Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
Правительство Пермского края
Министерство здравоохранения Пермского края
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия
имени академика Е.А. Вагнера» Минздрава России
ФГБУ «Институт хирургии имени А.В. Вишневского» Минздрава России
Пермское региональное отделение Российского общества хирургов
Пермское краевое «Общество хирургов»
Пермская ассоциация врачей хирургического профиля

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

МАТЕРИАЛЫ
XXI МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ
ХИРУРГОВ СТРАН СНГ

9–12 сентября
Пермь

Пермь 2014

УДК 617.5
ББК 54
А 43

Редакционная коллегия:

профессор В.А. Вишневский,
профессор Э.И. Гальперин,
д-р мед. наук Ю.А. Степанова,
профессор М.Ф. Заривчацкий.

А 43 **Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии:** Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, 2014. – 262 с.

ISBN 978-5-7812-0506-6

В сборнике представлены научные работы по актуальным проблемам гепатопанкреатобилиарной хирургии. Две статьи всемирно известного французского хирурга Г. Бисмута посвящены проблемам лечения холангиокарцином ворот печени, метастазов колоректального рака в печень. В одном из разделов опубликованы результаты исследований молодых ученых.

Научные труды предназначены ученым и практическим врачам, разрабатывающим и внедряющим в практику современные технологии диагностики и лечения хирургических заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы.

УДК 617.5
ББК 54

© ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера
Минздрава России, 2014

ISBN 978-5-7812-0506-6

Р а з д е л I

НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И НАРУЖНЫХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩАХ

М.М. Акбаров, Р.Р. Саатов, Л.П. Струсский, У.Н. Туракулов, Е.М. Сайдазимов, А.Н. Калонов

Республиканский специализированный центр хирургии им. ак. В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

Диагностика и лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков (РСВЖП) и наружных желчных свищей (НЖС) остается одной из сложных проблем хирургической гепатологии.

В литературе прослеживается существенная разноречивость подходов к различным операциям при данной патологии, их результаты далеки от удовлетворительных. Сохраняется много открытых вопросов в таком направлении хирургической гепатологии, как эндоскопическое билиостентирование.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения РСВЖП и НЖС с использованием эндоскопических технологий.

Материалы и методы. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) занимает ведущие позиции в диагностике РСВЖП и НЖС, как и полипозиционная фистулография при распознавании характера патологии и выбора тактики ее ликвидации.

За последние 10 лет выполнено 649 ЭРХПГ с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) у 256 пациентов. При наличии РСВЖП предпринимали бужирование стенотического сегмента, после этого выполнялось билиостентирование. Использовались как стандартные эндобилиарные стенты, так и билиостенты, сконструированные в нашем учреждении.

Результаты. Выполнено 52 эндоскопических билиостентирования при РСВЖП и НЖС. В 10 наблюдениях стриктура располагалась в зоне конфлюэнса и носила критический характер с прогрессированием механической желтухи. В 28 случаях патология выявлялась в зоне слияния желчного и пузырного протоков. В 14 наблюдениях препятствие оттоку желчи обнаруживалось в дистальной части холедоха. В результате эндоскопического лечения после первичного курса восстановление желчеоттока достигнуто у 46 (89,4%) пациентов, в 6 (10,6%) случаях в течение 6–8 месяцев отмечены рецидивы стенозов. По причине рецидива 3 пациентам выполнены реконструктивные хирургические вмешательства, 3 другим пациентам пожилого возраста, неоднократно оперированным на желчных путях, проводились повторные курсы эндоскопического лечения. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Выводы. Метод эндобилиостентирования представляется прогрессивным и удобным, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза, необходимости сложных реконструктивных вмешательств и связанных с ними дальнейших специфических осложнений. Эффективность эндоскопических вмешательств при лечении НЖС, развившихся на фоне рубцовых стриктур ВПЖП, наиболее высока при дистальном расположении патологии. По нашим данным, при проксимальном расположении НЖС эндоскопическое вмешательство было неэффективным в 24,2%, тогда как при дистальном – лишь в 3,5%.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Х.А. Акилов, Х.Н. Матякубов, Э.А. Ли

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

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

Материалы и методы. В период 2005–2014 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи на лечении находились 48 больных в возрасте от 2 мес. до 17 лет.

В наших наблюдениях диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен во всех случаях на основании оценки клинических симптомов и специальных методов обследования (УЗИ, МРТ, МСКТ с контрастированием, РХПГ). Проведено обследование всех детей согласно утвержденному стандарту. Принципиально важно начинать обследование с менее инвазивных методов. Как правило, первоначально выполняется УЗИ, при необходимости возможно увеличение информативности МРТ и МСКТ с помощью контрастного усиления после проведенных РХПГ.

УЗИ гепатикохоледоха выполнено всем детям. При этом прямые признаки поражения желчных протоков обнаружены только у 32 (66,6%) пациентов.

Значительно расширяют диагностические возможности выявления патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны КТ (МСКТ) и МРТ, которые выполнены нами у 44 (91,6%) пациентов при неубедительных данных УЗИ. Кистозные расширения внепеченочных желчных протоков на компьютерных томограммах представляли собой объемные полостные образования диаметром от 5,2 до 10,6 см, со стенками толщиной 2–3 мм, с ровными, четкими контурами. При сложной трактовке происхождения обнаруженных кист производили контрастирование желчных путей.

Результаты. Полученные данные показывают, что МСКТ и МРТ с холангиографией имеют большое значение в распознавании патологии гепатобилиарной системы с высокой информативностью.

Одним из методов диагностики патологии гепатобилиарной системы у детей является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Она позволяет определить распространенность внутри- и внепеченочного поражения желчных ходов при точной сохраненности проходимости дистальной части общего желчного протока. В то же время при ее проведении может произойти инфицирование желчевыводящих путей и панкреатического протока с развитием холангита и панкреатита.

Из 48 оперированных детей 4 (8,3%) наложен супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз, 17 (35,4%) выполнена резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки, 1 (2,1%) наложен кистодуоденоанастомоз, 1 (2,1%) произведено наружное дренирование холедоха по Керу (в связи с перфорацией кисты холедоха) и 25 (52,0%) выполнена резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероанастомоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки. Минимальный срок катамнестического наблюдения составил 3 месяца; максимальный срок послеоперационного наблюдения – 5 лет, состояние детей удовлетворительное.

Выводы.

1. Своевременное распознавание врожденного расширения общего желчного протока представляет значительные трудности. Решающее значение в диагностике и определении показаний к операции имеет сопоставление клинических и инструментальных данных (УЗИ, МРТ с холангиографией, ЭРХПГ) исследований.

2. Учитывая то, что нельзя исключить малигнизацию кист холедоха в последующем, радикальной операцией считаем максимальное иссечение кистозно-измененных стенок гепатикохоледоха и наложение гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле кишки на металлическом каркасном кольце.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ. ТЕХНИКА И ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Р.Б. Алиханов[1,2], В.А. Кубышкин[2,3], А.В. Дубровский[2]

[1]ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗМ (Москва, Россия)

[2]Кафедра хирургии ФФМ ГБОУ ВПО Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова (Москва, Россия)

[3]ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: оценка техники и возможной роли реконструкции печеночных вен для профилактики послеоперационной печеночной недостаточности при различных резекциях печени.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2013 г. в различных клиниках кафедры хирургии ФФМ МГУ им. М.В. Ломоносова были выполнены резекции печени с реконструкцией печеночных вен (РПВ) 9 пациентам (мужчин – 5, женщин – 4, возраст – от 42 до 67 лет, средний возраст – 55,7 года).

Результаты. Пациентам с гепатоцеллюлярным раком резекции печени с РПВ были выполнены в 3 случаях (резекции 7 и 8-го сегментов с реконструкцией правой печеночной вены – 2 пациентам и центральная резекция (сегментэктомия 4, 5, 8) с реконструкцией правой печеночной вены – 1). Пациентам с метастазами колоректального рака в печень резекции с РПВ выполнены в 6 случаях (2 пациентам – сегментэктомия 4, 5, 8 с реконструкцией правой печеночной вены, 1 – сегментэктомия с 4а, 8 с реконструкцией средней печеночной вены, 2 – правосторонняя гемигепатэктомия с реконструкцией средней печеночной вены, 1 – левосторонняя гемигепатэктомия – реконструкция средней печеночной вены). В 6 случаях для РПВ использовался синтетический протез Gore-Tex, в 2 – гонадальная вена, в 1 – нижняя брыжеечная вена. У всех пациентов после РПВ восстановился кровоток из печени по данным допплеровского исследования.

Летальных исходов не было. У всех пациентов в крае резекции опухолевого роста выявлено не было. У одного больного развилась тяжелая печеночная недостаточность, которая потребовала интенсивной терапии в течение трех недель после операции. Состоятельность реконструированных вен оценена в течение 60 суток после операции. У 8 пациентов анастомозы были состоятельны, у 1 (после реконструкции гонадальной веной) возник тромбоз на второй неделе после резекции печени, что клинически никак не проявилось.

Выводы. Резекции печени с РПВ могут быть успешно использованы для расширения объема вмешательства при вовлечении печеночных вен в опухоль, а также стать способом профилактики пострезекционной печеночной недостаточности.

ВОЗМОЖНОСТИ ИНФРАКРАСНОЙ ТЕРМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.Ю. Анисимов

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России (Казань, Россия)

ГАУЗ «Городская клиническая больница № 7» (Казань, Россия)

Введение. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения больных с различными вариантами синдрома портальной гипертензии во многом связана с дефицитом информативных диагностических критериев для объективизации выбора способа, сроков и объема операции.

Цель исследования: оценить диагностические возможности термографии передней брюшной стенки с помощью инфракрасной камеры ThermaCAM P 65 при лечении больных с внутрипеченочной портальной гипертензией (ПГ) вследствие цирроза печени (ЦП).

Материалы и методы. 50 пациентам была выполнена термография передней брюшной стенки с помощью инфракрасной камеры ThermaCAM P 65 производства FLIR Systems (Швеция, США). Они были разделены на 4 группы: 1-я группа (20 человек) – клинически здоровые добровольцы, 2-я группа (10 больных) – класс А ЦП, 3-я группа (15 больных) – класс В ЦП, 4-я группа (5 больных) – класс С ЦП.

Результаты. Между степенью компенсации цирроза печени и состоянием окольного кровотока существует тесная связь.

У лиц *1-й группы* регистрировали участки кожи с разными спектрами цвета (t0 – 34,03+0,31 С0). Однако четкой локализации каждого участка спектра цвета, характерного для патологического процесса, не наблюдали. Это свидетельствовало о неразвитости окольного кровотока.

У пациентов *2-й группы* имела место размытость и нечеткость белого спектра цвета (t0 – 35,3+0,42 С0). Это свидетельствовало о недостаточной выраженности окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки.

У пациентов *3-й группы* белый и красный спектры цвета были распределены преимущественно в эпигастральной и мезогастральной областях передней брюшной стенки. Кроме того, умеренно контурировались сосуды передней брюшной стенки (t0 -36,18+0,17 С0). Такая термографическая картина указывала на развитость окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки.

У пациентов *4-й группы* белый и красный спектры цвета также были распределены в эпигастральной и мезогастральной областях передней брюшной стенки. При этом отчетливо контурировались значительно расширенные сосуды передней брюшной стенки в виде выраженных сосудистых стволов (t0 - 36,76+0,19 С0). Такая термографическая картина свидетельствовала о крайней степени выраженности развития окольного кровотока по сосудистым коллатералям передней брюшной стенки.

Для выявления корреляции между интенсивностью инфракрасного излучения передней брюшной стенки и состоянием ее кровоснабжения данные, полученные при термографии, сравнивали с результатами клинического, эндоскопического и сонографического исследований. При этом было обнаружено, что глубина изменений, зарегистрированных на термограммах, коррелировала с ультразвуковыми и эндоскопическими находками. Так, у больных 3-й и 4-й групп при ультразвуковом исследовании были обнаружены естественные внутрипеченочные и внепеченочные портосистемные анастомозы, а при эндоскопическом исследовании – признаки высокого давления в портальной системе. При статистическом анализе была выявлена достоверная разница изменения температур передней брюшной стенки между 1-й и 2-й ($p=0,02$), 3-й и 4-й ($p=0,032$), 2-й и 4-й группами ($p=0,004$).

Выводы. Термографию тепловизором ThermaCAM P65 целесообразно включать в комплексную диагностическую программу больных ЦП, осложненным синдромом ПГ, ибо она дает объективную информацию о степени развития коллатерального кровотока по сосудам передней брюшной стенки.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВОДОСТРУЙНОГО ДИССЕКТОРА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

В.В. Анищенко, С.Г. Штофин, А.Г. Налбандян, С.А. Семенов, Е.А. Шмакова
НУЗ ДКБ ОАО «РЖД» на ст. Новосибирск-Гл. (Новосибирск, Россия)
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России (Новосибирск, Россия)

Цель исследования: оценить эффективность использования современного специфического оборудования в улучшении результатов резекции печени.

Материалы и методы. Проанализирован опыт хирургического лечения 75 больных с образованиями в печени.

С поражениями печени альвеолярным эхинококком оперировано 43 больных с 2000 по 2013 г. (используется станция ERBE-300), которым были выполнены различные по объему ее резекции: левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) – 9 пациентам, правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) – 20, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (РПГГЭ) – 4 (умер 1 больной), левосторонняя кавальная лобэктомия (ЛКЛЭ) – 2, неанатомические резекции (НР) – 2, ПГГЭ +IVa – 1, ПГГЭ + I – 2, ЛКЛЭ + IVb + I – 1, ПГГЭ +IVa +I – 1 и СЭ I+IV+V – 1 пациенту. Кровопотеря в среднем составляла 800–2000 мл. Все больные оперированы методом «прямого деления». Умер 1 (4,3%) пациент.

По поводу метастатического рака печени оперированы 32 пациента. Метастазы колоректального рака были у 23, рака желудка – у 4, поджелудочной железы – у 2, яичников – у 1, молочной железы – у 2. В возрасте до 40 лет оперированы 7 пациентов, до 60 – 22, до 75 – 7; женщин было 22, мужчин – 10.

Выполнены следующие радикальные хирургические вмешательства: правосторонняя гемигепатэктомия – 8 (умер 1 больной от ТЭЛА), правосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 5 (умер 1 пациент на 23-и сутки после операции – пилефлебит), левосторонняя гемигепатэктомия – 2, левосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 3, сегментарная резекция – 8, атипичная резекция – 6 (из них предельно расширенных резекций, т.е. когда оставлено менее 30% виртуальной массы печени, – 9).

Вывод. Применение современных технических средств, обеспечивающих резекцию печени при альвеолярном эхинококке, позволило уменьшить операционную кровопотерю, выполнить резекционные приемы в более радикальном и прецизионном виде.

ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Н.У. Арипова, А.Н. Набиев, С.К. Матмуратов, М.У. Арипова, Ж. Бабаджанов
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз (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: изучить влияние чрескожно-чреспеченочных эндобилиарных вмешательств на уровень СМП в сыворотке крови и желчи у больных механической желтухой опухолевого генеза.

Материалы и методы. В исследование вошли 34 больных, у которых была диагностирована опухоль органов БПДЗ. Средний возраст больных – 54,3±3,2 года. Женщин – 18, мужчин – 16.

Причиной механической желтухи (МЖ) у 12 больных была опухоль головки поджелудочной железы, у 9 – опухоль ворот печени, у 5 – опухоль терминального отдела холедоха, у 4 – рак фатерова сосочка, у 2 – рак общего печеночного протока, и у 2 – рак желчного пузыря.

Результаты. Выраженная эндогенная интоксикация проявлялась увеличением концентрации СМП в плазме крови, которое превышало норму в 1,9 раза. Соответственно содержание СМП из первых порций желчи после наложения ЧЧХС составило в среднем 0,33±0,06 ед. (норма 0,25±0,02 ед).

На 3-и сутки после ЧЧХС уровень СМП имел незначительную тенденцию к снижению и в среднем составлял 0,41±0,05 ед. В последующие сутки после декомпрессии желчных протоков отмечалось постепенное снижение уровня СМП в плазме, который на 10-е сутки составлял в среднем 0,35±0,06 ед. На 14-е сутки наблюдения содержание СМП снизилось до нормальных значений и составило в среднем 0,28±0,05 ед.

Характер изменения содержания СМП в желчи в послеоперационном периоде мало отличался от такового в плазме крови. На 3-и сутки отмечался значительный рост уровня СМ в желчи – до 0,39±0,04 ед. К 10-м суткам наблюдения уровень СМП имел тенденцию к увеличению, в среднем до 0,41±0,05 ед. На 14-е сутки содержание СМП продолжало нарастать, т.е. СМП стали больше отделяться с желчью, и среднее значение их уровня составляло 0,46±0,04 ед. За период наблюдения отмечен значительный рост экскреции СМП с желчью.

Выводы. Применение чрескожных эндобилиарных вмешательств при опухолях БПДЗ, осложненных МЖ, сопровождающихся выраженной эндогенной интоксикацией, способствует элиминации СМП через желчь. Это является важным этапом предоперационной подготовки, а также фактором улучшения качества жизни иноперабельных больных.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

С.М. Ахмедов, Б.Д. Сафаров, З.В. Табаров, А.С. Саидмуродов
Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ (Душанбе, Таджикистан)

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) является радикальной операцией при злокачественных новообразованиях органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Реже ГПДР применяется при псевдотумарозном панкреатите, травматическом повреждении органов билиопанкреатодуоденальной зоны, абсцессе головки поджелудочной железы (ПЖ), прорастании опухоли желудка в головку ПЖ или переходе опухоли на двенадцатиперстную кишку. К сожалению, значительно чаще эти опухоли диагностируют на стадии внеорганного распространения, при явлениях развившихся осложнений. После появления первых симптомов заболевания у большинства больных средняя выживаемость составляет менее 6 месяцев: около 30% умирают через 1 месяц после установления диагноза и менее 1% живут более 5 лет. Эти данные служат веским аргументом в пользу ранней и максимально активной хирургической тактики при диагностированных опухолях панкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 62 больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, находившихся на лечении в гепатохирургическом отделении Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ за период 2011–20013 гг. Ввиду поздней обращаемости больных и распространенности процесса за пределы ПЖ радикальная операция, гастропанкреатодуоденальная резекция, выполнена только 14 (22,5%) больным, паллиативные вмешательства (наложение обходных билиодигестивных анастомозов, разгрузочная чрескожная чреспеченочная холецистостомия) – 38 (61,2%), от операции отказались 10 больных. Возраст радикально оперированных больных составил от 43 до 66 лет, из них 10 мужчин и 4 женщины.

Из 14 пациентов 8 оперированы по поводу рака головки ПЖ, 4 – рака БСДК с прорастанием в головку ПЖ, 2 – хронического склерозирующего панкреатита с преимущественной локализацией процесса в головке ПЖ. 9 больных госпитализированы с явлениями механической желтухи различной степени выраженности, 2 – с явлениями субкомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки.

Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнялась по классической методике Whipple на одной и выключенной по Ру петле тонкой кишке. Реконструктивный этап панкреатодуоденальной резекции проводили прецизионно, в принятой последовательности: панкреатоеюно-, холедохоеюно-, гастроэнтероанастомоз.

Одномоментная операция произведена 10 больным; 4 пациентам с механической желтухой на первом этапе была выполнена декомпрессивная чрескожная холецистостомия.

Результаты. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде отмечен у 2 больных. Причиной смерти послужила несостоятельность панкреатоеюноанастомоза.

У 2 больных ранний послеоперационный период осложнился развитием острого панкреатита и поддиафрагмальным абсцессом, которые санированы консервативно. 10 оперированных выписаны в удовлетворительном состоянии на 16–48-е сутки после операции. Отдаленные результаты удалось проследить у 6 больных в сроки до 3 лет: летальных исходов не было.

Выводы. ГПДР остается еще малораспространенной операцией, хотя реальная потребность в ней как при опухолях, так и при хроническом панкреатите весьма высока. Поздняя диагностика обусловливает низкий показатель радикализма хирургических вмешательств. Значительное число послеоперационных осложнений и высокая летальность обусловлены большой травматичностью операции, холемической и опухолевой интоксикацией, которые значительно лимитируют диапазон радикальности операции.

РАДИОЛИМФОСЦИНТИГРАФИЯ – КРИТЕРИЙ РАДИКАЛЬНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПЕЧЕНИ

С.М. Ахмедов, А.Д. Дустов, Б.Д. Сафаров, З.В. Табаров, А.С. Саидмуродов
Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ (Душанбе, Таджикистан)

Местно-распространенный рак печени (МРП) относится к разряду наиболее тяжелых форм заболевания, где зачастую возникает необходимость принятия неординарных решений для обширных резекционных вмешательств. Более того, он чреват частыми рецидивами заболевания в послеоперационном периоде, требующими повторных оперативных вмешательств. Ключевым моментом в решении данной проблемы остается рациональная диагностика и адекватное лечение локорегионального метастазирования.

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

Материалы и методы. За период 2011–2013 гг. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ было пролечено 24 пациента с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК), подтвержденной клинико-лабораторными и инструментальными (УЗИ, КТ, МРТ, гепатосцинтиграфия, онкомаркеры) методами исследования, с морфологической верификацией диагноза. В группе преобладали лица женского пола (17) в возрасте 19–69 лет. Правосторонняя локализация процесса отмечена у 12 (50%) больных, левосторонняя – у 7 (29,1%), билобарная – у 5 (20,8%) пациентов. С целью обеспечения радикальности операции всем больным во время резекции печени (РП) выполняли интраоперационную радиолимфосцинтиграфию ^{99}Tc.

Радиолимфосцинтиграфию осуществляли за 20–30 минут до завершения основного этапа обширной резекции печени путем внутривенного введения 50–60 МБ ^{99}Tc. Далее датчиком портативного радиолимфосцинтиографа (Surgical GammaProbe, PC, США) проводили лимфосцинтиграфию лимфатических узлов гепатодуоденальной связки, чревного ствола, полости малого сальника, корня брыжейки тонкой кишки и других зон возможного предполагаемого метастазирования. Ввиду высокой специфичности ^{99}Tc к раковым клеткам последний, через 10–15 минут с момента введения, скапливается в пораженных лимфоузлах и при установке над ними датчика лимфосцинтиографа выдает на монитор цифровые и звуковые данные факта присутствия радиофармпрепарата.

Результаты. Характер выполненных оперативных вмешательств: ПГГЭ – 12 (50%), ЛГГЭ – 5 (22,5%) и околоопухолевая резекция до 5 сегментов из обеих долей печени – 7 (27,5%).

В 6 наблюдениях дополнительно к основному этапу операции провели лимфаденэктомию из региональных зон метастазирования ввиду высоких количественных (1 750–1 830) показателей накопления ^{99}Tc в лимфатических узлах. Морфологическое исследование удаленных лимфоузлов подтвердило факт злокачественного поражения во всех случаях. Чувствительность и специфичность метода составила 88,8% и 100% соответственно.

Вывод. Интраоперационная радиолимфосцинтиграфия является высокоинформативным методом обеспечения радикальности операций у больных с местно-распространенным раком печени.

SURGICAL MANAGEMENT OF COLORECTAL LIVER METASTASES

Henri Bismuth

Hepato Biliary Institute, Hospital Paul Brousse (Villejuif, France)

Radical hepatectomy is the only curative treatment of colorectal hepatic metastases but is possible only in 80 to 90% of cases.

In 1996, we introduced the neo adjuvant chemotherapy in order to convert non resectable liver lesions to resectable. The type of surgery performed following cytoreductive chemotherapy includes major hepatectomies (55%), repeat hepatectomies (36%) and combined liver and pulmonary resections (20%). Our series of patients with initially non resectable colorectal liver metastases has shown a 5 and 10-year overall survival of 33% and 23%, respectively.

Together with the chemotherapy advancement, we also have developed the principle of liver parenchyma augmentation which in turn has made possible to perform major hepatectomies without the risk of postoperative liver insufficiency.

With recent oncologic advances resulting in the introduction of new agents such as monoclonal antibodies (cetuximab) and vascular growth factors (Bevacizumab), better results are obtained, however, despite individual improvements in specific disciplines, it is the combined approach which has been the driving force in the survival improvement observed in patients with colorectal metastases.

SURGICAL TREATMENT OF HILAR CHOLANGIOCARCINOMA

Henri Bismuth

Hepato Biliary Institute, Hospital Paul Brousse (Villejuif, France)

The Hilar Cholangiocarcinoma is the most frequent localisation of the tumors of the biliary tract. Its localisation at the level of the hilus, in an area of a few centimeters width in close contact with the portal vein, the hepatic artery and the central part of the liver makes its treatment difficult for everyone:

surgeon, radiologist, or endoscopist. Even today, the only therapeutic possibility liable to offer a definite cure is the surgical resection, all the others treatments aim only to palliation.

The resection of hilar cholangiocarcinoma includes: the total excision of the common bileduct from the pancreas to the liver, and the total curage of the hepatic pedicule. Apart from the type 1, liver resection is mandatory: segment 1 resection. If the ductal confluence is involved by the tumor (type 2), for the hilar plate is surely invaded. In types 3 and 4, the liver resection is extended to the right or the left liver.

Today the most complete resection is the six-segmentectomies on the right or the left. The «No Touch» technique by primary opening the liver along the round ligament is the most radical resection, sometimes associated to the resection of the portal bifurcation with implantation of the left portal branch in the remaining portal trunk.

This major resection, removing 80 to 85% of the anatomical liver needs a pre operative portal embolisation, in order to induce an hypertrophy of the remaining parenchyma.

The peri operative mentality of the liver resection in this type of indication is relatively high around 5 to 7% , morbidity is also high around 50%. 5 year survival is around 30% and some series reported, result of 70% in the extended liver resection associated with portal resection. The efficiency of adjuvant treatments, chemotherapy or radiotherapy, have not yet been proven.

The palliative treatment must be indicated only after evaluation of the possibility of radical treatment by resection. Usual treatment is percutaneous stenting. The intra hepatic cholangioanastomose on the segment 3 or 5 is made impossible by the pre operative drainage.

The liver transplantation has been for a long time contra-indicated for its bad long term results. However, the Mayo Clinic experience with neoadjuvAnt chemo and radio therapy, offers around 70 to 80% 5 year survival in very selected patients. However today liver transplantation due to the shortage of grafts has to be reserved as an investigative therapy in selected centers.

АТИПИЧНОЕ ОТХОЖДЕНИЕ СОБСТВЕННОЙ АРТЕРИИ ПЕЧЕНИ

Н.И. Богомолов

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России,

(Чита, Россия)

По данным В.Н. Шевкуненко, аномалия как анатомический факт – это результат нарушенного, «извращённого» процесса развития при сохранении функций. Известно, что собственная артерия печени может иметь начало от ствола верхней брыжеечной артерии. В нашем наблюдении она отходила не от ствола, а от аркады второго порядка в брыжейке тонкой кишки. Описание такого истока собственной артерии печени в доступной литературе мы не встретили, что и явилось поводом поделиться опытом.

Больная П., 44 лет, и/б 1837, медсестра Краевого диагностического центра, перенесла лапароскопическую холецистэктомию в центре амбулаторной хирургии по поводу ЖКБ, хронического калькулёзного холецистита.

Из анамнеза известно, что камни в желчном пузыре обнаружили при профосмотре 4 года назад. На протяжении последнего года беспокоили боли в животе, появилась анемия, в связи с чем 28.01.2014 г. выполнена операция, после которой на 2-е сутки отпущена домой. Однако боли в животе усилились, не купировались даже наркотическими анальгетиками и 01.02.2014 г. по экстренным показаниям госпитализирована в Краевую больницу.

При поступлении состояние тяжёлое, боли по всему животу, но признаков перитонита нет. АД 45/20 мм рт. ст., помещена в реанимацию. УЗИ – свободной жидкости в брюшной полости нет. КТ – признаки гепатоза. Анализ крови: Hb – 82 г/л, Л – 24,0×10 моль/л, п/я – 4, СОЭ – 36 мм/ч.

Уровень глюкозы в крови в динамике: 5,7; 1,9; 1,5 ммоль/л, амилазы в крови – 1 530 v/L (N 0-120), AST-21900 iv/L, ALT-8400 iv/L (N 0-42).

С подозрением на осложнение операции под наркозом 02.02.2014 г. предпринята релапароскопия, выполнена аппендэктомия флегмонозно-изменённого отростка, дренирование брюшной полости; другой патологии не выявлено. Однако состояние не улучшалось, консилиум высказал предположение о нарушении кровоснабжения печени из-за вероятного случайного клипирования собственной её артерии. Через два часа 03.02.2014 г. – остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия без эффекта.

На секции: устья чревного ствола и верхней брыжеечной артерии перекрыты старыми зрелыми серого цвета в форме гриба тромбами, «шляпки» которых были в аорте; тромбоз левой почечной артерии; флотирующий тромб в стволе верхней брыжеечной артерии; инфаркт левой почки, селезёнки; сегментарный некроз тонкой кишки; сегментарный некроз печени. При препарировании идентифицированы печёночные протоки и холедох, они не изменены, культя пузырного протока клипирована; воротная вена и её ветви не изменены; собственная печёночная артерия свободна от тромботических масс, культя пузырной артерии клипирована, артерия идёт далее по передней поверхности верхней горизонтальной ветви 12-перстной кишки и головки поджелудочной железы, внедряется в брыжейку тонкой кишки и начинается от аркады второго порядка верхней брыжеечной артерии в 110 см от связки Трейтца.

Вывод. Клиника заболевания обусловлена давним тромбозом висцеральных артерий, кровоснабжение в органах поддерживалось из бассейна нижней брыжеечной артерии и других коллатералий. Причину тромбоза артерий объяснить не удалось.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АЛГОРИТМА ВЫБОРА МЕЖДУ ОДНО- И ДВУХЭТАПНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И ХОЛАНГИОЛИТИАЗОМ

Е.И. Брехов[1], В.В. Калинников[1], С.В. Лебедев[2], А.Г. Еремеев[2], Д.В. Федерякин[2], И.О. Свистунов[2], А.П. Татаринов[2]

[1]ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента России (Москва, Россия)

[2]ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздрава России (Тверь, Россия)

Совершенствование малоинвазивных хирургических методов лечения холелитиаза привело к необходимости выбора между папиллосохраняющими антеградными (лапароскопическая литоэкстракция) и эндоскопическими ретроградными манипуляциями на большом дуоденальном сосочке (БДС) у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холангиолитиазом.

