех пациентов. Радиointервенционные хирургические вмешательства (РХВ) предпринимались для коррекции гипердинамического типа портального кровотока методом редукции артериального притока. Все оперативные вмешательства (48) выполняли в раннем отсроченном периоде через 2–3 недели после эпизода кровотечения после стабилизации состояния и углубленного скринингового обследования. Частичная (парциальная) паренхиматозно-стволовая эмболизация селезеночной артерии (ЭСА) в модификации Л.Ф. Никишина выполнена 23 пациентам, ЭСА в сочетании с эмболизацией левой желудочной артерии — 24, эмболизация собственной печеночной артерии для разобщения артериопортального соустья — 1. Паренхиматозная эмболизация выполнялась введением взвеси пенополиуретановых эмболов диаметром 2–3 мм. Для стволовой ЭСА 28 пациентам применялись окклюдеры 1-го типа — аналоги спирали Гиантурко и у 20 пациентов — модифицированные спирали 2-го типа Skiba-coil.

Результаты. Послеоперационная летальность — 2, в сроки от 1 до 12 мес. умерли 10 чел., таким образом, одногодичная выживаемость составила 75 %. Основная причина — прогрессирование цирроза печени



с развитием печеночно-почечной недостаточности и/или рецидив варикозного кровотечения. Существенным фактором явилось и несоблюдение комплайенса, которое отмечено у 11 пациентов (отказ от предписанной терапии, продолжение употребления алкоголя, физические перегрузки). Общий срок наблюдения после операции составил 87,0 месяца (от 0,7 до 42,6 мес., в среднем 18,2 мес.), при этом у 17 (35 %) эпизоды кровотечения отсутствовали. Общее число эпизодов ЖКК до РХВ составило 140 (в среднем 3 на 1 пациента), после операции оно снизилось до 37 (или 0,77 на 1 пациента). Эффективность разработанного метода профилактики подтверждается и снижением количества необходимых сеансов ФГДС-склеротерапии в 2,3 раза (с 38 до 16).

Выводы. Эндovasкулярная комбинированная (паренхиматозно-стволовая) эмболизация селезеночной артерии и левой желудочной артерии является высокоэффективным и безопасным средством вторичной профилактики варикозных кровотечений у больных с циррозом печени.

Видеолапароскопия как средство улучшения диагностики повреждений печени у больных с сочетанными травмами

ХАДЖИБАЕВ А.М., ШУКУРОВ Б.И., ХАКИМОВ А.Т.

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

Цель исследования: оценить роль видеолапароскопии в диагностике повреждений печени в комбинации с другими сочетанными повреждениями.

Материалы и методы. Видеолапароскопия применена у 208 больных с сочетанной травмой живота (средний возраст — $33,7 \pm 14,4$ года). Травма органов брюшной полости наиболее часто (в 163 (78,4 %) случаях) сочеталась с черепно-мозговой травмой. У 109 (52,4 %) пострадавших выявлено повреждение более 2 областей (например, живот + грудь + череп или живот + грудь + череп + позвоночник). Только у 34 (16,3 %) чел. отсутствовали нарушения сознания, во всех остальных случаях наблюдали оглушение (149), сопор (10) и кому (15). Более чем у половины пострадавших — 130 (62,5 %) больных — в диагнозе фигурировал шок различной степени тяжести, 20 (69,0 %) из них удалось вывести из критического состояния, но они погибли в первые 2 суток после поступления к клинику.

Результаты. В связи с тяжелым исходным состоянием больных, невозможностью продуктивного контакта с ними, наличием тяжелых сочетанных повреждений решение об исключении наличия повреждений органов брюшной полости является очень трудной задачей. В таких случаях показания к выполнению «страховочной лапароскопии» определяли на основании комплексной оценки тяжести травмы, данных УЗИ печени, селезенки и брюшной полости на свободную жидкость. Во время лапароскопии повреждения печени выявлены в 34 случаях. В соответствии с классификацией Moore I степень тяжести повреждения выявлена у 9, II — у 20, III — у 3, IV — у 1, V — у 1 больного. Локализация повреждений в соответствии с сегментарным делением печени: II — 3, III — 1, IV — 10, V — 4, VI — 6, VII — 5, VIII — 5. На момент лапароскопии активное кровотечение из разрывов наблюдали у 22 (64,7 %) больных. Объем гемоперитонеума составил от 100 мл до 1,5 л. С целью остановки кровотечения использовали аргоноплазменную (19) и диатермокоагуляцию (10). В 15 (78,9 %) случаях удалось достичь надежной остановки кровотечения. В остальных случаях в связи с массивностью и глубиной повреждений потребовался переход на лапаротомию с ушиванием разрывов печени.

В сумме у 116 (55,8 %) пострадавших с сочетанной травмой видеолапароскопическая техника смогла решить все лечебно-диагностические вопросы, связанные с травмой живота, без выполнения широкой лапаротомии. Как правило, для остановки кровотечения из зоны повреждения мы использовали электрокоагуляцию.

Выводы. Видеолапароскопия позволяет быстро визуально оценить имеющиеся внутрибрюшные повреждения и определить рациональную хирургическую тактику. При повреждении печени в 78,9 % случаев удалось достичь окончательной остановки кровотечения малоинвазивным способом, а пациенты с тяжелыми сочетанными повреждениями избежали ненужной лапаротомии.

Сравнительный анализ методов диагностики и лечения послеоперационных осложнений в хирургии желчных путей

ХАДЖИБАЕВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., РАХИМОВ О.У.

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

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с осложнениями после операций на желчных путях.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 158 больных с внутрибрюшными осложнениями после операции на желчных путях. Желчеистечение по дренажу из брюшной полости наблюдали у 42 (26,6 %) чел., внутрибрюшные кровотечения — у 8 (5 %), подпеченочные абсцессы — у 22 (14 %), интраоперационное повреждение внепеченочных желчных протоков — у 86 (54,4 %).

Результаты. Больные были разделены на 2 группы: в 1-й (51 (32,3 %) чел.) выполнены ЭРПХГ с ЭПСТ, чрескожные пункции абсцессов и гематом брюшной полости и лапароскопия; во 2-й группе — 107 (67,7 %) больных, которым произведены релапаротомии и реконструктивно-восстановительные операции на желчных путях. У больных с желчеистечением (42 чел.) в 22 (52,4 %) случаях причиной желчеистечения явилась желчная гипертензия, обусловленная наличием конкрементов в холедохе, после ЭПСТ с литоэкстракцией желчные свищи закрылись. В 8 (19 %) случаях выявлена недостаточность культы пузырного протока. После консервативной терапии желчеистечение прекратилось. У 7 (16,7 %) больных после РПХГ и ЭПСТ произведены релапароскопия и дополнительное клипирование культы пузырного протока. В 5 (11,9 %) случаях произведены релапаротомии по причине желчеистечения из дополнительных желчных протоков в области ложа желчного пузыря. У 6 больных с подпеченочным абсцессом и у 2 — с гематомой ложа желчного пузыря выполнены лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. У 6 больных произведено чрескожное дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ (4) и КТ (2). У 10 пациентов с абсцессом подпеченочной области и 6 — с внутрибрюшным кровотечением произведены релапаротомии. У 86 больных с интраоперационными повреждениями внепеченочных желчных протоков произведены релапаротомии. Пассаж желчи в кишечник у 9 (10,5 %) больных был восстановлен при помощи шва на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 77 (89,5 %) пациентов выполнены билиодигестивные анастомозы: ХДА — у 16, гепатикодуоденоанастомоз — у 13, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру — у 22, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным брауновским анастомозом — у 26. Летальный исход отмечен у 11 (10,3 %) больных из 2-й группы. Причины смерти: несостоятельность швов анастомоза и перитонит (5), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность (4), истощение при дуоденальном свище (1). Срок пребывания в стационаре больных первой группы составил $8,0 \pm 2,8$ койко-дня, второй — $15,9 \pm 1,1$.

Выводы. Малоинвазивные вмешательства являются не только высокоэффективными диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими радикально устранять причину послеоперационных осложнений и сокращать сроки пребывания больных в стационаре.

Современные аспекты применения низких температур у больных с патологией гепатобилиарной системы

ХВОРОСТОВ Е.Д., БЫЧКОВ С.А., ГРИНЕВ Р.Н., ЦИВЕНКО А.И., ОЛЕФИРЕНКО А.А.
Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Харьков, Украина

Прогресс в области эндоскопических технологий гепатобилиарной хирургии способствовал тому, что данный метод стал альтернативой открытому хирургическому вмешательству и радикально изменил принципы лечения заболеваний гепатобилиарной зоны. В отличие от электрокоагуляции, вызывающей во время операции локальный нагрев тканей с обширными очагами коагуляционного некроза, криовоздействие не приводит к гибели печеночной паренхимы, а наоборот, стимулирует местные иммунологические реакции, способствующие ускорению регенерации.

Цель исследования: изучение в эксперименте гистоморфологических и ультраструктурных изменений печени при воздействии монополярной электрокоагуляции и низких температур и разработка новых лапароскопических методов лечения заболеваний гепатобилиарной системы с использованием низких температур.

Материалы и методы. Выполнено 64 лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) в комплексе с низкотемпературной обработкой ложа желчного пузыря (патент Украины № 28882 А от 16.10.2000). У всех больных имел место перивезикальный инфильтрат воспалительного генеза, что обуславливало технические трудности и повышенную кровоточивость тканей при мобилизации желчного пузыря.

Для криообработки ложа желчного пузыря применяли криоаппликатор собственной конструкции, который вводили в брюшную полость через троакар диаметром 10 мм. В качестве хладагента использовали закись азота. Температура на рабочей поверхности аппликатора составляла -89°C , время достижения рабочей температуры — не более 10 с, конструкцией аппарата предусмотрен электроотогрев наконечника криоаппликатора в течение 10–20 с. Криообработку печеночной паренхимы производили после отделения желчного пузыря от ложа в 5–7 точках с экспозицией 2–3 минуты до побеления тканей печени и кратковременного образования в них льда, что соответствовало снижению температуры тканей до -39°C . После оттаивания проводили контроль гемостаза.

Результаты. У всех больных, которым проводили гемостаз криогенной обработкой ложа желчного пузыря при помощи лапароскопического криоаппликатора, отмечали значительное снижение болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде, гипертермию не наблюдали, случаев кровоточивости и желчеистечения по дренажу не было.

Субтотальная холецистэктомия по разработанной нами технологии лапароскопического удаления желчного пузыря с сохранением подслизисто-мышечного слоя в фиксированной к печени стенке желчного пузы-



ря (патент Украины № 5893 от 15.03.2005) выполнена у 36 больных с острым гангренозным холециститом и у 24 — со сморщенным желчным пузырем. Криовоздействие проводили в течение 5 минут, что соответствовало снижению температуры тканей до -56°C и приводило к деструкции слизистой оболочки. При больших размерах оставшейся части задней стенки желчного пузыря криовоздействие повторяли. У больных после криодеструкции слизистой оболочки оставшегося участка желчного пузыря в послеоперационном периоде болевой синдром и гипертермия были менее выражены, отделяемого по дренажу не было. Послеоперационных осложнений не было.

Выводы. 1. Метод лапароскопического дозированного криовоздействия на ложе желчного пузыря является надежным способом остановки желчеистечения и кровотечения, способствует стимуляции репаративных процессов при значительной электрокоагуляционной травматизации печеночной паренхимы при ЛХЭ.

2. Лапароскопическая субтотальная холецистэктомия с криодеструкцией слизистой оболочки оставшейся части задней стенки желчного пузыря расширяет возможности ЛХЭ при осложненных формах желчнокаменной болезни и выполняется при возникновении технических трудностей отделения задней стенки желчного пузыря от ложа.

Радионуклидный метод исследования состояния желудочно-кишечного тракта после радикальных операций у больных периампулярными опухолями

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ТАВОБИЛОВ М.М., КАРАЛКИН А.В., ГРЕКОВ Д.Н., КАРПОВ А.А.

*Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова,
Москва, Россия*

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Министерства здравоохранения России, Москва, Россия

Введение. На сегодняшний день из всех методов диагностики моторики желудочно-кишечного тракта наиболее достоверным, стандартизируемым, чувствительным и малоинвазивным является радионуклидный. Поиск публикаций в отечественной и зарубежной литературе по проблемам моторно-эвакуаторной функции гастроэнтеро- и гепатикоеноанастомозов после радикального оперативного лечения по поводу опухолей периампулярной зоны показал их отсутствие.

Цель исследования: оценить моторно-эвакуаторную функцию органов желудочно-кишечного тракта после реконструктивных операций у больных с опухолями периампулярной зоны.

Материалы и методы. В условиях специализированного отделения хирургии печени, поджелудочной железы и отделения методов радионуклидной диагностики ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова проводится проспективное клиническое исследование состояния пациентов, которым выполнено радикальное оперативное лечение: панкреатогастродуоденальная резекция (ПГДР) с резекцией 1/2 (2/3) части желудка (операция Whipple) либо пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР) операция Traverso — Longmire.

Исследование моторно-эвакуаторной функции желудка проводится посредством перорального приема радиофармпрепарата (стандартный «завтрак» — 200 мл 10% манной каши и 40 МБк Tc99m). Симультанно, с целью изучения функционирования гепатобилиарной системы, оценки пассажа желчи используется гепатобилиосцинтиграфия (внутривенное введение 120 МБк Tc99m). Исследование проводится на предоперационном этапе, на 14–16-й день послеоперационного периода и через 3–4 месяца после хирургического вмешательства.

Выполнено 24 исследования 20 пациентам с опухолями головки поджелудочной железы, находившимся на лечении в отделении хирургии печени и поджелудочной железы за период с марта 2012 по апрель 2013 гг. Средний возраст больных — $61,4 \pm 7,2$ года (от 46 до 74 лет), соотношение мужчин и женщин — 1 : 1. ПГДР выполнена 14 (70,0 %) пациентам, ППДР — 6.

Результаты. У 14 больных, перенесших ПГДР, не выявлено достоверной разницы в моторно-эвакуаторной функции гастроэнтероанастомоза, однако отмечено замедление сроков эвакуации из культи желудка (период полувыведения — 93,4 мин), клинически проявлявшееся гастростазом различных классов по ISGPS (A — 3 (21,4 %) больных, B — 10 (71,4 %), C — 1 (7 %)). У 2 (33,3 %) из 6 пациентов, перенесших ППДР, отмечено резкое замедление выведения РФП из желудка (период полувыведения — более 300 мин), что было обусловлено выраженным билиогастральным рефлюксом, так называемым ложным гастростазом (клинически — гастростаз класса C по ISGPS).

Выводы. Радионуклидный метод исследования моторики органов брюшной полости у пациентов со злокачественными образованиями головки поджелудочной железы, перенесших радикальное оперативное лечение с формированием как желудочно-кишечного, так и билиодигестивного анастомозов, позволяет оценить моторно-эвакуаторную функцию желудка, транспорт желчи после реконструктивного этапа операции.

Интервенционная сонография в хирургии псевдокист поджелудочной железы

ШАТАЛОВ А.Д., ЗУБОВ А.Д., ЧИРКОВ Ю.Э., ШАТАЛОВ С.А., ПАВЛОВ К.И.

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина
Диагностический центр Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения, Донецк, Украина**

Цель исследования: оптимизация хирургической тактики в лечении пациентов с псевдокистами поджелудочной железы (ПКПЖ) путем применения интервенционных вмешательств под УЗ-контролем.

Материалы и методы. В период с 1996 по 2012 г. в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна на стационарном лечении находились 346 пациентов с ПКПЖ в возрасте 21–83 лет. Мужчин было 253 (73,1 %), женщин — 93 (26,9 %).

Длительность формирования ПКПЖ — от 3 недель до 14 месяцев. Размеры кист были в пределах от 4 до 28 см в диаметре. Интрапанкреатические кисты выявлены у 49 (14,2 %), экстрапанкреатические — у 297 (85,8 %) чел. Кисты локализовались в области головки поджелудочной железы (ПЖ) у 151 (43,7 %) пациента, в области тела — у 114 (32,9 %) и в области хвоста ПЖ — у 81 (23,4 %).

Пункционные и пункционно-дренажные вмешательства под УЗ-контролем выполнены 228 (65,9 %) пациентам, традиционно (лапаротомия, дренирование ПКПЖ) оперированы 118 (34,1 %).

Навигацию, пункцию и дренирование ПКПЖ осуществляли с помощью УЗ-сканера HDI-500 и конвексного датчика 3–5 МГц по стандартной методике.

Результаты. Простую одномоментную пункцию кисты с аспирацией выполняли при наличии кисты диаметром 4–5 см у 14 (6,1 %) пациентов, дренирование — при кистах больших размеров — у 214 (93,9 %).

Из 118 (34,1 %) больных, оперированных традиционно, дренирование кисты двухпросветными дренажными трубками с активным проточно-аспирационным лаважем выполнено у 86 (72,9 %) чел., дренирование кисты с пассивным оттоком экссудата — у 32 (27,1 %).

Общее число послеоперационных осложнений у пациентов, которым применены пункционные и пункционно-дренажные вмешательства под УЗ-контролем, составило 10 (4,4 %): кровотечение в полость кисты — 4 (1,8 %) чел., внутрибрюшное кровотечение из стенки кисты — 3 (1,3 %), нагноение кисты — 1 (0,4 %), перитонит, обусловленный подтеканием содержимого кисты в брюшную полость, — 2 (0,9 %). Летальность составила 0,9 % (умерли 2 пациента: от прогрессирующего панкреонекроза — 1 и ТЭЛА — 1).

Общее число послеоперационных осложнений у пациентов, которым применены традиционные хирургические вмешательства, составило 21 (17,8 %): нагноение раны — 5 (4,2 %) чел., плевропневмония — 4 (3,4 %), гнойно-некротический панкреатит — 4 (3,4 %), нагноение содержимого кисты — 3 (2,5 %), перитонит — 3 (2,5 %), кровотечение в полость кисты — 2 (1,7 %). Умерли 9 (7,5 %) больных: от прогрессирующего панкреонекроза — 4, острой сердечно-сосудистой недостаточности — 3, острой печеночно-почечной недостаточности на фоне перитонита и сахарного диабета — 2 чел.

Отдаленные результаты лечения в сроки от 1 года до 6 лет изучены у 190 (83,3 %) пациентов, которым применены пункционные и пункционно-дренажные вмешательства под УЗ-контролем: хорошие и удовлетворительные — у 176 (92,6 %), неудовлетворительные — у 14 (7,4 %); и у 93 (78,8 %) пациентов после традиционных хирургических вмешательств: хорошие и удовлетворительные — у 75 (80,6 %), неудовлетворительные — у 18 (19,3 %).

Заключение. Использование интервенционных вмешательств под УЗ-контролем в хирургии псевдокист поджелудочной железы позволяет значительно улучшить результаты лечения, в частности уменьшить число послеоперационных осложнений и летальности на 13,4 и 6,7 % соответственно, увеличить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты на 12 % и уменьшить неудовлетворительные — на 11,9 %.

Лапароскопические симультанные операции у больных калькулезным холециститом

ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., ДУДИН А.М., МЕЖАКОВ С.В.

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

Цель исследования: оценить возможности выполнения лапароскопических симультанных операций у больных калькулезным холециститом.

Материалы и методы. В клинике лапароскопические операции осуществляются с 1994 г., за это время лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) выполнена 5034 больным калькулезным холециститом. Лапароскопический доступ обеспечивался тремя, а в технически сложных случаях — четырьмя портами. Симультанные операции проведены у 118 (2,3 %) пациентов: 78 (66,1 %) женщин и 40 (33,9 %) мужчин в возрасте 24–73 лет. Сопутствующими хирургическими заболеваниями явились: спаечная болезнь — 32 чел., вентральные грыжи — 19, непаразитарные кисты печени — 17, гемангиомы печени — 10, гинекологические заболевания — 24, хронический аппендицит — 2, другие — 14. Больным применены следующие методы исследования (в разных сочетаниях):



ниях): клинико-лабораторные, компьютерная или магнитно-резонансная томография, электрокардиография, фиброгастродуоденоскопия или рентгенография желудочно-кишечного тракта (по показаниям).

Результаты. У 118 пациентов с калькулезным холециститом выполнены следующие лапароскопические симультанные операции: адгезиолизис — 32, пластика вентральных грыж — 19, фенестрация непаразитарных кист печени — 17 чел., гинекологические вмешательства — 24, аппендэктомия — 2, другие — 14.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 7 (5,9 %) больных: нестабильное истечение желчи по дренажу — у 3, серому в ране после абдоминопластики — у 2, серому в колотой ране — у 1, нагноение в параумбиликальной колотой ране — у 1. Тяжелых осложнений и летальных исходов не было.

В 32 случаях введение портов в брюшную полость было затруднительным из-за спаечного процесса после ранее перенесенных операций. С особой осторожностью вводили первый порт, чтобы в последующем ввести дополнительные порты для рассечения спаек. Использовали ультразвуковой скальпель для профилактики кровотечения.

До операции больным проводили тщательное обследование, с консультацией необходимых специалистов, чтобы уменьшить операционный и анестезиологический риск.

Потребность в симультанных операциях, сочетанных с ЛХЭ, по-видимому, превышает число их реального выполнения. Это объясняется психологической настроенностью врачей и пациентов, а также не всегда полным обследованием больных с желчнокаменной болезнью. По нашим данным, применение симультанных операций вполне возможно при достаточной квалификации хирурга и наличии необходимых инструментов.

Выводы. Лапароскопические симультанные операции в связи с их малотравматичностью и высокой эффективностью целесообразно применять при сочетании хирургических заболеваний (при отсутствии противопоказаний). Преимущества симультанных операций: сокращается время пребывания больного в стационаре и последующего лечения; одновременно излечиваются 2 или 3 хирургических заболевания; устраняется риск повторного наркоза и его осложнений; повышается экономическая эффективность лечения.

Морфологические особенности ацинарной ткани поджелудочной железы на поздних стадиях развития хронического панкреатита

ШЕВЧЕНКО Б.Ф., БАБИЙ А.М., ОШМЯНСКАЯ Н.Ю., ПРОЛОМ Н.В.

*Институт гастроэнтерологии НАМН Украины,
Днепропетровск, Украина*

Хронический панкреатит (ХП) обычно определяют как непрерывный, бессрочный, длительный фиброзно-воспалительный процесс в поджелудочной железе (ПЖ), следствием которого является развитие необратимых морфологических изменений ее паренхимы.

Цель исследования: изучить особенности изменений ацинарной ткани ПЖ на поздних стадиях развития фиброза у больных ХП.

Материалы и методы. Обследовано 32 больных ХП с диффузным распространенным фиброзом (IV степень по Stolte), оперированных в отделении хирургии ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины». У всех больных во время плановых операций были получены биоптаты ПЖ, гистологические срезы толщиной 3–5 мкм окрашивали по методу Маллори в модификации Слинченко.

Результаты. На поздних стадиях развития ХП происходит замещение ацинарной ткани за счет фиброзной трансформации ПЖ (вплоть до тотального фиброза) и жировой дистрофии. Эпизоды мелко- и крупноочаговой жировой дистрофии наблюдали в 65,6 % случаев, при этом в 18,7 % общая площадь жировой ткани превышала площадь фиброзной.

По данным компьютерной морфометрии, ацинарная ткань в состоянии атрофии составляла $2,71 \pm 0,79$ % от общей площади, эндокринная — $1,25 \pm 0,25$ %, соединительная — $74,91 \pm 4,65$ %, жировая при неполной атрофии ацинарной ткани — $11,77 \pm 3,86$ %, при полной — $28,88 \pm 8,35$ % и $20,32 \pm 3,86$ % у всех больных.

Полную атрофию наблюдали в 53,1 %, а неполную — в 46,8 % случаев. При полной атрофии жировая дистрофия развивалась достоверно чаще ($p = 0,05$), а объемная доля жировой ткани была достоверно больше ($p = 0,007$).

При многофакторном корреляционном анализе изучаемых показателей зафиксировано наличие обратной взаимосвязи между развитием жировой дистрофии и площадью ацинарной ткани ($r = -0,48$; $p = 0,002$), а также между развитием жировой дистрофии и воспалением ($r = -0,44$; $p = 0,01$).

Выводы. На поздних стадиях ХП наблюдается последовательное развитие перидуктального, перилобулярного и внутрилобулярного фиброза с атрофией ацинарной ткани. В 65,6 % случаев этот процесс сопровождается параллельное развитие жировой дистрофии и элиминацию воспаления. При полной атрофии ацинарной ткани жировая дистрофия развивается чаще и ее объемная доля достоверно больше, что позволяет рассматривать ее как один из показателей длительности заболевания.

Билиарная гипертензия у больных с хроническим панкреатитом

ШУЛЕЙКО А.Ч., ВОРОБЕЙ А.В., ГРИШИН И.Н., БУТРА Ю.В., ЛУРЬЕ В.Н., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Ю.И.
*Белорусская медицинская академия последипломного образования,
 Минск, Беларусь*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. В период с 1990 по 2013 г. в центре оперировано 759 пациентов с ХП. Для ликвидации билирной гипертензии с явлениями механической желтухи как самостоятельные вмешательства выполнены 64 желчеотводящие операции: холедоходуоденоанастомоз (ХДА) — у 46, гепатикоеюноанастомозы на петле по Ру — у 18 чел.

С 2010 г. внедрены дуоденумсохраняющие проксимальные резекции головки поджелудочной железы (ПЖ). В 2010–2013 гг. выполнено 108 резекционно-дренирующих операций: операция Frey — 7, операция Izbicki — 2, бернская модификация операции Beger — 99. Все пациенты имели панкреатическую гипертензию, билирную — 47,2% (51 пациент), портальную — 52,8 %, явления дуоденальной непроходимости отмечены в 23,1 % случаев. У 90,9 % пациентов выявлены конкременты в протоковой системе ПЖ. Билиарная гипертензия у 23 (43,1 %) пациентов проявлялась механической желтухой, у 28 (66,9 %) она диагностирована по данным инструментального обследования (УЗИ, КТ).

Для ликвидации билирной гипертензии у пациентов с дуоденумсохраняющими проксимальными резекциями головки ПЖ в 10 случаях выполнено интрапанкреатическое выделение холедоха из ткани головки ПЖ, транспанкреатическая супрапапиллярная холедохопанкреатостомия (ХПС) — в 35, холедоходуоденоанастомоз наложен в 2 случаях, гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на одной с панкреатоеюноанастомозом (ПЕА) петле по Ру — в 2, ГЕА на отдельной петле по Ру — в 2 случаях.

Результаты. Послеоперационной летальности при проксимальных резекциях головки поджелудочной железы с явлениями билирной гипертензии не было. Послеоперационные осложнения составили 23,1 %, из них специфические отмечены в 5,9% случаев: несостоятельность ХДА у одного пациента из двух, потребовавшая релапаротомии. Из выполненных 35 ХПС осложнения возникли в 2 случаях. В одном случае при выполнении операции Frey, развилась стриктура ХПС, потребовавшая выполнения повторной операции через 3 мес. — ГЕА на существующей петле по Ру. Во втором случае отмечена частичная несостоятельность ХПС с желчеистечением по дренажам — выздоровление после консервативного лечения. Выполнить ГЕА на одной петле с ПЕА, как правило, сложно из-за анатомических особенностей гепатобилиарной зоны на фоне хронического панкреатита. Наложение ГЕА на второй петле по Ру анатомически более целесообразно, однако значительно осложняет операцию из-за большого количества анастомозов.

Заключение. Билиарная гипертензия отмечена почти у половины оперированных пациентов с ХП (47,2 %). Бернский вариант операции Beger с ХПС является оптимальным у пациентов с ХП и признаками билирной гипертензии. ГЕА для ликвидации билирной гипертензии показана при повторных операциях на ПЖ после формирования ПЕА. Первичная операция ГЕА показана при невозможности выделения по техническим причинам интрапанкреатической части холедоха или в связи с тяжестью состояния пациента. Использование ХДА при выполнении дуоденумсохраняющих проксимальных резекций головки ПЖ у больных с ХП является рискованной операцией.

Хирургическая реабилитация больных с временными колостомами

ЯКУБОВ Ф.Р., БАБАДЖАНОВ М.Б., БАБАДЖАНОВ К.Б.
*Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
 Ургенч, Узбекистан
 Областной многопрофильный медицинский центр,
 Ургенч, Узбекистан*

Одной из актуальных проблем современной хирургии является реабилитация стомированных больных. Число стомированных больных в Российской Федерации составляет от 100 000 до 120 000, из них 38,2 — 50,8 % — трудоспособного возраста.

В проведенном исследовании проанализированы результаты лечения 42 пациентов с временными колостомами, перенесших операцию по восстановлению непрерывности ободочной кишки, находившихся на стационарном лечении в Областном многопрофильном медицинском центре Хорезмской области в период с 2007 по 2012 г.

Среди пациентов женщин было 24 (57,1 %), мужчин — 18 (42,9 %). Возраст больных варьировал в пределах от 29 до 75 лет. Тридцать один (73,8 %) пациент на момент исследования был в трудоспособном возрасте, остальные — в нетрудоспособном.



Всем больным выполняли УЗ-исследование и колоноскопию. Все пациенты изначально были оперированы по поводу опухолей толстой кишки разных локализаций в плановом порядке. Сигмостома была сформирована у 18 (42,9 %) больных, трансверзостома — у 14 (33,3 %), цекостома — у 10 (23,8 %). Одноствольные стомы имели место у 32 (76,2 %) пациентов, двухствольные петлевые — у 10 (23,8 %).

Все стомированные больные, у которых предполагалось восстановить целостность кишечной трубки, были разделены на две группы в зависимости от времени, прошедшего с момента первой операции до восстановительной операции: I группа (22 больных) — группа раннего восстановления (до месяца), II группа (20 больных) группа позднего восстановления (более 2 месяцев).

При планировании хода операции каждому больному выбирали оптимальный способ и доступ оперативного вмешательства. Нижняя срединная лапаротомия произведена у 38 (90,4 %) пациентов, трансректальный доступ с иссечением колостомы — у 4 (9,6 %).

В группе больных, оперированных в ранние сроки, послеоперационные осложнения имели место в 3 (13,6 %) случаях: нагноение послеоперационной раны — 1, анастомозит — 1, несостоятельность толстокишечного анастомоза — 1. Повторного хирургического вмешательства не потребовалось.

У 7 (35 %) больных с поздним восстановлением непрерывности толстой кишки отмечены послеоперационные осложнения: нагноение послеоперационной раны — у 4, анастомозит — у 1, частичная несостоятельность толстокишечного анастомоза — у 1 и формирование толстокишечного свища, не потребовавшего повторной операции, — у 1 чел.

Таким образом, хорошие функциональные результаты наблюдали в раннем периоде после ранней ликвидации стомы. Частота послеоперационных осложнений при ранней ликвидации стомы на 21,4 % ниже, чем при поздней.