Широкое распространение получило двухэтапное лечение холелитиаза, когда первым этапом проводится эндоскопическая санация ВЖП, а вторым этапом – лапароскопическая холецистэктомия. Такая тактика оправданна при необходимости применения срочных методов декомпрессии ЖВП, наличии риска выполнения конверсии на лапаротомный доступ и др.

С другой стороны, эффективность одноэтапного лечения холангиолитиаза достаточно высока (80–90%). Лапароскопическая прецизионная техника позволяет добиться минимальной травматизации холедоха. Значительным преимуществом является снижение времени пребывания в стационаре. Частота осложнений сравнима с двухэтапным лечением. Однако лапароскопическая экстракция желчных конкрементов технически трудна. Требуется отбор пациентов в зависимости от ширины холедоха, размеров, формы и числа конкрементов, отсутствия острых воспалительных изменений в области желчного пузыря и ВЖП. Кроме того, травматизация БДС, выполняемая во время операции, несет потенциал риска развития острого панкреатита.

Таким образом, для оптимизации выбора между одно- и двухэтапными манипуляциями на ЖВП необходимо дооперационное получение детализированной информации о билиопанкреатодуоденальной зоне (БПДЗ). Использование эндосонографии, обладающей достаточной информативностью в диагностике БПДЗ, могло бы улучшить дифференцированный подход в выборе малоинвазивного способа санации холангиолитиаза.

Цель исследования: совершенствование алгоритма выбора между одно- и двухэтапным хирургическим лечением пациентов с калькулезным холециститом и холангиолитиазом.

Материалы и методы. В группу исследования вошли 138 пациентов с калькулезным холециститом и значительным риском холангиолитиаза, госпитализированных в хирургическое отделение ГБУЗ «ОКБ» г. Твери в 2010–2012 гг. Среди пациентов преобладали женщины (72,5%). Средний возраст составил 56,2±3,4 года. Всем пациентам проведено комплексное обследование, включающее эндосонографию с использованием эхоэндоскопа GIF-UM160 («Olympus», Япония).

Дальнейшая лечебно-диагностическая тактика определялась на основании полученной по результатам эндосонографии детализированной картины состояния БПДЗ. Выделялась группа пациентов с холангиолитиазом и отсутствием патологических изменений зоны БДС и ЖВП воспалительного и опухолевого характера. В выделенной группе показаниями для проведения лапароскопической антеградной санации ВЖП служили: 1) ширина холедоха 7 мм и более; 2) отсутствие множественного холангиолитиаза (более 2), микролитиаза и благоприятное соотношение размеров, формы конкрементов и ширины ВЖП, подвижность конкрементов.

Результаты. На основании данных проведенного исследования для решения вопроса о возможности осуществления одноэтапной лапароскопической санации ЖВП было отобрано 28 (20,3%) пациентов.

Анализ эндосонографических данных состояния ЖВП и характера их просвета позволил выполнить лапароскопическую холецистэктомию в сочетании с санацией холедоха через пузырный проток или холедохотомный доступ у 10 пациентов. Остальным 18 больным выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с ретроградной санацией ЖВП, дополненной механической литотрипсией в двух наблюдениях. Лапароскопическая холецистэктомия, как второй этап лечения, осуществлена у 16 пациентов. В двух наблюдениях операция выполнена из лапаротомного доступа вследствие обнаруженных во время операции выраженных острых воспалительных изменений в зоне желчного пузыря.

Значимых осложнений послеоперационного периода не выявлено.

Вывод. Предложенный алгоритм позволил оптимизировать выбор между одно- и двухэтапным хирургическим лечением пациентов с калькулёзным холециститом и холангиолитиазом.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Е.И. Брехов[1], В.В. Калинников[1], С.В. Лебедев[2], А.Г. Еремеев[2], Д.В. Федерякин[2], И.О. Свистунов[2]

[1]ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента России (Москва, Россия)

[2]ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия Минздрава России (Тверь, Россия)

Совершенствование и широкое распространение малоинвазивных методов лечения желчнокаменной болезни привело к значительному увеличению числа операций у больных с холелитиазом. Однако в настоящее время сохраняется неудовлетворенность хирургов результатами операций, объединенных в клиническое понятие «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС). 15–40% оперированных пациентов считают, что операция не привела к ожидаемым ими результатам.

По данным XVIII Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ (Москва, 2011 г.), основная группа причин связана с недостаточной диагностикой состояния билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) у пациентов с ПХЭС. Однако современные методы (традиционное ультразвуковое сканирование, компьютерная и магнитно-резонансная томография и др.) не обладают абсолютной точностью в диагностике органических изменений БПДЗ, особенно терминального отдела холедоха (ТОХ) и большого дуоденального сосочка (БДС). Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) считается «золотым стандартом» диагностики изменений желчевыводящих протоков у пациентов с желчнокаменной болезнью, но в связи с высокой инвазивностью может являться причиной осложнений. На современном этапе развития билиарной хирургии оптимально её комплексное использование с оперативными манипуляциями на БДС.

В связи с этим актуально включение в лечебно-диагностический алгоритм у пациентов с ПХЭС эндосонографического исследования БПДЗ до момента использования методик, связанных с эндоскопическим контрастированием желчевыводящих протоков.

Цель исследования: совершенствование лечебно-диагностического алгоритма у пациентов с ПХЭС для выявления структурных изменений БПДЗ путем использования эндосонографии до применения методик, связанных с контрастированием желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексной диагностики 112 пациентов, госпитализированных в ГБУЗ «Областная клиническая больница» (г. Тверь) в период 2009–2011 гг. с признаками ПХЭС. Всем пациентам ранее в различные сроки выполнялась операция по поводу холелитиаза в хирургических стационарах Тверского региона. Преобладали женщины (85,7%). Средний возраст составил 56,2±3,4 года. В группу исследования не были включены пациенты с ятрогенными интраоперационными повреждениями внепеченочных желчевыводящих путей, требующих срочного оперативного вмешательства в раннем послеоперационном периоде. Следует отметить, что механическая желтуха различной степени интенсивности наблюдалась в четверти наблюдений (24%).

При госпитализации пациенты проходили комплексное лабораторно-инструментальное обследование, включающее эндосонографию с использованием эхоэндоскопа GIF-UM160 («Olympus», Япония).

Результаты. Проведение диагностического обследования, включающего эндосонографию, не обнаружило органических изменений БПДЗ у 24 (21,4%) пациентов. Фоновое заболевание (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка) диагностировано у 3 (2,7%) пациентов.

Среди всех обследуемых видимые органические изменения БПДЗ выявлены у 85 (75,9%) пациентов, среди которых преобладали изменения БДС и ТОХ (38 больных). Холангиолитиаз без видимых патологических изменений обнаружен у 28 (25,0%) пациентов. Обращает на себя внимание наличие стриктур общего желчного протока различной протяженности у 14 (12,5%) больных. Изменения БПДЗ опухолевого характера обнаружены у 3 (2,7%) пациентов. Парафатериальный дивертикул диагностирован у 2 (1,8%) больных. В результате полученной детализированной картины состояния БПДЗ удалось отказаться от проведения ЭРПГ у 29 (25,9%) пациентов.

Выводы. Включение в лечебно-диагностический алгоритм эндосонографии позволило создать достаточно детализированную картину состояния БПДЗ у пациентов с ПХЭС. При этом у значительного числа больных выявлены органические изменения БДС и ТОХ. Использование эндосонографии позволило у части пациентов избежать эндоскопических манипуляций на БДС и внепеченочных желчевыводящих путях.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Н.Н. Велигоцкий, С.Э. Арутюнов, Ю.В. Авдосьев

Харьковская медицинская академия последипломного образования (Харьков, Украина)

Большая часть больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны поступает с механической желтухой. В настоящее время среди методов билиарной декомпрессии широко применяются мини-инвазивные вмешательства. Остаются дискуссионными вопросы о сроках, методах и необходимости проведения билиарной декомпрессии перед выполнением панкреатодуоденальной резекции.

Цель исследования: выработать дифференцированный подход к выбору варианта билиарной декомпрессии у больных с опухолями панкреатодуоденальной зоны с широким применением мини-инвазивных вмешательств.

Материалы и методы. За период с 1991 по 2013 г. панкреатодуоденальная резекция выполнена 200 больным с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны, из них у 167 (83,5%) наблюдалась механическая желтуха. Предварительная билиарная декомпрессия выполнена 38 больным с длительной механической желтухой и высокими цифрами билирубина (выше 300 мкмоль/л), печеночно-почечной недостаточностью, которым в последующем выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Применены следующие инструментальные методы исследования: мультидетекторная (64-срезовая) спиральная компьютерная томография (СКТ) с 3D-реконструкцией, магнитно-резонансная томография (МРТ), ЭРХПГ, УЗИ. Для билиарной декомпрессии применены: эндоскопическое стентирование, чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование (стентирование), различные варианты холецистостомии (видеолапароскопическая, под УЗ-контролем), билиодигестивные анастомозы (холецистоеюноанастомоз, гепатикоеюноанастомоз).

Для эндоскопического стентирования использовались пластиковые и металлические нитиноловые стенты «Wilson-Cook Medical Inc.». Чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование и стентирование выполнялось на ангиографе фирмы «Fhilips».

Результаты. Эндоскопическое стентирование выполнено 9 (23,7%) больным. При этом пластиковые стенты применены у 8 (88,9%), металлический стент – у 1 (11,1%) пациента. Эндопротезирование проводили после выполнения ЭРХПГ, под рентген-контролем. Стент устанавливали за место сужения с последующей санацией общего желчного протока. Правильность установки стента оценивали: при дуоденоскопии – эвакуацию желчи через просвет эндопротеза, а также СКТ и МРТ в динамике. При невозможности выполнения эндоскопических методов декомпрессии 6 (3, %) пациентам произведено чрескожно-чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование. Первоначально выполнялось наружное дренирование желчного протока, затем – наружно-внутреннее дренирование, у 1 – чрескожное чреспеченочное стентирование. У 8 (21,1%) пациентов выполнена холецистостомия: у 5 (62,5%) – видеолапароскопическая, у 3 (37,5%) – под УЗ-контролем.

При невозможности применения этих мини-инвазивных методик (отсутствии технических условий для их выполнения) выполнено 15 (39,5%) операций внутреннего дренирования. Холецистоеюноанастомоз произведен у 7 (46,7%) пациентов, гепатикоеюноанастомоз на удлиненной петле по Ру (с оставлением достаточной длины культи тощей кишки для наложения на втором этапе панкреатикоеюноанастомоза) – у 6 (40,0%), гепатикоеюноанастомоз по Брауну – у 2 (13,3%).

Осложнения развились у 3 (7,9%) больных: у 1 (2,6%) после эндоскопического стентирования – клиника острого холецистита, купированного консервативной терапией; у 1 (2,6%) после чрескожного чреспеченочного дренирования – надпеченочная билома, у 1 (2,6%) после холецистостомии, выполненной под УЗ-контролем, выявлена подпеченочная билома, произведено их дренирование под УЗ-контролем с положительным результатом.

Выводы.

1. Среди методик билиарной декомпрессии наиболее предпочтительно применение мини-инвазивных методик с выполнением чрескожного чреспеченочного дренирования и эндоскопического стентирования.

2. Билиарное дренирование на первом этапе лечения у больных с опухолями панкреатобилиарной зоны, осложненными высокой механической желтухой, позволяет подготовить пациентов к радикальному оперативному вмешательству с минимальным периоперационным риском.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ НА РАЗЛИЧНЫХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ

Н.Н. Ветшева, О.И. Жаворонкова, Ю.А. Степанова, Д.А. Ионкин, А.В. Чжао
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: определение возможностей и техники ультразвукового (УЗ) контроля при проведении криодеструкции первичного и метастатического поражения печени.

Материалы и методы. В период с 2012 г. по настоящее время криодеструкция злокачественных новообразований печени была выполнена 14 пациентам (мужчин – 8 (57,1%), женщин – 6 (42,9%), средний возраст – 54±3 года): метастатическое поражение (МТС) печени – 8, гепатоцеллюлярный рак (ГЦР) – 5, холангиоцеллюлярный рак (ХЦР) – 1. Для криодеструкции использовали аппараты «КРИО-МТ» и «КРИО-01» «ЕЛАМЕД». Вмешательство производилось из лапаротомного доступа под ультразвуковым контролем. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 9 см, число очагов – от 1 до 10 (4±3). Длительность криодеструкции составила от 2 до 5 мин замораживания при t от −175 до −186 °С. Число сеансов на 1 очаг варьировалось в пределах от 1 до 9 (в среднем – 3,4).

У 2 пациентов с раком головки поджелудочной железы (ПЖ) и метастазами в печень применяли одновременное криовоздействие на рак ПЖ и метастазы в печени.

У 3 больных с ГЦР и у 1 – с МТС 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.

Всем пациентам выполняли УЗ-исследование: до криовоздействия, интраоперационно и в послеоперационном периоде на 1-е, 3-и и 7-е сутки после вмешательства. Кроме осмотра брюшной полости выполнялось исследование плевральных полостей.

Дооперационно УЗ-исследование позволяло четко определить характер поражения и локализовать зону воздействия.

Были определены следующие этапы УЗ-контроля и диагностические характеристики изменений, происходящих в тканях при криовоздействии: 1) навигация; 2) формирование «iceball»; 3) оттаивание.

Для оценки адекватности выполнения криодеструкции применяли магнитно-резонанасную томографию, желательно в первые сутки после воздействия.

Результаты. Отмечены следующие осложнения криодеструкции: внутрибрюшное кровотечение (n=3), нагноение послеоперационной раны (n=1). В 2 наблюдениях ввиду кровотечения потребовалась релапаротомия, в одном случае гемостаз был осуществлен путем применения рентгенэндоваскулярных методик. Летальных исходов в послеоперационном периоде не было. В 5 наблюдениях отмечен умеренный гидроторакс, пункционных вмешательств не потребовалось.

В отличие от довольно часто встречающегося асцита после криовоздействия на патологический очаг поджелудочной железы проявление асцита после криодеструкции новообразования печени было отмечено лишь в 1 наблюдении.

Вывод. Ультразвуковой мониторинг является доступной, удобной и простой методикой контроля на всех этапах криодеструкции и в послеоперационном периоде у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОНТАКТНОЙ ОПТИЧЕСКОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛАНГИОЛИТИАЗЕ

А.Е. Войновский, А.Ю. Шабалин, А.В. Индейкин, О.Д. Лапуда, Н.Г. Осипов
ФГУ Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России (Балашиха, Россия)

Представлен первый опыт применения контактной оптической лазерной литотрипсии при внутрипеченочном холангиолитиазе.

Больной Э., 64 года, поступил в ГВКГ ВВ МВД РФ 17.03.2014 г. с клиникой острого гнойного холангита, механической желтухи. В анамнезе: в 2011 г. – гепатикоеюностомия на отключенной петле по Ру по поводу стеноза общего желчного протока после операций: лапароскопической холецистэктомии; релапароскопии, клипирования аберрантных желчных протоков. В стационаре обследован, диагностирована стриктура гепатикоеюноанастомоза, внутрипеченочный холангиолитиаз, острый гнойный холангит, механическая желтуха.

На первом этапе лечения произведена чрескожная холангиостомия, установлен наружный дренаж 12 CH в левый долевой проток. После проведения курсов антибактериальной, спазмолитической, противовоспалительной терапии явления острого гнойного холангита были купированы, механическая желтуха регрессировала. Учитывая наличие внутрипеченочного холангиолитиаза, было принято решение о проведении контактной лазерной литотрипсии. В условиях общей анестезии под Rg-контролем произведена поэтапная смена холангиодренажей с использованием устройства для замены дренажей МИТ, в левый долевой проток установлен дренаж диаметром 16 CH. Введен гибкий уретрореноскоп диаметром 8 CH. После отмывания полости протока визуализированы конкременты. Выполнена фрагментация конкрементов лазерным литотриптором Lumenis 1000 Вт. Фрагменты конкрементов удалены с помощью корзины Дормиа, отмыванием. После проведения манипуляций дренаж 16 CH был заменен на наружный дренаж 12 CH. В послеоперационном периоде отмечались явления острого холангита, которые были купированы в течение 2 суток. В последующем больному проведен курс баллонной дилатации стриктуры гепатикоеюноанастомоза с последующим внутренним стентированием гепатикоеюноанастомоза. Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Данное наблюдение демонстрирует возможность успешного применения контактной оптической лазерной литотрипсии при внутрипеченочном холангиолитиазе.

КОНЦЕПЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

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

Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск, Беларусь)
Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии (Минск, Беларусь)
Минская областная клиническая больница (Минск, Беларусь)

В настоящее время двумя основными конкурирующими причинами болевого синдрома у пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) считается увеличение протокового давления, а также развитие нейроиммунного воспаления в ткани головки ПЖ. Однако операции, основанные на лечении этих синдромов, оказываются эффективными только в 50–80% случаев.

Цель исследования: изучить роль патологии периферических панкреатических протоков в патогенезе хронического панкреатита, эффективность резекционно-дренирующих операций при центральной и *периферической протоковой гипертензии*.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2013 г. в РЦРХГ, КП и ЛХ оперировано 187 пациентов с ХП.

Результаты. Послеоперационная летальность (1,1%) отмечена в группе пациентов после резекционных операций (ПДР) по поводу артериальных кровотечений из псевдоаневризм головки ПЖ. Летальности в группах пациентов с дренирующими операциями и дуоденосохраняющими резекциями головки ПЖ не было.

Наиболее важными для выбора хирургической тактики считаем вид протоковой гипертензии (магистральная и периферическая) и ее локализацию в двух анатомических отделах ПЖ (головка–перешеек и тело–хвост). Таким образом, в панкреатической протоковой гипертензии (как в головке–перешейке ПЖ, так и в теле–хвосте ПЖ) можно выделить гипертензию центральную (магистральную), периферическую и комбинированную.

С учетом предложенной модели болевого синдрома при ХП используем индивидуализированную тактику выбора объема операции при ХП в зависимости от локализации процесса и вида протоковой гипертензии:

1. Магистральная протоковая гипертензия (МППГ) в головке ПЖ (конкременты в магистральных протоках, головка < 3,5 мм) – локальная передняя резекция головки в объеме операции Frey.

2. Периферическая (ППГ) и комбинированная протоковая гипертензия (КППГ) в головке ПЖ (конкременты в магистральных и периферических протоках, головка ПЖ > 3,5 мм) – субтотальная резекция головки в объеме операции Beger или Бернского варианта.

3. Магистральная протоковая гипертензия (МППГ) в теле и хвосте ПЖ (конкременты и стриктуры вирсунгова протока) – панкреатовирсунготомия и ПЕА (операция Partington – Rochelle).

4. Периферическая (ППГ) и комбинированная протоковая гипертензия (КППГ) в теле и хвосте ПЖ (конкременты и стриктуры периферических протоков и вирсунгова протока, псевдокисты, «узкий» вирсунгов проток) – вирсунгэктомия.

5. При сочетании патологии различных анатомических отделов ПЖ – последовательное выполнение необходимых этапов операций.

Выводы. Выполнение хирургических вмешательств у пациентов с ХП должно быть индивидуализировано в зависимости от локализации процесса в различных отделах ПЖ и вариантов развития центральной и периферической протоковой панкреатической гипертензии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ «*IN SITU SPLIT*» РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

С.Э. Восканян, А.И. Артемьев, Д.А. Забежинский, Е.В. Найденов, И.Ю. Колышев

ФГБУ «Государственный научный центр РФ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России» (Москва, Россия)

Резекция печени по методике «*in situ split*» заключается в двухэтапной резекции печени, показаниями к которой являются большой объем поражения печеночной паренхимы, билобарное поражение печени, малый объем остаточной доли печени. Преимущества двухэтапных операций при метастатическом колоректальном раке печени заключаются в ускорении регенерации паренхимы, увеличении степени регенерации, сокращении частоты осложнений, уменьшении выраженности спаечного процесса в брюшной полости.

Цель исследования: изучить непосредственные результаты оперативного лечения нерезектабельных mts-поражений печени по методике «*split in situ*» резекций печени.

Материалы и методы. Выполнено 6 резекций печени по методике «*split in situ*» по поводу метастазов колоректального рака в печень. Показанием к операции явился малый объем остаточной доли печени после ее резекции. Во всех случаях выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. Методика операции заключалась в выполнении транссекции печени «*in situ*» на границе между пораженной и здоровой частями и «разделении» печеночной паренхимы на две доли – с mts-поражением и без mts-поражения, с последующей перевязкой правой долевой воротной вены, при сохранении артериального кровоснабжения, венозного оттока крови по печеночным венам, а также желчеотделения с оставлением обеих частей печени в брюшной полости. Во время второго этапа, который проводился через 7–12 дней после КТ-волюметрии остаточной доли печени, выполнялось удаление мобилизованной доли печени, пораженной метастатическим процессом, с пересечением питающих ее сосудов.

Результаты. На первом этапе операции средняя длительность составила 187 (164–223) минут, средняя кровопотеря – 300 (240–480) мл. На втором этапе операции средняя длительность составила 215 (194–237) минут, средняя кровопотеря – 380 (300–550) мл. Общая частота послеоперационных осложнений после первого этапа – 16,7%, после второго этапа – 33,3%. В структуру послеоперационных осложнений вошли такие осложнения, как внутрибрюшное кровотечение – 16,7%, подтекание желчи с формированием билом – 33,3%, пневмония – 16,7%, гидроторакс – 16,7%. Уровни трансаминаз не превышали критических значений и составили максимально: АЛТ – 369,7 (244,3-446,8) Ед/л, АСТ – 299,9 (209,1-341,4) Ед/л после первого этапа операции. После второго этапа операции максимальные уровни АЛТ и АСТ составили 159,5 (93,2–185,3) Ед/л и 107,3 (91,55–136,5) Ед/л соответственно. Госпитальная летальность – 16,7% (1 пациент). Длительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 25,5 (24–28) койко-дней.

Вывод. Двухэтапная методика резекции печени «*in situ split*» является безопасной и эффективной технологией хирургического лечения нерезектабельных первичных и вторичных опухолей печени.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРОТОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

С.Э. Восканян, К.В. Котенко, А.И. Артемьев, Е.В. Найденов, Д.А. Забежинский

ФГБУ «Государственный научный центр РФ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России» (Москва, Россия)

Материалы и методы. В исследование вошли результаты лечения 135 пациентов с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы, оперированных в ФМБЦ им. А.И. Бурназяна в период с 2006 по 2014 г. 75 пациентам (основная группа) выполнена панкреатодуоденальная резекция совместно с расширенной лимфаденэктомией и тотальной чревномезентериальной нейродиссекцией, 60 пациентам (контрольная группа) – стандартная панкреатодуоденальная резекция. R0-резекция была выполнена у 97,3% больных основной группы и у 35% контрольной группы, резекция магистральных сосудов – у 26,7% основной группы и 16,7% контрольной группы.

Магистральными сосудами, пораженными опухолевым процессом и подвергнутыми резекции, являлись верхняя брыжеечная вена, воротная вена, селезеночная вена, нижняя полая вена, левая почечная вена, верхняя брыжеечная артерия, общая и собственная печеночные артерии, селезеночная артерия, чревный ствол.

У 30 больных (34,5%) оперативное лечение дополнено свободной аутотрансплантацией тонкой кишки, у 10 (11,5%) – аутотрансплантацией культи поджелудочной железы, у 3 (3,4%) – аутотрансплантацией печени.

Техника расширенной лимфаденэктомии и нейродиссекции заключалась в полной экстирпации крючка поджелудочной железы, лимфаденэктомии ворот печени, селезенки и обеих почек, внесосудистой резекции корня брыжейки тонкой кишки с периваскулярной мобилизацией брыжеечной артерии до 2–3-кишечных артерий, полной резекции чревных и брыжеечных сплетений, а также 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 поджелудочной железы.

Результаты. По данным морфологического исследования послеоперационного материала были выделены 24 различных участка периневральной инвазии рака поджелудочной железы. Общая частота периневральной инвазии составила 81,7%. Кроме того, периневральная инвазия была выявлена у 40% больных IA стадией, 59,1% больных IB стадией, 91,7% больных IIA стадией и 100% больных IIB стадией. Частота локорегионарных рецидивов составила 16,0%. Через 1 год отдаленная выживаемость пациентов основной группы составила 78,2% против 58,4% в контрольной, через 2 года – 64,0% против 32,2%, через 3 года – 52,2% против 20,5%, через 4 года – 32% против 3,3% соответственно, пятилетняя выживаемость в основной группе составила 21,3%, тогда как в контрольной – 0%. Медиана выживаемости в основной группе составила 28,4 мес., тогда как в контрольной группе – 14,5 мес.; медиана безрецидивного периода в основной группе – 24,5 мес., против 10,3 мес. в контрольной группе.

Выводы. Экстрапанкреатическая периневральная инвазия существенно влияет на отдаленные результаты и прогноз после хирургического лечения рака поджелудочной железы и обнаруживается у большинства пациентов с протоковой аденокарциномой.

Нейродиссекция должна являться необходимым этапом хирургического лечения проксимального рака поджелудочной железы, должна выполняться всегда с общей экстирпацией чревномезентериального сплетения.

Применение технологий расширенной лимфаденэктомии с нейродиссекцией может значительно снизить частоту локорегионарных рецидивов, значительно повысить отдаленную выживаемость пациентов после хирургического лечения.

Стандартная панкреатодуоденальная резекция не позволяет добиться необходимой степени радикальности у большинства пациентов и зачастую является паллиативной операцией. Расширенная панкреатодуоденальная резекция с расширенной лимфаденэктомией и тотальной нейродиссекцией, наряду с развитием химиотерапии, дает надежду на значительное улучшение отдаленных результатов лечения протокового рака поджелудочной железы.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В ФГБУ ГНЦ ФМБЦ ИМЕНИ А.И. БУРНАЗЯНА ФМБА РОССИИ

С.Э. Восканян, К.В. Котенко, А.И. Артемьев, К.К. Губарев, Д.А. Забежинский, Е.В. Найденов, И.Ю. Колышев, М.В. Шабалин, В.С. Рудаков, А.И. Захлевный, А.А. Федюнин, И.Ю. Мурашов

ФГБУ «Государственный научный центр РФ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России» (Москва, Россия)

Программа трансплантации печени в ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России начата в 2010 г. С июня 2010 по апрель 2014 г. было выполнено 107 трансплантаций печени при ее терминальных хронических диффузных поражениях, из них 98 трансплантаций – правой доли печени от близкородственного донора в варианте «adult-to-adult» и 9 – трупной печени. Показаниями к оперативному лечению явились циррозы печени в исходе аутоиммунного гепатита, первичного склерозирующего холангита, вирусных гепатитов, болезни Вильсона–Коновалова, синдрома Бадда–Киари, первичный и вторичный билиарный цирроз печени, альвеококкоз печени, алиментарный и криптогенный циррозы печени. В 2010 г. выполнено 2 трансплантации правой доли печени от близкородственного донора, в 2011 г. – 13; в 2012 г. выполнено 35 трансплантаций печени (34 – правой доли печени от близкородственного донора и 1 ортотопическая трансплантация трупной печени); в 2013 г. – 41 трансплантация печени (37 – правой доли печени от близкородственного донора и 4 ортотопических трансплантации трупной печени); в январе–апреле 2014 г. выполнено 16 трансплантаций печени (12 – правой доли печени от близкородственного донора, 4 ортотопических трансплантации трупной печени). В 58 (59,2%) случаях при выполнении близкородственной трансплантации правой доли печени, в связи с особенностями донорской сосудистой анатомии (либо поражением портальных и/или кавальных ворот печени при альвеококкозе), были осуществлены «сложные» трансплантации печени, которые потребовали применения нетипичных вариантов реконструкции афферентного и эфферентного венозного кровоснабжения трансплантата либо реконструкции нижней полой вены.

Госпитальная летальность среди реципиентов составила 3,7% (3,1% – после близкородственной трансплантации правой доли печени; 11,1% – после ортотопической трансплантации трупной печени). Общая частота послеоперационных осложнений среди всех трансплантаций – 21,5%. Сосудистые осложнения в общей группе реципиентов составили 1,9%. Частота билиарных осложнений среди реципиентов – 8,4%. Отдаленная выживаемость среди реципиентов составила 1 год – 97,1%, 2 года – 96,1%, 3 года – 96,1%. Общая частота осложнений среди доноров – 10,2% и преимущественно представлена транзиторным трансдренажным подтеканием желчи. Летальных исходов среди доноров не было. Средний послеоперационный койко-день составил 21 (18–30) для реципиентов и 13 (10,5–18,5) для доноров.

ЭТАПНОЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБШИРНЫМИ ПАНКРЕАТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ

Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Б.Б. Гафуров
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,
(Екатеринбург, Россия)
ГБУЗ Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Цель исследования: оценить эффективность этапного и одномоментного дренирования обширных панкреатогенных флегмон.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 44 пациентов с обширными панкреатогенными флегмонами (3–4-го квадрантов). Средние сроки формирования панкреатогенной флегмоны составили 16±0,6 дня. Тяжелый абдоминальный сепсис при панкреатогенных флегмонах имел место у 41 человека. Средний балл SOFA составлял 8,8±0,152. Все пациенты были оперированы из малых открытых доступов без использования традиционных широких разрезов.

Первой группе больных (15 человек) пораженные отделы забрюшинного пространства вскрывали и дренировали одномоментно при первичном оперативном вмешательстве. 29 человек (вторая группа) оперированы поэтапно: сначала дренировали один наиболее измененный квадрант, на следующий день или через день после стабилизации состояния и купирования септического шока оперативному вмешательству подвергались остальные зоны гнойных изменений.

Результаты. В первые дни после оперативного вмешательства у большинства больных в 1-й группе отмечалась отрицательная динамика тяжести состояния по шкале SOFA до 9,2±0,139 балла, а во второй группе этот показатель практически не изменился и составил 8,4±0,114 балла.

В последующие дни при одинаковой длительности лечения тяжесть состояния составляла в первой группе 8,5±0,142, во второй – 3,2±0,069. Органная недостаточность в первой группе купировалась на 9-е сутки, во второй – на 7-е сутки лечения. Летальность в первой группе также оказалась выше: 26,7% (4 из 15 больных) против 20,7% (6 из 29) во второй группе.

Средняя продолжительность лечения в обеих группах была сходной, составила 29,3 дня.