Содержание

Раздел 1. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

АБДУЛЛАЕВ А.Б., БЕРКЕЛИЕВ Ю.Г., АБДУЛЛАЕВ А.А., КАРАЕВА М.К., РАХМЕДОВ А.А., АХМЕДОВ Г.М. Выбор оптимального метода хирургического вмешательства при эхинококкозе печени	5
АБДУЛЛАЕВ А.А., РАХМЕДОВ А.А., АХМЕДОВ Г.М., АБДУЛЛАЕВ Б.А., БЕКНАЗАРОВ Я.Б., АЛЛАБЕРДИЕВ И.А., РАХМАНОВА Д.А. Лечение сочетанного множественного эхинококкоза печени и брюшной полости	5
АБДУЛЛАЕВ А.А., АХМЕДОВ Г.М., РАХМЕДОВ А.А., АЛЛАБЕРДИЕВ И.А., АБДУЛЛАЕВ Б.А. Тактика хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких	6
АБДУЛЛАЕВ А.А., ГУРБАНОВ Р.О., РАХМЕДОВ А.А., АБДУЛЛАЕВ Б.А., БЕРКЕЛИЕВ Ю.Г., ГУРБАНОВ С.М. Усовершенствование диагностики эхинококкоза печени	7
АБДУЛЛАЕВ А.А. Хирургические вмешательства при эхинококкозе печени в сочетании с другими заболеваниями органов брюшной полости	7
АВДОСЬЕВ Ю.В., БОЙКО В.В., АБИДОВ Э.А. Рентгеноэндovasкулярная диагностика и хирургия заболеваний гепатобилиарной системы	8
АНВАРОВ Х.Э., АЛТЫЕВ Б.К., МЕЛЬНИК И.В. Комплексный подход в диагностике и лечении некоторых ургентных осложнений эхинококкоза печени	9
АНГЕЛИЧ Г.А., ПИСАРЕНКО С.С., ПАНИЧ И.И. Эндоскопический фибрин-клеевой гемостаз при кровотечениях из варикозно расширенных вен желудка у больных циррозом печени	9
АНДОН Л.Г., ЛИПОВАН В.Г., БУЖОР П.В., АНДОН Е.Л., ПАВЛЮК Г.В., АБАБИЙ Ф.С. Особенности диагностики и хирургического лечения желудочно-кишечных осложнений эхинококкоза печени. . .	10
АРГУЧИНСКИЙ И.В., АНДРЕЕВ П.В. Лапароскопическая фенестрация кист печени с пломбировкой полости большим сальником	11
АРИПОВА Н.У., МАТМУРАДОВ С.К., АРИПОВА М.У., НАБИЕВ А.Н. Влияние лигнина хлопчатника на внешнесекреторную функцию печени (экспериментальное исследование)	11
АХМЕДОВ С.М., ДУСТОВ А.Д., САФАРОВ Б.ДЖ., ТАБАРОВ З.В., РАСУЛОВ Н.А., САИДМУРОДОВ А.С., ИБРАГИМОВ Н.К., ЮЛДОШЕВ З.Т. Интраоперационная радиолимфосцинтиграфия как способ обеспечения радикальности операции при местнораспространенном раке печени	12
АХМЕДОВ С.М., ИБРОХИМОВ Н.К., РАСУЛОВ Н.А., ТАБАРОВ З.В., ЮЛДОШЕВ З.Т., МАРСАКОВ П.А. Резекция печени при эхинококкозе, осложненном механической желтухой	12
БЕБЕЗОВ Б.Х., УМЕТАЛИЕВ Т.М., МАМАШЕВ Н.Д., БЕЛЕКБАЕВ Т.М., СУРОВ Э.А., АСАКЕЕВ Н.А. Непосредственные результаты хирургического лечения альвеококкоза печени у детей	13
БЕЛОКОНЕВ В.И., ХУНКУЙ И., ПОНОМАРЕВА Ю.В., ЗАХАРОВ В.П. Экспериментальное и клиническое обоснование лазерного облучения печени для лечения холангита у больных после операции Гетца	14
БОЙКО В.В., СКОРЫЙ Д.И., МАЛОШТАН А.В., КОЗЛОВА Т.В., ВОЛЧЕНКО И.В., ПИСЕЦКАЯ М.Э. Сравнительная оценка методов диссекции в резекционной хирургии печени	14
БОРОВИК В.В., ГРАНОВ Д.А., ПОЛИКАРПОВ А.А. Трансплантация при новообразованиях печени	15
ВАНСОВИЧ В.Е., ПШЕНИЧНЫЙ В.И. Нарушение целостности мембран эритроцитов как один из ведущих патогенетических механизмов развития печеночной недостаточности	15
ВЕТШЕВА Н.Н., СТЕПАНОВА Ю.А. Трудности дифференциальной диагностики альвеококкоза печени	16
ВИШНЕВСКИЙ В.А., ЕФАНОВ М.Г., ИКРАМОВ Р.З., УСЯКИЙ П.В., ВЕТШЕВА Н.Н., ЧЖАО А.В. Кистозные опухоли печени: структура заболевания, диагностика и лечение	17
ВИШНЕВСКИЙ В.А., ЕФАНОВ М.Г., ИКРАМОВ Р.З., ШЕВЧЕНКО Т.В., ТУПИКИН К.А., ЧЖАО А.В. Первый опыт двухэтапной резекции печени с лигированием долевого ветви воротной вены и разделением паренхимы печени <i>in situ</i> на первом этапе	18



ГАРЕЛИК П.В., БАТВИНКОВ Н.И., МОГИЛЕВЕЦ Э.В., СМОЛЬСКИЙ А.В. Модифицированный способ применения зонда Сенгстакена — Блэкмора при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода	18
ГРАНОВ А.М., ТАРАЗОВ П.Г., ПОЛИКАРПОВ А.А., БОРОВИК В.В., ПОЛЫСАЛОВ В.Н., ГРАНОВ Д.А. Отдаленные результаты рентгеноэндоваскулярных вмешательств в лечении пациентов с нерезектабельным гепатоцеллюлярным и метастатическим колоректальным раком печени	19
ГРУБНИК Ю.В., ЮЗВАК А.Н., ГРУБНИК В.Ю., ХОЛОДКОВА Е.Л. Лечение больных с кровотечением при портальной гипертензии, обусловленной циррозом печени	20
ГУБЕРГРИЦ Н.Б., ЛУКАШЕВИЧ Г.М., ВАСИЛЕНКО И.В. Клиническое наблюдение удвоения печени	21
ДАНУ М.И., СТРАЖЕСКУ Г.И. Комплексная терапия при гастроэзофагеальном рефлюксе при циррозе печени и портальной гипертензии у лиц пожилого возраста	21
ДЕМИДОВ В.М., ДЕМИДОВ С.М. Ранняя неспецифическая диагностика воспалительных заболеваний печени	22
ЗЕМЛЯНОЙ В.П., ЛЕТИНА Ю.В., ШАРИКОВА О.В. Особенности клинической картины, диагностики и лечения острого холецистита у больных с острым и хроническим вирусным гепатитом	23
ИЛЬЮШОНОК В.В., ШКУРИН С.В., ШУЛЕЙКО А.Ч. Гибридные технологии при малоинвазивных вмешательствах под УЗ-контролем в лечении кист печени	23
КАРАБАЕВ Х.К., КАРАБАЕВ Б.Х., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., ТАГАЕВ К.Р., САТТОРОВ Б.С. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени	24
КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., КАРАБАЕВ Б.Х., НОРОВ М.Ч., ТУХТАЕВ Ж.О. Опыт многоэтапной хирургической тактики при тяжелых сочетанных травмах печени	25
КАРПОВА Р.В., ЧЕРНОУСОВ А.Ф., ХОРОБРЫХ Т.В. Применение криопреципитата в лечении цирроза печени	25
КИСЛИЦИН Д.П., ХРЯЧКОВ В.В., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.А., КОЛМАЧЕВСКИЙ Н.А. Роботизированные вмешательства в гепатобилиарной хирургии	26
КИСЛИЦИН Д.П., ХРЯЧКОВ В.В., ИОНИН В.П., ДОБРОВОЛЬСКИЙ А.А., КОЛМАЧЕВСКИЙ Н.А. Современные хирургические вмешательства при эхинококкозе	27
КОЛКИН Я.Г., ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., ВОЙТЮК В.Н., ПАВЛОВ К.И. Модифицированные способы диагностики и хирургического лечения доброкачественных очаговых образований печени	27
КОЛКИН Я.Г., ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., ГРЕДЖЕВ Ф.А., ВОЙТЮК В.Н. Усовершенствованные эндовидеохирургические операции при гидатидозном эхинококкозе печени	28
КОЛОБОВ С.В., ШЕВЧЕНКО В.П., ТРАНДОФИЛОВ М.М., ЗИНАТУЛИН Д.Р. Чрескожная чреспеченочная радиочастотная акватермодеструкция гепатоцеллюлярного рака	29
КРИГЕР А.Г., ВИШНЕВСКИЙ В.А., БЕРЕЛАВИЧУС С.В., ЕФАНОВ М.Г., ГОРИН Д.С., ПОЛЯКОВ И.С. Робот-ассистированные операции на печени	30
КУРБОНОВ К.М., МАХМАДОВ Ф.И., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Эндоскопические аспекты нагноившегося эхинококкоза печени	30
ЛАПШИН Г.В., БИЛЬМАН Ф., ЧИКЛАДЗЕ С., МАКОВИЦ Ф., БАУШ Д., ХОПТ У.Т., КЕК Т., ВЕЛЬНЕР У.Ф. Прогнозирование осложнений после панкреатодуоденальной резекции на дооперационном этапе	31
ЛЯДОВ К.В., ЕГИЕВ В.Н., ЕРМАКОВ Н.А., ЛЯДОВ В.К., КОЗЫРИН И.А., КОВАЛЕНКО З.А. Первый опыт новой двухэтапной методики (<i>in situ split</i>) резекции печени	31
МАМЕДОВА Э.П., АБДУЛЛАЕВА А.З., МЕДЖИДОВ Р.Т. Антиоксидантная защита гепатоцитов при ускоренной декомпрессии билиарного тракта	32
МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., СОБИРОВ А.ДЖ., ГУЛАХМАДОВ А.Д. Пути улучшения результатов лечения поддиафрагмального эхинококкоза печени	33
МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., МАГОМЕДОВ И.У., СУЛТАНОВА Р.С. Видеолапароскопическая аутофлуоресцентная спектроскопия опухолей печени	33
МИЕРБЕКОВ Е.М., ЧО С., ДЗЯДЗЬКО А.М., МИНОВ А.Ф., АРТЫКБАЕВ Ж.Т., КУСАИНОВ А.Ш., ЖАРАСБАЕВ А.М., ЖАЗЫЛБЕКОВ А.А., МУХАНОВА С.Р., ШИШКИН А.А. Первый опыт анестезий и ведения ранних послеоперационных периодов у пациентов с ортотопической трансплантацией родственной донорской печени	34

<i>МНАЦАКАНЯН Э.Г., МАЛАНКА М.И., ПОПОВ А.В.</i> Отдаленные результаты лечения больных эхинококкозом печени, оперированных традиционным способом и с применением плазменных технологий.	35
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.</i> Изменения ангиоархитектоники вен воротной системы при портальной гипертензии в зависимости от возраста больных циррозом печени	35
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., МАХМУДОВ У.М., МАРДОНОВ Л.Л.</i> Интегральная оценка риска развития специфических осложнений и прогноза выживаемости больных циррозом печени после портосистемного шунтирования	36
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.</i> Особенности развития осложнений портальной гипертензии в зависимости от возраста больных циррозом печени	37
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х.</i> Оценка тяжести течения цирроза печени по шкале MELD при планировании портосистемного шунтирования ...	37
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., НИШАНОВ М.Ш., САЙДАЗИМОВ Е.М., ХАКИМОВ Ю.У.</i> Пути улучшения результатов обширных анатомических резекций печени	38
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., МАХМУДОВ У.М., РАИМОВ С.А.</i> Результаты селективного портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с высокой портальной гипертензией.	39
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.</i> Способ ограничения портокавального сброса при формировании дистального спленоренального анастомоза	39
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., ДЕВЯТОВ А.В., БАБАДЖАНОВ А.Х., РАИМОВ С.А.</i> Сравнительные результаты дистального спленоренального анастомоза у больных циррозом печени в различных возрастных группах	40
<i>ОМОРОВ Р.А., АЙТБАЕВ С.А., АБДИЕВ А.А., АВАСОВ Б.А.</i> Стрессовые язвы как осложнения после резекции печени и их профилактика	41
<i>ПОДПРЯТОВ С.Е., ГИЧКА С.Г., ПОДПРЯТОВ С.С., МАРИНСКИЙ Г.С., ЧЕРНЕЦ А.В., ТКАЧЕНКО В.А., ДУБКО А.Г., КОРЧАК В.П., ИВАХА В.В.</i> Осуществление резекции печени с использованием технологии электросварки живых тканей	41
<i>ПУТИНЦЕВ Ю.В., ПАНКРАТОВ А.Ю.</i> Особенности антигипертензивной терапии у пациентов с нарушением функции печени	42
<i>ПЫШКИН С.А., МАСЛОВ В.Г., БОРИСОВ Д.Л., УСТИНОВ Н.А.</i> Пути профилактики осложнений при резекции печени	43
<i>РУСИН В.И., КОРСАК В.В., РУСИН А.В., БОЙКО С.А.</i> Хирургический доступ при операциях на VI–VII сегментах печени и нижней полой вене	43
<i>СТРАЖЕСКУ Г.И.</i> Иммунный статус у больных с эхинококкозом печени	44
<i>СТРАЖЕСКУ Г.И.</i> Лапароэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени	45
<i>СУХИН И.А., АМБРУШ О.О., БЕЛИЛОВЕЦ А.Н., КАЧАН С.Г., ГОНЧАР И.В., ГИЛЕВИЧ Р.С.</i> Использование аппарата дозированного лигирующего воздействия LigaSure при выполнении лапароскопических операций на печени и внепеченочных желчных протоках	45
<i>ТИМЕРБУЛАТОВ М.В., МЕХТИЕВ Н.М., МАНАНОВ Р.А., ШИРЯЕВ А.А., СЕНДЕРОВИЧ Е.И., ХАФИЗОВ Р.М., РАХИМОВ Р.Р.</i> Способ лечения абсцесса печени	46
<i>ТИМЕРБУЛАТОВ Ш.В.</i> Клеточная терапия при циррозе печени	46
<i>ТУМАНОВА У.Н., КАРМАЗАНОВСКИЙ Г.Г., ЩЕГОЛЕВ А.И.</i> Компьютерно-томографические характеристики контрастирования гепатоцеллюлярного рака	47
<i>ФОМИН В.С., НИКОЛАЕВ Н.М., КОЛОСКОВ Ю.Б., ДАНИЛЕВСКАЯ О.В., ФОМИНА В.М., ФОМИНА М.Н., НИКОЛАЕВ Д.В.</i> Рецидивный холедохолитиаз как причина холангиогенного абсцесса левой доли печени. Клиническое наблюдение	48
<i>ФОМИН П.Д., КОЗЛОВ С.Н., СКИБА И.А., АСТАПЕНКОВ В.А., ИГНАТОВ А.В., ПРОСКУРКО В.Г., ШАПОВАЛЮК В.В.</i> Вторичная профилактика варикозных кровотечений с применением эндоскопических и эндоваскулярных хирургических вмешательств	49
<i>ХАДЖИБАЕВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., МЕЛЬНИК И.В., ЮСУПОВ У.Р.</i> Возможности эндоскопического лигирования и склеротерапии при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода	50



ХАСАНОВ Д.Ш., КАРИМОВ М.А., УСМОНОВ У.Д., ЗИЯЕВ Я.П., МАМАРАСУЛОВА Д.З. Интраоперационная внутриопухолевая алкоголизация при лечении нерезектабельного первичного рака печени	50
ХАСАНОВ Д.Ш., КАРИМОВ М.А., УСМОНОВ У.Д., ЗИЯЕВ Я.П., МАМАРАСУЛОВА Д.З. Результаты химиотерапии при нерезектабельных формах первичного рака печени	51
ХОЛМАТОВ П.К., КАЮМОВ А.А. Лечение пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии	51
ХОЛМАТОВ П.К. Портокавалыные анастомозы у больных циррозом печени и портальной гипертензией	52
ХОРОНЬКО Ю.В., МИКРЮКОВ В.А., САРКИСОВ А.Э., ГЛЕБОВ К.А., БЛИКЯН А.В. Трансъюгулярное портосистемное шунтирование (TIPS/ТИПС) при портальной гипертензии цирротического генеза и профилактика специфических осложнений этого вмешательства	53
ЧЕТВЕРИКОВ С.Г., ЗАКАРИЯ МОХАММАД АХМАД Малоинвазивные технологии в лечении эхинококкоза печени	53
ЧЖАО А.В., ИОНКИН Д.А., ЖАВОРОНКОВА О.И., ВЕТШЕВА Н.Н., КУНГУРЦЕВ С.В. Возможность использования криолизиса при первичном и метастатическом раке печени	54
ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., КУЗЬМЕНКО А.Е., ПЕСЧАНСКИЙ Р.Е. Тромбоцитарный концентрат в лапароскопической хирургии доброкачественных очаговых образований печени	55
ШЕВЧУК А.Г., ВАСЫЛЮК М.Д., ВАСЫЛЮК С.М., ГАЛЮК В.М., ИВАНЬИНА В.В. Диагностика пищеводно-желудочного кровотечения у больных с циррозом печени	55
ШУЛЕЙКО А.Ч., ВОРОБЕЙ А.В., ГРИШИН И.Н., АЛЕКСАНДРОВ С.В. Использование высокоэнергетического лазера «МУЛ-хирург» в хирургии печени	56
ЭГУЧИ С., СЕЙСЕМБАЕВ М.А., АРЗЫКУЛОВ Ж.А., РАМАЗАНОВ М.Е., ТОКСАНБАЕВ Д.С., САДЫКОВ Н.К., МОЛДАБЕКОВ Е.Т., ИСБАМБЕТОВ А.С., ДОСХАНОВ М.О., КАНИЕВ Ш.А. Опыт трансплантации печени от живого донора	57