Вывод. Применение этапной тактики хирургического лечения у пациентов с обширными поражениями забрюшинной клетчатки при панкреатогенных флегмонах позволило осуществлять адекватное дренирование обширных панкреатогенных флегмон с меньшими рисками развития инфекционно-токсического шока и улучшить результаты лечения.

ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ ЛОРНОКСИКАМОМ НА ЭКСПРЕССИЮ МРНК TLR2, TLR4 У БОЛЬНЫХ С СИСТЕМНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.А. Горский, М.А. Агапов, М.В. Хорева, И.В. Леоненко
ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва, Россия)

Актуальность. Первичное повреждение поджелудочной железы, возникающее при ТОП, приводит к некрозу пакреатоцитов и сопровождается развитием в той или иной степени выраженности системной воспалительной реакцией (SIRS). SIRS может приводить к развитию синдрома полиорганной недостаточности (MODS) и гибели пациентов. Пусковым патогенетическим механизмом для этих процессов является попадание во внеклеточное пространство молекулярных паттернов, связанных с повреждением (DAMP). Высвобождаемые DAMP оказывают свои эффек-

ты через Toll-like receptors (TLRs). Все это обусловливает позиционирование TLR как новой мишени для терапевтического воздействия при ТОП.

Цель исследования: оценка экспрессии мРНК TLR2 и TLR4 в мононуклеарных клетках (МНК) периферической крови больных ТОП; анализ влияния терапии лорноксикамом на изучаемые параметры и результаты лечения данной категории пациентов.

Материалы и методы. ТОП с системными осложнениями развился у 72 пациентов. Больные были разделены на две группы. 41 (57%) пациенту 1-й группы проводилась только стандартная консервативная терапия ТОП. 31 (43%) пациент 2-й группы дополнительно в качестве антимедиаторной терапии получали препарат лорноксикам. Последний вводили внутривенно капельно 2 раза в сутки в течение пяти суток от момента поступления в суточной дозировке 32, 32, 24, 16 и 16 мг.

Для определения эффективности антимедиаторной терапии оценивали общую летальность, уровень экспрессии мРНК TLR2 и TLR4 в МНК, забор крови производили у пациентов на 1-е, 3-и, 7-е, 12-е сутки стационарного лечения.

Результаты. В 1-й группе системные осложнения явились причиной гибели 9 (19,1%) больных, летальность во 2-й группе – 2 (6,5%) (p=0,006). Уровень экспрессии мРНК TLR2 в МНК больных с системными осложнениями ТОП обеих групп в 1-е сутки заболевания достоверно выше, чем у здоровых доноров (p=0,00031). У больных 1-й группы, отмечалось дальнейшее повышение экспрессии мРНК TLR2 к 3-м суткам стационарного лечения. Уровень экспрессии мРНК TLR2 сохранялся высоким на 7-е и 12-е сутки. У больных 2-й группы не выявлено повышения экспрессии мРНК TLR2 на 3-и сутки заболевания, в дальнейшем, на 7-е и 12-е сутки, наблюдали постепенное снижение экспрессии мРНК TLR2. Экспрессия мРНК TLR2 у больных 2-й группы достоверно ниже по сравнению с таковой у больных 1-й группы на 7-е (p=0,007) и 12-е сутки (p=0,013) стационарного лечения.

Экспрессия мРНК TLR4 в МНК больных ОП 1-й и 2-й групп была статистически значимо повышена в течение всего периода наблюдения по сравнению со здоровыми донорами. Во все временные точки статистически значимой разницы в уровне экспрессии мРНК TLR4 между группами больных не выявлено.

Выводы. У больных с системными осложнениями ТОП выявили высокий уровень экспрессии мРНК TLR2 и TLR4 в МНК периферической крови на 1-й неделе заболевания. Применение лорноксикама снижало экспрессию мРНК TLR2 и TLR4 в МНК периферической крови больных. Включение в комплекс консервативных мероприятий терапии лорноксикамом у больных ОП позволило добиться статистически значимого снижения летальности у данной категории пациентов.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ (ПДСЯЭ)

И.Н. Гришин, В.Н. Бочко, В.Н. Бордаков,
В.В. Руденок, С.Н. Лагодич, А.В. Лой

Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск, Беларусь)
Белорусский государственный университет (Минск, Беларусь)
Республиканский военный медицинский центр (Минск, Беларусь)

Применение органосохраняющих операций при лечении пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии ограничивается 50% при декомпенсированной стадии из-за развития в послеоперационном периоде нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, гастроплегии. Это является причиной летальных исходов, достигая 2–3%, т.е. почти такого же, как и при резекции желудка. Основным критерием выполнения органосохраняющих операций является наличие моторной–эвакуаторной функции желудка до хирургического вмешательства.

Цель исследования: разработать технологии органосохраняющих операций на желудке, позволяющие снять всякие ограничения выполнения их при лечении пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии, решая одну из важных задач – сохранить такой важный орган, как желудок.

Материалы и методы. В основу положено 1 531 клиническое наблюдение хирургического лечения пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии. Использовали общепринятые методы исследования.

Результаты. До 1980 г. основным методом хирургического лечения являлась резекция желудка. Но и она не всегда устраняла все патогенетические нарушения, демонстрируя в 30% все признаки пострезекционного синдрома, и в частности гастроэзофагеального рефлюкса. Послеоперационная летальность колебалась в пределах 2–5%. Поэтапное внедрение органосохраняющих операций показало многие отрицательные стороны этих вмешательств, особенно при проведении СПВ вместе с дренирующими операциями. Отрицательные стороны полностью подтверждали мнения других авторов. Однако было установлено, что последствиями любого пилородуоденального язвенного стеноза являются следующие:

1) развитие гастроэзофагеального рефлюкса;

2) перемещение желудка в малый таз с образованием острого угла провисания между вертикальной частью двенадцатиперстной кишкой и большой кривизной желудка, усиливающего эффект стеноза;

3) увеличение объема просвета желудка;

4) застой в желудке приводит к гастриту и дегенерации нервных сплетений, хотя и они обратимы;

5) ваготомия прямо или косвенно усугубляет нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, что является одной из причин неблагоприятных исходов;

6) реиннервация после ваготомии наступает во всех случаях и при всех методиках выполнения через 3–5 месяцев.

Все эти патогенетические расстройства легли в основу разработки новых технологий выполнения органосохраняющих операций. Разработку органосохраняющих оперативных вмешательств проводили, а затем внедряли в практику в два этапа, исходя из установленных этиопатогенетических факторов язвенной болезни пилородуоденадьного канала. Первый этап разработки включал:

1) проксимальную селективную ваготомию;

2) операцию Ниссена, но таким образом, чтобы максимально поднять желудок кверху, расправив угол провисания и закрепив это перемещение вокруг пищевода большой желудочной манжетой;

3) дупликационные швы на малую кривизну, превращающие желудок в «трубку», с фиксацией ее к малому сальнику;

4) формирование пилородуоденоанастомоза по Финнею.

Оперировано 65 человек. Получен хороший непосредственный результат. Однако почти у 2/3 из них замечено значительное забрасывание желудочного содержимого в желудочную манжету. На втором этапе технология была усовершенствована.

1. После фиксации верхних швов манжетки к пищеводу последующие швы расходились книзу, образуя своеобразный треугольник. Под действием веса желудочное содержимое из манжетки перемещалось в просвет желудка по пологим краям сформированной по этой методике манжете, хорошо опорожняя её.

2. СПВ не проводили, так её эффект, как указывалось ранее, носит временный характер (3–6 месяцев), а затем наступает реиннервация. Кроме того, тем самым был снят один из факторов отрицательного влияния ваготомии на моторику желудка.

3. Сразу после операции на протяжении 3–4 месяцев проводилась фармакологическая ваготомия квамателом или препаратами протонной помпы.

4. Кроме дубликации малой кривизны желудка чаще стали проводить её и по большой кривизне.

5. Все остальные этапы выполняли в полном объёме, как указано выше (дренирующая операция по Финнею, фиксация желудка к малому сальнику).

Между тем сама операция значительно упростилась. Все оперированные по данной методике 30 больных с декомпенсированным стенозом выздоровели и вернулись к труду.

Выводы. Поставленная цель была достигнута – сняты ограничения к органосохраняющим операциям при лечении стенозов пилородуоденального канала. Объем вмешательства уменьшился.

РЕГУРГИТАЦИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗАХ

И.Н. Гришин

Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск, Беларусь)

При билиодигестивных анастомозах, выполненных по различным показаниям, иногда у оперированных больных развивался болевой синдром в виде схваток в правом подреберье или опоясывающего характера тотчас после приёма пищи. Такие пациенты неоднократно госпитализировались в хирургические стационары для обследования и лечения с различными диагнозами.

Цель исследования: установление причин указанного симптомокомплекса с попыткой расшифрования его этиологии, патогенеза, профилактики и лечения.

Материалы и методы. Клиническим материалом послужили результаты формирования билиодигестивных анастомозов у 1 402 больных различной патологией в период 1973–2013 гг. в хирургической клинике БелМАПО. В результате анализа непосредственных и отдаленных результатов регургитационный синдром (РГ) отмечен всего у 6 (0,4%) больных. Это те пациенты, которые были госпитализированы, и неоднократно, для повторного лечения (все – женщины). Возможно, что частота этого синдрома несколько выше, так как часть больных проходили лечение в амбулаторных условиях.

Результаты. Установлено, что РС развился только после формирования холедоходуоденоанстомоза (ХДА) (в 0,6% случаях). К этому синдрому не относят осложнения, которые развиваются в результате послеоперационных стриктур и холангиолитиаза. Обследование всех больных показало хорошую функцию билиодигестивного анастомоза (БА).

Самым важным критерием РС является функциональное исследование проходимости анастомоза. Больному до обследования через рот даётся таблетка аэрона, а в последнее время подкожно вводится 1 мл 0,1% раствор атропина. Через 15 –20 мин, находясь на правом боку лежа, пациент глотает жидкий раствор бария. Контрастная масса, проходя через двенадцатиперстную кишку, выполняет желчные протоки. Это указывает на хорошее функционирование ХДА, что подтверждалось и данными ЭФГДС. Обычно даже соустье ХДА было более 2 см. Только в одном случае в протоках обнаружена слизь, содержащая конкременты. Промывание протоков снимало болевой синдром. Все это указывало на регургитацию пищи из двенадцатиперстной кишки в просвет желчевыводящих путей.

Патогенез болевого синдрома связан с двумя основными факторами: 1) преходящей обтурацией протоков и развитием холангита без механической желтухи; 2) с обтурацией пищей дистального отдела холедоха и панкреатического протока, чем и обусловливаются опоясывающие боли, как и при остром панкреатите. Эти два фактора могут сочетаться, что подтверждается эффективностью консервативного лечения – внутривенных вливаний (капельно) спазмолитиков в сочетании с препаратами ингибиторов ферментов по А.В. Шотту на слабом растворе новокаина, антибиотикотерапии.

Проведение такого курса лечения приводит практически к полной ликвидации РС. У одной больной наступил рецидив, что потребовало повторного курса лечения. РС развивался только при ХДА. Это косвенно указывает на то, что при неэффективности консервативного лечения может быть применена хирургическая реконструкция, а именно замена ХДА другим типом дуоденоанастомоза, в частности гепатикоеюноанастомозом (ГЮА) на отключенной петле тонкой кишки. Частые рецидивы РС и неэффективность консервативного лечения побудило нас однажды выполнить резекцию желудка по Бильрот II с хорошим отдаленным результатом. Ретроспективно можно было бы заменить ХДА на ГЮА.

Вывод. К активному хирургическому вмешательству следует подходить очень осторожно, отдавая предпочтение консервативному медикаментозному лечению.

МЕДИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

З.А. Дундаров, В.М. Майоров, С.Л. Зыблев, В.В. Лин
Гомельский государственный медицинский университет (Гомель, Беларусь)

В последние годы отмечается существенный рост числа пациентов с наружными и внутренними панкреатическими свищами (ПС). Это связано с увеличением числа деструктивных форм острого панкреатита и травматических повреждений ПЖ, широким внедрением пункционно-дренажных методов лечения кистозных образований ПЖ. Неполные ПС закрываются самостоятельно под воздействием консервативной терапии, при полных ПС требуется хирургическое лечение. Операции, выполняемые по поводу ПС, составляют около 5% от общего количества хирургических вмешательств на ПЖ.

На ПЖ свищ чаще всего открывается в корпокаудальном отделе, реже – в области перешейка и головки. Наиболее применяемые в настоящее время операции при ПС имеют ряд недостатков. Дистальная резекция ПЖ часто имеет неудовлетворительный функциональный результат: примерно у 60% больных осложняется инсулярной недостаточностью и обычно сопровождается спленэктомией. Иссечение свища с панкреатоеюностомией и фистулоэнтеростомии в большинстве случаев имеют неудовлетворительные отдаленные результаты. В связи с этим все чаще предлагается выполнение т.н. медиальных резекций ПЖ при ПС.

Цель исследования: изучить результаты лечения пациентов с полными ПС.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 35 пациентов с ПС за период 2000–2013 гг. Мужчин было 29 (83%), женщин – 6 (17%). Средний возраст составил 45,6±3,7 года. С наружными ПС – 27 (77%) чел., с внутренними – 8 (панкреатогенный асцит – 6, панкреатогенный гидроторакс – 2). Диагностический алгоритм помимо клинических и лабораторный данных включал УЗИ, КТ, фистулографию.

Результаты. Все эти пациенты оперированы после предварительной консервативной терапии продолжительностью не менее 3 месяцев. Локализация истока свищевого хода была следующей: головка ПЖ – 2 (5,7%), область перешейка – 5 (14,3%), корпокаудальный отдел – 28 (80%). Выполнены операции: резекция головки ПЖ по Бегеру – у 2 чел., медиальная резекция ПЖ со свищом – у 21, с панкреатогастростомией дистальной культи – у 7 чел., панкреатоеюностомией – у 14 (проксимальный конец ПЖ ушивали); дистальная резекция ПЖ – у 12.

Следует отметить, что резекции ПЖ у этой категории больных отличались повышенной технической сложностью, особенно на этапе мобилизации железы, что связано с наличием массивного, плотного спаечного процесса и выраженного хронического парапанкреатита. Вследствие этого при дистальной резекции ПЖ селезенку удалось сохранить лишь в 2 случаях. Летальных

исходов и релапаротомий не было. Дополнительное дренирование жидкостных образований под УЗ-наведением выполнено у 4 больных.

Выводы. Радикальной операцией при наличии ПС является резекция ПЖ. Условием адекватного выполнения операции является правильный выбор места пересечения железы для того, чтобы была удалена вся та ее часть, которая дренируется свищом при выполнении дистальной резекции или резекции рубцово-измененных участков ПЖ, несущих свищ, в которых имеется полная обструкция вирсунгова протока.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Я.Р. Дутка, С.Н. Чуклин

Львовский национальный медицинский университет им. Д. Галицкого (Львов, Украина)

В настоящее время увеличивается число осложненных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ), в частности синдрома Мириззи (СМ), проявляющегося в виде нарушения проходимости желчных проток вследствие воспалительно-дегенеративных изменений между стенкой желчного пузыря и гепатикохоледохом, формирования свища и обструкции конкрементом. Синдром Мириззи встречается у 0,6–5% больных ЖКБ. Хирургическая коррекция СМ является сложной и многообразной: от стандартной холецистэктомии до обширных реконструктивных операций на желчных протоках.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных СМ, выбор оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 47 больных ЖКБ, осложненной СМ. Продолжительность болезни составила в среднем 5,4±3,9 года. Из инструментальных методов обследования для верификации диагноза применяли ультрасонографию (УСГ), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию (ЭРХПГ), магнитно-резонансную холангиопанкреатикографию (МРХПГ). Чувствительность метода ЭРХПГ составила 86,2%, МРХПГ – 80,0% и УСГ – 72,3%.

Результаты. Первым этапом лечения 32 (68,1%) больным выполняли эндоскопическую папиллотомию с ревизией и санацией желчных протоков, исследование завершили билиарным стентированием или назобилиарным дренированием у 7 из них.

У 42 (89,1%) больных проведена холецистэктомия с восстановлением проходимости желчных протоков открытым методом. Из них 31 (73,8%) больному при проходимости большого дуоденального соска (БДС) использовали внешнее дренирование билиарного дерева по Kehr или Вишневскому–Robson. Остальным 11 (26,2%) пациентам провели гепатикоеюностомию на выключенной по Roux петле тонкой кишки. У 5 (10,6%) больных холецистэктомию с внешним дренированием гепатикохоледоха провели лапароскопическим методом.

Осложнения после этих операций возникли у 3 (6,4%) больных. От нарастающей дыхательной недостаточности умер один пациент.

Выводы.

1. У больных с СМ возможно проведение операций лапароскопическим методом с хорошими результатами.

2. При хорошей проходимости БДС во время операции показано внешнее дренирование гепатикохоледоха, при сомнительной или отсутствующей его проходимости – наложение билиодигестивного анастомоза, предпочтительно гепатикохоледохоеюностомию по Roux.

ВНУТРИПРОТОКОВАЯ ПАПИЛЛЯРНО-МУЦИНОЗНАЯ ОПУХОЛЬ НА ФОНЕ КАЛЬЦИФИКАТОВ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Егоров[1], Н.С. Старостина[1], Т.Л. Силина[2], О.К. Кошелева[1], Н.К. Ратникова[1], Р.В. Петров[1]

[1]ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 г. Москвы (Москва, Россия)

[2] ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России (Москва, Россия)

Внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль (IPMN) на фоне кальцификатов поджелудочной железы – это редкое сочетание, распознавание которого важно, поскольку лечение и прогноз IPMN и хронического панкреатита различны, а риск выбора неправильной тактики высокий.

Наблюдение. Женщина, 50 лет, страдающая рецидивирующими болями в эпигастрии и сахарным диабетом, поступила в нашу больницу после эндоскопического исследования, МДКТ и эндоУЗИ. В анамнезе не было приступов острого панкреатита, и пациентка в течение нескольких лет лечилась у гастроэнтеролога по поводу хронического панкреатита. При МДКТ в паренхиме всей железы определялись кальцинаты, выделения слизи через большой дуоденальный сосочек не отмечали.

Результаты. После завершения инструментального обследования диагноз оставался неясным, но стойкий болевой синдром и расширение главного панкреатического протока свидетельствовали в пользу операции, объем которой был определен во время вмешательства после срочного гистологического исследования. При ревизии и пункции протока была выявлена и гистологически верифицирована слизь, а также обнаружен узел в стенке протока поджелудочной железы, при срочном исследовании которого выявлена IPMN. Выполнена панкреатодуоденальная резекция с резекцией тела поджелудочной железы. Послеоперационный период неосложненный. Плановое исследование подтвердило данные срочного гистологического исследования.

Это двадцать четвертое наблюдение внутрипротоковой папиллярно-муцинозной опухоли на фоне кальцификатов поджелудочной железы. Такое сочетание необходимо иметь в виду, поскольку, будучи нераспознанным, оно может вести к ошибочному диагнозу и неправильному лечению.

ВНУТРИПРОТОКОВАЯ ТУБУЛОПАПИЛЛЯРНАЯ КАРЦИНОМА, ОСЛОЖНЕННАЯ МАССИВНЫМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ЖЕЛТУХОЙ

В.И. Егоров[1], I. Esposito[2], Н.К. Ратникова[1], Н.С. Старостина[1], Р.В. Петров[1], О.К. Кошелева[1]

[1]ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 ДЗ г. Москвы (Москва, Россия)

[2]Technische Universität München (Мюнхен, Германия)

Внутрипротоковая тубулопапиллярная опухоль (ITPN) – чрезвычайно редкая опухоль поджелудочной железы, и каждое описание наблюдений представляет интерес.

Наблюдение. Женщина, 36 лет, была доставлена в отделение реанимации с желтухой и тяжелой анемией (Hb – 40 г/л) вследствие перенесенного массивного желудочно-кишечного кровотечения. После стабилизации состояния была обследована. Компьютерная томография и эндоскопия выявили большую опухоль головки поджелудочной железы без признаков слизепродукции, прорастающую двенадцатиперстную кишку с образованием огромного картера в вертикальной ее ветви. Предположено распространение опухоли вдоль панкреатического протока без признаков вовлечения других органов, сосудов и диссеминации. Через шесть дней после поступления, де-

компрессии билиарного дерева и компенсации коагулопатии была выполнена панкреатодуоденальная резекция с резекцией тела поджелудочной железы. Срочное гистологическое исследование выявило опухоль в срезе железы, и операция закончена тотальной дуоденопанкреатэктомией и спленэктомией. Неосложненное послеоперационное течение.

Результаты. Гистологическое исследование выявило массивную внутрипротоковую тубулопапиллярную карциному головки поджелудочной железы с инвазией 12-перстной кишки на фоне ITPN тела и хвоста поджелудочной железы.

Это тридцать первое описание ITPN и первое наблюдение такой опухоли, осложненной массивным желудочно-кишечным кровотечением и желтухой.

ПАНКРЕАССОХРАНЯЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ПАРАДУОДЕНАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ. ЗАЧЕМ, КОГДА И КАК?

В.И. Егоров[1], А.Н. Ванькович[2], Р.В. Петров[1], Н.С. Старостина[1]

[1]ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 г. Москвы (Москва, Россия)

[2]ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (Москва, Россия)

Введение. Термин «парадуоденальный панкреатит» (ПП) был предложен в качестве объединяющего для кистозной дистрофии гетеротопической поджелудочной железы (ПЖ) в стенке двенадцатиперстной кишки (дуоденальная дистрофия, ДД), парадуоденальных кист, бороздчатого панкреатита и др., исходя из общих патогистологических признаков. Тем не менее ряд вопросов диагностики, лечения, а также органа происхождения «парадуоденального панкреатита» остаются дискутабельными.

Цель исследования: оценить результаты различных методов лечения ДД.

Материалы и методы. Проспективный анализ 65 наблюдений ПП (2004–2013 гг.) для сравнения предоперационных и гистопатологических данных. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального и эндоУЗИ, контрастной многофазной КТ и МРТ. Основным критерием заболевания были гистологические признаки неизмененной или измененной эктопической ПЖ в стенке ДПК, изолированной от ортотопической железы.

Результаты. Всем больным диагноз поставлен до операции, кроме одного случая, когда была заподозрена опухоль ПЖ. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндоУЗИ. Поводом для оперативного лечения послужили болевой синдром и рвота (дуоденальная непроходимость). В 14 случаях ДД сопровождалась выраженным хроническим панкреатитом в ортотопической ПЖ. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была выполнена 29 больным, пилоросохраняющая – 7, бернский вариант операции Бегера – 1. При одном осложнении (термокоагуляционной травме извитого мочеточника) потребовалась пиелоуретеропластика. Летальности не было. За время наблюдения отмечено исчезновение болевого синдрома у 100%, набор веса – у 92% больных. Не выявлены новые случаи диабета или признаки утяжеления существующего.

Выводы. ДД может и должна диагностироваться до операции. Оптимальным методом оперативного вмешательства при ДД является ПДР. Эффективность резекций головки ПЖ и ДПК при данном заболевании должна быть изучена в процессе дальнейших исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.И. Егоров, Р.В. Петров, Н.С. Старостина
ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 г. Москвы (Москва, Россия)

Актуальность. В России результаты тотальной дуоденопанкреатэктомии (ТДПЭ) по поводу злокачественных образований (ПА) поджелудочной железы (ПЖ) никогда не сравнивали с показателями дистальных резекций (ДР), стандартных (СПДР) расширенных панкератодуоденальных резекций (РПДР).

Материалы и методы. Проспективный анализ и сравнение непосредственных и отдаленных результатов 156 радикальных операций по поводу злокачественных опухолей (2008–2013 гг.)

Результаты. По поводу ПА ПЖ (65,4%), внутрипротоковых муцинозных папиллярных опухолей (9%), нейроэндокринного рака, тубулопапиллярной карциномы, серозной и муцинозной цистаденокарциномы, а также метастазов рака почки в ПЖ (25,6%) было выполнено: дистальных резекций ПЖ – 9, стандартных ПДР – 60, расширенных ПДР – 56 и тотальных дуоденопанкреатэктомий – 33. Все ТДПЭ по поводу IPMN и ПАПЖ производились при сочетанном поражении головки и тела и/или хвоста ПЖ или ее диффузном поражении.

Резекции воротной или верхней брыжеечной вен были выполнены в 32% случаев, среднее число удаленных лимфоузлов – 16, 28 и 34, R0-резекция была достигнута в 60% случаев. Средняя кровопотеря составила 1 225±818 мл, 1 445±1043 мл и 1 150±952 мл, среднее время операции – 344±115 мин, 406±73 мин и 441±152 мин соответственно. Послеоперационный койко-день составил 21,8±10,9, 21,9±6,9 и 30,7±12,6. Общее число осложнений и летальность соответственно 60%, 4%, 54% и 4%, 37,5% и 0%. Медиана выживаемости для протоковой аденокарциномы оказалась примерно одинаковой для всех операций (18 месяцев). Не отмечено случаев смерти от гипогликемии или декомпенсации сахарного диабета.

Выводы. При наличии показаний ТДПЭ для радикального лечения злокачественных заболеваний должна выполняться ПЖ. Непосредственные (уровень осложнений и летальность) и отдаленные результаты (выживаемость) ее применения не отличаются от результатов стандартных и расширенных ПДР.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЗАДНИХ СЕГМЕНТОВ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ

М.Г. Ефанов, Р.Б. Алиханов, В.В. Цвиркун, И.В. Казаков, О.В. Мелехина, А.Н. Ванькович, П.П. Ким
ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗ г. Москвы (Москва, Россия)

Актуальность. Основными показаниями к лапароскопическим резекциям печени, согласно международному консенсусу The Louisville Statement (2008), являются солитарные очаговые образования размером до 5 см без ножки, локализованные во 2-м–6-м сегментах печени. Локализация очаговых образований в задних сегментах считается относительным противопоказанием к лапароскопическим вмешательствам на печени.

Цель исследования: оценка первого опыта робот-ассистированных резекций печени, выполненных в Московском клиническом научно-практическом центре (МКНЦ).

Материалы и методы. Оперативные вмешательства с использованием роботизированного хирургического комплекса да Винчи применяются в МКНЦ с октября 2013 г. На май 2014 г. выполнено 11 резекций печени. Показаниями к операции при поражении дорзальных сегментов

были: альвеококкоз 6, 7-го сегментов печени, цистаденома 6, 7-го сегментов печени, метастазы колоректального рака (КРР), билобарный эхинококкоз печени. Предоперационное обследование для верификации диагноза и определения возможности выполнения робот-ассистированной резекции печени включало УЗИ, МСКТ, МРТ органов брюшной полости.

Операцию выполняли из 2–3 портов для роботических манипуляторов и 2–3 ассистентских портов. Отличительной особенностью робот-ассистированных резекций печени, выполненных в МКНЦ, были вмешательства на правой доле печени при локализации очаговых образований в задних сегментах (7-м, 8-м). Поражение задних сегментов имело место у 80% оперированных больных. Во всех наблюдениях выполнены радикальные вмешательства, потребовавшие анатомической резекции в объеме сегментэктомии 6 и 7-го (альвеококкоз, метастазы КРР и гемангиома), тотальной энуклеации цистаденомы, расположенной внутрипеченочно в 6, 7-м сегментах печени, эхинококкэктомии с частичной перицистэктомией из 7-го сегмента печени, атипичной резекции 8-го сегмента по поводу колоректального метастаза. В трех наблюдениях резекции носили полисегментарный характер. Размеры очаговых образований составили 1–5 см (метастазы КРР), 7 см – альвеококкоз, 7 см – цистаденома, 5 и 10–17 см – эхинококкоз и гемангиома соответственно. Для разделения ткани печени использовали ультразвуковые ножницы Harmonic, монополярные ножницы и биполярные диссекторы. Сосудисто-секреторные элементы сегментов пересекались только после их предварительного циркулярного выделения, клипировались и лигировались. При возникновении кровотечения во время резекции печени применяли прием Прингла.

Результаты. Средняя длительность робот-ассистированных резекций составила 426±153 мин; средний объем кровопотери – 780±350 мл. Кровопотеря при операции по поводу эхинококкоза и метастазов КРР не превысила 500 мл. Имела место одна конверсия (на срединную лапаротомию 10 см) при гемангиоме. Стационарное послеоперационное лечение продолжалось от 7 до 15 дней. Пациенты активизированы в 1-е сутки послеоперационного периода. Дренажи из брюшной полости удаляли на 5–7-е сутки. Послеоперационное осложнение имело место после сегментэктомии 7: билиарная фистула (длительность лечения после операции 30 дней).

Выводы. Представленный опыт робот-ассистированных резекций печени при локализации опухолей и паразитарных очаговых образований в задних сегментах правой доле печени является первым в РФ. Операции были более продолжительными по сравнению с открытыми резекциями печени аналогичного объема, но сопоставимы с последними по объему кровопотери. Робот-ассистированные резекции печени, в том числе ее правой доли, являются менее травматичными в отношении операционного доступа.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ТОТАЛЬНЫМ УДАЛЕНИЕМ 1-го СЕГМЕНТА

М.Г. Ефанов, Р.Б. Алиханов, В.В. Цвиркун, О.В. Мелехина, И.В. Казаков, А.Н. Ванькович, П.П. Ким

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗ г. Москвы (Москва, Россия)

Актуальность. Несмотря на совершенствование хирургической техники и анестезиологического пособия, резекции 1-го сегмента печени связаны с риском массивной кровопотери и послеоперационных осложнений, особенно при контакте очагового образования с магистральными сосудами.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты резекции печени с тотальной сегментэктомией 1.

Материалы и методы. В течение 8 месяцев выполнено 5 резекций печени, включающих удаление 1-го сегмента. Показаниями к операции были: 1) множественная фокальная нодулярная гиперплазия 1, 2, 4, 5, 6, 8-го сегментов печени; 2) опухоль Клатскина; 3) болезнь Кароли с пора-

жением правой доли и 1-го сегмента с внутрипеченочным холангиолитиазом; 4) метастазы рака ободочной кишки. Предоперационное обследование для верификации диагноза и определения возможности выполнения резекции печени включало УЗИ, МСКТ, МРТ органов брюшной полости. У 2 пациентов имела место гемодинамически значимая компрессия печеночных вен и нижней полой вены. Для разделения ткани печени использовали ультразвуковые ножницы и деструктор, биполярную электрокоагуляцию.