Раздел 2. ЛЕЧЕНИЕ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ И НЕКОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПЕЧЕНИ

БОНДАРЬ Г.В., ИЩЕНКО Р.В., АНТИПОВ В.Н., ЛАСАЧКО П.С. Одномоментная катетеризация печеночной артерии при резекции печени по поводу метастазов колоректального рака	58
ВЛАХОВ А.К. Эхонавигационные пункционные биопсии в диагностике метастазов печени у пациентов, оперированных по поводу колоректального рака	59
ДАРВИН В.В., ОНИЩЕНКО С.В., ЛЫСАК М.М., КРАСНОВ Е.А. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с колоректальными метастазами печени: влияние современных технологий	60
ЕГОРОВ А.В., КОНДРАШИН С.А., МУСАЕВ Г.Х., ВАСИЛЬЕВ И.А., ПАРНОВА В.А. Выбор метода лечения нейроэндокринных метастазов печени	60
ЖУРАВЛЕВ В.А., РУСИНОВ В.М., БАХТИН В.А., ШЕРМАН Н.З. Опыт анатомических резекций печени в лечении колоректальных метастазов	61
ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф., МУГАТАРОВ И.Н., КАМЕНСКИХ Е.Д., КОСЯК А.А., МАЛЬГИНОВ К.Е., ГАВРИЛОВ О.В. Комплексное лечение больных с метастатическим поражением печени	62
ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф., КОЛЫВАНОВА М.В., МУГАТАРОВ И.Н., САМАНЧУК С.Ф. Ультразвуковой мониторинг состояния метастазов печени после проведения радиочастотной термоабляции	62
ИОНКИН Д.А., ВИШНЕВСКИЙ В.А., ЕФАНОВ М.Г., ЖАВОРОНКОВА О.И., МЕЛЕХИНА О.В., ШУРАКОВА А.Б., ЧЖАО А.В. Метастазы колоректального рака в печень. Отдаленные результаты применения радиочастотной термоабляции	63
КОВАЛЕНКО Ю.А., ЧУГУНОВ А.О., АНДРЕЙЦЕВА О.И., ЧЖАО А.В. Прогноз отдаленных результатов резекции печени при метастазах колоректального рака	63
КОТИВ Б.Н., ДЗИДЗАВА И.И., АЛЕНТЬЕВ С.А., СЛОБОДЯНИК А.В., СМОРОДСКИЙ А.В., ФЕДУН О.В. Симультанные резекции печени у больных со злокачественными новообразованиями и синхронными метастазами	64

<i>ЛЯДОВ К.В., ЕГИЕВ В.Н., ЕРМАКОВ Н.А., ЛЯДОВ В.К., КОЗЫРИН И.А., САМОЙЛОВ А.В.</i> Подходы к хирургическому лечению пациентов с билобарными метастазами колоректального рака в печень	65
<i>МАГОМЕДОВ И.У., МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., СКОРОВАРОВ А.С., МЕДЖИДОВ Ш.Р.</i> Вопросы разрешения холестаза при метастатическом раке гепатобилиарной системы.	66
<i>МАКСИМОВСКИЙ В.Е.</i> Применение радиочастотной абляции в хирургии метастатических поражений печени.....	66
<i>МИЛИЦА Н.Н., ПОСТОЛЕНКО Н.Д., АНГЕЛОВСКИЙ И.Н., МИЛИЦА К.Н.</i> Опыт лечения метастатического колоректального рака.....	67
<i>МУСАЕВ Г.Х., ЮРИЧЕНКО Ю.Ю., БЕКШОКОВ А.С., ФАТЬЯНОВА А.С.</i> Микроволновая или радиочастотная абляция метастазов печени: что лучше?.....	68
<i>НАРТАЙЛАКОВ М.А., МУХАМЕДЬЯНОВ И.Ф., ГРИЦАЕНКО А.И.</i> Возможности рентгеноэндоваскулярных методов лечения метастатического рака печени	68
<i>ПЫШКИН С.А., БОРИСОВ Д.Л., МАСЛОВ В.Г., ШАМСИЕВ А.Р., ГОТОВЦЕВ Ю.В., АЛИХАНОВ Н.Г.</i> Метастатические поражения печени: резервы улучшения ситуации	69
<i>РУСИН В.И., РУСИН А.В., ЧОБЕЙ С.М., БУЦКО Е.С., КУЦЕНКО А.Ю., ИГНАТ А.В.</i> Эндоваскулярные технологии при хирургическом лечении обструктивного рака ободочной кишки с метастазами в печень.....	70
<i>РЫХТИК П.И., ЗАГАЙНОВ Е.В., САФОНОВ Д.В.</i> Интраоперационное УЗИ при резекции печени у пациентов с колоректальными метастазами	70
<i>СЕЙСЕМБАЕВ М.А., ТОКСАНБАЕВ Д.С., САДЫКОВ Н.К., МОЛДАБЕКОВ Е.Т., ИСБАМБЕТОВ А.С., БАРЛЫБАЙ Р.А.</i> Резекционные вмешательства при метастатическом раке печени.....	71
<i>СИДОРОВ Д.В., ЛОЖКИН М.В., ГРИШИН Н.А., ПЕТРОВ Л.О., МАЙНОВСКАЯ О.А., ТРОИЦКИЙ А.А.</i> Техника и непосредственные результаты анатомических резекций печени по поводу метастазов колоректального рака с использованием методики водоструйной диссекции паренхимы	72
<i>СПИЖЕНКО Н.Ю., ФЕДУСЕНКО А.А., ШАРАЕВСКИЙ О.А., БУРЫК В.М., ЛЕЩЕНКО Ю.Н., БОБЫРЬ В.Н., МАКАРОВА Ж.Н.</i> Комплексная лучевая диагностика в оценке эффективности радиохирургического лечения новообразований печени	72
<i>СТАРЦЕВ А.Б., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВ О.А., ПЕЛЬЦ В.А.</i> Хирургическое лечение метастатического поражения печени при колоректальном раке	73
<i>ТАРАСЕНКО С.В., КОПЕЙКИН А.А., БАШАРОВА У.В., ЧУДИН С.В.</i> Ближайшие и отдаленные результаты резекций печени при метастатическом поражении	74
<i>ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ГРЕКОВ Д.Н., ТАВОБИЛОВ М.М., ШИКОВ Д.В., КУЛИКОВ В.М., ДРОЗДОВ П.А.</i> Применение методов локальной деструкции в лечении больных с первичным и метастатическим раком печени	74
<i>ШТОФИН С.Г., АНИЩЕНКО В.В., ФУРСОВ С.А., ЧЕКАНОВ М.Н.</i> Хирургическое лечение метастатических опухолей печени.....	75

Раздел 3. ХИРУРГИЯ НЕОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

<i>АБДУЛЛАЕВ А.А., АШИЕВ Г.М., БЕРКЕЛИЕВ Ю.Г., АБДУЛЛАЕВ А.Б., КАРАЕВА М.К., РАХМЕДОВ А.А.</i> Высокие повреждения внепеченочных желчных протоков	77
<i>АЛТЫЕВ Б.К., ХАКИМОВ Б.Б., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХАШИМОВ М.А.</i> Транспапиллярные вмешательства при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки	77
<i>АМИНОВ И.Х., ЧУРКИН М.В., ПОДОЛУЖНЫЙ В.И., КРАСНОВ К.А., ПЕЛЬЦ В.А., СОХАРЕВ А.С.</i> Влияние вида премедикации и факторов риска на развитие острого ЭРХПГ-индуцированного панкреатита	78
<i>АРИПОВА Н.У., ИСМАИЛОВ У.С., МАТМУРАТОВ С.К.</i> Бесконтрастная холангиография при механической желтухе доброкачественной этиологии.....	78
<i>АРИПОВА Н.У., НАБИЕВ А.Н., МАТМУРОДОВ С.К., ДЖАМАЛОВ С.И., АРИПОВА М.У.</i> Изучение динамики желчевыделения и желчеобразования при внепеченочном холестазах доброкачественной этиологии.....	79
<i>АРИПОВА Н.У., ИСМАИЛОВ У.С., МАТМУРАТОВ С.К., АЛЛАЗАРОВ У.А.</i> Эндоскопические вмешательства при механической желтухе доброкачественной этиологии.....	80



АХМЕДОВ С.М., РАСУЛОВ Н.А., РАДЖАБОВ А.М., САФАРОВ Б.ДЖ., ТАБАРОВ З.В. Хирургическое лечение альвеококкоза печени, осложненного желтухой.....	80
АХМЕДОВ С.М., САФАРОВ А.М., РАСУЛОВ Н.А., САИДМУРОДОВ А.С., ТАБАРОВ З.В. Хирургическое лечение постхолецистэктомических повреждений и стриктур желчных протоков	81
БЕБУРИШВИЛИ А.Г., ЗЮБИНА Е.Н., МАНДРИКОВ В.В., ТУРОВЕЦ М.И., ВЕДЕНИН Ю.И., ГЕРАСИМОВ М.В. Повышение эффективности эндохирургической коррекции механической желтухи неопухолевого генеза	82
БЕРЕЗНИЦКИЙ Я.С., ЛЫСУНЕЦ П.Б., ШЕВЧЕНКО В.Ю., ДУКА Р.В. Видеолaparоскопическая тактика при лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.....	82
БОГОМОЛОВ Н.И., ВОТЬЕВ И.В., ПРОХОРОВ Н.Б., СКАЖУТИН В.Г., СОЛОВЬЕВ В.Ю., ХАВЕНЬ Б.Н., ТОМСКИХ Н.Н. Желчнокаменная болезнь как причина механической желтухи	83
БОГОМОЛОВ Н.И. Холедохоскопия.....	84
БОГОМОЛОВ Н.И., ТОМСКИХ Н.Н., ВОТЬЕВ И.В. Эволюция хирургии неопухолевой механической желтухи в Забайкальском крае	85
БОЙКО В.В., СМАЧИЛО Р.М., БРИЦКАЯ Н.Н., САРИАН И.В. Хирургическое лечение непроходимости терминального отдела холедоха у больных с наружным желчеистечением после холецистэктомии.....	85
БОЛДИЖАР А.А., РУСИН В.И., БОЛДИЖАР П.А., КРАВЧУК И.Б. Малоинвазивные ретроградные и антеградные способы лечения резидуального холедохолитиаза и его осложнений	86
БРАЖНИКОВА Н.А., ЦХАЙ В.Ф., МЕРЗЛИКИН Н.В. Особенности патоморфологических изменений печени при паразитарных механических желтухах.....	87
БРАЖНИКОВА Н.А., ЦХАЙ В.Ф., МЕРЗЛИКИН Н.В. Принципы лечения механической желтухи описторхозного генеза	87
ВАФИН А.З., АЙДЕМИРОВ А.Н., МНАЦАКАНЯН Э.Г., ДЕЛИБАЛТОВ К.И., ПОГОСЯН Г.А., ЕГОЯН Х.С. Хирургия механической желтухи при ятрогенных повреждениях и/или стриктурах внепеченочных желчных протоков.....	88
ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н., ВЕЛИГОЦКИЙ А.Н., АРУТЮНОВ С.Э., АВДОСЬЕВ Ю.В., ПАВЛИЧЕНКО С.А., ШАДРИН О.В., СКАЛИЙ Н.Н. Современные варианты билиарной декомпрессии при обструктивных заболеваниях панкреатодуоденальной зоны.....	89
ВЛАХОВ А.К. Возможности эхонавигационных интервенционных методов при обструктивной патологии желчевыводящих путей	89
ВОРОБЕЙ А.В., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Е.И., ШУЛЕЙКО А.Ч., ЛАГОДИЧ Н.А. Современные диагностические и лечебные подходы при стриктурах гепатикоеюноанастомозов	90
ВОРОБЕЙ А.В., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Е.И., ШУЛЕЙКО А.Ч., ЛАГОДИЧ Н.А. Современная тактика при доброкачественных стриктурах желчных протоков и стриктурах билиодигестивных соустьей.....	91
ВОРОНЧИХИН В.В., КАТАЙКИН А.Н., БАЙХАНОВ Ж.С., ЕГОРОВ А.О., ГРИГОРЬЕВ В.В. Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного механической желтухой	92
ВОРОТЫНЦЕВ А.С., ОВЧИННИКОВ А.А., МЕГРАБЯН Р.А. Миниинвазивные комбинированные антеградные и ретроградные методы в лечении холедохолитиаза	92
ГАДЖИЕВ ДЖ.Н., ТАГИЕВ Э.Г., ГАДЖИЕВ Н.ДЖ. Содержание цитокинов в протоковой желчи и сыворотке крови при обтурационной желтухе неопухолевого генеза.....	93
ГАЛЬПЕРИН Э.И., КУЗОВЛЕВ Н.Ф., ЧЕВОКИН А.Ю., ДЮЖЕВА Т.Г., ГАРМАЕВ Б.Г. Место каркасного дренирования в хирургии рубцовых стриктур желчных протоков на современном этапе.....	94
ГЕРАСИМЕНКО О.С., ШАПОВАЛОВ В.Ю., ДОВБЕНКО О.В., КОЛОТВИН А.А. Антеградная баллонная дилатация БСДК в лечении микрохолангиолитиаза	94
ГЕРАСИМОВ Д.В., ГРУБНИК В.В., ТКАЧЕНКО А.И., МАЛИНОВСКИЙ А.В. Возможности комбинированных малоинвазивных вмешательств.....	95