Тотальное удаление 1-го сегмента выполнено в сочетании с правосторонней гемигепатэктомией 2 пациентам, левосторонней гемигепатэктомией – 1 пациенту (робот-ассистированная), в сочетании с резекцией 8-го и 4а сегментов – 2 пациентам. У 3 больных использована селективная сосудистая изоляция печени. При метастазах ободочной кишки потребовалось изолированное выключение из кровотока печеночного сегмента нижней полой вены с сохранением кровотока в печени. У пациента с болезнью Кароли возникла необходимость в длительной интраоперационной холангиоскопии с литоэкстракцией множественных конкрементов из левой доли печени.

Результаты. Объем кровопотери составил 920±500 мл (300–1 500 мл). Интраоперационно требовался тщательный холестаз резекционной поверхности печени в проекции глиссоновых ворот. Стационарное послеоперационное лечение продолжалось от 10 до 30 дней. У больных с опухолью Клатскина наблюдали в послеоперационном периоде частичную несостоятельность гепатикоеюноанастомоза (n=1) и печеночную недостаточность легкой степени (n=1). У пациента с болезнью Кароли послеоперационный период осложнился тяжелым гнойным холангитом, несостоятельностью культи правого долевого протока, нагноением раны. При сегментэктомии – 1 в сочетании с сегментарными резекциями другой локализации осложнений не отметили. Послеоперационные осложнения в анализированной серии больных не были связаны с удалением первого сегмента.

Выводы. Тотальная сегментэктомия 1-го сегмента печени является сравнительно безопасной и эффективной операцией при учете особенностей нормальной и патологической анатомии 1-го сегмента печени. Полное удаление 1-го сегмента сопряжено с высоким риском желчеистечения из культей желчных протоков 1-го сегмента. Сосудистая изоляция печени и нижней полой вены является необходимой процедурой при вовлечении в опухоль или воспалительный процесс крупных сосудов.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ РАДИКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. ПЕРВЫЙ РОССИЙСКИЙ ОПЫТ

М.Г. Ефанов, Р.Б. Алиханов, В.В. Цвиркун, И.В. Казаков, О.В. Мелехина, А.Н. Ванькович, П.П. Ким

ГБУЗ Московский клинический научно-практический центр ДЗ г. Москвы (Москва, Россия)

Актуальность. Радикальная резекция в лечении опухоли Клатскина в подавляющем большинстве случаев подразумевает R0 резекцию внепеченочных желчных протоков, гемигепатэктомию, сегментэктомию – 1 и лимфодиссекцию. Резектабельность, по данным большинства центров, составляет 35–50%.

Цель исследования: оценить возможность и ближайшие результаты робот-ассистированной радикальной резекции при опухоли Клатскина.

Материалы и методы. Мужчина, 65 лет. Диагноз: воротная холангиокарцинома, pT2aNoMo, II a, Grade 2, Pn1, Bismuth-Corlette тип II. Жалобы на кожный зуд, возникшие за 2 месяца до диагностики заболевания. При МРТ обнаружена проксимальная стриктура внепеченочных желчных протоков, типичная для опухоли Кластскина. По данным КТ и УЗИ – расширение внутрипеченочных желчных протоков. Ширина долевых протоков по 2 см. Общий печеночный проток замещен

опухолью диаметром 1,5 см. Правая печеночная артерия фиксирована к опухоли. Печень без признаков очаговых изменений. Региональная лимфаденопатия. Уровень общего билирубина – 40 ммоль/л.

Результаты. Операция 06.03.2014 г.: робот-ассистированная левосторонняя гемигепатэктомия, сегментэктомия – 1, резекция внепеченочных желчных протоков, лимфодиссекция, формирование бигепатикоеюноанастомоза. Интраоперационно признаков сосудистой инвазии не выявлено. Гепатикоеюноанастомоз выполнен через верхнесреднесрединный разрез (10 см) ввиду короткой брыжейки тощей кишки на фоне ожирения. *Результаты*. Резидуальная опухоль – R0. Кровопотеря 300 мл. Длительность операции 16 часов. Длительность послеоперационного лечения 30 дней. *Осложнения*: желчеистечение, частичная несостоятельность ГЕА, разрешившаяся на фоне консервативного лечения.

Вывод. Робот-ассистированная радикальная резекция может являться эффективным методом лечения воротной холангиокарциномы у пациентов без признаков локально распространенной опухоли. Необходимо дальнейшее накопление опыта.

МАТЕМАТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОНСТРУКЦИИ ДВУХБАЛЛОННОГО ЭНДОКАВАЛЬНОГО КАТЕТЕРА ДЛЯ СОСУДИСТОЙ ИЗОЛЯЦИИ ПЕЧЕНИ

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, А.К. Дюков, Е.П. Бурлаченко

ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Методика эндоваскулярной окклюзии нижней полой вены (НПВ) впервые была предложена в виде экспериментальной модели F. Chahez-Peon и соавт. в 1970 г. В нашей стране методика эндоваскулярной окклюзии НПВ активно разрабатывалась А.М. Грановым и А.Е. Борисовым (1993). Следует отметить, что параметры используемого катетера рассчитывались экспериментальным и эмпирическим путем без учета прижизненных характеристик НПВ.

Цель исследования: математическое обоснование конструкции двухбаллонного трехканального эндокавального катетера для сосудистой изоляции печени методом рентгенокомпьютерного моделирования.

Были сформулированы следующие требования: сосудистая изоляция печени при сохраненном кровотоке в НПВ; изоляция позадипеченочного сегмента НПВ в месте впадения печеночных вен; расположение баллонов между почечными и печеночными венами, а также между печеночными венами и правым предсердием является оптимальным. Для реализации поставленной задачи необходимо было определить расстояние между почечными и печеночными венами, прижизненный диаметр НПВ в заданных точках, а также протяженность впадения печеночных вен и расстояние между печеночными венами и правым предсердием.

Результаты. Вследствие реконструкции 381 одномоментно выполненного КТ-исследования грудной и брюшной полостей с внутривенным контрастированием были получены модели груди и живота с сосудистой системой человека. Модели были разделены на три блока, с учетом типа конституции. Затем осуществлено моделирование повреждений «труднодоступных» (VII–VIII) сегментов и печеночных вен путем их маркировки. С помощью математической обработки полученных данных установлены варианты анатомической вариабельности НПВ и ее притоков. Это позволило с высокой точностью установить такие принципиальные параметры разрабатываемого катетера, как межбаллонное расстояние, диаметр и ширина баллона, а также закономерности вариабельности в зависимости от типа конституции человека. Получены следующие результаты: вне зависимости от типа конституции диаметр баллона не должен превышать 30,0 мм во всех заданных точках, ширина баллона – 10,0 мм, а межбаллоное расстояние напрямую зави-

сит от типа конституции и для астеников составляет 50,0 мм, для нормостеников – 65,0 мм, для гиперстеников – 82,0 мм. Наружный диаметр непосредственно самого катетера должен составлять 1,0 см, внутренний диаметр – 0,8 см. С целью обеспечения шунтирующего кровотока в катетере предполагается наличие двух отверстий диаметром 0,4 см – выше и ниже баллонов. Катетер выполняется из латекса с силиконизированным покрытием и обработкой стандартным гидрофобным составом внутренней поверхности. Общая длина катетера – не менее 70,0 см.

С учетом полученных данных предложено три варианта двухбаллонного трехканального катетера, учитывающие тип конституции и позволяющие произвести сосудистую изоляцию печени. Для астеников рекомендован катетер с межбаллонным расстоянием 50,0 мм (размер Small); для нормостеников – 65,0 мм (размер Media); и для гиперстеников – 82,0 мм (размер Large).

Выводы. С помощью методов рентгенокомпьютерного моделирования осуществлено математическое обоснование конструкции двухбаллонного трехканального эндокавального катетера для сосудистой изоляции печени. Предлагаемый катетер учитывает анатомическую вариабельность НПВ и ее притоков, а также тип конституции человека.

ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К «ТРУДНОДОСТУПНЫМ» СЕГМЕНТАМ ПЕЧЕНИ

В.П. Земляной, Б.В. Сигуа, А.К. Дюков, Ж.Э. Бадалова, Е.П. Бурлаченко
ГБОУ ВПО Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

В 62,3–63,0% случаев при травмах повреждения печени локализуются в правой доле (Muller G., Little K., 2001), преимущественно в V–VIII сегментах (до 85%) (Hirshberg A., Mattox K.L., 1993; Brown M.A. и соавт., 2001). При повреждениях «труднодоступных» сегментов печени или печеночных вен прибегают к комбинированным доступам.

С целью обоснования различных типов оперативных доступов при повреждениях «труднодоступных» сегментов печени с учетом топографо-анатомических и конституциональных особенностей человека использовался метод рентгенокомпьютерного моделирования.

В результате реконструкции 243 одномоментно выполненных КТ-исследований грудной и брюшной полостей с внутривенным контрастированием были получены модели груди и живота с сосудистой системой человека. Затем было выполнено моделирование повреждений «труднодоступных» (VII–VIII) сегментов и печеночных вен путем их маркировки. Для объективизации результатов использовались количественные критерии, предъявляемые к хирургическим доступам, предложенные А.Ю. Созон-Ярошевичем (1954) (таблица).

Количественные критерии хирургических доступов к «труднодоступным» сегментам печени по А. Ю. Созон-Ярошевичу

Тип конституции	Астеники		Нормостеники		Гиперстеники	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	n=56	n=95	n=21	n=16	n=36	n=19
Глубина раны, мм	56,819 ± 9,89	57,36 ± 10,90	62,26 ± 10,54	59,24 ± 11,51	64,81 ± 13,41	63,24 ± 12,26
Угол наклонения оси операционного действия	75,45 ± 9,31	73,05 ± 11,26	78,19 ± 6,44	74,03 ± 7,15	79,83 ± 8,02	79,10 ± 7,79
Угол операционного действия	120,16 ± 20,44	115,04 ± 19,77	128,93 ± 16,10	117,38 ± 13,76	126,75 ± 19,78	131,73 ± 15,90

При этом установлено, что у астеников в большинстве (62–68%) случаев оптимальным доступом к «труднодоступным» сегментам печени является торакофренолапаротомия через

IX межреберье, так же, как и у нормостеников (62–69%). Однако следует заметить, что у 29–30% пациентов оптимальным является доступ через VIII межреберье. В группе пациентов с гиперстеническим типом конституции в 67–84% случаев торакофренолапаротомия через IX межреберье была признана в качестве оптимального доступа к «труднодоступным» сегментам печени.

Полученные данные позволили выявить следующие закономерности, которые необходимо учитывать при выборе доступа к «труднодоступным» сегментам печени для всех типов конституции. В частности, было установлено, что:

– если разность расстояний между 7–8-м и 8–9-м ребрами > разности расстояний между 9–10-м и 8–9-м ребрами, то доступ осуществляется через VII межреберье;

– если разность расстояний между 7–8-м и 8–9-м ребрами $\simeq$ разности расстояний между 9–10-м и 8–9-м ребрами и при этом

$$\frac{\text{Расстояние между 9–10-м ребрами}}{\text{Расстояние между 7–8-м ребрами}} - \frac{\text{Расстояние между 8–9-м ребрами}}{\text{Расстояние между 7–8-м ребрами}} \leq 0{,}35,$$

то доступ осуществляется через VIII межреберье;

– если разность расстояний между 7–8-м и 8–9-м ребрами < разности расстояний между 9–10-м и 8–9-м ребрами и при этом

$$\frac{\text{Расстояние между 9–10-м ребрами}}{\text{Расстояние между 7–8-м ребрами}} - \frac{\text{Расстояние между 8–9-м ребрами}}{\text{Расстояние между 7–8-м ребрами}} > 0{,}35,$$

то доступ осуществляется через IX межреберье.

Выводы. Проведенное исследование подтверждает высокую целесообразность использования информационных технологий, основанных на 3D моделировании, для определения анатомических ориентиров с целью выбора оптимального комбинированного доступа у пострадавших с повреждением «труднодоступных» сегментов печени. При этом установлено, что у большинства (67,5%) пациентов оптимальным доступом является торакофренолапаротомия через IX межреберье.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Д.А. Ионкин[1], А.В. Чжао[1], С.В. Кунгурцев[2]

[1]ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (Москва, Россия)

[2]Некоммерческая организация «Профессиональное сообщество криохирургов» (Москва, Россия)

В Институте хирургии им. А.В. Вишневского криохирургию применяют с конца 2000 г.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов со злокачественными новообразованиями печени.

Материалы и методы. Использование данной методики при новообразованиях печени было начато с применением установки «ERBE CRYUO 6» (Германия) как из классических, так и из чрескожных доступов под УЗ-наведением. Выполнено 6 лапароскопических операций с применением криовоздействия: при метастазах колоректального рака (n=4), метастазах рака желудка (n=1), раке желчного пузыря после выполнения холецистэктомии (n=1).

Начиная с 2013 г. в Институте используется новый отечественный криохирургический аппарат «КРИО-01» «ЕЛАМЕД», разработанный на Елатомском приборном заводе совместно с компанией «Биомедстандарт». У данного прибора значительно короче подготовительный период,

меньший объем потребляемого жидкого азота. В новой установке учтены недостатки предыдущих приборов, кроме того, она оснащена более удобными криозондами и для лапароскопических вмешательств. С применением данной криоустановки было выполнено 2 лапароскопических вмешательства по поводу метастазов колоректального рака в печень.

Результаты. Отмечено, что с применением установки «ERBE CRYUO 6» невозможно добиться заявленной фирмой-производителем температуры, чаще охлаждение опухоли ограничивалось −50ºС. Нередко возникала необходимость дополнительно использовать локальные гемостатические средства. Зарегистрировано большое число осложнений (n=14), в том числе таких, как внутрибрюшное кровотечение (n=2), абсцессы печени (n=2), тромбоз НПВ (n=1), почечная недостаточность при центральной локализации патологического очага (n=1), выраженный асцит (n=2), гидроторакс (n=3).

Все это, включая значительную продолжительность циклов активной заморозки и размораживания, послужило причиной отказа от использования данной установки.

В ходе первой серии лапароскопических криовоздействий мы пришли к выводу о предпочтительности применения УЗ-наведения, особенно при интрапаренхиматозной локализации очага, и необходимости УЗ-мониторинга в ходе криодеструкции.

При лапароскопическом доступе с использованием криохирургического аппарата «КРИО-01» столкнулись с необходимостью применения троакара диаметром 12 мм, который чаще выпускают только для одноразового применения. В 2 наблюдениях при лапароскопической криодеструкции метастазы колоректального рака располагались подкапсульно, по висцеральной поверхности печени в V и III сегментах печени, что было достаточно удобно для выполнения термоабляции с применением торцевого криоаппликатора. Использовали двукратное замораживание с промежуточным оттаиванием. Осложнений в ходе криоабляции и в послеоперационном периоде отмечено не было.

Считаем необходимым в послеоперационном периоде ультразвуковой контроль на 1-е, 3-и и 7-е сутки, проведение магнитно-резонансной томографии в 1–2-е сутки после воздействия.

Выводы. Развитие методов лапароскопической диагностики – визуальной, инструментальной ревизии и УЗИ – позволило приблизить возможности лапароскопической ревизии к возможностям лапаротомной. Лапароскопический доступ эффективен преимущественно при солитарных поверхностно расположенных патологических новообразованиях печени.

Криодеструкция, в том числе и лапароскопическая, должна рассматриваться как разумная альтернатива существующим хирургическим методам и в некоторых случаях – как компонент комбинированного лечения при онкологическом поражении.

ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ПЕРВИЧНЫЕ И ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ

Д.А. Ионкин, А.А. Королева, А.Б. Шуракова, Ю.А. Степанова
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: определение оптимального диагностического алгоритма и адекватной тактики хирургического лечения при кистозных трансформациях желчных протоков (КТЖП).

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского накоплен опыт лечения 78 больных в возрасте от 16 до 62 лет (средний возраст – 32,4 года) с КТЖП. Женщин – 61 (78,2%), мужчин – 17 (21,8%). Основными клиническими проявлениями были ремитирующая желтуха и холангит. Все пациенты проявления болезни отмечали с детского возраста. До поступления в Институт 70 (89,7%) больных перенесли те или иные вмешательства: холецистэктомию, дистоэнтеростомию, ЭПСТ и др. Среди осложнений наиболее характерными для кист желчных

протоков являются рецидивирующий холангит, панкреатит, образование конкрементов в протоковой системе, сдавление двенадцатиперстной кишки, стриктуры желчных протоков, цирроз печени и синдром портальной гипертензии, разрыв кисты, холангиокарцинома, холангиогенные абсцессы печени, сепсис, септический шок, печеночная недостаточность, амилоидоз (при болезни Кароли). Дооперационное обследование больных с кистами желчных протоков было направлено не только на установление диагноза, но и на определение вероятного объема и характера оперативного вмешательства: общеклинические исследования с определением уровня онкомаркеров, УЗИ, КТ, ЭРХПГ (+ЭПСТ) (по показаниям), МРТ (МРХПГ).

Показаниями к операции при кистозных трансформациях желчных протоков считаем: 1) наличие клинических проявлений; 2) осложненное течение.

Противопоказания к операции: 1) некорригируемая коагулопатия (при болезни Кароли); 2) цирроз печени класса «С»; 3) диссеминация опухолевого процесса при озлокачествлении кисты желчных протоков; 4) общие противопоказания к хирургическому лечению.

Результаты. Диагноз во всех наблюдениях был установлен до операции. Эффективность инструментальных методов исследования составила: УЗИ – 84,5%, КТ – 88,8%, ЭРПХГ – 96,2%, ЧЧХГ – 96,2%, МРПХГ – 100%.

Для купирования выраженной желтухи и холангита 20 (25,6%) больным было предпринято наружное дренирование под УЗ-контролем.

Из 14 больных, которым была выполнена ЭРПХГ, у 10 данное исследование привело к обострению холангита, увеличению проявлений желтухи и необходимости срочного наружного дренирования желчных протоков или операции. В последние годы в связи с высоким риском осложнений ЭРПХГ у пациентов данной группы практически не выполняли, так как появилась возможность использования МРПХГ либо прямого контрастирования, что является неотъемлемой частью первого этапа хирургического лечения – наружного дренирования билиарного тракта с целью купирования холангита и желтухи.

Первично оперированы 57 (73,1%) больных. В остальных случаях (21 (26,9%)) выполнены реконструктивные вмешательства после ранее перенесенных операций в других учреждениях: иссечение кистозой трансформации с формированием билиодигестивного анастомоза (БДА), как правило, на выключенной по Ру петле кишки (37 пациентов); резекция печени с формированием БДА (17); цисто- и цистохоледохоеюностомия (6) (в период до 1989 г.); диагностическая лапаротомия (3).

Несостоятельность билиодигестивных соустий отмечена у 6 больных, причем у 2 из них были вынуждены использовать для формирования анастомоза кистозно-измененные желчные протоки. Релапаротомия по поводу несостоятельности выполнена в 2 случаях, у остальных больных желчеистечение прекратилось самостоятельно. Кровотечение после иссечения кист отмечено в 2 наблюдениях. Один из этих больных умер от печеночно-почечной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде.

Малигнизация кистозно-перерожденных желчных протоков выявлена у 14 (17,9%) больных, из них внутрипеченочные кисты (болезнь Кароли) – у 3. Одна из пациенток была повторно оперирована через 15 лет после радикальной операции по поводу малигнизации кисты I типа в связи с рецидивом.

Выводы. Особенность пациентов зрелого возраста состоит в том, что они уже ранее перенесли вмешательства по поводу кистозных изменений желчных протоков. Поэтому в отдаленном периоде вмешательства носили чаще реконструктивный характер, обусловленный в основном проявлениями стриктуры желчных протоков с осложненным течением. В связи с выраженными сращениями практически всегда отмечали значительные технические трудности. Использование при повторных вмешательствах стенки кисты для формирования соустья было продиктовано лишь техническими трудностями: выраженными воспалительно-инфильтративными или рубцовыми изменениями. При возможности считаем необходимым иссечение патоло-

гически измененных стенок желчных протоков так, чтобы анастомоз формировался с максимально неизмененными тканями.

Малигнизация стенки кисты является главной мотивацией к выполнению радикальной операции. Радикальным вмешательством при кистах желчных протоков считаем резекцию гепатикохоледоха в пределах здоровых тканей с формированием максимально широкого гепатикоеюноанастомоза на петле тонкой кишки, выключенной по Ру, однорядным швом монофиламентной нитью с использованием прецизионной техники

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Д.П. Кислицин, В.В. Хрячков, А.А. Добровольский, Н.А. Колмачевский
ГБУЗ Окружная клиническая больница (Ханты-Мансийск, Россия)

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

Материалы и методы. С 2004 г. на базе Окружного центра хирургии печени и поджелудочной железы выполнено 65 видеолапароскопических вмешательств при очаговых поражениях печени, в том числе 22 операции с использованием роботизированного комплекса «da Vinci S». Нозологические формы представлены в следующих вариантах: непаразитарные кисты и поликистоз печени – 35 пациентов, хронический калькулезный холецистит в сочетании с простыми кистами печени – 14, в сочетании с гемангиомой – 2 пациента, эхинококковые кисты печени – 11, ФНГ печени – 3. Оперировано 38 женщин и 27 мужчин в возрасте от 20 до 69 лет. У пациентов с простыми кистами в 12 случаях выявлена одиночная киста, в 5 – 2 кисты, у 18 – множественные кисты печени. У пациентов с паразитарными кистами осложненная форма выявлена в виде нагноения у 3 больных, причем нагноившаяся киста VIII сегмета печени до операции трактовалась как киста надпочечника. При простых кистах и поликистозе выполнялась фенестрация с аргон-плазменной обработкой стенки кист. При локализации в задних сегментах (IVA,VII,VIII,) использовали робот-ассистированный вариант вмешательств. Роботизированный комплекс применяли при неанатомической резекции правой доли печени при гигантской неосложненной эхинококковой кисте, эхинококкэктомии при нагноившейся кисте SVIII и перицистэктомии неосложненной кисты II сегмента печени. Во всех случаях после эхинококкэктомии и перицистэктомии применяли аргон-плазменную коагуляцию, а при диффузном кровотечении из паренхимы печени – гемостатическую пластину Тахокомб. Вмешательства при ФНГ в объеме неанатомических резекций SIII, SIVb, SV-VI в последнем варианте потребовали конверсии ввиду кровотечения (гиперваскуляризация опухоли).

Результаты. Осложнения отмечены у одного пациента (1,5%) – формирование биломы с желчеистечением в брюшную полость после неанатомической резекции правой доли печени, устранено на релапароскопии на 7-е сутки лигированием с прошиванием сегментарного протока на фиброзной капсуле печени. Осложнений анестезиологического пособия, летальных исходов не было.

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

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

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

ОПЫТ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ (ALPPS) В ОДНОМ ЦЕНТРЕ

И.А. Козырин, Н.А. Ермаков, В.К. Лядов, З.А. Коваленко,
А.В. Кочатков, И.В. Шрайнер, А.З. Негардинов, А.В. Бушуев
ФГБУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: показать результаты применения методики двухэтапной резекции печени ALPPS (англ.: Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy) в одном центре.

Материалы и методы. В период с 02.2013 по 03.2014 гг. выполнено 5 процедур ALPPS (1 женщина и 4 мужчин в возрасте от 58 до 64 лет). Показаниями к операции послужили метастазы колоректального рака в 4 случаях, метастазы рака мочевого пузыря в 1 случае. Выполнены: правосторонняя гемигепатэктомия – 3, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 2. Операции сопровождались дополнительной атипичной резекцией остающейся доли печени в 3 случаях. Предварительно была выполнена попытка эмболизации воротной вены (не получившая успеха) в 2 наблюдениях. Время ожидания гипертрофии печени составило в первом случае 18 суток, в остальных – 6 суток. Во всех наблюдениях выполнены завершающие гепатэктомии.

Результаты. Прирост объема предполагаемого остатка печени во всех случаях составил не менее 50%. Послеоперационные осложнения развились в 3 из 5 наблюдений. Одна больная погибла в связи с прогрессирующим тромбозом нижней полой вены, развившейся полиорганной недостаточностью. Осложнения по Dindo-Clavien: уровня 2–1, уровня 4а–1. Желчная фистула после завершающей гепатэктомии развилась у 1 больного. Случаев тяжелой печеночной недостаточности не отмечено.

Выводы. Методика ALPPS позволяет получить быструю гипертрофию предполагаемого остатка печени с сохранением его функции и выполнить R0 резекцию печени, но сопровождается высоким риском осложнений. Полученные результаты совпадают с данными литературы.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОТАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ (ТПЭ) В КУЗБАССКОМ ОБЛАСТНОМ ГЕПАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

К.А. Краснов, В.А. Пельц
МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского (Кемерово, Россия)

Актуальность. По данным многочисленных авторов, результаты хирургического лечения протоковой аденокарциномы поджелудочной железы нельзя назвать удовлетворительными, что во многом объясняется агрессивной биологией опухоли. Около 30–40% больных имеют местно-распространенный процесс, а отдаленные метастазы выявляются у 40–50% пациентов на момент обращения. Предпосылками к внедрению тотальной панкреатэктомии **(**ТПЭ) в хирургическую практику стали не только сообщения о частоте мультицентрического поражения железы, достигающей 35%, но и возможность более широкого удаления парапанкреатических тканей для достижения уровня резекции R0, а также исключение риска несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза.

В настоящее время показаниями к ТПЭ могут быть как злокачественные, так и доброкачественные заболевания ПЖ при условии отбора больных, способных перенести вмешательство.

Чаще всего необходимость в ТПЭ возникает при диффузном или мультифокальном поражении железы злокачественной опухолью, однако экстирпация железы или ее культи может потребоваться ряду пациентов с хроническим панкреатитом, осложненном кистами тела и хвоста под-

желудочной железы, а также больным с панкреатогенными осложнениями в раннем послеоперационном периоде после парциальных резекций железы.

Цель исследования: иллюстрировать опыт ТПЭ в Кузбассе.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2013 г. оперировано 4 больных протоковой аденокарциномой поджелудочной железы в объеме ТПЭ. Все пациенты были женского пола в возрасте от 54 до 62 лет. Причины выполнения операции – диагностика во время вмешательства тотального поражения поджелудочной железы – 3 случая, киста тела – хвоста поджелудочной железы (5 см диаметром) – 1 случай.

Результаты. Средняя длительность операции ТПЭ составила 5,4±0,2 часа, операционная кровопотеря – 460±30 мл, средний койко-день – 19. Течение послеоперационного периода во всех случаях без осложнений.

Выводы. Опыт выполнения ТПЭ показывает возможность успешного применения этого способа хирургического лечения данной категории больных в условиях Кузбасского областного гепатологического центра.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ «*SPLIT IN SITU*» ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ В ИСХОДЕ HCV

К.А. Краснов, А.Б. Старцев, В.А. Пельц, А.О. Краснов

МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского (Кемерово, Россия)

Хирургическое лечение очаговых поражений печени общепризнанно является одной из самых сложных проблем хирургии гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны. Благодаря совершенствованию хирургической техники наблюдается увеличение количества обширных резекций печени. Но, несмотря на прогресс хирургической гепатологии, при таких вмешательствах сохраняется высокий риск неблагоприятного исхода. Летальность после резекции печени составляет 4–30%. Первопричина её – острая печеночная недостаточность вследствие небольшого функционального резерва остающейся части печени.

Данная проблема усугубляется в связи с ростом заболеваний вирусным гепатитом, которые часто выступают в качестве фонового при очаговых поражениях печени. Небольшой функциональный резерв остающейся части печени на фоне диффузного заболевания оказывает сдерживающее влияние на выбор в пользу радикального хирургического лечения при очаговых поражениях даже в крупных специализированных клиниках. В настоящее время ведется активный поиск методик, позволяющих увеличить число больных, которым возможно провести потенциально радикальное лечение. Перспективным методом является двухэтапная резекция печени «*split in situ*» благодаря быстрому и заметному увеличению остающейся части печени.

Пациент П., 63 года, проходил лечение в условиях Кузбасского областного гепатологического центра с диагнозом: гепатоцеллюлярная карцинома правой доли печени (S 5,7,8) на фоне хронического вирусного гепатита С.

Анамнез. С 2009 года – хронический вирусный гепатит С. В декабре 2013 г. пациент отметил появление жгучей, давящей боли в эпигастральной области и области правого подреберья. При амбулаторном обследовании по МРТ органов брюшной полости выявлено объемное патологическое образование в правой доле печени. По данным лучевых методов исследования, объем непораженной паренхимы печени составлял менее 20%. Оценка функционального состояния печени при помощи монитора LiMON: скорость плазменной элиминации индоцианида зеленого составила 15,5%/мин (норма – 18–25%/мин); уровень остаточной концентрации элиминации индоцианида зеленого в плазме через 15 минут – 9,8% (норма – 0–10%). Учитывая малый объем

остающейся неповрежденной паренхимы печени (300 см^3) и низкие показатели функционального состояния печени на фоне хронического диффузного поражения печени, решено провести хирургическое лечение в объеме правосторонней гемигепатэктомии «*split in situ*».

Во время первого этапа проведено выделение сосудистых структур, лигирование правой ветви воротной вены. Результат гистологии: материал из левой доли печени – признаки мягкого гепатита, ИГА 8 баллов; материал из очагового образования правой доли – гепатоцеллюлярный рак. Первый этап завершен дренированием холедоха по Холстеду, брюшной полости.

Послеоперационный период протекал тяжело, с явлениями гепатоцеллюлярной недостаточности, длительное время отмечался синдром цитолиза, желтухи. Выполнялась плевральная пункция по поводу реактивного гидроторакса. На фоне консервативной терапии биохимические показатели нормализовались через 1,5 месяца. При повторной госпитализации по данным КТ-волюметрии объем остающейся непораженной паренхимы печени составил 800 см^3, признаков метастазов в левой доле печени не выявлено. Через 60 суток после первого этапа операции произведена непосредственно резекция пораженной паренхимы печени. Послеоперационный период протекал гладко.