<i>ГРИШИН И.Н., ГРИЦ В.Н., ЛАГОДИЧ С.Н.</i> Механическая желтуха и холангиолитиаз	95
<i>ГРУБНИК В.В., ТКАЧЕНКО А.И., КОШЕЛЬ Ю.Н., ИЛЬЯШЕНКО В.В., ЕВСИКОВ Б.В.</i> Эффективность лапароскопических операций у больных с механической желтухой на фоне холедохолитиаза	96
<i>ДАНИЛОВ М.В., ЗУРАБИАНИ В.Г., КАРПОВА Н.Б.</i> Взаимоотношения минимально инвазивных диагностических и традиционных операций при хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни и хронического панкреатита	96
<i>ДАЦЕНКО Б.М., БОРИСЕНКО В.Б., ТАММ Т.И., КРАМАРЕНКО К.А.</i> Обоснование хирургической тактики у больных острым холангитом, осложненным билиарным сепсисом.	97
<i>ДЕГОВЦОВ Е.Н., ВОЗЛЮБЛЕННЫЙ С.И.</i> Мини-лапаротомная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция в хирургическом лечении холангиолитиаза.	98
<i>ДРОНОВ А.И., НАСТАШЕНКО И.Л., ЦИМБАЛЮК Р.С., НЕГРЯ Е.В., ШВЕЦ Ю.П., РОГУШИН Д.А.</i> Эндоскопические методы лечения холедохолитиаза	99
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М., БАТЮК В.И., АДАМОВИЧ Д.М., ЛИН В.В., ЗЫБЛЕВ С.Л.</i> Механическая желтуха у больных рефлюкс-холангитом после холедоходуоденостомии	100
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М., БАТЮК В.И., АДАМОВИЧ Д.М., ЛИН В.В., ЗЫБЛЕВ С.Л.</i> Механическая желтуха у больных циррозом печени	100
<i>ЕРШОВ К.Г., ХАЛЬЗОВ В.Л., ГОНЧАРОВ О.В., ТЕТЕРИН Г.В., ТЕРЕНТЬЕВ В.А.</i> Пути сохранения автономности желчного дерева при холедохолитиазе	101
<i>КАДОЩУК Т.А.</i> Результаты хирургического лечения холедохолитиаза, осложненного механической желтухой	101
<i>КАНИКОВСКИЙ О.Е., ПАВЛИК И.В., КАНИКОВСКИЙ Д.О., ФАТИМИ САИД ХУСЕЙН</i> Хирургическая коррекция механической желтухи у больных хроническим панкреатитом	102
<i>КАНИКОВСКИЙ О.Е., БОНДАРЧУК О.И., КАРЫЙ Я.В., БАБИЙЧУК Ю.В., КАНИКОВСКИЙ Д.О.</i> Хирургическая тактика при механической желтухе в пожилом и старческом возрасте	103
<i>КАПШИТАРЬ А.В.</i> Верхняя срединная лапаротомия, преобразованная методом аппаратной коррекции ретракторами Сигала — Кабанова, как оперативный доступ в неотложной хирургии механической желтухи доброкачественной этиологии	103
<i>КАПШИТАРЬ А.В.</i> Холецистэктомия из мини-доступа у больных острым холециститом, осложненным механической желтухой	104
<i>КАРИМОВ Ш.И., ХАКИМОВ М.Ш., МАТКУЛИЕВ У.И., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХОШИМОВ М.А.</i> Стандартизация ретроградных эндоскопических вмешательств у больных с парафатеральными дивертикулами	105
<i>КАШТАЛЬЯН М.А., ДОВБЕНКО О.В., ГЕРАСИМЕНКО О.С., КОЛОТВИН А.А.</i> Эндоскопические аспекты вклиненного конкремента в желчных протоках	105
<i>КЛИМЕНКО В.Н., КЛИМЕНКО А.В., СТЕШЕНКО А.А.</i> Билиарная гипертензия и механическая желтуха у больных хроническим панкреатитом: хирургическая тактика и способы хирургического лечения	106
<i>КЛИМОВ А.Е., ФЕДОРОВ А.Г., ПЕРСОВ М.Ю.</i> Анализ хирургических операций на желчных протоках	107
<i>КОВАЛЬЧУК Л.А., ДЗЮБАНОВСКИЙ И.Я., СМАЧИЛО И.И., ДЗЮБАНОВСКИЙ О.И., ГАЛЕЙ Н.М.</i> Оптимизация хирургической тактики лечения больных с обтурационной желтухой, обусловленной холедохолитиазом	107
<i>КОЛОМИЙЦЕВ В.И., СЫРОИД А.М.</i> Лечение пациентов с механической желтухой, обусловленной микрохолелитиазом	108
<i>КОНДРАТЕНКО П.Г., СТУКАЛО А.А.</i> Тактика при стенозирующих заболеваниях терминального отдела холедоха	109
<i>КОТИВ Б.Н., ДЗИДЗАВА И.И., СМОРОДСКИЙ А.В., СЛОБОДЯНИК А.В., ФЕДУН О.В.</i> Хирургическая тактика при неопухолевым механической желтухе	110
<i>КРАВЧЕНКО А.И., КРЫЖАНОВСКИЙ В.В., НЕТКОВ А.Д.</i> Хирургическое лечение больных с тяжелой неопухолевым механической желтухой	110
<i>КРАСИЛЬНИКОВ Д.М., ЗАХАРОВА А.В., МИРГАСИМОВА Д.М., ВАСИЛЬЕВ Д.Ж., ШИГАБУТДИНОВ Р.Р.</i> Усовершенствование диагностической и хирургической тактики	111



КУЛЕЗНЕВА Ю.В., ИЗРАИЛОВ Р.Е., КИРИЛЛОВА М.С., СМИРНОВ Е.А. Антеградные вмешательства при рубцовых стриктурах и ятрогенных повреждениях желчных протоков: когда и как?	112
КУЛИЕВ С.А., ВОРОТЫНЦЕВ А.С. Дифференцированный подход в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов старших возрастных групп	113
КУЛЬЧИЕВ А.А., ХЕСТАНОВ А.К., ТИГИЕВ С.В., МОРОЗОВ А.А., КАРСАНОВ А.М., ТИБИЛОВ А.М. Лечение малоинвазивными методами острого калькулезного холецистита и холедохолитиаза у лиц пожилого и старческого возраста	113
КУРБОНОВ К.М., ДАМИНОВА Н.М., МАХМАДОВ Ф.И., РАСУЛОВ Н.А. Особенности транспеченочного дренирования при лечении холестаза	114
КУРМАНСЕИТОВА Л.И. Механическая желтуха неопухолевого генеза, чрескожные методы лечения	114
КУРБОНОВ К.М., РАСУЛОВ Н.А., МУРОДОВ А.И., КАРИМИ Р. Хирургическая тактика при механической желтухе доброкачественного генеза	115
ЛЕВЧЕНКО Н.В., ХРЯЧКОВ В.В., ШАВАЛИЕВ Р.Р. Интраоперационное дробление камней в желчных протоках гольмиевым лазером	115
ЛЕВЧЕНКО Н.В., ХРЯЧКОВ В.В., ШАВАЛИЕВ Р.Р. Интраоперационный способ антеградного рассечения БДС лазером	116
ЛУПАЛЬЦОВ В.И., СИПЛИВЫЙ В.А., КОТОВЩИКОВ М.С., ВОРОЩУК Р.С. Выбор метода хирургической коррекции синдрома механической желтухи неопухолевого генеза	117
МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н., СТРУКОВ Е.Ю. Синдром механической желтухи доброкачественного генеза: оптимизация диагностических и лечебных подходов	118
МАКАРОВ В.И., СТЕГНИЙ К.В., ЮДИН С.В., КОРОЛЕВ Д.Н., ШУМЕЙКО В.М., ДМИТРИЕВ О.Н., ЩЕПЕТИЛЬНИКОВА О.И., КОРОЛЕВ А.Н. Диагностическая тактика ведения пациентов с механической желтухой	118
МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., НУРОВ З.Х., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Возможности определения критериев тяжести неопухолевых механических желтух	119
МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., НУРОВ З.Х., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Методы эндоскопической декомпрессии желчевыводящих путей в зависимости от причины механической желтухи	119
МЕДЖИДОВ Р.Т., АБДУРАШИДОВ Г.А., АБДУЛЛАЕВА А.З., МАМЕДОВА Э.П. Вопросы диагностики и лечения проксимальных неопухолевых обструкций билиарного тракта	120
МИРОНОВ В.И., ОСТАПИШИН В.Д., БАШЛЫКОВ Д.В. Хирургическая тактика при осложненных формах желчнокаменной болезни	121
МУГАТАРОВ И.Н., КАМЕНСКИХ Е.Д., БЫКОВ А.В., ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф. Выбор метода декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе неопухолевого генеза	121
НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., САЙДАЗИМОВ Е.М., НИШАНОВ М.Ш., РИСКИЕВ А.А. Хирургические вмешательства при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищах	122
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Выбор оптимальной тактики хирургического лечения осложненных форм неопухолевой обтурационной желтухи	123
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Прогнозирование и оценка отдаленных результатов хирургической коррекции неопухолевой обтурационной желтухи	124
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Прогностическая шкала предоперационной оценки риска развития послеоперационных осложнений у больных с неопухолевой обтурационной желтухой	124
НИЧИТАЙЛО М.Е., ГОДЛЕВСКИЙ А.И., САВОЛЮК С.И. Профиль послеоперационной безопасности методов билиарной декомпрессии для больных с осложненной неопухолевой обтурационной желтухой	125
НИЧИТАЙЛО М.Е., ОГОРОДНИК П.В., ДЕЙНИЧЕНКО А.Г. Рациональная хирургическая тактика при осложненном холедохолитиазе	126
НУРОВ З.Х., МАХМАДОВ Ф.И., КУРБОНОВ К.М., ГУЛАХМАДОВ А.Д., СОБИРОВ А.ДЖ. Современный подход к выбору хирургической тактики неопухолевых механических желтух	126

<i>ОЛИФИРОВА О.С., ОМЕЛЬЧЕНКО В.А., БРЕГАДЗЕ Е.Ю., РУСАКОВ А.А., НИКИТИН С.П., ГОНЧАРУК Г.В.</i> Возможности чрескожных вмешательств в лечении механической желтухи неопухолевого генеза.....	127
<i>ПЕЛЬЦ В.А., ЗАРУЦКАЯ Н.В., КРАСНОВ К.А., КРАСНОВ О.А.</i> Этапное лечение неопухолевой механической желтухи	128
<i>ПОГРЕБНЯКОВ В.Ю., ГОНЧАРОВ С.А., БЕРДИЦКИЙ А.А.</i> Миниинвазивная транспеченочная литэкстракция при холангиолитиазе.....	129
<i>РАСУЛОВ Н.А., КУРБОНОВ К.М., МУРОДОВ А.И., КАРИМИ Р.</i> Послеоперационная желтуха	129
<i>РАТЧИК В.М., БАБИЙ А.М., ОРЛОВСКИЙ Д.В., ШЕВЕЛЕВ В.В.</i> Тактика хирургического лечения механической желтухи неопухолевого генеза панкреатогенного происхождения.....	130
<i>РАЩИНСКИЙ С.М., ТРЕТЬЯК С.И., РАЩИНСКАЯ Н.Т., БАРАНОВ Е.В., БОЛЬШОВ А.В., ГРОМАК А.Ф., НЕВМЕРЖИЦКИЙ М.П.</i> Резекционно-дренирующие операции в коррекции билиарных и дуоденальных осложнений хронического панкреатита	131
<i>САВЧЕНКО А.В., КАСПЕРОВИЧ А.И., МАТОХ А.В., АВДЕЙ Е.Л., КОРОТКОВ С.В., РУММО О.О.</i> Малоинвазивные хирургические методы лечения механической желтухи неопухолевого генеза	131
<i>СИПЛИВЫЙ В.А., ЕВТУШЕНКО Д.В., ПЕТРЕНКО Г.Д., КОТОВЩИКОВ М.С., ДОЦЕНКО В.В.</i> Хирургическое лечение обтурационной желтухи. Оценка методов с позиции качества жизни пациентов.....	132
<i>СМИРНОВ Н.Л.</i> Антибиотикопрофилактика и антибиотикотерапия в комплексном лечении обтурационной желтухи.....	133
<i>СМИРНОВ Н.Л.</i> Острый деструктивный холецистит как причина обтурационной желтухи	133
<i>СМИРНОВ Н.Л.</i> Хирургическая тактика при лечении обтурационной желтухи	134
<i>СТЕЦЬ Н.М., НАСТАШЕНКО И.Л., МОЛНАР И.М., ШИНКАРИК Т.Н., ДОВБЕНКО О.В.</i> Супрапапиллярная холедоходуоденостомия как метод миниинвазивного эндоскопического лечения обтурационной желтухи у пациентов пожилого возраста.....	135
<i>СТУКАЛО А.А.</i> Доброкачественные новообразования фатерова сосочка, стенозирующие терминальный отдел холедоха ...	135
<i>ТЕРЕМОВ С.А., МУХИН А.С.</i> О выборе способа завершения холедохотомии при доброкачественной патологии терминального отдела общего желчного протока	136
<i>ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., ГАРИПОВ Р.М., СИБАЕВ В.М., САГИТОВ Р.Б.</i> Сочетание холелитиаза с неопухолевыми заболеваниями большого дуоденального сосочка	137
<i>ТКАЧЕНКО А.И., ГРУБНИК В.В., ИЛЬЯШЕНКО В.В.</i> Эффективность лапароскопических вмешательств у больных с резидуальными камнями желчных протоков	138
<i>ТРЕТЬЯК С.И., РАЩИНСКИЙ С.М., РАЩИНСКАЯ Н.Т.</i> Оценка результатов хирургического лечения билиарных осложнений хронического панкреатита	138
<i>ФЕДОРОВСКИЙ В.В., ДРУЖИНИНА Е.Е.</i> Результаты лечения больных с механической желтухой.....	139
<i>ХАДЖИБАЕВ А.М., ХАКИМОВ М.Ш., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., РАХМАНОВ С.У., ТИЛЕМИСОВ С.О.</i> Малоинвазивное лечение механической желтухи доброкачественного генеза	140
<i>ХАДЖИБАЕВ Ф.А., ХАШИМОВ М.А.</i> Осложнения ретроградной панкреатохолангиографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии	140
<i>ХОЖИБОВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., БОЙНАЗАРОВ И.Х.</i> Роль эндоскопической санации билиарного дерева при гнойном холангите	141
<i>ХОРОНЬКО Ю.В., ЕРМОЛАЕВ А.Н., ХОРОНЬКО Е.Ю.</i> Возможности повышения эффективности гепатико- и холедохоеюностомии при доброкачественных билиарных стриктурах	142
<i>ХОТИНЯНУ В.Ф., ФЕРДОХЛЕБ А.Г., ХОТИНЯНУ А.В.</i> Современные аспекты хирургического лечения ятрогенных стриктур внепеченочных желчных протоков....	143
<i>ХОТИНЯНУ В.Ф., КАЗАК А.В., ХОТИНЯНУ А.В.</i> Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного механической желтухой.....	143



ЦХАЙ В.Ф., БРАЖНИКОВА Н.А., МЕРЗЛИКИН Н.В., ЗАЙЦЕВ И.С. Клиническая картина паразитарной механической желтухи	144
ШАБУНИН А.В., ПАРФЕНОВ И.П., БЕДИН В.В., ТАВОБИЛОВ М.М., ШИКОВ Д.В., ГРЕКОВ Д.Н., КУЗНЕЦОВА В.Ф., ЕРШОВ П.В. Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков, осложненных механической желтухой	145
ШТОФИН С.Г., БОРОДАЧ В.А., СААК М.З., АСАТРЯН А.А. Хирургическое лечение механической желтухи у больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом	145
ЯРЕШКО В.Г., МИХЕЕВ Ю.А., КИПШИДЗЕ А.А., ПЕРЕГУДА Н.С. Выбор метода хирургического лечения при протоковых осложнениях желчнокаменной болезни	146