Вывод. Положительный клинический опыт применения методики «split in situ» указывает на перспективность при обширных поражениях печени, особенно на фоне хронического диффузного заболевания.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В КУЗБАССЕ

К.А. Краснов, О.А. Краснов, В.А. Пельц, А.О. Краснов, А.Б. Старцев, А.С. Сохарев, И.Х. Аминов

МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского (Кемерово, Россия)

Актуальность. В экономически развитых странах цирроз печени (ЦП) входит в число шести основных причин смерти в возрасте 35–60 лет и составляет от 14 до 30 случаев на 100 000 населения. В мире ежегодно умирают 40 млн человек от цирроза печени вирусной этиологии и гепатоцеллюлярной карциномы, развивающейся на фоне носительства вируса гепатита В. В странах СНГ ЦП встречается у 1% населения. Цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома на фоне цирроза печени – причина 90–95% летальных исходов больных с хроническими заболеваниями печени. Среди причин смертности от болезней органов пищеварения (исключая рак) цирроз занимает первое место. По мировым стандартам потребность в трансплантации печени (ТП) 28–56 человек в год на 1 млн населения. Потребность в ТП в Кузбассе иллюстрируют следующие показатели: на 1 января 2010 г. в области проживало 2 820 636 человек; от болезней печени (цирроз, острый алкогольный гепатит) умерло: 2010 г. – 374 чел. (1 ребенок), 2011 г. – 336, 2012 г. – 341 (1 ребенок), 2013 г. – 372 (1 ребенок). Таким образом, актуальность проблемы ТП не вызывает сомнений.

Цель исследования: информировать о непосредственных результатах первой ТП в Кузбассе.

Материалы и методы. Оперирована пациентка 44 лет с диагнозом: первичный билиарный цирроз печени, декомпенсация. Больная находилась в листе ожидания ТП.

Причина выполнения операции: невозможность дальнейшей консервативной терапии ввиду её неэффективности.

На момент вмешательства у больной диагностированы следующие показатели: MELD 41 (прогнозируемая летальность без операции в течение 90 суток – 91%). CHILD-PUGH C – 10 баллов.

Результаты. Длительность операции ТП составила 9 часов, операционная кровопотеря 1 500 мл, нормализация биохимических показателей крови достигнута к 14-м суткам после опе-

рации. Течение послеоперационного периода без осложнений. Больная выписана на 26-е сутки после операции.

Выводы. Первый опыт ТП показывает целесообразность дальнейшего использования данной методики в лечении терминальных заболеваний печени в условиях Кузбасского областного гепатологического центра.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГОЛОВКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИНТЕНСИВНОСТЬЮ БОЛЕВОГО СИНДРОМА И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ

М.И. Кугаев, А.Т. Щастный, А.Р. Сятковский, А.А. Сушков, С.П. Лярский, И.П. Штурич

Витебский государственный медицинский университет (Витебск, Беларусь)

Витебская областная клиническая больница (Витебск, Беларусь)

ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы» (Витебск, Беларусь)

Цель исследования: изучить взаимосвязь между показателями качества жизни, выраженностью болевого синдрома и морфологическими изменениями в поджелудочной железе (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП).

Материалы и методы. Обследован 51 пациент. Для оценки интенсивности болевого синдрома использована визуальная аналоговая шкала (ВАШ), для изучения качества жизни (КЖ) – опросник SF-36. Материал для микроскопического исследования забирали при резекции головки ПЖ.

Результаты. Выявлен широкий спектр фиброзных изменений в головке ПЖ. Корреляции между интенсивностью боли, КЖ и площадью фиброза выявлено не было. При сравнении групп пациентов с размером головки ПЖ менее 40 мм и более 40 мм площадь фиброза значимо не отличалась. При сравнении групп пациентов с шириной главного панкреатического протока (ГПП) менее 6 мм и более 6 мм площадь фиброза значимо не отличалась.

Выводы. КЖ и интенсивность болевого синдрома не коррелируют со степенью фиброзных изменений, происходящих в головке ПЖ. Размер головки ПЖ и ширина главного панкреатического протока не зависят от степени фиброзных изменений в головке ПЖ.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ

К.М. Курбонов, Н.А. Расулов, Ф.И. Махмадов, Мухаммад Исо Рамазон

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров (Душанбе, Таджикистан)

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино (Душанбе, Таджикистан)

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

Материалы и методы. Располагаем опытом диагностики и лечения 142 больных с послеоперационным желчеистечением. Мужчин было 62 (43,7%), женщин – 80 (56,3%). Возраст пациентов – от 24 до 78 лет. В 75 (52,8%) наблюдениях желчеистечение развилось после плановых (n=39) и неотложных оперативных (n=29) вмешательств на печени по поводу очаговых заболеваний (n=68) и травматических повреждений печени (n=7). В 65 (n=45,8%) наблюдениях желче-

истечения возникли после операции на желчевыводящей системе по поводу желчнокаменной болезни и ее осложнений, выполненных традиционным (n=34) и видеолапароскопическим (n=29) методами в плановом (n=13) и экстренном (n=16) порядке. Еще у 2 пациентов с резидуальным холедохолитиазом желчеистечение развилось после чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Особую группу составили 2 (1,4%) пациента с постбульбарной язвой двенадцатиперстной кишки, оперированные в неотложном порядке по поводу кровоточащей пенетрирующей язвы, у которых после резекции желудка наблюдали желчеистечения. Для диагностики послеоперационного желчеистечения больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные исследования: УЗИ, ФГДС, ЭРХПГ, ЧЧХ, фистулографию, МРТ и эндовидеолапароскопию.

Результаты. УЗИ в 40 (28,2%) случаях позволило определить наличие свободной жидкости (желчи) в подпеченочном пространстве и в отдельных местах брюшной полости. Наряду с этим при УЗИ определяли положение установленных дренажей, а также оценивали взаиморасположение внутрибрюшных дренажей и жидкостных скоплений. У пациентов с желчеистечением после операций на печени в 31% наблюдений диагностировали жидкостное скопление в остаточных полостях печени.

Для диагностики локализации и источника желчеистечения в 12 наблюдениях выполняли ЭРХПГ, в 8 – фистулографию и в 4 – МРТ. При легкой степени тяжести (n=97) желчеистечения каких-либо специальных методов лечения не проводили и желчеистечения самостоятельно прекращались. При средней степени тяжести (n=33) желчеистечения применяли консервативную терапию и малоинвазивные вмешательства. Пациентам с тяжелой степенью тяжести (n=12) желчеистечения выполнялись повторные оперативные вмешательства. В 17 случаях для предотвращения желчеистечения и коррекции желчной гипертензии прибегали к ЭПСТ. При этом в 6 случаях выполняли биэндоскопические вмешательства в виде релапароскопии с реклипированием пузырного протока и ЭПСТ (n=4), а также релапароскопии с санацией и дренированием подпеченочного пространства и эндоскопическим трансдуоденальным протезированием (n=2). Во всех случаях трансдуоденальному вмешательству предшествовало эндоскопическое ретроградное контрастирование. В 6 наблюдениях выполняли видеолапароскопическую санацию и дренирование подпеченочного пространства с коагуляцией культи печени, и лишь в 4 случаях прибегали к пункции и дренированию биломы под УЗ-контролем. У 6 пациентов с цистобилиарными свищами остаточной полости коррекцию желчепотери осуществляли методом чресфистульной химической коагуляции свища 70%-ным этиловым спиртом. После выполнения эндоскопических и консервативных методов желчестаза осложнений и летальных исходов не наблюдали.

Выводы. При легкой и средней степени тяжести желчеистечения консервативные и эндоскопические методы являются адекватными способами желчестаза. Релапаротомия, предпринятая при желчеистечениях тяжелой степени тяжести, позволяет установить причину желчеистечения и устранить ее хирургическими способами.

ВЫПОЛНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЧЕРЕЗ ЕДИНЫЙ ДОСТУП

Н.В. Левченко, В.В. Хрячков

ГБОУ ВПО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия Минздрава России
(Ханты-Мансийск, Россия)

Актуальность. 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 жёлчнокаменной болезнью путём разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ.

Материалы и методы. Накопленный опыт позволил нам в 2000 г. начать выполнять данную операцию с использованием трёх доступов, не применяя один из зажимов, предназначенных для тракции жёлчного пузыря. Троакары устанавливали над пупком, субксифоидально и в правом подреберье. С 2003 г. троакар для тракции жёлчного пузыря дополнительно устанавливали в параумбиликальный доступ. Данный способ позволил выполнять операцию через два доступа – параумбиликальный и субксифоидальный.

В апреле 2005 г. впервые успешно выполнили операцию из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субксифоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена кверху. После обнажения апоневроза устанавливаются три троакара. Два из них по белой линии живота и один справа. Расположение трёх троакаров в небольшой кожной ране порождало ряд технических неудобств. В связи с этим зажим для тракции жёлчного 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 жёлчного пузыря.

По заявке № 2006121887 установлен приоритет изобретения 19.06.2006 г., и нами получен патент РФ на изобретение № 2324451 «Способ лапароскопической холецистэктомии».

С 2005 г. описанным способом нами выполнено 309 лапароскопических холецистэктомии из одного доступа. В исследуемой группе 257 женщин и 52 мужчины. В плановом порядке оперировано 226 пациентов, с острыми формами холецистита – 83. Среди острых форм холецистита катаральный встретился у 39, флегмонозный – у 32 и гангренозный – у 12 больных.

Среди оперированных было 126 пациентов с ожирением 2-й степени и выше. У всех больных операция заканчивалась 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 выполнялись также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения.

Подавляющее большинство (247) операций выполнено в интервале от 30 до 60 минут.

Обращает на себя внимание тот факт, что в послеоперационном периоде почти все пациенты активизировались в первые сутки после операции. Большинство больных отказывались от обезболивания до окончания первых суток с момента операции.

Все больные выписаны с выздоровлением. Время наблюдения за ними составляет более 8 лет. Каких-либо осложнений не выявлено.

Выводы. Выполнение лапароскопической холецистэктомии через один доступ приводит к уменьшению интенсивности и продолжительности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Сокращаются сроки активизации и реабилитации больных. Очевиден косметический эффект. Считаем способ лапароскопической холецистэктомии через один доступ перспективным.

ЛАЗЕРНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ АНТЕГРАДНАЯ ПАПИЛЛОТОМИЯ

Н.В. Левченко, В.В. Хрячков, Р.Р. Шавалиев
ГБОУ ВПО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия
Минздрава России (Ханты-Мансийск, Россия)

Актуальность. 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, а иногда делает невозможным проведение ЭПСТ.

Цель исследования: разработка и внедрение нового способа папиллотомии путём антеградного рассечения большого дуоденального сосочка излучением гольмиевого лазера.

Материалы и методы. В работе использовали лазерную установку «Cogerent» (США), оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса «Stryker» (США) и «Karl Storz» (Германия), фиброхоледохоскоп «Karl Storz» (Германия).

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в холедох заводится фиброхоледохоскоп. Проводится ревизия холедоха. При наличии стеноза БДС 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 г. описанным выше способом (патент РФ № 2449757) прооперировано 28 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Всем пациентам выполнялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при наличии холецистохоледохолитиаза, одномоментно 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 хорошему косметическому эффекту.

Вывод. Данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

ЛАЗЕРНАЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТРИПСИЯ

Н.В. Левченко, В.В. Хрячков
ГБОУ ВПО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия Минздрава России
(Ханты-Мансийск, Россия)

Актуальность. В настоящее время большинство хирургов отдает предпочтение двухэтапному методу лечения холецистохоледохолитиаза. Выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия с различными видами литотрипсии и извлечения конкрементов холедоха, а также лапароскопическая холецистэктомия.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных жёлчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, путем разработки и внедрения контактной лазерной литотрипсии.

Материалы и методы. В работе использовали лазерную установку «Cogerent» (США), оснащенную YAG:Ho-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 его 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, соединённый с источником лазерного излучения. Выполняют прицельную контактную лазерную литотрипсию с помощью YAG:Ho-лазера с длиной волны 2,09 мкм 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. Жёлчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком.

Результаты. С сентября 2003 г. описанным выше способом (патент РФ № 2334486) прооперировано 78 больных холецистохоледохолитиазом. Во всех случаях отмечали механическую желтуху. У 44 больных конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха. В 34 случаях конкременты свободно размещались в просвете холедоха. Для фиксации подвижных конкрементов при проведении прицельной литотрипсии использовали устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ № 57584). В 55 случаях имели место деструктивные формы холецистита. Гнойный холангит отмечался у 27 больных. 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 отёка головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха. Все больные выписаны с выздоровлением.

Выводы. Применение указанного метода позволяет одномоментно 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.

Интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией является перспективным методом лечения холедохолитиаза.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ У БЕРЕМЕННЫХ. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

В.И. Мамчич, Я.П. Фелештинский, О.В. Голяновский, Т.П. Нагловская

Национальная медицинская академия последипломного образования (Киев, Украина)

Актуальность. Острый панкреатит у беременных следует рассматривать не как третье по частоте заболевание органов брюшной полости, а как первое по частоте острое заболевание забрюшинно-расположенного органа.

Острый панкреатит наиболее опасен как для матери, так и для плода, частота острого панкреатита у беременных от 1:2 800 до 1:1 1500, материнская смертность составляет 39%, а перинатальная – 330‰.

Цель исследования: изучить диагностику и лечебную тактику при остром панкреатите у беременных.

Материалы и методы. Панкреатит возникает при любом сроке беременности, но чаще во второй ее половине, с преобладанием билиарного панкреатита (около 50%).

В Киевской клинической областной больнице в период 2009–2013 гг. находилось 378 больных острым панкреатитом, мужчин – 253 (66,9%) и женщин – 125 (33,1%), из них 3 (2,4%) беременных.

В основе острого панкреатита лежат как механические (холедохолитиаз, воспалительные процессы, новообразования) процессы, которые препятствуют оттоку желчи, токсико-аллергические (инфекции, полипрагмазия беременной женщины, иммунобиологические нарушения), так и присущие только беременным гормональные изменения (повышенный стероидогенез).

Определение острого панкреатита у беременных должно производиться по данным классификации (Атланта 1992, 2007).

Результаты. Диагностика острого панкреатита требует одновременного присутствия двух из трёх обязательных признаков:

1) боли в животе, характерные для острого панкреатита (острый приступ персистирующей боли в эпигастрии, часто с иррадиацией в спину);

2) уровень амилазы в крови или липазы не менее чем в 3 раза превышает верхнюю границу нормы;

3) изменения, характерные для острого панкреатита, на УЗИ или КТ с контрастированием.

Обязательными современными методами лабораторной диагностики являются определение серологических маркеров, таких как активность амилазы, липазы, ингибитора трипсина в сыворотке крови, а также диастазы мочи, уровень прокальцитонина после 48 часов с момента заболевания. Последний свидетельствует об обострении процесса в поджелудочной железе.

У беременных используют магнитно-резонансную томографию без контрастирования. Это позволяет избежать радиационной нагрузки, связанной с проведением КТ. Информативность метода ничем не уступает компьютерной томографии.

Ультразвуковая диагностика практически теряет ценность после III триместра беременности. Современный метод эндосонографии с исключением рентген-контроля наиболее эффективен (94%).

В третьем триместре беременности при гнойном панкреатите и панкреонекрозе необходимо досрочное родоразрешение через естественные пути или кесарево сечение с возможной экстирпацией матки и последующим оперативным вмешательством на поджелудочной железе и забрюшинном пространстве.

Выводы. Острый панкреатит у беременных – одна из частых причин летальности у беременных и плода при острой хирургической патологии.

Своевременная диагностика и лечение острого панкреатита у беременных представляют сложную задачу, решение которой требует знания патофизиологии заболеваний во время беременности, использования дополнительных методов исследования, включая применение современных методов диагностики. Выработка новых алгоритмов лечения является основной задачей как для хирургов, так и акушеров-гинекологов. Это позволит снизить частоту хирургических осложнений, число материнских и перинатальных смертей.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ЖЕЛЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

С.К. Матмуратов, И.Х. Магзумов, Н.У. Арипова
Национальный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ, РУз (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Острый холангит является наиболее тяжелым осложнением доброкачественных и злокачественных заболеваний желчных путей.

Несмотря на улучшение ранней диагностики и применения лечебных пособий, облегчающих отток желчи, летальность при данной патологии остается высокой (10–60%).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 135 больных механической желтухой, осложненной острым холангитом, которых мы разделили на 4 группы. I группа – 81 больной с патогенетическими причинами нарушения желчевыведения: 72 с осложнениями холедохолитиаза, а у 9 – индуративный панкреатит с протяженным стенозом ТОХ; II группа – 21 с прорывом нагноившейся эхинококковой кисты печени в ЖВП; III группа – 15 с посттравматическими структурами ЖВП; IV группа – 18 со злокачественными поражениями ворот печени. Диагноз заболевания устанавливался на основании анамнеза, клинической картины заболевания, результатов бактериологических и инструментальных методов обследования, а также интраоперационных исследований.

Всем больным на первом этапе выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства: 43 – ЧЧХГ с ЧЧХС, а 112 больным – РПХГ с РЭПСТ, и после улучшения состояния им вторым этапом по показаниям выполнены радикальные операции. Лишь у больных IV группы (со злокачественными поражениями ворот печени) чрескожные вмешательства явились основным методом лечения: 10 больным из 18 удалось выполнить наружно-внутреннее дренирование. Больные III группы также подверглись двухэтапному лечению (ЧЧХС и реконструктивные операции на гепатикохоледохе – 13 больных), но лишь 2 из 15 больных выполнено только наружно-внутреннее дренирование. Послеоперационная летальность составила 8,6%.

Выводы. Данная категория больных должна подвергаться этапному хирургическому лечению, причём первый этап – декомпрессию ЖВП – следует проводить как можно раньше, с комплексом дезинтоксикационных противовоспалительных мероприятий.

В качестве *первого этапа* лечения при прорыве эхинококковой кисты в ЖВП и при осложнениях холедохолитиаза необходимо выполнять РЭПСТ, а при невозможности – ЧЧХГ с ЧЧХС.

При высоких стриктурах, и в частности при злокачественных поражениях ворот печени, выбором метода лечения являются чрескожно-чреспеченочные эндобилиарные вмешательства.

Второй этап хирургического лечения – радикальное обеспечение пассажа желчи в кишечник (более физиологично – в ДПК) – необходимо проводить только после улучшения общего состояния больных и компенсации функции жизненно важных органов и систем.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Г.Х. Мусаев, С.М. Ахмедова, А.Б. Бекшоков, А.А. Тагаева, Ю.В. Сероус
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: изучение активности теломеразы и карбогидратного антигена (СА 19-9) как универсальных онкомаркеров при дифференциальной диагностике кистозных образований печени.

Материалы и методы. В исследование включены 56 пациентов, которым потребовалась дифференциальная диагностика между непаразитарными кистами и цистаденомами печени. Всем пациентам проведено комплексное обследование, дополненное чрескожной диагностической пункцией образований под УЗ-контролем. Помимо рутинных исследований полученной при пункции жидкости, дополнительно определяли содержание в ней карбогидратного антигена (СА 19-9) и активность теломеразы. При обоснованном подозрении либо подтверждении опухолевой природы кисты (у 30 больных) выполнены открытые оперативные вмешательства. При этом как дооперационный материал, полученный при пункции, так и удаленная во время операции кистозная опухоль были подвергнуты, помимо планового гистологического исследования, определению теломеразной активности (ТА, TRAP), обратной транскрипции и ПЦР (ОТ-ПЦР, экспрессии гена каталитической субъединицы теломеразы, hTERT, ПЦР в реальном времени real-time PCR).

Результаты. При исследовании пункционного материала у 18 пациентов уровень карбогидратного антигена составил от 1 000 до 9 900 U/l, у 12 пациентов – от 10 000 до 100 000 U/l, у остальных 26 пациентов результат отрицательный (менее 100 U/l). При исследовании образцов ткани у 26 пациентов с истинными (простыми) кистами печени теломеразная активность и экспрессия hTERT не были найдены ни в одном наблюдении, а уровень карбогидратного антигена был меньше 100 U/l. Исследование образцов ткани печени у 12 оперированных пациентов показало, что выраженная теломеразная активность и экспрессия hTERT присутствовали во всех наблюдениях, что подтвердило и плановое гистологическое исследование – у всех 12 пациентов картина муцинозной цистаденомы, при этом уровень карбогидратного антигена выше 10 000 U/l. У 18 пациентов с серозной цистаденомой теломеразная активность была выражена умеренно, а уровень карбогидратного антигена составил от 1 000 до 10 000 U/l.

Выводы. Впервые в нашей стране проведено исследование активности теломеразы и карбогидратного антигена в ткани при кистозных поражениях печени. Первые результаты, полученные в ходе исследования, оказались обнадеживающими. Получены данные, указывающие на значительную корреляцию между опухолевым процессом и присутствием в ткани опухоли теломеразы и карбогидратного антигена.

СОВРЕМЕННЫЕ КРОВОСБЕРЕГАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов, Е.М. Сайдазимов, Ю.У. Хакимов
Республиканский специализированный центр хирургии им. ак. В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

Несмотря на внедрение новых технологий в хирургическую практику, резекция печени остается достаточно сложной и рискованной операцией, уровень послеоперационных осложнений достигает 17,5–45%. Одним из грозных осложнений резекции печени является интра- и после-

операционное кровотечение, которое может способствовать развитию послеоперционной печеночной недостаточности.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с очаговыми образованиями печени путем внедрения новых технологий при выполнении обширных анатомических резекций печени.

Материалы и методы. Представлен опыт оперативного лечения 92 больных за 1997–2014 гг., которым выполнена анатомическая резекция печени различного объема по поводу очаговых образований. Женщин было 58 (63%), мужчин – 34 (37%). Возраст пациентов – от 19 до 68 лет. Распределение больных по характеру заболевания было следующим: с гемангиомой печени оперированы 59 (64,1%), с опухолями желчных протоков – 7 (7,6%) и с первичным злокачественным поражением печени – 22 (23,96%), по поводу колоректального рака с единичным метастазом в печень – 4 (4,34%) больных. Большие резекции печени (3 и более сегментов) выполнены 64 (69,5%) больным, малые – 28 (30,5%). При этом применены такие современные технологии, как клипаппликаторы, аргоновый коагулятор, клеевые композиции, аппараты Cell Saver, Ultracision, CUSA exel+, Liga Sure. Применение новых резекционных технологий привело к значительному снижению геморрагических осложнений и печеночной недостаточности.

Результаты. За последние 5 лет при выполнении обширных анатомических резекций печени интраоперационная кровопотеря уменьшилась с 1 000,0±150,3 мл до 50,0±12,5 мл при гемигепатэктомиях, от 600,0±41,2 мл до 30,0±11,3 мл при сегмент- и бисегментэктомиях. Билиарные осложнения в послеоперационном периоде наблюдались в 3 (3,26%) случаях: у 2 (2,16%) больных отмечалось поступление желчи по дренажной трубке, у 1 (1,08%) – ограниченное скопление желчи в брюшной полости. Печеночная недостаточность различной степени наблюдалась у всех больных, перенесших обширную резекцию (n=64). В 1 (1,08%) случае отмечалось нагноение послеоперационной раны. Из числа неспецифических осложнений после резекции печени реактивный экссудативный плеврит наблюдался у 10 (10,8%) больных. Летальный исход составил 1,08% (n=1).

Выводы. Тактика сосудистой изоляции печени в сочетании с прецизионностью техники операции, а также применением современного технического арсенала средств позволяет значительно снизить объем кровопотери при обширных анатомических резекциях печени, а в ряде случаев – проводить операции без использования средств трансфузии.

ТОТАЛЬНАЯ ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ В СПЕКТРЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРИАМПУЛЯРНЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, А.В. Девятов, А.Х. Бабаджанов

Республиканский специализированный центр хирургии им. ак. В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

В современной хирургической панкреатологии акцент дискуссий сместился от обсуждения технических аспектов выполнения реконструктивного этапа панкреатодуоденальной резекции (ПДР) к обсуждению вопросов скринингового обследования и ранней доклинической диагностики периампулярных опухолей; повышения эффективности выполнения резектабельного этапа ПДР и его расширения в сторону масштабной лимфодиссекции; неадъювантной и адъювантной химиотерапии, в том числе таргетной, и даже вопросов генной терапии.

РСЦХ им. ак. В. Вахидова располагает 30-летним опытом комплексного лечения более 1 100 больных с периампулярными опухолями. Из них радикальные операции были выполнены 106 больным. Стандартная ПДР выполнена 100 пациентам (в том числе 25 с вариантами скелетирования поверхности верхней брыжеечной артерии, чревного ствола и печеночно-двенадцатиперстной связки), тотальная дуоденпанкреатэктомия – 6 (5,7%). Средний возраст пациентов составил 49,7 года. Соотношение мужчин и женщин было 1:1.

Из 106 больных рак головки поджелудочной железы (ПЖЖ) диагностирован у 54, рак большого дуоденального сосочка (БДС) – у 48, рак терминального отдела холедоха (ТОХ) – у 2. У одного пациента выявлен малигнизированный полип околососочковой зоны двенадцатиперстной кишки и у одного больного отмечено прорастание опухоли желудка в тело ПЖЖ.

ПДР в один этап выполнена 38 больным при отсутствии холестаза или при показателях билирубинемии ≤100 мкмоль/л. У 68 больных с выраженной клиникой холестаза этапом подготовки к ПДР послужило выполнение одного из методов декомпрессии желчных протоков.

Тотальная дуоденопанкреатэктомия выполнена 5 больным с раком головки и тела ПЖЖ III стадии и одному – с раком желудка с прорастанием в тело ПЖЖ (IV стадия). Объем резекции при выполнении этого типа вмешательств включал: собственно ПЖ; селезенку; антральный и пилорический отделы желудка; двенадцатиперстную кишку и часть начального тела тощей кишки; желчный пузырь; общий желчный проток.

Расширение объема стандартной ПДР до полной панкреатэктомии исходно предполагало снижение показателей летальности и осложнений за счет отсутствия панкреатоеюно- или панкреатогастроанастомоза, приводящих к таким серьезным осложнениям, как недостаточность анастомоза с развитием абдоминального сепсиса и панкреатических свищей.

В наших наблюдениях за этой группой больных из специфических осложнений отмечено только интраабдоминальное кровотечение в одном случае. Однако в целом результаты оказались менее обнадеживающими, чем при выполнении стандартной ПДР. При ранней госпитальной летальности в 16,7% (1 пациент) в отдаленные сроки наблюдения были отмечены выраженные функциональные нарушения как последствия панкреатэктомии. Дефицит эндокринной функции у всех больных проявлялся панкреатогенным диабетом. В свою очередь дефицит экзокринной функции с утратой проксимальной части желудочно-кишечного тракта проявлялся диареей, тяжелым синдромом мальабсорбции со снижением массы тела.

В отдаленные сроки однолетний период выживаемости отмечен только в одном случае, что в совокупности с высокой частотой тяжелых экзо- и эндокринных нарушений ставит под сомнение целесообразность широкого использования тотальной дуоденопанкреатэктомии.

СПОСОБ ОЦЕНКИ РИСКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Е.Р. Олевская, П.П. Павленко, С.А. Пышкин, И.А. Губина

Областная клиническая больница (Челябинск, Россия)

Городской центр хирургии печени Городской клинической больницы № 8 (Челябинск, Россия)

Оценка степени риска пищеводного кровотечения при портальной гипертензии важна для определения лечебной тактики (бета-блокаторы, эндоскопические методы, портосистемное шунтирование). Обычно при эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) оценивают распространенность и степень варикоза, наличие изменений слизистой оболочки. В дополнение к этому нами предложен способ измерения давления в варикозно-расширенных венах пищевода (ВРВП) с помощью эндоскопической ультразвуковой сонографии (ЭУС), пищеводного зонда с резиновым баллоном и аппарата Вальдмана. ЭУС дает представление о диаметре вен пищевода и желудка, толщине стенки вены. При ЭГДС измеряется расстояние от резцов до наиболее расширенных венозных узлов. Затем на это же расстояние проводится зонд с резиновым баллоном на конце и ультразвуковым датчиком, установленным в просвете последнего. В баллончик нагнетается деаэрированная вода. Под действием нарастающего давления происходит сдавление вен пищевода баллоном и прекращение кровотока по ним, которое визуально определяется на экране монитора по данным ультразвукового исследования. В этот момент с помощью аппарата Вальдмана,

соединенного через Т-образный переходник с баллоном, определяем давление, которое соответствует венозному давлению в венах пищевода.

Эндоскопические исследования в сочетании с ЭУС и измерением давления в ВРВП проводили на эндоскопическом комплексе OLYMPUS EXERAII серии 180 с использованием ультразвуковых мини-зондов с частотой сканирования 12 и 20 МГц. Степень варикозного расширения вен определяли по классификации А.Г. Шерцингера (1986), распространенность – по классификации S.K Sarin и соавт. (1989).

Методика применена у 26 пациентов. Причиной портальной гипертензии у всех был цирроз печени. В анамнезе эпизоды кровотечений из ВРВП отмечены у 16 больных.

Результаты представлены в таблице.

Показатели варикозного расширения вен пищевода при портальной гипертензии

Степень варикоза	Давление в венах, мм вод. ст.	Толщина стенки вены, мм	Кровотечение в анамнезе	Красные маркеры
II (n =7)	410-490	0,5-0,9	-	-
III (n=3)	490-600	0,6-0,8	+	-
III (n =16)	> 600	0,5-0,9	+	+

В исследуемой группе значения давления в ВРВП колебались от 410 до 730 мм вод. ст. Наличие «красных маркеров» зафиксировано у 18 пациентов с I степенью варикоза. У всех 16 пациентов, перенесших кровотечение, давление было выше 600 мм вод. ст., у 14 из них визуализировались «красные маркеры». Больные с варикозом II степени имели значения давления до 490 мм вод. ст. Толщина стенки вены колебалась от 0,5 до 0,9 мм, без четкой связи с величиной вариксов и геморрагиями в анамнезе.

Выводы. Наиболее значимым фактором риска развития кровотечения из ВРВП является повышение давления в венах пищевода более 600 мм вод. ст. на фоне увеличения размера вен до III степени, как правило, с наличием «красных маркеров» на слизистой. Предложенный способ позволяет более точно прогнозировать риск кровотечения, и кроме того, с его помощью можно получить объективный критерий эффективности различных способов профилактики кровотечений и лечения портальной гипертензии.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Ю.Н. Орловский, А.В. Воробей, Е.И. Вижинис, А.Ч. Шулейко

Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск, Беларусь)

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии (Минск, Беларусь)

Актуальность. Осложнения в разные сроки после хирургических вмешательств на желчных протоках встречаются в 10–50% случаев. Неудовлетворительные результаты при формировании билиодигестивных анастомозов (БДА) обусловлены развитием таких осложнений, как рубцовые стриктуры анастомозов, восходящий холангит, формирование «слепого мешка» в ретродуоденальном отделе общего желчного протока, холестатический гепатит, цирроз печени.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2012 г. в РЦРХГиКП находилось на лечении 646 пациентов со стриктурами различных отделов холедоха и стриктурами БДА. Со стриктурами дистального отдела холедоха при холангиолитиазе (ХЛ) – 506 (78,3%) пациентов; посттравматическими стриктурами – 55 (8,5%); синдромом Мириззи – 20 (3,1%); ХЛ и стриктурами терми-

нального 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%).

В группе пациентов с ХЛ 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 пациентам. При синдроме Мириззи основным вмешательством была ГЕА на петле по Ру – 14 наблюдений, реже – ХДА – 6 пациентов.

Из 55 пациентов с посттравматическими стриктурами ГХ были выполнены: ГЕА «конец в бок» на петле по Ру – 53; панкреатодуоденальная резекция – 1; ХДА – 1.

У 40 пациентов со стриктурами БДА первично в районных центрах были в 67,2% случаев неадекватно сформированы соустья. Нами выполнены 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 Beger с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой (12) либо с ГЕА на петле по Ру (4).

Результаты. В группе с посттравматической стриктурой гепатикохоледоха умерла 1 (1,8%) пациентка, 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%.

Выводы. При формировании стриктур в терминальных отделах холедоха на фоне ХЛ первым этапом показано ЭРХГ с папиллосфинктеротомией или ХДА (открытой или лапароскопической). При развитии билиарной гипертензии при ХП оптимальным является выполнение Бернского варианта операции Beger с транспанкреатической супрапапиллярной холедохопластикой либо с ГЕА на петле по Ру. В случае развития стриктуры в проксимальных отделах билиарного дерева (травма, синдром Мириззи) операцией выбора является только «позадиободочный» ГЕА на петле по Ру. В отношении стриктур ГЕА первым этапом должны выполняться малоинвазивные вмешательства (лазерная реканализация соустья, литотрипсия, литоэкстракция с помощью двухбаллонного энтероскопа), при неэффективности – реГЕА на петле по Ру.

ПАНКРЕАТЭКТОМИЯ ПО ПОВОДУ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ТОТАЛЬНОЙ ЭНДОКРИННОЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ю.А. Пархисенко, А.В. Куркин, М.Г. Свиридова, А.В. Филиппцов, Н.В. Шмидков, Г.М. Панюшкина

БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1» (Воронеж, Россия)

Панкреатэктомия, являясь радикальной операцией, полностью ликвидирует инкреторную и экскреторную функции поджелудочной железы, что сдерживает многих хирургов в расширении показаний к ней. В то же время интраоперационно возникают ситуации, которые приводят к необходимости выполнения панкреатэктомии.

Больная Г., 69 лет, поступила 14.04.2014 г. в хирургическое отделение № 3 Воронежской областной клинической больницы № 1 для оперативного лечения. За 3 недели до этого заметила появление темной мочи и желтушность кожных покровов. При УЗИ и РКТ органов брюшной поло-

сти определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы 19×16×19 мм, холедох расширен до 15 мм, вирсунгов проток 4–9 мм. 4.04.2014 г. наложена холецистостома под УЗ-контролем. Желтуха купировалась через 10 дней.

16.04.2014 г. больная оперирована. Во время операции опухоль головки поджелудочной железы операбельна, произведена панкреатогастродуоденальная резекция. При экспресс-биопсии из удаленной опухоли выявлена умеренно дифференцированная аденокарцинома. На экспресс-биопсию отправлен также циркулярный срез остающейся культи поджелудочной железы. Получен ответ о наличии очагов опухолевой ткани с морфологической картиной карциномы железисто-криброзного строения. Ткани поджелудочной железы нет. После дополнительной мобилизации культи поджелудочной железы на 1,8–2 см вновь отправлен материал на биопсию по линии резекции. По всем полям среза множественные островки, представленные эпителиальными альвеолярно-криброзными разрастаниями, подозрительными на опухолевые эндокринного генеза. В этой ситуации решено произвести панкреатэктомию.

В послеоперационном периоде постоянный мониторинг глюкозы крови. Вначале вводился инсулин 6 раз в сутки, а затем инфузоматом в среднем 60–80 ед./сут с добавлением 4 ед. актрапида в сутки. С началом питания осуществлен переход на пролонгированные инсулиновые препараты: актрапид 12 ед. и протофан 16 ед./сут с добавлением инсулина перед едой. Ферментная терапия осуществляется креоном 25 000 ед. 6 раз, с каждым приемом пищи.

Больная выписана через 27 дней после операции на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИЛИАРНОГО МАНОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТА В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ БАЛЛОННОЙ ПЛАСТИКИ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

А.А. Поликарпов, Д.А. Гранов, П.Г. Таразов, Ф.К. Жеребцов, В.В. Боровик, А.С. Полехин, Э.Н. Шелкопляс

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

Цель исследования: определить роль билиарного манометрического теста **(**БМТ) в оценке эффективности чрескожной баллонной пластики стриктур желчных протоков у пациентов после ортотопической трансплантации печени **(**ОТП).

Материалы и методы. За период 1998–2013 гг. выполнена 131 ОТП у 123 пациентов. Неанастомотические стриктуры желчных протоков, потребовавших интервенционных радиологичексих процедур, возникли у 14 больных (12 %) в сроки от 3 до 62 мес. после ОТП.

Выполнили следующие вмешательства: ретроградное эндоскопическое стентирование желчных протоков – 5; чрескожное чреспеченочное стентирование – 4; билатеральное чрескожное чреспеченочное холангиодренирование – 3; холангиодренирование справа – 2. После холангиодренирования у 5 пациентов осуществили 36 пластик (от 4 до 14) баллонными катетерами диаметром от 4 до 8 мм до полного раскрытия с фиксацией на 2–3 минуты. После пластики сохраняли наружно-внутренний холангиодренаж диаметром 8 F. Процедуры повторяли под внутривенной анестезией один раз в 2–3 мес.

БМТ (Savader S. и соавт., 1998) выполняли через 8–14 мес. от момента начала билиопластики после положительного рентгенологического контроля проходимости желчных протоков. На проводнике удаляли дренажи и устанавливали интродюсеры диаметром 8 F в желчный проток выше стриктуры. Инфузировали внутрь протоков 50% раствор Ультрависта 370 в следующих режимах: 4 мл/мин в течение 5 минут; 8 мл/мин – 5 мин; 15 мл/мин – 3 мин; 20 мл/мин – 2 мин. До и после

инфузии измеряли давление жидкости внутри протоков. Результат баллонной пластики считали успешным, если градиент давления как до, так и после инфузии не превышал 200 мм водного столба. В этих случаях каркасный наружно-внутренний дренаж удаляли.

Результаты. Учитывая данные монометрии, у 4 больных были успешно удалены 6 дренажей. Пациенты наблюдаются в сроки от 2 до 36 мес. – без рентгенологических и биохимических признаков билиарной гипертензии и холестаза. У 2 пациентов (3 дренажа) показатели БМТ были неудовлетворительные, им проводятся дополнительные баллонные пластики желчных протоков.

Вывод. БМТ – объективный малоинвазивный метод контроля эффективности баллонной пластики стриктур желчных протоков у больных после ОТП.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛЬВЕОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

В.Л. Полуэктов, В.Ю. Шутов, Е.Н. Подольский, Д.А. Шкурин

ФГБУЗ «Западно-Сибирский медицинский Центр ФМБА России» (Омск, Россия)

Областная клиническая больница (Омск, Россия)

Цель исследования: изучить результаты лечения больных с альвеококкозом печени до и после применения новых методик обследования и лечения; улучшить результаты лечения больных с альвеококкозом печени.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2013 г. пролечен 101 пациент с альвеококкозом печени, 96 – оперированы. Пациенты с мультилобарным поражением печени в исследование не включались. Радикальные операции выполнены 79,5% больным. У 28% пациентов с поражением магистральных сосудов оперативное лечение было дополнено криодеструкцией. Также выполнено две расширенных гемигепатэктомии по типу «splitting in situ» (РГГЭ-сплит) и одна – с протезированием нижней полой вены. Все пациенты были разделены на 2 группы: основную – с 2005 по 2013 год (n=48) и контрольную – с 1997 по 2004 год (n=48). Первая группа получала лечение согласно разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму, больные второй группы лечились традиционно. У всех пациентов изучали среднее время проведения операции, объем интраоперационной кровопотери, динамику изменения «маркеров» печеночной недостаточности до и после вмешательства, средний послеоперационный койко-день, осложнения, больничную летальность. Для обработки данных были применены пакет Microsoft Office Excel 2010 и программа «Statistica 8.0». Оценку достоверности проводили при помощи критерия Mann–Whitney.

Результаты. В первой группе зарегистрировано 11% билиарных осложнений, во второй – 19%. В первой группе оказались достоверно более низкими время выполнения операции и средняя кровопотеря. Выполнение РГГЭ-сплит сопровождалось отсутствием печеночной недостаточности по сравнению со стандартными операциями.

Выводы. Основным способом лечения альвеококкоза печени является её анатомическая резекция. При инвазии магистральных сосудов и протоков резекция печени должна дополняться криодеструкцией пластинок паразитарной ткани и/или протезированием сосудов при помощи синтетических кондуитов. Применение современных методик диссекции паренхимы печени существенно снижает объем кровопотери, время операции, количество и тяжесть послеоперационных осложнений. Двухэтапная резекция печени по типу «splitting in situ» уменьшает печеночную недостаточность в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В г. ЕКАТЕРИНБУРГЕ

М.И. Прудков, О.Г. Орлов, Е.Н. Бессонова, Б.В. Фадин
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Екатеринбург, Россия)
ГБУЗ Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

На сегодняшний день трансплантация печени в условиях областной клинической больницы г. Екатеринбурга является отработанным методом лечения больных с терминальной стадией цирроза печени.

Цель исследования: изучить ближайшие и отдаленные результаты трансплантации печени.

Материалы и методы. В Свердловской областной клинической больнице с 2005 г. выполнено 78 трупных ортотопических трансплантаций печени. Поводом для трансплантации послужил цирроз печени вследствие хронического вирусного гепатита С у 23 (29,5%) пациентов, вследствие хронического вирусного гепатита В и В+Д – у 17 (21,8%), билиарный цирроз печени – у 17 (21,8%), криптогенный цирроз печени – у 19 (24,3%), болезнь Вильсона – у 1 (1,3%) и болезнь Бадда Киари – у 1 (1,3%) больного. Средний возраст пациентов – 47,1±6,2 года. Все печеночные трансплантаты получены от heart beating доноров.

Операции на мультиорганном доноре выполнялись после констатации смерти мозга в соответствии с установленным протоколом и с учетом общих донорских и органоспецифических критериев. Гепатэктомию всем реципиентам выполнили по классической методике: с резекцией нижней полой вены и использованием вено-венозного обходного шунтирования. Среднее время операции составило 466,4±88,7 мин. Средняя интраоперационная кровопотеря – 2474±126,2 мл. Иммуносупрессию у всех пациентов проводили по 4-компонентной схеме: ингибиторы кальциневрина, симулект, глюкокортикостероиды, микофеноловая кислота.

Результаты. Выживаемость пациентов, перенесших пересадку печени, составила: первые 3 месяца после операции – 83,8%, первый год после операции – 75,8%, пятилетняя выживаемость – 62,3%. Четырем больным была выполнена ретрансплантация, из которых у 3 пациентов причиной явился рецидив основного заболевания и у одного – рецидивный тромбоз печеночной артерии. Однолетняя выживаемость у ретрансплантированных больных составила 50%.

Выводы. Ортотопическая трансплантация печени является относительно новым методом лечения больных циррозом печени для системы здравоохранения Свердловской области. Полученная выживаемость пациентов, перенесших трансплантацию печени, сопоставима с данными зарубежных и российских трансплантационных центров.

ФОКАЛЬНАЯ НОДУЛЯРНАЯ (ФИБРОНОДУЛЯРНАЯ) ГИПЕРПЛАЗИЯ ПЕЧЕНИ

С.А. Пышкин, В.Г. Маслов, Д.Л. Борисов
Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы (Челябинск, Россия)
МБУЗ Городская клиническая больница № 8 (Челябинск, Россия)

Цель исследования: изучить частоту фибронодулярной гиперплазии печени (ФНГ) и оптимизировать лечебную тактику.

Материалы и методы. За последние 17 лет пролечено 1 425 больных с объемными поражениями печени (ОПП). Из них доброкачественных ОПП более 5 см – 471 (гемангиома – 303, аденома – 115, фибронодулярная гиперплазия – 53), злокачественных (первичных и метастатических) – 369, непаразитарных кист печени – 351, эхинококка (гидатидозного и альвеолярного) – 177,

абсцессов – 40; редких ОПП (ангиосаркома, шваннома, актиномикоз и др.) – 17. ФНГ составила 3,6% от всех ОПП, 11% – от доброкачественных. Возраст пациентов с ФНГ – от 12 до 77 лет, преобладали женщины – 44 (83,2%). У 47% пациентов были характерные для масс-эффекта жалобы – чувство тяжести в эпигастрии, абдоминальный дискомфорт. У 53% пациентов ФНГ обнаружена случайно на УЗИ или СКТ («инциденталомы»). Диаметр образований в наибольшем измерении – от 3,5 до 20 см. 40 из 53 пациентов с ФНГ оперировано. Объем операции определялся размерами и локализацией опухоли: выполнены расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 1, левосторонняя – 2, правосторонняя – 1, бисегментэктомия – 8, атипичная резекция печени – 16, энуклеация – 8 больным. Эксплоративная лапаротомия со срочным гистологическим исследованием выполнена у 3 больных, лапароскопическая холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита с биопсией обнаруженной опухоли – 1. Осложнения отмечены в двух случаях (декомпенсация сахарного диабета и манифестация порфирии). Летальных исходов и осложнений, связанных непосредственно с операцией на печени, не было. Не оперированы и наблюдаются с регулярным УЗИ-контролем 12 пациентов. За это время увеличения размеров опухоли не произошло. Сроки наблюдения за больными с ФНГ составили от 1 года до 13 лет.

Результаты. ФНГ – заболевание с неясным этиопатогенезом, неуправляемым течением и весьма неопределенным индивидуальным прогнозом. Рост опухоли может вести к смертельным осложнениям, что подтверждают наши наблюдения. У 2 пациентов при гистологически подтвержденном диагнозе ФНГ, ввиду доброкачественности процесса, от технически возможного удаления опухоли воздержались. В последующем увеличение опухоли привело к развитию осложнений и смерти. В настоящее время представляется оптимальной следующая тактика: оперативное вмешательство показано при «симптоматической» и быстрорастущей ФНГ, размерах очага свыше 5 см, невозможности исключения его злокачественного характера; динамическое наблюдение целесообразно при уверенности в диагнозе, небольших (менее 5 см) размерах очага, а также при общеизвестных факторах операционного риска (возраст, сопутствующая патология), т.к. опасность операции не должна превышать опасности самой болезни.

Выводы. 1. Одним из возможных исходов роста ФНГ является прогрессирующее увеличение патологического очага с развитием фатальных осложнений.

2. Необходим дифференцированный подход к ведению пациентов с ФНГ, допускающий по определенным показаниям как динамическое наблюдение, так и оперативное лечение.

3. Оперативное лечение ФНГ достаточно радикально и эффективно в плане профилактики развития осложнений заболевания и его рецидива.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

А.М. Рачабов, И.А. Пайков, К.Р. Назирбоев

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: улучшение диагностики и хирургической коррекции при синдроме желтухи у больных с патологией гепатобилиарной зоны.

Материал и методы. За период 2007–2013 гг., в хирургических отделениях ГКБ СМП г. Душанбе госпитализировано 296 пациентов с синдромом механической желтухи. Среди них было 225 женщин и 71 мужчина. Возраст больных – от 17 до 86 лет. Среди причин механической желтухи холедохолитиаз – у 164 (55,5%) пациентов, синдром Мириззи – у 8 (2,7%), прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки – у 24 (8%), стриктуры внепеченочных протоков – у 32 (11%), опухоли и кистозные образования головки поджелудочной железы – у 15 (5%), опухоль Клатскина – у 7 (2,3%), опухоль терминального отдела холедоха – у 8 (2,7%), болезнь

Карроли – у 8 (2,7%), опухоли печени – у 18 (6%), абсцесс печени – у 9 (3%), опухоль желчного пузыря – у 28 (9,6%).

Для диагностики применяли клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ, МРТ и ЭРПХГ.

Результаты. При обтурации внепеченочных желчных протоков конкрементами, как при первичном, так и при вторичном холедохолитиазе, вслед за холецистэктомией и холедохолитотомией операция заканчивалась наружным дренированием у 119 пациентов. При синдроме Мириззи, который чаще сочетался с абсцессом печени, выполнены холецистэктомия, ликвидация свища, вскрытие абсцесса и дренирование холедоха у 10 больных. При прорыве эхинококковой кисты в желчные пути осуществляли эхинококкэктомию, ликвидацию свища, дренирование холедоха – у 13. При стриктуре холедоха и стенозе БДС пассаж желчи восстанавливался формированием билиодигестивных анастомозов, в том числе холедоходуоденоанастомозов – у 9, гепатикоеюноанастомозов – у 25, билиобилиарных анастомозов – у 9, бигепатикоеюноанастомозов – у 7 больных. При опухоли головки поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка, терминального отдела холедоха выполняли резекцию холедоха у 9 больных, панкреатодуоденальный резекции – у 6, холецистэктомию с резекцией 4-го сегмента печени – у 24, трансдуоденальную папиллэктомию – у 1. Опухоли печени и опухоли Клатскина служили показанием для выполнения гемигепатэктомии – 6 пациентам, атипичные резекции доли – 3, с формированием высокого билиодигестивного соустья – 5. Кроме того, в 23 случаях проведены паллиативные мини-инвазивные вмешательства: чрескожно-чреспеченочное дренирование внепеченочных желчных протоков под УЗ-наблюдением.

Во всех случаях, когда устранение причины желтухи не представилось возможным из-за тяжести состояния больных, первично осуществляли наружное выведение желчи. Послеоперационный период у 143 пациентов протекал гладко. 127 пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии. Летальных исходов – 8.

Выводы. Современные высокоинформативные инструментальные методы диагностики позволяют установить точную топическую диагностику механической желтухи. Первичные реконструктивно-восстановительные операции проводятся при билирубинемии до 200 мкмоль/л, уровень выше этого служит показанием для предварительного наружного выведения желчи.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ШВА В ХИРУРГИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

В.А. Самарцев, В.А. Гаврилов, В.Э. Вильдеман, А.С. Осокин, А.Г. Кучумов

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

ГАУЗ ПК Городская клиническая больница № 4 (Пермь, Россия)

Актуальность. Структура ранних послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии в основном представлена эвентрациями у 10–15%, нагноением операционной раны у 7–10% больных.

Цель исследования: снижение частоты ранних и поздних специфических послеоперационных осложнений при наложении межорганных анастомозов и закрытии лапаротомных ран в хирургии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны за счет дифференцированного использования современных синтетических рассасывающихся шовных материалов с антибактериальным покрытием и способов ушивания передней брюшной стенки.

Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 177 пациентов с патологией органов гепатопанкретодуоденальной зоны. В группе наблюдения,

которую составили 59 (33,3%) пациентов, для наложения межорганных анастомозов использовалась оригинальная методика, включающая применение современных длительно-рассасывающихся хирургических нитей с двумя иглами. Лапаротомная рана ушивалась послойно непрерывными петлевыми швами PDS Plus. У 118 (67,7%) пациентов группы сравнения межорганные анастомозы накладывались короткорассасывающимися нитями, а для ушивания лапаротомных ран использовались нерассасывающиеся шовные материалы по традиционной технике.

Результаты. По шкале ASA пациенты распределились следующим образом: 1-й класс – 13 (7,3%); 2-й класс – 25 (14,2%); 3-й класс – 48 (27,1%); 4-й класс – 57 (32,2%); 5-й класс – 34 (19,2%). Выполнены следующие оперативные вмешательства: холецистоеюноанастомоз по Шалимову – 36 (20,3%) пациентам; гастроэнтероанастомоз – 20 (11,3%); супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз – 10 (5,6%); гепатикоеюноанастомоз с межкишечным по Ру – 15 (8,5%); гастропанкреатодуоденальная резекция – 18 (10,2%); лапаротомия и холецистэктомия – 28 (15,8%); холецистодуоденоанастомоз – 17 (9,6%); лапаротомия и холедохолитотомия – 12 (6,8%); трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – 7 (4,0%); билиопанкреатическое шунтирование – 5 (2,8%); добровольный отказ от оперативного лечения – 9 (5,1%). В группе наблюдения у 3(4,3%) пациентов возникла инфекция области хирургического вмешательства. В группе сравнения отмечены: несостоятельность анастомозов – 3 (2,8%); эвентрация – 7 (5,6%); инфекция области хирургического вмешательства – 9 (7,2%), в том числе 6 инфильтратов послеоперационной раны, нагноение раны – 3.

Выводы. Использование современных шовных материалов с антимикробными свойствами и заданными сроками рассасывания в сочетании с техникой наложения непрерывного шва билиодигестивных анастомозов и апоневроза позволяет снизить риск развития специфических послеоперационных осложнений.

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Н.В. Солдатенко, Н.А. Терехина, М.Ф. Заривчацкий
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

Цель исследования: оценить роль биохимического изучения слезной жидкости для дифференциальной диагностики механической желтухи.

Материалы и методы. На лечении в хирургическом отделении КМСЧ №1 г. Перми в период с 2004 по 2008 г. находились 457 больных в возрасте от 20 до 91 года с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнением которых стала МЖ. В плановом порядке поступили 42% больных. Основной причиной МЖ (66%) оказался холедохолитиаз. В 34% случаев установлена МЖ злокачественной этиологии (чаще рак поджелудочной железы). Несвоевременное поступление пациентов в хирургический стационар увеличивает время желтушного периода, а длительность желтухи влияет на степень тяжести печеночной недостаточности. На момент поступления легкая желтуха была выявлена у 40,6% больных, желтуха средней интенсивности – у 33%, тяжелой степени – у 26,4%. Малоинвазивные вмешательства произведены в 86% случаев и предшествовали полостной операции. Радикальных операций выполнено 77%, при этом летальность составила 15%.

В сыворотке крови и слезе больных с МЖ определена активность щелочной фосфатазы (ЩФ) по методу O.A. Bessey (1946), γ-глутамилтранспептидазы (γ-ГГТ) по V. Kulhanek, D. Dimov (1967), лейцинаминопептидазы (ЛАП) по W. Nagel и соавт. (1964). В качестве контроля были использованы кровь и слеза 19 здоровых людей.

Результаты. Активность ЩФ в сыворотке крови здоровых лиц (317,8±28,6 нмоль/(с•л)) была в 2 раза выше, чем в слезе (153,0±21,6 нмоль/(с•л)). Активность ЩФ в сыворотке крови пациентов при МЖ опухолевого генеза оказалась в 17 раз, при МЖ, обусловленной холелитиазом, – в 6 раз выше контроля. При МЖ опухолевого генеза активность ЩФ в слезе была в 6 раз, при МЖ, обусловленной холелитиазом, – в 4,5 раза выше контроля.

Активность γ-ГТП в сыворотке крови здоровых лиц (382,18±47,9 нмоль/(с•л)) оказалась выше, чем в слезе (245,7±42,4 нмоль/(с•л)). При МЖ опухолевого генеза активность фермента в сыворотке крови в 75 раз, при МЖ, обусловленной холелитиазом, – в 21 раз выше контроля. Активность γ-ГТП в слезе больных со злокачественной МЖ в 7 раз, в слезе больных с холелитиазом – в 4 раза выше контроля.

Активность ЛАП в слезе и сыворотке крови больных с МЖ достоверно превышала контроль. Более существенные изменения активности фермента отмечены при злокачественной МЖ.

Выводы. В слезе больных механической желтухой установлено повышение активности ферментов холестаза. Разработан новый способ неинвазивной диагностики механической желтухи по ферментному анализу слезы. При желтухе опухолевого генеза активность ферментов оказалась выше, чем при механической желтухе, обусловленной холелитиазом, что может иметь значение для дифференциальной диагностики.

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЕ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ БИОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ

Д.Ю. Соснин, Н.А. Зубарева, Э.С. Горовиц, Т.И. Карпунина
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

Результаты лабораторного исследования крови обладают высокой чувствительностью при воспалении, но не позволяют выявить точную локализацию очага. Информативность лабораторного исследования при воспалительных процессах в билиарной системе может быть повышена в результате анализа желчи, что возможно выполнить у пациентов в раннем послеоперационном периоде при условии наличия функционирующих наружных дренажей желчных путей.

Обнаруженные различия в динамике активности ферментов (каталазы, лактатдегидрогеназы и ее изоферментов) в сыворотке крови и желчи при заболеваниях печени и желчевыводящих путей показали, что основной причиной увеличения активности ферментов, в частности каталазы в желчи, является повреждение клеток желчевыводящих путей при воспалении в билиарной системе. Это позволило разработать способы диагностики холангита и прогнозирования течения воспалительного процесса в стенке желчного пузыря при его чрескожной декомпрессии, основанные на изучении активности этого фермента в желчи. Установлено, что положение активности каталазы в желчи более 3,5 мкмоль/(мин·мл), свидетельствует о развитии холангита (патент RU 2109283). В последующем по результатам исследования динамики концентрации мочевины в желчи и сыворотке крови был предложен способ диагностики холангита, вызванного уреазопродуцирующими микроорганизмами (патент RU 2125729).

Обнаружено увеличение оптической плотности безбелкового супернатанта желчи в послеоперационном периоде, вероятно, обусловленное проникновением в желчь пенициллинов и цефалоспоринов, которые, как правило, назначают для лечения воспалительных заболеваний билиарной системы. Полученные результаты были использованы для разработки способа прогнозирования эффективности антибиотикотерапии (патент RU 2150704). Выявленное снижение оптической плотности растворов бета-лактамных антибиотиков при инкубации с желчью положено

в основу предложенного способа экспресс-определения чувствительности биликультур к бета-лактамным антибиотикам (патент RU 2140078). В опытах *in vitro* нами был обнаружен эффект формирования микропреципитатов при взаимодействии растворов антибиотиков, имеющих в своем составе углеводные компоненты (аминогликозиды и гликопептиды), и желчи, что ограничивает их использование для эндохоледохеального введения.

Выводы. Лабораторное исследование желчи позволяет своевременно диагностировать и оценить тяжесть воспалительного процесса в желчевыводящих путях, а также прогнозировать эффективность антибактериальной терапии до получения результатов бактериологического исследования.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЭКСПРЕСС-ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

С.Н. Стяжкина, И.Ю. Уткин, Е.М. Виноходова, А.В. Леднева, М.В. Султанова

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России (Ижевск, Россия)

Для ранней диагностики острого панкреатита используются лабораторные методы, так называемые серологические маркеры острого панкреатита, выявляющие ферментемию, которая является показателем повреждения панкреатоцитов. В клинической практике широко применяется исследование содержания амилазы крови, мочи, липазы крови. Следует отметить, что амилаземия и гиперлипаземия возможны и при других заболеваниях, поэтому не являются строго специфичными для поджелудочной железы.

Современный тест Актим Панкреатитис использует новый маркер для скрининга острого панкреатита – трипсиноген-2. Этот маркер обладает большей диагностической точностью как для постановки, так и для исключения диагноза острого панкреатита. Трипсиноген-2 выделяется в мочу в значительных количествах уже на ранней стадии острого панкреатита и, что еще важнее, его уровень остается высоким в течение многих дней и даже недель, в отличие от амилазы и липазы, повышение которых наблюдается в первые 5–7 суток от начала заболевания. Таким образом, если пациент не был обследован врачом в ранние сроки развития панкреатита, Актим-тест все равно будет обладать высокой информативностью. К тому же многими исследованиями доказано, что при помощи теста Актим Панкреатитис можно диагностировать каждый случай тяжелого острого панкреатита, без исключения. Актим-тест обладает одновременно высокой чувствительностью и специфичностью, по данным многих исследований, – 93% и 92% соответственно. Пороговый уровень теста составляет 50 мкг/л и позволяет выявить даже незначительное повышение уровня трипсиногена-2.

Нами проведено пилотное исследование теста Актим Панкреатитис. Актим-тест использовался для эспресс-диагностики острого панкреатита в приемном отделении 1 РКБ г. Ижевска. Обследовано 20 человек с абдоминальной болью, всем больным, кроме стандартного обследования при подозрении на острый панкреатит определялся трипсиноген-2 в моче с помощью Актим-теста. Среди обследованных 10 мужчин и 10 женщин. Средний возраст пациентов составил 48±8,7 года.

Актим-тест оказался положительным у 9 человек с подтвержденным клинически, лабораторно и инструментально острым панкреатитом. У 2 пациентов с заключительным диагнозом «острый панкреатит, отечная форма» тест оказался отрицательным. Все 3 случая тяжелого панкреатита (2 асептических панкреонекроза и 1 геморрагический инфицированный панкреонекроз) были выявлены с помощью Актим-теста. То есть, по нашим данным, чувствительность Актим-теста 71,4%.

У всех пациентов с другими заболеваниями (ЖКБ, острый калькулезный холецистит, гастрит, постхолецистэктомический синдром) тест показал отрицательный результат, таким об-

разом, специфичность Актим Панкреатитис 100%. Из лабораторных исследований определялся уровень α-амилазы крови, диастазы мочи, С-реактивного белка, и получены следующие результаты: чувствительность α-амилазы крови 42,9%, специфичность – 100%; чувствительность диастазы мочи – 57,1%, специфичность – 50%.

Выводы. Исходя из нашего пилотного исследования на небольшой группе пациентов, можно сделать предварительные выводы, что при сравнении теста Актим Панкреатитис с тестами на амилазу крови, мочи, последние обладают большим процентом ложноположительных результатов. Актим-тест характеризуется более высокой диагностической точностью, что сводит к минимуму количество дорогостоящих лабораторных и инструментальных исследований при абдоминальной боли неясной этиологии. К тому же велика значимость отрицательного результата, что, по данным разных авторов, составляет 99%, то есть отрицательный результат практически полностью исключает острый панкреатит, по нашему исследованию – в 66,7%.