Раздел 4. ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ

АГАПОВ М.А., ГОРСКИЙ В.А., ХОРЕВА М.В., ЛЕОНЕНКО И.В. Модель острого некротического панкреатита	147
АЛЕКСАНДРОВ Д.А., ТОЛСТОКОРОВ А.С., БЕЛЯКОВ Р.Ф. Лечение аррозионных кровотечений при панкреонекрозе	148
АЛЕХНОВИЧ А.В., ПАНЧЕНКОВ Д.Н., ИВАНОВ Ю.В. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства при остром билиарном панкреатите	148
АНДРЮЩЕНКО В.П., АНДРЮЩЕНКО Д.В. Принцип этапности в хирургическом лечении острого панкреатита с использованием миниинвазивных и традиционных операционных технологий	149
АНДРЮЩЕНКО В.П. Современный подход к оценке бактериального фактора при остром панкреатите и его значение в обосновании лечебной тактики	150
БЕБУРИШВИЛИ А.Г., ЗЮБИНА Е.Н., МАНДРИКОВ В.В., БУРЧУЛАДЗЕ Н.Ш., ТУРОВЕЦ М.И., ГЕРАСИМОВ М.В. Эндоскопическая профилактика развития панкреонекроза при билиарном панкреатите	150
БЛАГОВ Д.А., ХОРЕВ А.Н., КОЗЛОВ С.В., ПЛЮТА А.В. Оценка экстракорпоральной фармакотерапии методом направленного транспорта антибиотиков у больных с перипанкреатическим инфильтратом	151
БОГОМОЛОВ Н.И., ТОМСКИХ Н.Н. Опыт применения сорбентов в хирургическом лечении панкреонекроза	151
БОЙКО В.В., ИВАНОВА Ю.В., МУШЕНКО Е.В., БРИЦКАЯ Н.Н. Лечение гнойных осложнений деструктивного панкреатита с использованием электромагнитного излучения крайне высокой частоты	152
БОНДАРЕВ Р.В., ОРЕХОВ А.А., ЧИБИСОВ А.Л., СЕЛИВАНОВ С.С. Пути улучшения эффективности миниинвазивных вмешательств при деструктивном панкреатите с ферментативным перитонитом	153
ВАСИЛЬЕВ А.А. Критерии определения тяжести некротического панкреатита	153
ВАСЫЛЮК М.Д., ВАСЫЛЮК С.М., ШЕВЧУК А.Г., ФЕДОРЧЕНКО В.М. Транскутанная трансгастральная пункция в лечении постнекротических кист поджелудочной железы	154
ВАФИН А.З., АЙДЕМИРОВ А.Н., ОРЕХОВА В.М., ЮРИН С.В. К клинической оценке результатов лечения инфицированного панкреонекроза	155
ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н., ТРУШИН А.С., АРУТЮНОВ С.Э., КОМАРЧУК В.В., ТЕСЛЕНКО И.В., КЛИМЕНКО М.В. Хирургическое лечение свищей желудочно-кишечного тракта при панкреонекрозе	155
ВЕЛИГОЦКИЙ Н.Н., АРУТЮНОВ С.Э., КОЗАЧЕНКО А.В., ТЕСЛЕНКО И.В., ПЕСОЦКИЙ О.Н., КЛИМЕНКО М.В. Этапный подход в лечении больных с тяжелыми формами острого панкреатита	156
ВЛАСОВ А.П., КАТКОВ С.В., АНАСКИН С.Г., СУСЛОВ А.В. Оптимизация консервативного компонента в терапии панкреонекроза	157
ВОРОБЕЙ А.В., ЛУРЬЕ В.Н., ШУЛЕЙКО А.Ч., ВИЖИНИС Е.И., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ИЛЮШОНОК В.В., КАРПОВИЧ Д.И. Аррозивно-геморрагические осложнения острого некротизирующего панкреатита	157
ГАРИПОВ Р.М., ГАРИПОВА З.Р. Иммунологические параллели в прогнозе течения острого деструктивного панкреатита	158
ГАРИПОВ Р.М., ШАМИЛОВ Р.Р. Прогнозирование течения и исходов острого деструктивного панкреатита	159

<i>ГЛАБАЙ В.П., АРХАРОВ А.В., ЗУРАБИАНИ В.Г., АБРАМОВ В.Н., КАРПОВА Н.Б.</i> Инфицированный панкреонекроз: принципы хирургического лечения	160
<i>ГОРСКИЙ В.А., АГАПОВ М.А., ХОРЕВА М.В., ВОЛЕНКО А.В., ЛЕОНЕНКО И.В.</i> Применение антимедиаторной терапии у больных панкреонекрозом	160
<i>ГОРСКИЙ В.А., АГАПОВ М.А., ХОРЕВА М.В., ЛЕОНЕНКО И.В.</i> Экспериментальная оценка эффективности антимедиаторной терапии тяжелого острого панкреатита	161
<i>ГОСТИЦЕВ В.К., АФАНАСЬЕВ А.Н., ГОРБАЧЕВА И.В., ШАЛЫГИН А.Б., СЕЛИВАНОВА О.Е.</i> Место малоинвазивных методов лечения при остром панкреатите	162
<i>ГРУБНИК Ю.В., ЮЗВАК А.Н., ФОМЕНКО В.А., ЮЗВАК Н.П.</i> Малоинвазивные методы лечения больных с острым деструктивным панкреатитом	162
<i>ДАНИЛОВ М.В., ЗУРАБИАНИ В.Г., КАРПОВА Н.Б., ИСАЕВ А.В.</i> Тактика хирургического (традиционного и минимально инвазивного) лечения при тяжелом панкреонекрозе в сочетании с интра- и парапанкреатическими жидкостными образованиями	163
<i>ДАРВИН В.В., ОНИЩЕНКО С.В., ИЛЬКАНИЧ А.Я., КРАСНОВ Е.А., ВАСИЛЬЕВ В.В., ЛЫСАК М.М.</i> Острый деструктивный панкреатит: принципы реализации современной хирургической тактики	164
<i>ДЕГОВЦОВ Е.Н., ТЕЛЯТНИКОВА Л.И., ВОЛОСЮКОВА А.В.</i> Эндоскопическое лечение больных с острым билиарным панкреатитом	165
<i>ДРОНОВ А.И., КОВАЛЬСКАЯ И.А., УВАРОВ В.Ю., ГОРЛАЧ А.И., ЛУБЕНЕЦ Т.В.</i> Алгоритм лечения тяжелого острого некротического панкреатита	165
<i>ДУБЕРМАН Б.Л., ЭПШТЕЙН А.М., МИЗГИРЕВ Д.В., ПОЗДЕЕВ В.Н., ТАРАБУКИН А.В., ТОДРИК А.Г.</i> Чрезгастральные пункционно-дренирующие вмешательства при панкреатогенных жидкостных образованиях	166
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.</i> Мониторинг иммунологического статуса у пациентов, оперированных по поводу гнойно-некротического парапанкреатита	167
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.</i> Морфологические особенности синдрома энтеральной недостаточности при осложненном остром панкреатите	168
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.</i> Оценка применения раннего энтерального питания в профилактике развития энтеральной недостаточности у больных с гнойно-некротическим парапанкреатитом	168
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.</i> Парапанкреатит как ведущее экстрапарапанкреатическое осложнение острого деструктивного панкреатита	169
<i>ДУНДАРОВ З.А., МАЙОРОВ В.М.</i> Применение малоинвазивных интервенционных технологий (МИТ) в лечении пациентов с острым деструктивным панкреатитом	170
<i>ДЮЖЕВА Т.Г., ШЕФЕР А.В., ДЖУС Е.В., АХАЛАДЗЕ Г.Г., ЧЕВОКИН А.Ю., КОТОВСКИЙ А.Е., ПЛАТОНОВА Л.В., ГАЛЬПЕРИН Э.И.</i> Узловые вопросы диагностики и лечения тяжелого острого панкреатита, определяющие дифференцированную тактику ведения больных	171
<i>ЗАГАГОВ С.О., КРИГЕР А.Г., ВИШНЕВСКИЙ В.А., АХТАНИН Е.А.</i> Тотальная панкреатэктомия при аррозионных кровотечениях, обусловленных панкреонекрозом после операций на поджелудочной железе	172
<i>ЗАРИВЧАЦКИЙ М.Ф., СМОЛЕНЦЕВ С.В., СМОЛЬКОВ А.А., БОГАТЫРЕВА Г.М.</i> Рациональная хирургическая тактика в лечении деструктивных форм острого панкреатита	172
<i>ИВАНОВ Ю.В., ПАНЧЕНКОВ Д.Н., ШАБЛОВСКИЙ О.Р., АЛЕХНОВИЧ А.В.</i> Особенности комплексного лечения тяжелого панкреонекроза	173
<i>ИВАНУСА С.Я., ЛАЗУТКИН М.В., АЛЕНТЬЕВ С.А., ШЕРШЕНЬ Д.П.</i> Миниинвазивные вмешательства в лечении больных деструктивным панкреатитом	174
<i>ИВШИН В.Г., ИВШИН М.В., МАЛАФЕЕВ И.В.</i> Чрескожные вмешательства в лечении больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом	175
<i>ИВШИН В.Г., ИВШИН М.В., АНДРЕЕВ Ю.Г., АГЛИУЛЛИН А.Ф.</i> Усовершенствование инструментария для чрескожного лечения панкреонекроза и распространенного парапанкреатита	175



КАДОЩУК Т.А. Значение адекватного дренирования при гнойно-некротическом остром деструктивном панкреатите	176
КАДОЩУК Т.А., ПЕТРУШЕНКО В.В., СТУКАН С.С. Комплексное лечение острого деструктивного панкреатита, осложненного полиорганной недостаточностью	177
КАДОЩУК Т.А., ПЕТРУШЕНКО В.В., СТУКАН С.С. Органосохраняющая хирургическая тактика в лечении осложненных форм острого деструктивного панкреатита	177
КАДОЩУК Т.А., ПЕТРУШЕНКО В.В., СТУКАН С.С. Патогенетическое обоснование комплексной консервативной терапии при остром деструктивном панкреатите	178
КАПШИТАРЬ А.В. Контрольно-динамическая лапароскопия стерильного панкреонекроза	179
КАПШИТАРЬ А.В. Перманентная лапароскопическая блокада круглой связки печени с тиотриазолином в лечении больных со стерильным панкреонекрозом	179
КАПШИТАРЬ А.В. Хирургическое лечение деструктивного панкреатита	180
КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., ЭГАМОВ Б.Т., МАХМУДОВ Ф.Ч. Видеолапароскопические вмешательства в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом	181
КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., КАРАБАЕВ Б.Х., НОРОВ М.Ч., МАХМУДОВ Ф.Ч. Эффективность консервативной терапии при деструктивном панкреатите	181
КАРИМОВ Ш.И., ХАКИМОВ М.Ш., РАХМАНОВ С.У., АДЫЛХОДЖАЕВ А.А., УСАРОВ Т.А. Выбор хирургической тактики при инфицированном панкреонекрозе	182
КЕНЖЕМУРАТОВА К.С., МАЛИКОВ Б.Х., КАРАБАЕВ Х.К., ДЖУРАЕВА З.А. Острый деструктивный панкреатит алкогольной этиологии	183
КОНДРАТЕНКО П.Г., КОНЬКОВА М.В., ВАСИЛЬЕВ А.А., ДЖАНСЫЗ И.Н., ШИРШОВ И.В., ЮДИН А.А. Панкреонекроз: выбор способа и объема хирургического вмешательства	183
КОНДРАТЕНКО П.Г., ВАСИЛЬЕВ А.А., ШИРШОВ И.В., КОЙЧЕВ Е.А. Первый опыт применения вакуумной терапии у больных тяжелым некротическим панкреатитом	184
КОПЧАК В.М., ХОМЯК И.В., КОПЧАК К.В., ДУВАЛКО А.В., ПЕРЕРВА Л.А., КИТ А.В. Дифференцированное индивидуализированное хирургическое лечение умеренно тяжелого и тяжелого острого панкреатита	185
КОРОБКА В.Л., ГЛУШКОВА О.И., КОРОБКА Р.В. Профилактика острого деструктивного панкреатита при резекциях поджелудочной железы	185
КОРЫМАСОВ Е.А., ИВАНОВ С.А., КРИЧМАР А.М., ЦВЕТКОВ Б.Ю., ГОРБУНОВ Ю.В., БОГДАНОВ В.Е., КОЗЛОВ М.Н. Повторные операции при деструктивном панкреатите: «по требованию» или «по программе»?	186
КОТИВ Б.Н., ДЗИДЗАВА И.И. Лечение инфекционных осложнений деструктивного панкреатита	187
КОХАНЕНКО Н.Ю., АРТЕМЬЕВА Н.Н., ПАВЕЛЕЦ К.В., ШИРЯЕВ Ю.Н., ЗЕЛЕНИН В.В., ИВАНОВ А.Л., СТАРЕНЧЕНКО А.В., МЕДЖИДОВ З.А., ПЕТРИК С.В., БОБЫЛЬКОВ А.А. Аррозионные кровотечения при остром панкреатите	188
КРАСИЛЬНИКОВ Д.М., АБДУЛЯНОВ А.В., БОРОДИН М.А., ИМАМОВА А.М. Комбинированное хирургическое лечение больных панкреонекрозом	188
КРИВОРУЧКО И.А., БОЙКО В.В., ИВАНОВА Ю.В., ПОВЕЛИЧЕНКО М.С. Хирургическое лечение панкреонекроза	189
КУЗЬМЕНКО А.Е., ПЕСЧАНСКИЙ Р.Е., ДРОЗД П.И., ХАЧАТРЯН А.А. Возможности комплексного лечения острого панкреатита	190
КУЗЬМЕНКО А.Е., ШАТАЛОВ С.А., НЕСТЕРОВ Н.А., ПАВЛОВ К.И. Хирургическая тактика при нагноившихся псевдокистах поджелудочной железы	190
КУКОШ М.В., СПИРИДОНОВ В.И., ТРУХАЛЕВ В.А., ПАНЮШКИН А.В. Оценка эффективности применения октреотида в терапии панкреонекроза	191
КУЛЕЗНЕВА Ю.В., МОРОЗ О.В., СТЕПАНОВА Ю.А. Миниинвазивное лечение гнойно-некротических осложнений деструктивного панкреатита	192

<i>КУНОВСКИЙ В.В.</i> Роль и прогностическое значение бактериологических исследований выпота из брюшной полости в диагностически-лечебном алгоритме у больных с острым некротическим панкреатитом.....	192
<i>КУРЬЯЗОВ Б.Н., ТАДЖИБАЕВ О.Б., БАБАДЖАНОВ А.Р., РУЗМЕТОВ Б.А., БАБАЖАНОВ М.Б.</i> Применение нового антисептика декасана в комплексном хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита	193
<i>ЛИТВИН А.А., ХОХА Д.В., ФИЛАТОВ А.А., ХОХА В.М.</i> Выбор способа хирургического лечения острого некротизирующего панкреатита путем дополнительного анализа КТ-изображений	194
<i>ЛУКЬЯНЧИКОВ В.Н., КАТОРКИН С.Е., ЛУКЬЯНЧИКОВ А.Н.</i> Оценка поражения забрюшинной клетчатки в клиническом течении деструктивного панкреатита	194
<i>МАЙСТРЕНКО Н.А., РОМАЩЕНКО П.Н., СТРУКОВ Е.Ю., БЕССОНОВ Д.Е.</i> Совершенствование диагностических и лечебных подходов при остром панкреатите	195
<i>МИРОНОВ В.И., ОСТАПИШИН В.Д.</i> Реабилитационные возможности в лечении пациентов, перенесших панкреонекроз.....	196
<i>МИХАЙЛУСОВ С.В., МИСРОКОВ М.М., МОИСЕЕНКОВА Е.В.</i> Панкреонекроз как исход ущемленного конкремента большого сосочка двенадцатиперстной кишки	197
<i>МИХАЙЛУСОВ С.В., МИСРОКОВ М.М., МОИСЕЕНКОВА Е.В.</i> Прогноз течения острого деструктивного билиарного панкреатита	197
<i>МУСТАФАКУЛОВ И.Б., КАРАБАЕВ Х.К., КАРАБАЕВ Б.Х., МАХМУДОВ Ф.Ч., ШЕРОВ Ж.А.</i> Острый посттравматический панкреатит при сочетанной травме органов брюшной полости	198
<i>НАЗИРОВ Ф.Н., АРИПОВА Н.У., ДЖАМАЛОВ С.И., АРИПОВА М.У., ЛИМ В.Г.</i> Аспекты прогноза тяжести течения острого панкреатита	199
<i>НАЗЫРОВ Ф.Г., АКБАРОВ М.М., САЙДАЗИМОВ Е.М., НИШАНОВ М.Ш., ИСМАТУЛЛАЕВ З.У.</i> Результаты лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита.....	199
<i>ПАРХИСЕНКО Ю.А., ЖДАНОВ А.И., ГЕНЮК В.Я., КОКИН Е.Ф.</i> Целесообразность активной тактики лечения панкреонекроза.....	200
<i>РАЩИНСКИЙ С.М., ТРЕТЬЯК С.И., РАЩИНСКАЯ Н.Т., БАРАНОВ Е.В., БОЛЬШОВ А.В.</i> Деструктивный панкреатит — внутренние и наружные дренирующие операции.....	201
<i>РИЗАЕВ К.С., ЭРМЕТОВ А.Т., ИСХАКОВ Б.Р., СОЛИЕВ Б.Э., ИСХАКОВ Н.Б.</i> Опыт применения санационной видеолапароскопии при панкреатогенном перитоните.....	201
<i>РУСИН В.И., ФИЛИП С.С., БОЛДИЖАР П.А., РУМЯНЦЕВ К.Е.</i> Эндогенная интоксикация при остром панкреатите.....	202
<i>РЯЗАНОВ Д.Ю., АНТОНЕВИЧ В.Н., БОКОВА Е.Н.</i> Особенности антибактериальной терапии у больных инфицированными формами острого панкреатита по данным бактериологического исследования.....	203
<i>СЕЙСЕМБАЕВ М.А., ЖАНТАЛИНОВА Н.А., КУАНЫШБЕКОВ А.С., КАДЫРБАЕВ Р.В., ИБЕКЕНОВ О.Т.</i> Результаты лечения острого деструктивного панкреатита	203
<i>СЕМЕНОВ Д.Ю., ЧЕКМАСОВ Ю.С., ПОЛИГЛОТТОВ О.В., БОГДАНОВА Т.С., ДАНИЛИН В.Н., МАМСУРОВ М.Э., ЛАЗАРЕВА И.Д.</i> Комплексная профилактика острого послеоперационного панкреатита при хирургическом лечении инсулином поджелудочной железы.....	204
<i>СЕМЕНОВ Д.Ю., РЕБРОВ А.А., ВАСИЛЬЕВ В.В., ПОЛИГЛОТТОВ О.В., СМОЛИНА Е.Н., МЕЛЬНИКОВ В.В., ПРИДАНЦЕВА О.В.</i> Малоинвазивные вмешательства в лечении острого деструктивного панкреатита	205
<i>СИПЛИВЫЙ В.А., РОБАК В.И., ЕВТУШЕНКО А.В.</i> Хирургическое лечение тяжелых форм острого панкреатита: критерии тяжести и прогноза	206
<i>СТАРОСЕК В.Н., БУТЫРСКИЙ А.Г., ГРИНЧЕСКУ А.Е.</i> Лечение и профилактика посттравматического панкреатита	206
<i>СТАРОСТИН С.А., ЩЕЛКИН А.А., ДОВГУЛЕВ К.А., ЩЕВЕЛЕВ Е.Ю.</i> Результаты лечения больных с острым тяжелым панкреатитом	207
<i>СТЯЖКИНА С.Н., ЛЕДНЕВА А.В., КОРОБЕЙНИКОВ В.И., ЧЕРНЫШОВА Т.Е.</i> Гиперпаратиреоз как причина острого деструктивного панкреатита	208
<i>ТАММ Т.И., МАМОНТОВ И.Н., БАРДЮК А.Я., КРАМАРЕНКО К.А., НЕПОМНЯЩИЙ В.В.</i> Роль клинических и биохимических показателей крови в сочетании с ультразвуковым исследованием в диагностике тяжести острого панкреатита	208