СЕПСИС В ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

Памяти ведущего сотрудника профессора А.Б. Ципина посвящается

С.Н. Стяжкина, В.А. Ситников, С.Д. Никонов, А.В. Леднева,
Е.М. Виноходова, М.В. Султанова, Г.А. Гасанова, С.С. Аббасова
НИИ трансплантологии и искусственных органов Минздрава России (Ижевск, Новосибирск)

Актуальность. Иммунные нарушения сопровождают многие патологические состояния. Коррекция иммунных дисфункций при тяжелой гнойно-септической патологии является главной задачей. Это диктуется вкладом факторов и механизмов иммунореактивности в патогенез полиорганной недостаточности – жизнеугрожающего состояния с возможным летальным исходом. Предупредить развитие грозных осложнений возможно с помощью комплексной иммунокорригирующей терапии.

По определению ведущих ученых, сепсис – это полная блокада иммунной системы (Бочоришвили В.Г., 2004; Черных Е.Р., 2009). Решающим в спасении больных является применение цитокинов: спленопида (природный цитокин), ронколейкина (рекомбинантный цитокин). Иммунологический эффект ронколейкина складывается из восполнения дефицита эндогенного интерлейкина-2, стимуляции специфической и неспецифической иммунореактивности организма, восстановления чувствительности клеток к активационным воздействиям антигенов, стимуляции пролиферации активированных Т-лимфоцитов, контролирования баланса Th1 и Th2-субпопуляций лимфоцитов-хелперов. Основным показанием к проведению цитокинотерапии ронколейкином является хирургический сепсис любой этиологии.

Материалы и методы. За последние 20 лет в хирургическом отделении 1 РКБ г. Ижевска наблюдали более 250 больных с холангиогенным сепсисом и сепсисом на фоне панкреонекроза – тяжелейшими формами абдоминального сепсиса. Среди них 120 (48%) мужчин и 130 (52%) женщин в возрасте от 18 до 82 лет. Ведущими синдромами при сепсисе явились эндотоксикоз, иммунопарализис и полиорганная недостаточность. Диагноз сепсиса ставился на основании клинической картины, набора лабораторных данных, посева крови, результатов теста прокальцитонина. У 150 больных (60%) причиной сепсиса явился тотальный и субтотальный панкреонекроз (геморрагический – 46,7%, жировой – 53,3%) и разлитой перитонит. У 100 (40%) больных наблюдали заболевание желчевыводящих путей: холангит, деструктивный холецистит, желчный перитонит, механическую желтуху, которые явились причиной холангиогенного сепсиса.

Всем больным были выполнены оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Больным с панкреонекрозом проводили от 2 до 20 санаций с применением для орошения брюш-

ной полости гипохлорита натрия. В пред- и послеоперационный лечебный комплекс с детоксикационной, антисептической и иммунокорригирующей целью включали интенсивную инфузионную терапию, плазмаферез, внутривенные инфузии озонированных растворов, спленопида, ронколейкина, энтеросорбцию и энтеральное введение спленоперфузанта, ректальную озонотерапию. При гнойном холангите проводили санацию дренажей озонированным раствором, диоксидином, по показаниям – холесорбцию и реинфузию сорбированной и оксигенированной желчи. При заболеваниях желчных путей из-за исходной тяжести состояния операция 60 больным проводилась в 2 этапа: I этап – декомпрессия желчных путей, II этап – реконструктивные операции на желчных путях. При стриктурах гепатикохоледоха оптимальным вариантом операции считали образование гепатикоеюноанастомоза по Ру с транспеченочным дренированием на период 1,5–2 лет со сменой дренажей каждые 2–3 месяца и санаций их озонированным раствором.

Летальность при включении адекватной иммунотерапии в комплексное лечение больных с абдоминальным сепсисом снизилась в основной группе до 25±2,2% по сравнению с контрольной, где летальность составила 52±6%.

Выводы. Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что в лечении сепсиса в гепатологии и панкреатологии важны как хирургические мероприятия, так и всесторонняя эфферентная терапия. Иммунокоррекция с применением спленопида и ронколейкина является жизненно необходимым компонентом лечения, что снижает риск летального исхода сепсиса.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫЕ ДУОДЕНОМСОХРАНЯЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.Р. Сятковский, А.Т. Щастный, М.И. Кугаев
Витебский государственный медицинский университет (Витебск, Беларусь)
Витебская областная клиническая больница (Витебск, Беларусь)
ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы» (Витебск, Беларусь)

Цель исследования: анализ опыта лапароскопических проксимальных резекций в лечении хронического панкреатита.

Материалы и методы. Проведено 9 лапароскопических вмешательств у пациентов с хроническим панкреатитом и его осложнениями. Лапароскопическая операция Бегера выполнена у 3 пациентов (мужчин – 2, женщин – 1). Средний возраст – 46±5,2 года. Лапароскопический Бернский вариант операции Бегера выполнен у 11 пациентов (мужчин – 9, женщин – 2). Средний возраст – 37,6±7,4 года.

Результаты. Лапароскопическая операция Бегера выполнена у 3 пациентов. Медиана продолжительности оперативного вмешательства составила 437 (365–510) мин. Послеоперационное время нахождения в стационаре – 12,5 (9–16) дня. Лапароскопический Бернский вариант операции Бегера выполнен у 11 пациентов. Медиана продолжительности оперативного вмешательства составила 295 (260–360) мин. Послеоперационное время нахождения в стационаре – 8 (7–14) дней.

Выводы. Клинический опыт применения лапароскопических операций при хроническом панкреатите показывает преимущества лапароскопической техники, которая является менее травматичной, сокращаются сроки пребывания в стационаре. Лапароскопические проксимальные резекции могут быть успешно выполнимы при тщательном отборе пациентов с учетом анатомических особенностей поджелудочной железы и ее протоковой системы

ВЫБОР СПОСОБА ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА: ПРОСПЕКТИВНОЕ ОДНОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

А.В. Тарабукин[1,2], А.М. Эпштейн[1,2], Б.Л. Дуберман[1,2], Д.В. Мизгирев[1,2], В.Н. Поздеев[1,2], С.С. Поздеев[1]

[1]ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздрава России (Архангельск, Россия)

[2]ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» (Архангельск, Россия)

Выбор способа декомпрессии желчевыводящих путей (ЖВП) при механической желтухе опухолевого генеза остается актуальной проблемой и во многом определяется традициями и особенностями развития хирургии в каждом конкретном учреждении.

Цель исследования: оценить эффективность мини-инвазивных методов декомпрессии ЖВП при механической желтухе опухолевого генеза.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование результатов лечения больных с механической желтухой опухолевого генеза, пролеченных в ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич» за период с 10.2007 по 12.2012 г. В период с 10.2007 по 12.2009 г. выбор способа декомпрессии ЖВП осуществлялся рандомизацией методом «конвертов». Чрескожно-чреспеченочная холангиостомия под лучевым (ультразвуковое и рентгенологическое) наведением (ЧЧХС) с наружным дренированием выполнено у 21 больного (1-я группа), ЧЧХС с первичной реканализацией сужения и наружно-внутренним дренированием – у 22 (2-я группа), транспапиллярное стентирование ЖВП – у 19 (3-я группа). Средний возраст больных составил 64,9±1,7 года, средний уровень билирубина по группам – 253,9±20,5 мкмоль/л. С января 2010 по декабрь 2012 г. проспективно исследовались результаты лечения больных (n=162) с выбранной тактикой приоритетной транспапиллярной декомпрессии ЖВП.

Результаты. Уровень билирубина сыворотки крови при поступлении у больных составлял 306,0 ± 38,6 мкмоль/л, 230,8±34,2 мкмоль/л, 220,4±30,5 мкмоль/л по группам соответственно ($p>0,05$). При анализе динамики уровня билирубина сыворотки крови при различных видах вмешательств на 3-и, 7-е и 14-е сутки выявлена тенденция к более быстрому снижению показателя при ЧЧХС с наружным дренированием ЖВП, но различия по группам не были статистически значимыми ($p>0,05$). Количество осложнений по группам: при наружном дренировании – 2 (9,5%), при первичном наружно-внутреннем – 5 (22,7%), при транспапиллярном стентировании – 1 (5,2%) ($p<0,05$). Летальность по группам составила 3 (14,3%), 5 (22,7%), 1 (5,2%) соответственно. В группе приоритетной транспапиллярной декомпрессии общее количество осложнений удалось снизить до 8 (4,9%), общую летальность – до 13,5% (22 чел.), причем у 18 причиной смерти явилась прогрессирующая полиорганная недостаточность, не связанная с манипуляционными осложнениями.

Выводы. Учитывая более низкую частоту осложнений и летальность при равной эффективности декомпрессивных вмешательств предпочтительнее выполнять эндоскопическое транспапиллярное стентирование ЖВП, при невозможности по техническим или анатомическим причинам – наружную ЧЧХС с этапной реканализацией зоны сужения.

ПРОТОКОЛ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

А.Н. Тарасов, С.С. Шестопалов, М.А. Силаев, Е.И. Абрамов, Т.Е. Дорофеева, Е.Р. Олевская, Е.А. Дерябина, А.П. Ефремов

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Челябинск, Россия)

Актуальность. Широкий спектр патологических изменений и клинических проявлений, возникающих при развитии злокачественных опухолей гепатопанкреатодуоденальной области (ОГПДО), предполагает использование широкого спектра терапевтических и хирургических подходов для лечения этой патологии. Затруднения в выборе оптимальной тактики лечения обусловлены запоздалой диагностикой и развитием осложнений.

Цель исследования: оптимизация тактики лечения злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной области.

Материалы и методы. В Челябинской Областной клинической больнице в период с 2010 по 2013 г. находилось на лечении 157 больных с ОГПДО, в том числе 98 мужчин и 59 женщин. Диагноз верифицирован на основании клинических симптомов, данных лабораторной и инструментальной диагностики: УСГ, эндоскопической УСГ (ЭУСГ), МСКТ и МРТ, пункционной биопсии поджелудочной железы под УСГ-навигацией в 47 (41,6%) случаях. Опухоль 12-перстной кишки выявлена у 12, головки поджелудочной железы или БДС – у 83, тела и (или) хвоста поджелудочной железы – у 18, желчных протоков – у 44 пациентов.

В клинической картине ведущее место у 109 (35,4%) пациентов занимали: механическая желтуха 109 (69,4%), холангит – 36 (22,9%) секреторная недостаточность – 46 (29,3%), сахарный диабет – 27 (17,2%), болевой синдром – 84 (53,5%), снижение веса на 4–8 кг – 37 (23,6%), кровотечение в просвет ЖКТ – 7 (4,5%), нарушение эвакуации из желудка – 5 (3,2%). Оперировано 119 (75,8%) больных: 50 (31,8%) – радикально – панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 34, резекция опухоли желчных протоков – 7, корпорокаудальная резекция – 9; 69 (43,9%) – паллиативно – гепатикоеюностомия (ГЕС) – 25, холецистоеюностомия (ХЕС) – 17, чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), холецистостомия – 6. Неоперабельными признаны 18 (11,5%) пациентов.

При подготовке к операции при наличии механической желтухи и (или) холангита для декомпрессии желчных протоков использовали эндоскопическое назобилиарное дренирование или стентирование желчных протоков, холецистостомию или ЧЧХС. Для купирования болевого синдрома применяли опиоидные анальгетики. НПВС, трициклические антидепрессанты и уревный нейролиз – 22 пациента. Статистическая обработка материала проведена в программе SPSS-13, Statistics 17.0.

Результаты. Для устранения печеночной недостаточности, холангита и вторичной коагулопатии использовали превентивную декомпрессию желчных протоков. Экстренная ПДР выполнена у трех больных с кровоточащей опухолью двенадцатиперстной кишки. Показания к радикальным операциям определяли на основании данных МСКТ, МРТ и ЭУСГ. Осложнения после радикальных операций возникли у 12 (24%) пациентов, умер 1 (2,9%) больной после ПДР. Паллиатиативные операции выполняли у пациентов с признаками нерезектабельности опухоли, обусловленной прорастанием магистральных артерий или наличием метастазов. После открытых паллиативных операций осложнения возникли у 6 (14,3%) больных, умерли 3 (7,1%) пациента. Неоперабельность определялась прорастанием опухоли в магистральные сосуды по данным МСКТ при сохраненной проходимости желчных протоков и ЖКТ или наличием множественных метастазов в печень, исключающих возможность чрескожного дренирования, что подтверждали данными МРТ.

Выводы. Эффективность радикального хирургического лечения ОГПДО повышает ранняя диагностика и адекватная превентивная декомпрессия желчных протоков.

Частота осложнений существенно снижается у радикально оперированных больных при уровне билирубина ниже 40 мкмль/л, у паллиативных – 80 мкмоль/л.

Целенаправленная лучевая диагностика позволяет определить наличие нерезектабельности и снижает необходимость избыточной хирургической агрессии.

Малотравматичные методы дренирования желчных протоков ЧЧХС, стентирование и комбинированное обезболивание с использованием чревного нейролиза значительно повышают качество и продолжительность жизни таких больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ФЕНЕСТРАЦИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРИОД ПАНКРЕАТОГЕННОГО ШОКА И АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.А. Томцев, А.Ю. Кармацких, М.И. Прудков

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава Росии (Екатеринбург, Россия)

МАУ городская клиническая больница № 14 (Екатеринбург, Россия)

Актуальность. Лечение панкреатогенного шока остается актуальной проблемой у больных с некротизирующим панкреатитом. Противошоковые мероприятия нередко оказываются неэффективны, что обусловливает высокую летальность у этой категории больных. Выбор сроков и способов хирургического лечения в этот период предопределяет дальнейшее развитие заболевания.

Наружное дренирование клетчаточных пространств на ранних стадиях панкреонекроза достаточно травматично, утяжеляет состояние больных и приводит к раннему развитию инфекционных осложнений.

Материалы и методы. В клинике неотложной хирургии МБУ ГКБ № 14 г. Екатеринбурга кафедры хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ с августа 2005 года применяется малоинвазивная методика лечения больных некротизирующим панкреатитом в стадии панкреатогенного шока и ферментной токсемии.

Некротизирующий панкреатит выявляли на основании клинических, лабораторных, инструментальных данных (УЗИ, КТ). В исследуемой группе все больные имели тяжёлое течение заболевания (Атланта, 1992).

Показанием к оперативному лечению считали наличие распространённого (диффузного или разлитого) ферментативного перитонита, признаки поражения забрюшинных клетчаточных пространств.

Оперативное вмешательство начинали с лапароскопии. Оценивали количество и характер экссудата, состояние брюшины и забрюшинной клетчатки. Путем активной аспирации эвакуировали выпот из брюшной полости. Наличие выраженной серозной или геморрагической имбибиции забрюшинных клетчаточных областей по правому и (или) левому боковым каналам (D1-2, S1-2), в корне брыжейки кишечника служили показанием к «фенестрации».

В бессосудистой зоне рассекали париетальную брюшину коагуляционным крючком в указанных зонах протяженностью 6–7 см с разведением краев брюшины при помощи лапароскопического диссектора. При этом происходило отведение токсического выпота из забрюшинного пространства в брюшную полость, которую дренировали перфорированными дренажами. Обязательным условием при использовании данной технологии считали отсутствие признаков инфицирования забрюшинной клетчатки.

Результаты. С августа 2005 по январь 2014 г. по данной методике пролечено 62 пациента, из них у 20 (33 %) имел место панкреатогенный шок. Тяжесть состояния оценивалась по шкалам

и составила: по APACHE II – от 6 до 20 (в среднем 14) баллов, по SOFA – от 2 до 10 (в среднем 4,5) баллов. Возраст пациентов – от 18 до 83 лет (средний возраст 45 лет). Мужчин было 39 (62%) , женщин – 23 (38%). Сроки госпитализации с момента заболевания составили от 2,5 до 72 часов (в среднем 23,7 часа). У 12 (60%) больных явления шока регрессировали в течение 7–24 часов. Летальность данной категории больных составила 25,8% (16 человек). Дренирование желчных путей потребовалось 13 (20%) пациентам. Гнойные осложнения панкреонекроза развились у 16 (25,8%) больных, что потребовало выполнения оментобурсоскопии и санации сальниковой сумки, люмботомии в дальнейшем.

Выводы. Полученный опыт видеолапароскопических фенестраций забрюшинной клетчатки у больных некротизирующим панкреатитом в период панкреатогенного шока и асептического воспаления поджелудочной железы позволяет считать их перспективным направлением в профилактике гнойных осложнений панкреонекроза и снижении летальности.

ДИСБИОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

О.Б. Усач, С.Н. Чуклин
Львовская областная клиническая больница (Львов, Украина)

Острый панкреатит часто протекает с явлениями кишечной недостаточности, что сопровождается нарушением полостного и мембранного пищеварения, процессов всасывания в тонкой кишке. Это приводит к дисбиотическим нарушениям в толстой кишке и усугубляет патологический процесс. Восстановление и поддержание оптимальных микроэкологических условий в кишечнике может повысить эффективность лечения больных острым панкреатитом. В то же время конкретные варианты дисбаланса кишечной микрофлоры при остром панкреатите не совсем ясны.

Цель исследования: оценить состояние колонизационной резистентности толстой кишки у больных острым панкреатитом.

Материалы и методы. Обследовано 22 больных острым панкреатитом. Согласно современной классификации, легкий панкреатит диагностирован у 5 больных, средней тяжести – у 10, тяжелый – у 7.

Результаты. У обследованных больных выявляли выраженные сдвиги в составе как облигатной, так и факультативной флоры в виде снижения общего количества бифидобактерий и лактобактерий, наличия клостридий, гемолизирующей кишечной палочки и других условно-патогенных микроорганизмов.

Первая степень дисбиоза кишечника выявлена у 6 больных. В этой группе пациентов отмечалось снижение общего количества основных представителей микрофлоры (бактероидов, бифидо- и лактобактерий), уменьшение количества кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью, уровня условно-патогенных энтеробактерий, золотистых стафилококков, грибов рода *Candida*.

Вторая степень выраженности дисбиоза отмечалась у 9 больных в виде снижения общего количества основных представителей микрофлоры, увеличения количества лактазонегативной кишечной палочки на фоне уменьшения их нормальных форм, повышения уровня условно-патогенных энтеробактерий, золотистых стафилококков, грибов рода *Candida*.

Третья степень тяжести дисбиоза была определена у 7 больных в виде снижения общего количества основных представителей кишечной микрофлоры, отсутствия кишечной палочки с нормальной ферментативной активностью на фоне повышения числа их неполноценных штаммов, повышения уровня условно-патогенных энтеробактерий, золотистых стафилококков, грибов рода *Candida*.

Следует отметить, что вторая и третья степень тяжести дисбиоза наблюдались у больных легким и средней тяжести острым панкреатитом. При тяжелом панкреатите у 6 больных был диагностирован тяжелый дисбиоз.

Выводы. У больных острым панкреатитом отмечены дисбиотические расстройства просветного толстокишечного микробиоценоза, которые коррелируют с тяжестью патологического процесса, что необходимо учитывать при проведении лечения.

МИКРОВОЛНОВЫЕ АБЛЯЦИИ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

А.М. Федорук, А.Б. Пискун

Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей (Минск, Беларусь)

УЗ 9-я Городская клиническая больница (Минск, Беларусь)

Микроволновая абляция (МВА) разработана для чрескожных, интраоперационных и/или лапароскопических абляций опухолей паренхиматозных органов. МВА основана на принципе диэлектрического гистерезиса для получения тепловой энергии. Технологически МВА не нуждается в замкнутом электрическом контуре, инструменты здесь не являются электродами, а представляют собой излучающую антенну.

Цель исследования: проанализировать первый опыт использования МВА в Республике Беларусь у пациентов с очаговыми поражениями печени.

Материалы и методы. В период с 15 марта 2013 по 15 марта 2014 г. выполнена 21 абляция очагов в печени у 10 (соотношение мужчин и женщин – 6:4) больных в возрасте 29–63 лет (средний возраст – 53 года). Этиология патологических очагов у больных включала следующий спектр: гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне вирусного цирроза (пациенты из листа ожидания трансплантации печени) – 4, рецидив ГЦК после ортотопической трансплантации печени – 1, очаг альвеококка в левом латеральном секторе после расширенной правосторонней гемигепатэктомии – 1, метастазы в печень карциноида легкого после ортотопической трансплантации печени – 1, метастазы в печень колоректального рака – 1, метастазы в печень рака поджелудочной железы – 2.

Всем пациентам МВА выполняли в условиях операционной под общей анестезией с использованием системы для микроволновой абляции Valleylab, корпорации Covidient AG (Швейцария), с частотой микроволнового генератора 915 МГц, под ультразвуковым контролем на аппарате ProFocus 2202, BK (Дания). 5 пациентам МВА выполнена чрескожным чреспеченочным доступом с использованием МВА-антенн с системой охлаждения, у других 5 – интраоперационно с использованием МВА-антенн без системы охлаждения. Максимальная зона деструкции, создаваемая одной антенной, достигалась в течение 10 мин при мощности 45 Вт и имела форму эллипса (3×5 см). Показания и противопоказания к МВА соответствовали международным требованиям.

Результаты. Все пациенты хорошо перенесли сеансы МВА. Эффективность МВА контролировалась ультрасонографически и КТ-ангиографией. Отсутствие кровотока при ЦДК и контрастного усиления в аблированных опухолях считали успешным лечением. МВА была эффективна у всех пациентов. Осложнение в виде развития ГЦК наблюдалось у пациента через 20 месяцев после трансплантации печени. На фоне транспапиллярного билиарного стента в зоне абляции у него сформировался абсцесс печени, который был успешно излечен чрескожным чреспеченочным дренированием. Одной из пациенток выполнена ортотопическая трансплантация печени через

3 месяца после МВА. Все остальные пациенты проходят контрольные исследования по протоколу, предусматривающему УЗИ, КТА, онкомаркеры через 4, 8 и 12 месяцев после лечения МВА, а затем каждые 6 месяцев.

Вывод. Микроволновая абляция является новым высокоэффективным методом лечения очаговых поражений печени.

НОВАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.П. Харьков, А.М. Федорук, А.В. Савченко

Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей (Минск, Беларусь)

УЗ 9-я Городская клиническая больница (Минск, Беларусь)

Актуальность. Внутреннее дренирование является основным методом лечения панкреатических псевдокист, имеющих связь с протоковой системой поджелудочной железы. Малоинвазивные технологии предпочтительны у большинства больных с псевдокистами поджелудочной железы. В сравнении с открытыми операциями данные технологии сопровождаются меньшей травматизацией тканей, легче переносятся больными, значительно снижают экономические затраты, вызывают меньшее количество осложнений.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы путем внедрения новой малоинвазивной методики лечения данной патологии.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2012 г. в 9-й ГКБ г. Минска у 37 пациентов (соотношение мужчин и женщин – 28:9), имеющим псевдокисты 2-го типа по классификации D'Egidio и Shein (псевдокисты, сообщающиеся с протоковой системой поджелудочной железы), была применена новая малоинвазивная методика лечения. Псевдокисты локализовались в головке, теле и хвосте поджелудочной железы у 2, 23 и 12 больных соответственно. Размеры псевдокист – от 52 до 159 мм. Все псевдокисты были одиночными. Одноэтапный и двухэтапный способы чрескожной цистогастростомии были применены у 12 и 25 больных соответственно. Удаление стента выполняли эндоскопически через 5–14 месяцев после формирования надежного соустья (панкреатоцистогастростомии). Суть оригинального метода заключается в выполнении чрескожной трансгастральной панкреатоцистогастростомии со стентированием под ультразвуковым и фиброгастроскопическим контролем. При этом возможны 2 способа установки цистогастростента: 1) одноэтапная; 2) двухэтапная (трансформация трансгастрального наружного дренажа во внутренний цистогастростомический стент, т.е. перевод наружно-внутреннего дренирования во внутреннее).

В режиме реального времени под УЗ-контролем осуществляем чрескожную трансгастральную (через 2 стенки желудка) пункцию псевдокисты поджелудочной железы. Стент выполнен из медицинского, рентгенконтрастного полиэтилена с памятью формы, имеет два витка спиралевидной, или «pigtail», формы, располагается на колющем фрагменте в выпрямленном состоянии и приобретает заданную форму после низведения. Используем «стилет-катетерный» принцип постановки стента с последующим ФГС-контролем. В конечном виде стент располагается между желудком и псевдокистой, обеспечивая внутреннее дренирование.

Результаты. Все пациенты были окончательно излечены после данного вмешательства. При контрольных обследованиях, проведенных после извлечения стента (через 6, 12, 24 месяца), признаков рецидива не выявлено. Осложнения отмечены у 2 больных (несостоятельность цистогастростомии, инфицирование). Летальных исходов не было.

Выводы. 1. Чрескожное трансгастральное дренирование ППЖ под УЗ-контролем исключает вероятность развития наружного панкреатического свища.

2. Чрескожное трансгастральное дренирование ППЖ может быть трансформировано во внутреннее дренирование со стентированием.

3. Разработанный метод является малоинвазивным и эффективным в лечении пациентов с ППЖ, имеющих связь с протоковой системой ПЖ.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ (ALPPS)

Д.В. Чайченко, А.В. Важенин, Е.А. Надвикова

ГЛПУ «Челябинский областной клинический онкологической диспансер» (Челябинск, Россия)

Актуальность. Поиск и систематизация новых методов оказания полноценной помощи больным с метастазами колоректального рака в печени, учитывая неуклонный рост и высокий уровень смертности от данной патологии, является важнейшей задачей клинической онкологии. Резекция печени у пациентов со злокачественными опухолями остается методом выбора при лечении данной категории больных и увеличивает продолжительность их жизни. К сожалению, большинство пациентов имеют множественное поражение печени либо обширную опухоль, распространяющуюся на обе доли, что часто препятствует проведению резекции. Предложенный в течение последних лет мультидисциплинарный подход повысил безопасность и резектабельность у пациентов с изначально нерезектабельными новообразованиями печени. Однако стремление сохранить адекватный остаток печени и избежать послеоперационной печеночной недостаточности является главным лимитирующим фактором для выполнения резекции печени в объеме R0.

ALPPS-метод, обобщающий одновременное разделение паренхимы печени и перевязку правой ветви воротной вены на первом этапе, и удаление ранее мобилизованной части печени на втором этапе являются выгодной стратегией, которая приводит к быстрому и заметному увеличению остающегося «ремнанта», с предварительными многообещающими результатами. Мы используем ее как одну из опций хирургического лечения больных с обширным опухолевым поражением печени и печеночных протоков, одновременно продолжая изучение результатов и наблюдение за пролеченными больными.

Цель исследования: оценка хирургической эффективности методики ALPPS в рамках двухэтапного лечения метастазов колоректального рака в печени и улучшение результатов лечения у больных с обширным метастатическим поражением печени.

Материалы и методы. В период с декабря 2012 по январь 2014 г. 8 пациентам с мКРР с обширным или множественным поражением печени и объемом планируемого пострезекционного остатка менее 20–30% выполнена резекция печени методом ALPPS.

Результаты. При использовании данной методики получена быстрая гипертрофия «ремнанта», что позволило выполнить резекцию у пациентов, ранее считавшихся нерезектабельными. Однако, несмотря на перспективность данной методики и первые многообещающие результаты, имеется ряд вопросов, которые требуют дальнейшего изучения.

Во-первых, эта методика технически сложна, так как требует прецизионного выделения сосудистых структур, при этом в отличие от стандартной резекции печени во время выполнения I этапа хирург несет ответственность за сохранение жизнеспособности обеих долей печени.

Во-вторых, при использовании данной методики возможны осложнения (интраоперационная кровопотеря, длительное желчеистечение в послеоперационном периоде, нарушение белково-синтетической функции печени и т.д.), для снижения которых необходима разработка профилактических мер во время операции и в послеоперационном периоде.

В-третьих, даже при быстрой гипертрофии «ремнанта» мы не можем судить о его функциональном качестве, и у ряда пациентов, несмотря на достаточный прирост по данным КТ, возможно развитие явлений послеоперационной печеночной недостаточности.

Выводы. Несмотря на новизну данной методики и множество невыясненных вопросов, мы считаем, что на сегодняшний день данная процедура является единственным способом, который приводит к быстрому росту печени и дает возможность безопасно выполнить хирургическое вмешательство у больных, которым ранее это было невозможно сделать.

НОВЫЕ ОРИЕНТИРЫ В ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

В.А. Черкасов, А.П. Щёкотова, Л.Ф. Палатова, Е.Б. Загородских
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

Цель исследования: совершенствование лечебной тактики и прогнозирование развития и исхода септических осложнений при остром деструктивном панкреатите.

Материалы и методы. В исследование включены больные острым панкреатитом тяжелого течения. При формировании выборки использовали классификацию Атланты 1992 г. и её модифицированные варианты 2008 и 2012 гг. Из исследования исключены пациенты с отечной формой острого панкреатита, обозначенной в классификации «mild», а также больные с давностью заболевания более 10 суток. Состояние пациентов оценивали по шкале SAPS II и тяжести системной воспалительной реакции, определяли показатели повреждения эндотелия: васкулярный эндотелиальный фактор роста (ВЭФР), количество десквамированных эндотелиоцитов (ДЭЦ). Первое исследование выполняли в первые 10 суток, последующие – с интервалом в 7 дней. Деструктивный характер некроза и признаки отграничения некротизированных тканей устанавливали при компьютерной томографии с контрастным усилением и по интраоперационным данным.

Результаты. В динамике маркеры повреждения эндотелия исследованы у 33 больных острым деструктивным панкреатитом. Установлено, что у пациентов без септических осложнений и у части из них с прогрессивным улучшением состояния при септических осложнениях по шкале SAPS II и тяжести системной воспалительной реакции уровень ВЭФР нарастал. Эта взаимосвязь установлена в период с 1-х по 32-е сутки от начала заболевания ($r=0,59$, $p=0,000003$).

В группе с септическими осложнениями установлена взаимосвязь тяжести проявлений синдрома системной воспалительной реакции с изменениями ВЭФР в сыворотке крови ($r=0,341$, $p=0,009$). Эта тенденция определена при интервалах между исследованиями от 1 до 7 суток. Выявлено, что понижение уровня ВЭФР свидетельствует об утяжелении проявлений сепсиса: у группы пациентов с увеличением тяжести системной воспалительной реакции ($p=0,046$) показатели ВЭФР были достоверно ниже ($p=0,0005$), чем у лиц с улучшением состояния.

Таким образом, динамика изменений тяжести абдоминального сепсиса при остром деструктивном панкреатите и эффективность выбранной лечебной тактики могут быть оценены по уровню ВЭФР. Эта методика запатентована как способ прогноза исхода абдоминального сепсиса. ВЭФР имеет широкий диапазон значений и тонко реагирует на течение системного воспаления и прогрессирование блокады микроциркуляторного русла. Этот способ точный и дешевый и позволяет быстро (в тот же день) получить результат.