ТАТАРШАОВ М.Х., КАРАЕВ А.А., КУРМАНСЕИТОВА Л.И., ЭЛЬГАЙТАРОВ Э.В. Комплексное лечение инфицированного панкреонекроза	209
ТИМЕРБУЛАТОВ М.В., СЕНДЕРОВИЧ Е.И., ЗИГАНШИН Т.М., САКАЕВ Э.М., МЕХТИЕВ Н.М., РАХИМОВ Р.Р., КАЗАКОВ Н.М., ПИЛТОЯН К.Х. Опыт лечения острого панкреатита	210
ТОЛСТОКОРОВ А.С., АЛЕКСАНДРОВ Д.А., САРКИСЯН З.О., СКОПЕЦ С.М., БЕЛЯКОВ Р.Ф. Профилактика острого панкреатита у больных после выполнения ЭРХПГ	210
ФАЯЗОВ Р.Р., ТИМЕРБУЛАТОВ В.М., СИБАЕВ В.М., ТИМЕРБУЛАТОВ Ш.В., ГАРЕЕВ Р.Н., НГУЕН Х.К. Современные подходы в лечении деструктивного панкреатита	211
ФЕДОРОВСКИЙ В.В. Выбор метода лечения больных с инфицированным панкреонекрозом	212
ФЕЛЕШТИНСКИЙ Я.П., БОНДАРЕНКО Н.Д., БОНДАРЕНКО А.Н., ПАРАЦИЙ З.З. Обоснование малоинвазивных и открытых оперативных вмешательств в лечении панкреонекроза	212
ФИРСОВА В.Г., ПАРШИКОВ В.В., БУГРОВА М.Л., ЯКОВЛЕВА Е.И. К вопросу о патогенезе тяжелых форм острого панкреатита	213
ФИРСОВА В.Г., ПАРШИКОВ В.В., ГРАДУСОВ В.П. Острые панкреатогенные жидкостные образования: хирургическая тактика и возможности консервативного ведения	214
ХАКИМОВ М.Ш., АДЫЛХОДЖАЕВ А.А., ХОЛМАТОВ Ш.Т., УСАРОВ Т.А., ИМАМОВ А.А. Оценка клинической эффективности санации сальниковой сумки в лечении инфицированного панкреонекроза	215
ХАКИМОВ М.Ш., ХОЛМАТОВ Ш.Т., АДЫЛХОДЖАЕВ А.А., УСАРОВ Т.А., ДАВЛАТОВ У.Х. Оценка эффективности прогнозирования течения заболевания в лечении острого панкреатита	215
ХАЛЬЗОВ В.Л., ЕРШОВ К.Г. Хирургическая тактика при остром билиогенном панкреатите	216
ХУБУТИЯ М.Ш., РОГАЛЬ М.Л., ЛОТОВ А.Н., ЕРМОЛОВ А.С., БУГАЕВ С.А., ДЖАГРАЕВ К.Р., КАРАХАНОВА Г.В., ПАВЛИКОВА Е.Ю., ЗАВОДНОВ В.Я., ЧЖАО А.В. Острый тяжелый панкреатит: сберегающая хирургия в лечении его исходов	216
ЧУКЛИН С.Н. Диагностика и профилактика легочных осложнений у больных острым панкреатитом	217
ЧУКЛИН С.Н., ШАВАРОВА М.И. Ожирение ухудшает тяжесть острого панкреатита	218
ЧУКЛИН С.Н. Особенности оксидативного стресса и его коррекции в комплексном лечении больных острым панкреатитом	218
ЧУКЛИН С.Н. Сосудистые изменения и пролонгированная внутриартериальная терапия в лечении больных острым некротическим панкреатитом	219
ШАБУНИН А.В., ЛУКИН А.Ю., ШИКОВ Д.В. Клинические модели панкреонекроза в выборе оптимальной лечебной тактики	220
ШАПОВАЛЬЯНЦ С.Г., БУДЗИНСКИЙ С.А., ФЕДОРОВ Е.Д., МЫЛЬНИКОВ А.Г., КОТИЕВА А.Ю. Стентирование главного панкреатического протока в лечении острого панкреатита, возникшего после эндоскопических транспапиллярных вмешательств	221
ШЕВЧУК И.М., КУЗЕНКО Р.Т. Особенности хирургических вмешательств при остром деструктивном панкреатите у больных пожилого и старческого возраста	222
ШТОФИН С.Г., АНИЩЕНКО В.В., ШТОФИН Г.С., ВАСИЛЬЕВА О.И. Ранние операции при тяжелом остром панкреатите	222
ЯРЕШКО В.Г., РЯЗАНОВ Д.Ю., АНТОНЕВИЧ В.Н. Особенности дренирования забрюшинного пространства при дистальной резекции поджелудочной железы у больных панкреонекрозом	223
Раздел 5. ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СЕКЦИЯ РАБОТ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ)	
АБДОКОВ А.Д., МАЛАНКА М.И. Эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени с применением принципов апаразитарности и антипаразитарности	224

<i>АБРАМОВ Е.И.</i> Миниинвазивные желчеотводящие вмешательства при злокачественных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой	225
<i>АБРАМОВ Е.И.</i> Тактика хирурга при выполнении паллиативных операций у больных механической желтухой опухолевого генеза в зависимости от уровня общего билирубина крови	225
<i>АБРАМОВ Е.И.</i> Хирургическое лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой	226
<i>ВАСИЛЬЧЕНКО Д.С.</i> Кардиологические проблемы при лапароскопической холецистэктомии	227
<i>ГВОЗДЕВ А.А., ЧИГИРЕВ В.А., ГУСЕВ Д.В.</i> Сравнительная оценка результатов хирургического и эндоскопического лечения механической желтухи опухолевой природы	227
<i>ГЕРАСИМОВ А.Ю.</i> Нарушение углеводного обмена у больных хроническим панкреатитом в раннем и отдаленном послеоперационном периоде	228
<i>ДЕЛИБАЛТОВ К.И., ПОГОСЯН Г.А., ОВАНИСЯН Д.Р.</i> Проблемы хирургического лечения при ятрогенных повреждениях и/или стриктурах внепеченочных желчных протоков	229
<i>ДЖАНСЫЗ И.Н.</i> Хирургическая тактика у больных с острым небилиарным асептическим панкреонекрозом	230
<i>ДУНАЕВСКАЯ С.С., АНТЮФРИЕВА Д.А.</i> Современные методы визуализации острого тяжелого панкреатита	231
<i>ДЫМНИКОВ Д.А., СЕМЕНЦОВ К.В., ЯКОВЛЕВА Д.М.</i> Оценка эффективности малоинвазивных оперативных вмешательств при механической желтухе опухолевого генеза	231
<i>ЖАДАН О.И.</i> Пищеварительная и всасывательная функции кишечника при хирургическом лечении тяжелой механической желтухи	232
<i>ИВАЩЕНКО А.В.</i> Лечение желчнокаменной болезни у беременных с помощью лапароскопической технологии	233
<i>ИЩЕНКО Р.В., БУХТЕЕВ Д.С., ЖИЛЬЦОВ А.В., ПАВЛОВ Р.В.</i> Осложнения внутриартериальной химиотерапии при метастатическом поражении печени. Профилактика и лечение	233
<i>ИЩЕНКО Р.В., ЖИЛЬЦОВ А.В., ОСТАПЕНКО Ю.В., БУХТЕЕВ Д.С.</i> Способ ступенчатой редукции портального кровотока при резекциях печени	234
<i>КАРАПЫШ В.А., ПОТАПОВ В.В., ФОМИНОВ В.М.</i> Новый способ санации брюшной полости у больных с острым перитонитом	235
<i>КОВАЛЕНКО З.А., ЛЯДОВ В.К., КОЗЫРИН И.А.</i> Fast Track в хирургической панкреатологии. Первый опыт	235
<i>КОЗЫРИН И.А., ЛЯДОВ В.К., ЕРМАКОВ Н.А.</i> Первый опыт резекции печени передним доступом с использованием «вывешивания» печени (hanging-маневр)	236
<i>КОПЧАК К.В., ПЕРЕРВА Л.А., АНДРОНИК С.В.</i> Принципы лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы	237
<i>КОРОБКА Р.В.</i> Оптимизация хирургического лечения кист поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом	237
<i>КРАВЧЕНКО Д.А.</i> Ингибирование панкреатических звездчатых клеток в профилактике прогрессирования хронического панкреатита (экспериментальное исследование)	238
<i>КРАСНОВ А.О.</i> Результаты лечения больных с обширными резекциями печени	239
<i>КУРБАНИСМАИЛОВА Р.Р.</i> Пути улучшения результатов лечения острого холецистита у лиц пожилого возраста	240



ЛАВРИК О.А. Неалкогольная жировая болезнь печени и стеатогепатит у больных морбидным ожирением в ассоциации с метаболическим синдромом	240
ЛЕОНОВ С.Д., АГИБАЛОВ Д.Ю. Биоимпедансный анализ как метод оценки функционального состояния паренхимы печени	241
ЛЫСАНЮК М.В. Оптимизация алгоритма диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы	241
МЕЛЬНИКОВ В.В. Антеградные стентирующие вмешательства в лечении больных с доброкачественными билиарными стриктурами.	242
МУРАВЬЕВ П.Т. Ведение послеоперационного периода у больных острым деструктивным панкреатитом с акцентом на иммунокоррекцию	243
МУШЕНКО Е.В. Этапное мининвазивное лечение гнойных осложнений деструктивного панкреатита.	244
НИКУЛИНА С.А. Отдаленные результаты резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите	245
ОЛЕЙНИК А.А. Минимизация травматичности оперативного доступа в лечении желчнокаменной болезни	245
ОРЛОВСКИЙ Ю.Н. Патогенез развития рубцовой трансформации желчных протоков после их экспериментальной травмы	246
ПАРХОМЕНКО А.В., ПОТАПОВ В.В., ФОМИНОВ В.М., КАРАПЫШ В.А. Аспекты диагностики хронических наружных желчных свищей калькулезного генеза.	247
ПАРХОМЕНКО А.В., ФОМИНОВ В.М., МАТВИЕНКО В.А., ШЕСТОПАЛОВА А.Д. Возможности диагностики и хирургического лечения внутренних желчных свищей желчнокаменного происхождения.	247
ПИСЕЦКАЯ М.Э., СКОРЫЙ Д.И., ВОЛЧЕНКО И.В. Роль предварительной ишемической подготовки в развитии ишемически-реперфузионного повреждения печени.	248
ПОПОВ С.А. Возможности чрескожной трепан-биопсии в гистологической верификации и дифференциальной диагностике у пациентов с изолированными объемными образованиями поджелудочной железы	249
ПОТАПОВ В.В., ПАРХОМЕНКО А.В., КАРАПЫШ В.А. Современные аспекты диагностики и лечения абсцессов печени.	249
ПРИДАНЦЕВА О.В. Показатели тромбоцитарного пула как маркер течения острого панкреатита	250
ПРОСКУРКО В.Г., АСТАПЕНКОВ В.А. Исследование влияния геометрии спиральных окклюдеров на гемодинамические параметры кровотока ...	251
РАМАТОВ И.К. Изучение показателей средних молекулярных пептидов как маркер эффективности эндобилиарных вмешательств у больных механической желтухой злокачественного генеза	251
РАХМЕДОВ А.А. Усовершенствованный метод антипаразитарной обработки при множественном эхинококкозе печени	252
РОМАНЮК Т.В. Проблема редукс-синдрома печени после операций портокавального шунтирования	253
СЕРОВА Е.В., ЛЕЙМАН А.В., АНДРЕЕВ Р.И. Биохимический взгляд на проблему постхолецистэктомического синдрома	253
СОХАРЕВ А.С., КРАСНОВ К.А., БУДАЕВ А.В., ПЕЛЬЦ В.А. Использование перфторана при консервации печени в эксперименте	254
СТУКАН С.С. Значение санации паразитарных кист силиксом в радикальном лечении эхинококкоза печени	255
СТУКАН С.С. Патогенетическое обоснование комплексной терапии хирургического лечения холангита, осложненного механической желтухой	255

<i>УСМОНОВ У.Д.</i> Этапная миниинвазивная хирургическая тактика с сорбционно-антиоксидантной терапией при механической желтухе.....	256
<i>ФЕДАЧУК А.Н.</i> Прогнозирование технически сложных холецистэктомий	257
<i>ФЕДОРКИВ М.Б.</i> Прогнозирование развития острого панкреатит-ассоциированного легочного повреждения на основе количественного определения IL-8, IL-10, TNF- α	257
<i>ШАПКИНА Л.Г., СОКОЛОВ А.В., ГОРЧАКОВА М.В.</i> Экспрессия рецепторов мелатонина в лимфоцитах крови в динамике у пациентов с острым панкреатитом... ..	258
<i>ШИРШОВ И.В.</i> Роль и место миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении острого инфицированного некротического панкреатита	259
Раздел 6. РАЗНОЕ	
<i>АКИЛОВ Х.А., МАТЯКУБОВ Х.Н., ХОДЖИМЕТОВ Ф.И.</i> Диагностика и хирургическое лечение аномалий развития желчевыводящих протоков у детей.....	260
<i>АЛИБЕГОВ М.А., НАРЕЗКИН Д.В., СЕРГЕЕВ О.А., ЖВИТИАШВИЛИ И.Д., ПРОХОРЕНКО Т.И.</i> Повышение радикальности панкреатодуоденальной резекции при раке головки поджелудочной железы ...	260
<i>АРИПОВА Н.У., НАЗИРОВ Ф.Н., ДЖАМАЛОВ С.И., АРИПОВА М.У., ЛИМ В.Г.</i> Рецидивный холедохолитиаз, выбор рациональной тактики лечения.....	261
<i>АФНАСЬЕВ А.Н., ИВАХОВ Г.Б., УСТИМЕНКО А.В., ГЛАГОЛЕВ Н.С.</i> Сравнительный анализ эффективности чрескожных вмешательств под УЗ-контролем в лечении острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста	262
<i>АХМЕДОВ С.М., САФАРОВ Б.Д., РАСУЛОВ Н.А., САИДМУРОДОВ А.С., ТАБАРОВ З.В.</i> Способ профилактики несостоятельности панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции	262
<i>АХМЕДОВ Р.М., МИРХОДЖАЕВ И.А., МУАЗЗАМОВ Б.Б., МИРХОДЖАЕВ И.И.</i> Эндохирургическое лечение билиарных осложнений эхинококкоза печени.....	263
<i>БЕКБАУОВ С.А., ЛИПНИЦКИЙ Е.М., КОТОВСКИЙ А.Е., ЛОТОВ А.Н., ИСТРАТОВ В.Г., ДЕМИДОВА В.С., РАЧЕНКОВА Н.С.</i> Инновационные технологии определения метаболитов билирубина у больных с механической желтухой	264
<i>БЕКБАУОВ С.А., ЛИПНИЦКИЙ Е.М., КОТОВСКИЙ А.Е., ЛОТОВ А.Н., ИСТРАТОВ В.Г., ДЕМИДОВА В.С., РАЧЕНКОВА Н.С.</i> Новые методы анализа активаторов кооперативной чувствительности у больных с механической желтухой	264
<i>БЕКБАУОВ С.А., ЛИПНИЦКИЙ Е.М., КОТОВСКИЙ А.Е., ЛОТОВ А.Н., ИСТРАТОВ В.Г., ГЛЕБОВ К.Г.</i> Новые способы диагностики и лечения печеночно-почечной недостаточности у больных механической желтухой	265
<i>БЕЛОКОНЕВ В.И., ХУНКУЙ И., КОВАЛЕВА З.В., ПУШКИН С.Ю.</i> Лечение больных со свежей травмой и стриктурами гепатикохоледоха	266
<i>БЛАГИТКО Е.М., ТОЛСТЫХ Г.Н., ДОБРОВ С.Д., ЛЮТИН Д.А., ПОПОВ А.Л.</i> Причины постхолецистэктомического синдрома и способы его устранения.....	267
<i>БОБОЕВ Б.Д., КУРБОНОВ Х.Х., САФАРОВ А.М.</i> Малоинвазивные технологии в лечебно-диагностическом алгоритме у больных с холецистохоледохолитиазом	267
<i>БОГОМОЛОВ Н.И., ТОМСКИХ Н.Н., ВОТЬЕВ И.В.</i> Новый вариант эндоскопической папиллосфинктеротомии	268
<i>БОРИСЕНКО В.Б., КРАМАРЕНКО К.А., БАРДЮК А.А.</i> Классификационные аспекты холангиолитиаза	269
<i>ВАККАСОВ М.Х., ИСХАКОВ Б.Р., СОЛИЕВ Б.Э., БОЗОРБОЕВ У.Р.</i> Малоинвазивные методы в лечении кист и кистозных образований поджелудочной железы.....	269
<i>ВОСКАНЯН С.Э., ДЕГТЯРЕВ В.С., КОРСАКОВ И.Н., НАЙДЕНОВ Е.В.</i> Влияние сегментарной аутотрансплантации поджелудочной железы на экзокринную функцию трансплантата	270
<i>ВОСКАНЯН С.Э., КОТЕНКО К.В., НАЙДЕНОВ Е.В.</i> Новые методы комплексной профилактики острого послеоперационного панкреатита в хирургии рака поджелудочной железы.....	271



ВОСКАНЯН С.Э., КОТЕНКО К.В., ПАКЛИНА О.В., АРТЕМЬЕВ А.И., НАЙДЕНОВ Е.В., ЗАБЕЖИНСКИЙ Д.А., ХИСАМОВ А.А. Место расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции в хирургическом лечении рака поджелудочной железы	272
ГАЛЬПЕРИН Э.И., ДЮЖЕВА Т.Г., СЕМЕНЕНКО И.А., КОТОВСКИЙ А.Е., ШОЛОХОВ В.Н., ИВАНОВ А.А., КОВАЛЕВСКАЯ А.Н., БЕРДНИКОВ С.Н., МАХОТИНА М.С. Классификация хронического панкреатита	273
ГРУБНИК В.В., ЧЕТВЕРИКОВ С.Г., ВОДОДЮК Р.Ю. Малоинвазивные технологии в лечении псевдокист поджелудочной железы	273
ДЕСЯТЕРИК В.И., КОТОВ А.В. Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при доброкачественных заболеваниях печени и поджелудочной железы	274
ДЕСЯТЕРИК В.И., МИХНО С.П., БОГАТЫРЕВ Н.Б., АКСЕНТЬЕВ С.А. Диагностика и лечение повреждений органов гепатобилиарной зоны при сочетанной травме живота	275
ДОВБЕНКО О.В., КАШТАЛЬЯН М.А., НАСТАШЕНКО И.Л. Принципы эндоскопической установки саморасправляющихся стентов в билиарной хирургии	275
ДРОНОВ А.И., КРЮЧИНА Е.А., ГОРЛАЧ А.И., ДОБУШ Р.Д., ЛЮБЕНКО Д.Л. Неалкогольный стеатогепатит после резекций поджелудочной железы	276
ЗАПОРОЖЧЕНКО Б.С., КАЧАНОВ В.Н., БОРОДАЕВ И.Е., ГОРБУНОВ А.А., МУРАВЬЕВ П.Т. Сравнительная оценка панкреатодигестивных анастомозов при панкреатодуоденальной резекции	277
ЗАХАРАШ Ю.М., СТЕЛЬМАХ А.И., МОРОЗ В.В., ОРЛОВ А.Л., ДУБЕНКО Е.Н., ПАВЛЕНКО Т.А. Формирование внутреннего цистодигестивного анастомоза при лечении осложненных форм хронического и острого панкреатита	278
ИБАДИЛЬДИН А.С., КРАВЦОВ В.И. Лечебно-диагностический алгоритм при травме паренхиматозных органов живота	278
ИВАХОВ Г.Б., УСТИМЕНКО А.В., ГЛАГОЛЕВ Н.С. Лапароскопическое дренирование холедоха по Халстеду при остром калькулезном холецистите	279
ИВАЩЕНКО В.В., СКВОРЦОВ К.К., ЖУРАВЛЕВА Ю.И., ИВАЩЕНКО А.В. Важный критерий возможного исхода хирургического лечения острого холецистопанкреатита	280
ИСХАКОВ Б.Р., ИСХАКОВ Н.Б., БАЗАРБАЕВ У.Р. Симультанные лапароскопические операции в ургентной хирургии	280
КАБАНОВ М.Ю., ЯКОВЛЕВА Д.М., БУНИН В.А., СЕМЕНЦОВ К.В., ДЫМНИКОВ Д.А., КРАДЕНОВ А.В. Отдаленные результаты стентирования желчных протоков при раке головки поджелудочной железы: за и против	281
КАНИКОВСКИЙ О.Е., ОДАРЧЕНКО С.П., ПАВЛИК И.В., КАНИКОВСКИЙ Д.О. Расширенные хирургические вмешательства при кровоточащем раке желудка	281
КАРАБАЕВ Х.К., МУСТАФАКУЛОВ И.Б., НАРЗУЛЛАЕВ С.И., КАРАБАЕВ Б.Х., ТУХТАЕВ Ж.О. Эффективность консервативной терапии при повреждениях печени и селезенки	282
БАЛАЛЫКИН А.С., ГВОЗДИК В.В., КАТРИЧ А.Н., ОНОПРИЕВ А.В., МУЦУРОВ Х.С., БАЛАЛЫКИН В.Д., ВЕРБОВСКИЙ А.Н. Эндоскопическая диагностика и лечение новообразований большого дуоденального сосочка	283
КУРЬЯЗОВ Б.Н., БАБАДЖАНОВ А.Р., ТАДЖИБАЕВ О.Б., БАБАДЖАНОВ М.Б. Комбинированное применение лазеров в комплексном лечении гнойного холангита	283
ЛЕВЧЕНКО Н.В., ХРЯЧКОВ В.В., ШАВАЛИЕВ Р.Р. Холецистэктомия и единый лапароскопический доступ	284
ЛИПНИЦКИЙ Е.М., КОТОВСКИЙ А.Е., ИСТРАТОВ В.Г., ГЛЕБОВ К.Г., БЕКБАУОВ С.А. Декомпрессия желчных протоков и энтеропротекция в лечении больных механической желтухой и печеночной недостаточностью	285
ЛИПНИЦКИЙ Е.М., ГАЛЬПЕРИН Э.И., КОТОВСКИЙ А.Е., ИСТРАТОВ В.Г., БЕКБАУОВ С.А., РАЧЕНКОВА Н.И. Новые подходы к комплексному лечению печеночной дисфункции у больных механической желтухой	286
ЛЯДОВ К.В., ЕГИЕВ В.Н., ЛЯДОВ В.К., КОВАЛЕНКО З.А., КОЗЫРИН И.А. Ургентная экстирпация культи поджелудочной железы	286
МАЗОХА А.В., КАТОРКИН С.Е., ЖУКОВ Б.Н. Способы оптимизации методов хирургического лечения пациентов с несформировавшимися псевдокистами поджелудочной железы	287

<i>МЕЛЕХИНА О.В., ЖАВОРОНКОВА О.И., СТЕПАНОВА Ю.А., ИОНКИН Д.А.</i> Редкие локализации псевдокист при панкреатите	288
<i>МИМИНОШВИЛИ О.И., СОМОВ А.Д., МИХАЙЛИЧЕНКО В.Ю.</i> Применение контактной лазерной литотрипсии при лапароскопическом лечении холедохолитиаза	288
<i>НАЗИРБОВЕВ К.Р., КУРБОНОВ К.М., РАСУЛОВ Н.А.</i> Оценка дополнительного гемостаза при холецистэктомии у больных с диффузными заболеваниями печени	289
<i>ПАВЛОВСКИЙ А.В., ГРАНОВ Д.А., МАЙСТРЕНКО Д.Н., ПОЛИКАРПОВ А.А., ПОПОВ С.А.</i> Непосредственные и отдаленные результаты комбинированного лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны.	290
<i>ПАНЧЕНКОВ Д.Н., ИВАНОВ Ю.В., СОЛОВЬЕВ Н.А., ЗАБОЗЛАЕВ Ф.Г., НЕЧУНАЕВ А.А., АСТАХОВ Д.А.</i> Необратимая электропорация в лечении местнораспространенного рака поджелудочной железы с использованием системы Nanoknife. Первые ближайшие результаты	290
<i>ПЕТУХОВА М.В., ТИМИНА И.Е., СТЕПАНОВА Ю.А., ЖУРЕНКОВА Т.В., ВЕТШЕВА Н.Н.</i> Диагностическая значимость ультразвукового исследования в выявлении портальной гипертензии у больных хроническим панкреатитом	291
<i>СЕЙСЕМБАЕВ М.А., РАМАЗАНОВ М.Е., ТОКСАНБАЕВ Д.С., АБДРАШЕВ Е.Б., САДЫКОВ Н.К., ДОСХАНОВ М.О.</i> Эндовидеохирургические вмешательства при кистозных образованиях поджелудочной железы	291
<i>СКИБА И.А., ШИВАНЮК В.Н., ПРИТУЛА В.В., ПОВАР Я.А., ВИШНЕВЕЦКАЯ О.А., ПРОСКУРКО В.Г.</i> Разработка сплавов на основе Zr для эндоваскулярной хирургии	292
<i>СКУМС А.В., ЛИТВИН А.И., ШКАРБАН В.П., СКУМС А.А.</i> Сочетанное повреждение желчных протоков и ветвей печеночной артерии при холецистэктомии	292
<i>СТЕЦЬ Н.М., НАСТАШЕНКО И.Л., МОЛНАР И.М., ШИНКАРИК Т.Н., ДОВБЕНКО О.В.</i> Супрапапиллярная холедоходуоденостомия как метод миниинвазивного эндоскопического лечения обтурационной желтухи у пациентов пожилого возраста	293
<i>ТОЛСТОКОРОВ А.С., СКОПЕЦ С.М., САРКИСЯН З.О., БЕЛЯКОВ Р.Ф.</i> Профилактика кровотечений после папиллосфинктеротомий	294
<i>ФЕЛЕШТИНСКИЙ Я.П., МАМЧИЧ В.И., ПАРАЦИЙ З.З., МИНИН Ю.Б., ВАТАМАНЮК В.Ф.</i> Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите	294
<i>ФОМИН П.Д., НИКИШИН А.Л., СКИБА И.А., АСТАПЕНКОВ В.А., ПРОСКУРКО В.Г., КОЗЛОВ С.Н.</i> Результаты лечения больных с циррозом печени и портальной гипертензией с применением эндоваскулярных технологий	295
<i>ХАДЖИБАЕВ А.М., ШУКУРОВ Б.И., ХАКИМОВ А.Т.</i> Видеолапароскопия как средство улучшения диагностики повреждений печени у больных с сочетанными травмами.	296
<i>ХАДЖИБАЕВ А.М., АЛТЫЕВ Б.К., ХАДЖИБАЕВ Ф.А., РАХИМОВ О.У.</i> Сравнительный анализ методов диагностики и лечения послеоперационных осложнений в хирургии желчных путей	296
<i>ХВОРОСТОВ Е.Д., БЫЧКОВ С.А., ГРИНЕВ Р.Н., ЦИВЕНКО А.И., ОЛЕФИРЕНКО А.А.</i> Современные аспекты применения низких температур у больных с патологией гепатобилиарной системы.	297
<i>ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ТАВОБИЛОВ М.М., КАРАЛКИН А.В., ГРЕКОВ Д.Н., КАРПОВ А.А.</i> Радионуклидный метод исследования состояния желудочно-кишечного тракта после радикальных операций у больных периампулярными опухолями	298
<i>ШАТАЛОВ А.Д., ЗУБОВ А.Д., ЧИРКОВ Ю.Э., ШАТАЛОВ С.А., ПАВЛОВ К.И.</i> Интервенционная сонография в хирургии псевдокист поджелудочной железы	299
<i>ШАТАЛОВ А.Д., ХАЦКО В.В., ДУДИН А.М., МЕЖАКОВ С.В.</i> Лапароскопические симультанные операции у больных калькулезным холециститом	299
<i>ШЕВЧЕНКО Б.Ф., БАБИЙ А.М., ОШМЯНСКАЯ Н.Ю., ПРОЛОМ Н.В.</i> Морфологические особенности ацинарной ткани поджелудочной железы на поздних стадиях развития хронического панкреатита	300
<i>ШУЛЕЙКО А.Ч., ВОРОБЕЙ А.В., ГРИШИН И.Н., БУТРА Ю.В., ЛУРЬЕ В.Н., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Ю.И.</i> Билиарная гипертензия у больных с хроническим панкреатитом	301
<i>ЯКУБОВ Ф.Р., БАБАДЖАНОВ М.Б., БАБАДЖАНОВ К.Б.</i> Хирургическая реабилитация больных с временными колостомами.	301

Наукове видання

Актуальні проблеми хірургічної гепатології

Матеріали XX Міжнародного конгресу
Асоціації хірургів-гепатологів країн СНД

Донецьк, 18–20 вересня 2013 р.

(Російською мовою)

Відп. ред. В.О. Вишневський

У даний збірник увійшли доповіді, присвячені одній з актуальних проблем сучасної хірургії — діагностиці й лікуванню захворювань печінки, жовчних протоків і підшлункової залози.
Книга розрахована на широке коло лікарів-хірургів.

Підп. до друку 03.09.2013. Формат 60x84/8. Папір офсет.
Гарнітура «Myriad Pro». Друк офсет.
Ум. друк. арк. 37,21. Обл.-вид. арк. 38,49.
Тираж 400 пр. Зам. № А347.

Видавець Заславський О.Ю.
пр. Ленінський, 25/126, м. Донецьк, 83102
Тел./факс: +380 (62) 338-21-11
www.mif-ua.com, admin@mif-ua.com,
www.bookvamed.com.ua
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 2182 від 13.05.2005

Надруковано в ТОВ «Цифрова типографія»
Адреса: м. Донецьк, вул. Челюскінців, 291а,
тел.: (062) 388-07-31, 388-07-30