Выводы.

1. Эффективность объёма проводимых лечебных мероприятий и исход острого деструктивного панкреатита могут быть отслежены с помощью васкулярного эндотелиального фактора роста.

2. Прогрессирование системной воспалительной реакции и развитие полиорганной недостаточности возможно своевременно выявить по динамике изменений уровня васкулярного эндотелиального фактора роста в сыворотке крови.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОЙ МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛЯЦИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

А.Ф. Черноусов, Г.Х. Мусаев, Г.А. Жемерикин, Ю.Ю. Юриченко, Т.П. Некрасова

Университетская клиническая больница № 1 ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: оценить эффективность чрескожной микроволновой абляции гемангиом печени, имеющих устойчивую тенденцию к росту.

Материалы и методы. Исследование проведено в Университетской клинической больнице № 1 на базе кафедры факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова с 2011 по 2014 г. Всего под наблюдением находилось 38 больных гемангиомами печени (ГП) до 5 см в диаметре. Из них у 13 (34,2%) пациентов гемангиомы увеличились в размерах в 2–2,5 раза в течение 1,5–3 лет. Диагноз ГП был установлен у всех больных на основании мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ).

Оперативное вмешательство проводили в условиях рентгеноперационной под внутривенным наркозом. В зависимости от местоположения гемангиом в печени был выбран доступ через межреберную область или подреберье. Термозонд проводили чрескожно чреспеченочно по длиннику гемангиомы под УЗИ-контролем так, чтобы кончик термозонда достиг противоположного края опухоли. Далее проводили микроволновую абляцию в течение 15–20 минут при температуре 120^{o} (режимы абляции зависели от размеров, расположения и других факторов).

В послеоперационном периоде в течение 2–3 дней пациенты получали превентивную антибактериальную терапию, а также гепатопротекторы.

Оценку эффективности метода оценивали через 3 (УЗИ) и 6 месяцев (МСКТ).

Результаты. Всего с использованием чрескожной микроволновой абляции гемангиом печени излечены 13 пациентов. Осложнений вмешательства ни в одном наблюдении не отмечено. У 11 (84,6%) пациентов было проведено по одному сеансу абляции, у 2 (15,4%) пациентов – повторная абляция в связи с рецидивом опухоли при контрольной МСКТ. У 1 пациента с множественными гемангиомами выполнена одномоментная абляция двух наибольших гемангиом, по поводу оставшихся двух пациент продолжает оставаться под наблюдением. Пациенты были выписаны на 3–5-й день после операции.

Сроки наблюдения составили от 8 до 32 месяцев (в среднем 20 месяцев). Динамический УЗ-контроль показал, что в течение 2–3 месяцев у больных могли сформироваться небольшие жидкостные очаги на месте абляции (6 пациентов), которые самостоятельно к концу 6-го месяца регрессировали с формированием фиброза. Формирование фиброзированных очагов подтверждено при МСКТ через 6 месяцев. Гистологического подтверждения фиброза не было, так как все больные отказались от контрольных пункций.

Выводы. Первые результаты, полученные в ходе исследования, оказались обнадеживающими. Однако, несмотря на столь малый опыт, данное исследование показало, что применение чрескожной микроволновой абляции гемангиом печени до 5 см с устойчивой тенденцией к росту может быть перспективным методом лечения.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ КАК БАРЬЕР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ВРАЧЕЙ-ХИРУРГОВ

Т.Е. Чернышова, С.Н. Стяжкина
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России
(Ижевск, Россия)

Труд врача относится к классу профессий «субъект-субъект» и накладывает одни из самых высоких требований к своим представителям.

Цель исследования: изучение индивидуальных и психологических особенностей врачей-хирургов, их влияние на формирование синдрома эмоционального выгорания (СЭВ).

Материалы и методы. Методом случайной выборки обследованы интерны Ижевской ГМА (выпуск 2009–2014 гг.) по специальности «Хирургия» (49 человек) и «Терапия» (66 человек), практикующие хирурги (42 человека) и терапевты (106 человек). Для оценки индивидуально-психологических качеств использовались вопросники: самоактуализация личности (Лазукин А.В., 2002), макиавеллизм (Christie, Geis, 1970), качество жизни – SF-36. Степень коморбидности оценивалась по индексу Э. Чарлсона (Charlson M. и соавт., 2007).

Результаты. Предикторы СЭВ в 3,2 раза чаще встречали у интернов-хирургов, чем у терапевтов. В группе врачей со стажем это соотношение составило 6,6:1,0. Личностные факторы (возраст, стаж работы, заработная плата) не влияли на формирование СЭВ хирургов в отличие от терапевтов ($p<0,01$). Основными провоцирующими факторами СЭВ явились: высокая степень неопределенности труда ($p<0,0001$), риск штрафных санкций ($p<0,001$), отсутствие интересов вне работы ($p<0,001$), организация работы в жестком режиме ($p<0,01$), конфликты в системе «руководитель–подчиненный» ($p<0,01$). Зарегистрирована высокая частота тревоги (61,9%) и субклинической депрессии (47,6%). Каждый шестой хирург использовал медикаментозные средства коррекции эмоционального напряжения. По количеству употребляемого алкоголя соотношение хирург:терапевт составило 3,9:1,0.

Все хирурги со стажем являются самоактуализированными личностями с высокими показателями по шкалам «Самоуважение» и «Творческая направленность личности». Мужчины-хирурги более реагируют на стрессоры, чем женщины. Для женщин-хирургов характерна связь СЭВ с психологическими аспектами: значимостью работы (наличие узкой специализации), проблемами оказания медицинской помощи лицам с ограниченным достатком, неудовлетворенностью семейной жизнью ($p<0,001$). Для хирургов характерна деперсонализация и редукция личностных достижений, связанная с большими рабочими перегрузками. Хирурги более, чем терапевты, критичны, склонны отстаивать свое мнение. Однако если у хирургов со стажем к минимуму сведено тщеславие, то более половины молодых врачей склонны к лести. Шкала «Взгляд на природу человека» показала, что каждый второй хирург не исключает негативных аспектов «благодарности» пациента. Однако, как показал ретроспективный анализ, даже при разочаровании в профессии хирурги не склонны к перепрофилизации.

Показатель коморбидности хирургов был в 1,8 раза выше, чем у терапевтов. В структуре хронических заболеваний: у хирургов «лидировали» варикозная болезнь (71,4%), заболевания суставов (52,4%), гипертоническая болезнь (88,1%), хронические гастродуодениты (69,0%). Если первые во многом обусловлены малоподвижностью, вынужденной и статичной рабочей позой, то две последние группы заболеваний отражают влияние на организм хирурга факторов производственного психоэмоционального стресса.

Выводы. Подготовка хирурга – один из наиболее сложных, кропотливых и затратных видов образования. Полученные результаты могут быть использованы при формировании групп в интернатуру по специальности «Хирургия», разработке методов профилактики СЭВ.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНАЦИИ МЕТОДОВ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

А.В. Чжао[1], Д.А. Ионкин[1], О.И. Жаворонкова[1], А.Б. Шуракова[1], С.В. Кунгурцев[2]

[1]ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (Москва, Россия)

[2]Некоммерческая организация «Профессиональное сообщество криохирургов» (Москва, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского накоплен опыт использования методов локальной деструкции патологических новообразований печени: радиочастотой абляции (РЧА) – с 2002 г., криодеструкции (КД) – с 2000 г. Для проведения РЧА использовали аппарат Radionics Cool-Tip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. Для осуществления КД применялись криоустановки «КРИО-МТ» «КРИО-01» «ЕЛАМЕД» (Россия). С 2013 г. в институте для выполнения КД стали широко использоваться пористо-проницаемые аппликаторы из никелида-титана.

Для улучшения результатов лечения первичного и метастатического рака печени предложено использование:

- резекции печени + КД и/или РЧА;
- различных комбинаций методов локальной деструкции, включая РЧА, СВЧ, КД, химическую абляцию (введение этилового спирта);
- дополнения регионарной или системной химиотерапии.

В нашем опыте применялись следующие комбинации. У больных ГЦР (n= 3) и метастазами (МТС) колоректального рака (КРР) (n=2) КД была дополнена чрескожной алкоголизацией очагов в послеоперационном периоде.

При нецелесообразности операции по поводу МТС КРР выполнено сочетание КД поверхностного узла, расположенного на ветви воротной вены (n=2), печеночной вене (n=1) с РЧА интрапаренхиматозных очагов.

При нецелесообразности резекции по поводу ГЦР размерами 5х6 см в связи с выраженными цирротическими изменениями очаг IV сегмента по периферии был обработан при помощи РЧА, а сам подвергнут КД (n=1).

Комбинация правой гемигепатэктомии с РЧА интрапаренхиматозного метастаза (2,5 см) с криодеструкцией подкапсульного метастаза, расположенного непосредственно на левой ветви воротной вены (n=1).

Сочетание чрескожной РЧА интрапаренхиматозных метастазов с СВЧ-абляцией метастаза, окутывающего правую воротную вену (n=1).

При множественном поражении печени, когда один из патологических очагов труднодоступен для аппаратов «Крио-МТ» и ««КРИО-01» оправданно их применение в сочетании с пористо-проницаемыми аппликаторами из никелида-титана (n=3).

Важно, что в последние годы всем больным после различных вмешательств на печени в последующем производилась адъювантная химиотерапия, которая в 6 случаях была дополнена региональной химиоэмболизацией.

Результаты. Процессы деструкции тканей более значительны при их быстром замораживании и медленном оттаивании. Повторное криовоздействие, выполненное сразу же после размораживания ткани, усиливает степень криодеструкции тканей, увеличивая период нахождения их в зоне «критических температур», а следовательно, увеличивается интенсивность процессов кристаллизации и рекристаллизации. Необходимость соблюдения четкого протокола выполнения КД связана и с тем, что опухолевые клетки могут обладать высокой резистентностью к замораживанию. Кроме того, замороженная, а затем оттаявшая ткань способна увеличить свою теплопроводность на 20%. При проведении дальнейших циклов она ещё более увеличивается. Это даёт

возможность в более полном объёме проморозить труднодоступные участки опухолевой ткани, особенно если они находятся вблизи крупных кровеносных сосудов. Благодаря этому эффекту оправданно использование следующего этапа локальной деструкции – либо РЧА, либо СВЧ-абляции.

Ближайший послеоперационный период у всех больных протекал без особенностей. Отмечавшийся в 2 наблюдениях умеренный гидроторакс был излечен пункционно. Раны зажили первичным натяжением. При контроле через 2, 4, 6 месяцев признаков продолженного роста и иных проявлений прогрессирования ракового процесса выявлено не было.

Выводы. Результаты лечения больных новообразованиями печени с применением различных методов локальной деструкции, а также их комбинации, как и при резекции печени, зависят от факторов прогноза: периода выявления метастазов, локализации, количества и размеров опухолевых узлов. Криодеструкция должна занять достойное место в лечении первичного и метастатического рака печени и рассматриваться как разумная альтернатива существующим хирургическим методам либо как компонент комбинированного лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ ТКАНИ И ФИБРОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ГОЛОВКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А.Т. Щастный, А.Р. Сятковский, М.И. Кугаев,
А.А. Сушков, С.П. Лярский, И.П. Штурич
Витебский государственный медицинский университет (Витебск, Беларусь)
Витебская областная клиническая больница (Витебск, Беларусь)
ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы» (Витебск, Беларусь)

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь поражения нервной ткани в головке поджелудочной железы (ПЖ) со степенью фиброзных изменений, а также с уровнем болевого синдрома и качеством жизни пациентов с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 37 пациентов с ХП, которым была выполнена дуоденомсохраняющая резекция головки поджелудочной железы. Для оценки интенсивности болевого синдрома использовали визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), для изучения качества жизни применяли опросник SF-36. При микроскопическом исследовании оценивали площадь гистологического препарата, площадь каждой нервной структуры, количество нервов и суммарную площадь нервной ткани.

Результаты. Площадь нервной ткани была достоверно меньше при 1-й степени фиброза по сравнению со 2-й и 3-й. Площадь нервной ткани при 2-й и 3-й степени фиброза значимо не отличалась. При сравнении количества нервов в зависимости от площади фиброза было выявлено, что значимо количество нервов различается при 1-й и 3-й степени фиброза. При сравнении 1-й и 2-й, а также 2-й и 3-й групп различия были недостоверны. При сравнении медианы площади одного нерва зависимости от фиброзных изменений выявлено не было. Площадь нервной ткани, количество нервов, медиана площади одного нерва не коррелируют со шкалами качества жизни, а также не зависят от уровня болевого синдрома.

Выводы. При хроническом панкреатите поражение нервной ткани в головке поджелудочной железы зависит от степени фиброзных изменений. Увеличение соотношения площади нервной ткани и ткани поджелудочной железы происходит за счет увеличения количества нервных элементов. Выраженность болевого синдрома и качество жизни не зависят от поражения нервной ткани.

РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ *IN SITU* ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ КОНСЕРВАЦИИ

А.Е. Щерба, С.В. Коротков, Л.В. Кирковский, Д.П. Харьков,
Е.Л. Авдей, Л.С. Болонкин, А.Ф. Минов, А.М. Дзядзько, О.О. Руммо
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей (Минск, Беларусь)

Несмотря на прогресс в гепатобилиарной хирургии, обусловленный совершенствованием хирургической техники, методических подходов и анестезиологической тактики, пациенты с локализацией опухоли и паразитарных поражений в области гепатокавальной конфлюэнции и/или нижней полой вены и с инвазией последних составляют группу повышенного операционного риска. Операции по поводу данных локализаций сопряжены, главным образом, с риском массивной и стремительной кровопотери и рядом связанных с ней послеоперационных осложнений. Для обеспечения выполнения РП и реконструкции НПВ необходимы такие технологии, как тотальная сосудистая изоляция, *in situ, ex situ, in vivo* и *ex vivo* гипотермическая консервация печени, которые, как правило, доступны в центре с опытом трансплантации печени.

Цель исследования: продемонстрировать преимущество выполнения РП в условиях тотальной сосудистой изоляции и *in situ* гипотермической консервации при опухолях печени с инвазией в гепатокавальную конфлюэнцию и/или нижнюю полую вену (НПВ).

Материалы и методы. В период с января 2012 по январь 2014 г. на базе УЗ «9-я ГКБ г. Минска» выполнено 266 РП, из которых в 112 случаях использовались методики сосудистой окклюзии. При этом Прингл-маневр применялся в 43 случаях, селективная сосудистая изоляция – в 52, тотальная сосудистая изоляция (ТСИ) – в 10 и ТСИ с *in situ* гипотермической консервацией – в 7 случаях.

Показаниями для выполнения РП в условиях ТСИ явились поражения гепатокавальной конфлюэнции с/без необходимости сосудистой реконструкции и длительность пережатия менее 60 мин. Необходимость реконструкции воротной вены/НПВ и время пережатия более 60 мин явились показанием к проведению ТСИ в условиях *in situ* гипотермической консервации. После выполнения ТСИ гипотермическая консервация достигалась перфузией печени через воротную вену 2 000 мл консервирующего раствора Кустодиола, охлажденного до +4^{o}C.

Степень тяжести билиарных осложнений, пострезекционной печеночной недостаточности и послеоперационного кровотечения оценивались по критериям ISGLS.

Результаты. Время операции при ТСИ в условиях гипотермической консервации составило 712±155 мин, что статистически значимо (p=0,00001) превышает время стандартной обширной резекции печени (время обширной РП 280±154 мин). Интраоперационная кровопотеря была также значительно массивнее при ТСИ в условиях гипотермической консервации по сравнению со стандартными обширными РП (2880±1948 мл против 588±474 соответственно, p=0,00003). Пострезекционная печеночная недостаточность степени B-C развилась в 2 из 10 случаев РП в условиях ТСИ (20%), в 2 из 7 случаев РП в условиях ТСИ и гипотермической *in situ* консервации (28,5%) и в 8 из 57 случаев стандартной обширной РП (14,0%; p=0,6). Желчеистечение степени B-C развилось в 3 из 13 случаев ТСИ ± *in situ* гипотермическая консервация (23%) и в 13 из 57 случаев обширных РП (22,8%). Госпитальная летальность в группах ТСИ± *in situ* гипотермическая консервация и стандартных обширных РП составила 7,6% и 7,0% соответственно (p=0,6).

Выводы. Резекция печени в условиях ТСИ и *in situ* гипотермической консервации позволяет безопасно выполнить радикальные вмешательства при опухолях с инвазией НПВ, требующих сосудистой реконструкции, и избежать трансплантации печени при некоторых доброкачественных опухолях. При этом уровень послеоперационных осложнений и летальности сопоставим с таковым при стандартных обширных резекциях печени.

СОСУДИСТАЯ РЕЗЕКЦИЯ И РЕКОНСТРУКЦИЯ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

А.Е. Щерба, С.В. Коротков, Д.П. Харьков, Е.Л. Авдей, О.О. Руммо
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей
(Минск, Беларусь)
УЗ 9-я Городская клиническая больница (Минск, Беларусь)

Известно, что сосудистая инвазия значительно ухудшает прогноз пациентов с опухолями гепатобилиарой зоны, но в тех случаях, где возможна сосудистая резекция и реконструкция при достижении безопухолевых границ у пациента с достаточным физическим статусом, данный подход оправдан как в отношении госпитальной летальности, так и общей выживаемости.

Цель исследования: показать возможность и результаты сосудистой резекции и реконструкции у пациентов с опухолями и паразитарным поражением печени.

Материалы и методы. Анализу подвергнута документация 266 пациентов, которым была выполнена резекция печени (РП) в период с 2008 по апрель 2014 г.

Резекция воротной вены (ВВ) и нижней полой вены (НПВ) при РП выполнена в 20 и 10 случаях соответственно. Всего, учитывая комбинацию резекции ВВ и НПВ, сосудистая резекция была выполнена 26 пациентам.

Показанием к РП с резекцией НПВ были инвазия вены при альвеококке (n=5), ХЦК (n=2), колоректальных метастазах (n=2) и ГЦР (n=1). Эмболизация правой ветви воротной вены выполнялась при объеме остающейся паренхимы менее 30% от стандартного. Циркулярная резекция НПВ была сделана у 7, тангенциальная – у 3 пациентов. РП выполнена в объеме правосторонней расширенной с каудатэктомией (n=6), правосторонней с каудатэктомией (n=2), правосторонней и изолированной каудатэктомии – по 1. При циркулярной резекции НПВ была реконструирована в 5 случаях (1 – PTFE, 4 – венозными аллографтами) и оставлена без реконструкции в 2. В качестве аллографта использована донорская НПВ, сохраненная до 48 часов при +4^{o}C в растворе НТК.

Показаниями к РП с резекцией воротной вены были ХЦК (n=12), альвеококк (n=4), ГЦР (n=2). Средний возраст пациентов с резекцией НПВ и ВВ составил 46 (39;60) и 50,5 (42;60,5) соответственно. Осложнения резекции ПЖ (панкреатит культи, панкреатический свищ, желчный свищ, кровотечение и гастростаз) были определены согласно ISGPS-критериям; осложнения РП (желчный свищ, пострезекционная печеночная недостатоность (ПрПН) и кровотечение) – согласно ISGLS-критериям.

Результаты. Средняя кровопотеря при РП с НПВ составила 1,3 (0,25–4,5) л. Средняя потребность в СЗП и эритроцитарной массе – 1,2 (0,47–2) и 0,5 (0–2) л. Среднее время операции – 570 (300900) мин. Среднее время пережатия НПВ – 30 (11–55) мин.

Общая госпитальная летальность при РП составила 3,4% (9/263) и была достоверно выше при РП с сосудистой резекцией – 19,2% (5/26), чем без сосудистой резекции – 1,6% (4/237) (Fisher, p=0,0006). Данные по ПрПН были доступны для 96 РП. Общая частота ПрПН класса С по ISGLS составила 20,8% (20/96) и была сравнима с таковой при РП с сосудистой резекцией – 34,6% (9/26) и без нее – 15,7% (11/70) (Fisher, p=0.052). Общая частота пострезекционных кровотечений составила 4,1% (11/263) и была сравнима в изучаемых группах (7,6% (2/26) против 3,7% (9/237)) (Fisher, p=0,29). Общая частота желчных свищей после РП составила 11% (29/263) и была выше при РП с сосудистой резекцией – 30,7% (8/26), чем без нее – 8,8% (21/237) (Fisher, p=0,003).

Выводы. Сосудистая резекция при пограничко-резектабельных поражениях печени чаще сопровождается госпитальной летальностью (19,2% против 1,6%) и билиарными осложнениями (30,7% против 8,8%), чем стандартная РП без сосудистой резекции и реконструкции.

Р а з д е л II

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

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

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

Диагностика и лечение абсцессов печени является одной из актуальных проблем современной хирургии. С появлением ультразвуковых аппаратов повысилась эффективность диагностики абсцессов печени до 85–90%, а применение малоинвазивных операций под контролем ультразвука существенно изменило концептуальный подход к тактике лечения данной хирургической патологии.

Цель исследования: оптимизирование хирургического лечения абсцессов печени с применением малоинвазивной техники.

Материалы и методы. Основу исследования составили данные 34 пациентов с абсцессами печени, пролеченных по мини-инвазивной технологии в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы № 1. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) у 31 (91,2%) больного диагностирован одиночный абсцесс: изолированное поражение правой доли печени – у 23 (67,7%), левой доли – у 8 (23,5%), множественное поражение имело место в 3 (8,8%) случаях. Объем абсцессов составлял от 5 до 1 200 мл гнойного экссудата. Мужчин было 25 (73,5%), женщин – 9 (26,5%). Возраст больных – от 22 до 78 лет (средний возраст – 42,4±4,23 года). Выявлены следующие причины образования абсцессов печени: гнойный холангит – 19 (55,9%); травма печени – 6 (17,6%); воспалительные заболевания органов брюшной полости – 3 (8,8%); паразитарные происхождения – 5 (14,7%) и сепсис – 1 (2,9%).

В диагностике абсцессов печени, помимо клинического, широко применяли ультразвуковое исследование и компьютерную томографию. Ультразвуковую диагностику и чрескожные вмешательства осуществляли при помощи аппарата «Aloka-5000» (Япония) с конвексным датчиком, оснащенным адаптером для проведения пункционной иглы. Пункцию проводили при помощи иглы «Chiba» диаметром 16–20 G.

Результаты. Ультразвуковые признаки абсцессов: выявление в паренхиме печени округлого, овального или неправильной формы жидкостного образования с неоднородной внутренней эхоструктурой с крупными или мелкодисперсными гиперэхогенными включениями; капсулу абсцесса визуализировали у больных с длительным, более двух недель, существованием абсцесса. Чувствительность УЗИ при этом составила 88,2%.

Чрескожное чреспеченочное дренирование под контролем УЗИ по методике Сельдингера выполнено 32 (94,1%) больным. Преимущество такой методики очевидно: постоянное аспирирование гноя, подведение концентрированных антибиотиков и антисептиков, контроль за размерами полости, малотравматичность хирургического вмешательства. Одиночные пункции абсцесса с откачкой содержимого (при диаметре абсцесса менее 2 см) проведены 2 (5,9%) пациентам. Выздоровление наступило у 31 (91,2%) больного. У 3 (8,8%) больных с обширными абсцессами сформировалась киста печени. Летальных исходов не было.

Выводы. Применение пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ является эффективным методом лечения больных с абсцессами печени, позволяющим добиться выздоровления у 91,2% больных. Преимуществами пункционно-дренирующих вмешательств являются: малая травматичность, отсутствие необходимости общей анестезии, хорошая переносимость тяжелыми ослабленными больными, высокая точность дренирования.

ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШИХСЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ

Н.У. Арипова, И.Х. Магзумов, М.У. Арипова, В.Г. Лим
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз (Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Остаточные полости после эхинококкэктомии печени являются одной из актуальных проблем хирургии эхинококкоза печени, особенно при нагноившемся эхинококкозе печени, когда риск возникновения в отдаленные сроки остаточной полости очень велик. Остаточные полости после эхинококкэктомии печени потенциально несут в себе серьезные осложнения, что часто является причиной повторных, травматичных для больного, полостных операций. Несомненно, лидирующее положение в диагностике и лечении заболеваний печени в современной гепатологии остается за ультразвуковым сканированием и при сложных случаях – компьютерной томографией. Учитывая возможности современной диагностики, широкое распространение получили чрескожно-чреспеченочные методы лечения остаточных полостей, которые менее травматичны для больных.

Материалы и методы. На клинической базе кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА с 2005 по 2014 г. находилось 34 больных с нагноением остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени, в возрасте от 18 до 62 лет, соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Ранее были оперированы в других лечебных учреждениях по поводу эхинококкоза печени 29 (85,3%) больных из 34.

Всем больным выполнили ультразвуковое исследование печени и при необходимости – компьютерную томографию для выбора доступа для пункции и дренирования.

После установления диагноза больным под контролем УЗИ под местной анестезией производили пункцию иглой Chiba и дренирование полости по Сельдингеру полихлорвиниловой трубкой диаметром 6 мм, что обеспечивало адекватное дренирование гнойной полости. В послеоперационном периоде остаточную полость промывали растворами антисептиков и антибиотиков, при больших размерах полостей использовали вакуум-аспирацию. При наличии желчевыделения, после очищения полости от гноя, полость заполняли 5% раствором йода на 10–15 мин, что вызывало асептическое воспаление желчных капилляров и их склерозирование.

Ультразвуковой контроль развития возможных осложнений осуществляли непосредственно после проведения пункции и в ближайшие послеоперационные сутки. Больные на 4–5-е сутки выписывались под амбулаторное наблюдение. Дальнейший контроль осуществляли при контрольной явке пациентов в стационар.

Результаты. При данном методе лечения полостных образований печени остаточные полости закрывались в среднем на (30±12)-е сутки без лишней травматизации, что позволяло проводить раннюю реабилитацию больных с минимальным операционным риском.

Вывод. Чрескожно-чреспеченочные методы лечения остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени при адекватном дренировании являются наиболее оптимальным и щадящим способом лечения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Г.Г. Ахаладзе, Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, А.Ю. Чевокин
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия)
ФГБУ Российский центр рентгенорадиологии Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: разработать основные принципы лечения абсцессов печени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ диагностики и лечения 184 больных абсцессами печени и изучены данные литературы. Солитарные абсцессы составили 65,2% (120), множественные – 22,3% (41), милиарные – 12,5% (23). Большинство больных имели холангиогенные (101 наблюдение (54,9%)) абсцессы, причиной возникновения которых были рубцовые стриктуры желчных протоков, холедохолитиаз, закупорка и дислокация стентов или дренажей, болезнь Кароли. Криптогенные абсцессы наблюдали у 37 (20,1%) больных, травматические – у 11 (6,0%), послеоперационные – у 10 (5,4%), пилефлебитические – у 10(5,4%), при опухоли Клацкина – у 8 (4,4%) и контактные – у 7 (3,8%).

Для лечения в зависимости от ситуаций применяли в различных сочетаниях как чрескожные пункции (165) и дренирование (74) абсцессов, так и открытые операции (42) или антибактериальную терапию (13) без всякого хирургического вмешательства. Изучена эффективность каждого из методов лечения.

Результаты. Холангиогенные абсцессы развивались при длительном течении холангита с явлениями сепсиса (97,1% больных) и септического шока – у 17,4%. При холангиогенных абсцессах печени у больных холедохолитиазом (13), опухолями (4) и стриктурой желчных протоков (19) в первую очередь производили декомпрессию желчных протоков малоинвазивными методами. После этого выполняли чрескожные пункции абсцессов. При отсутствии возможности проведения эндоскопической декомпрессии выполняли чрескожное их дренирование, что позволило получить разгрузку холестаза у некоторых больных (9). Эффективность чрескожного дренирования, однократной и многократных пункций в лечении пилефлебитических, криптогенных, травматических и контактных абсцессов достоверно не отличалась ($p>0,05$).

Летальность составила 14,1% (26 больных). Высокая летальность отмечена среди больных множественными холангиогенными абсцессами печени, у которых на фоне адекватного дренирования потоков одних сегментов или доли печени остались не дренированными протоки другой доли или сегмента (23). Эта группа характеризуется самым большим числом милиарных абсцессов (18 из 23) и высокой летальностью: 15 (83,3%) из 18, $p=0,037$. Резекция пораженной доли печени, несмотря на тяжелое состояние больных, позволила получить хороший результат у 2 (8,7%) таких больных.

Выводы. Для успешного лечения холангиогенных абсцессов печени необходимо устранение причины абсцедирования и выполнение наружного дренирования абсцесса с помощью чрескожного или оперативного вмешательства. Пилефлебитические и криптогенные абсцессы печени могут быть вылечены с помощью одной или множественных чрескожных пункций. При множественных абсцессах, занимающих большую часть сектора или доли печени (при опухолях Клацкина или стриктурах желчных протоков), целесообразно выполнять анатомическую или атипичную резекцию печени. При множественных мелких криптогенных абсцессах печени положительный результат может быть получен при применении антибактериальной терапии без хирургического вмешательства.

МЕСТО РЕЗЕКЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ

С.М. Ахмедов, Н.А. Расулов, Б.Д. Сафаров,
А.М. Раджабов, З.В. Табаров
Институт гастроэнтерологии МЗ И СЗН Республики Таджикистан (Душанбе, Таджикистан)
Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Душанбе, Таджикистан)

Одной из тяжелых и нерешенных проблем ургентной гепатохирургии остается абсцедирование печени, где летальность больных составляет 14–56%. Особенно сложна позиция хирурга при множественных бактериальных абсцессах печени, развившихся на фоне осложненного аппендицита, холелитиаза и туберкулеза печени, где, несмотря на системное применение антибиотиков и пункционных методов лечения, тяжесть состояния больных проявляется наличием пентады Ренолда–Даргана (боль в эпигастрии, лихорадка с потрясающими ознобами, желтуха, выраженная гипотония и энцефалопатия). По этой же причине практически неэффективны методы экстракорпоральной детоксикации, поскольку инфицированная паренхима печени становится основным источником инфекта вследствие тяжелейшей эндогенной интоксикации. С учетом этого исход заболевания напрямую зависит от раннего удаления источника гнойно-резорбтивной лихорадки и восстановления пассажа желчи в кишечник.

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты комплексного лечения острых абсцессов печени путем широкой резекции инфицированной паренхимы, восстановления пассажа желчи и внутрипортального введения лекарственных препаратов.

Материалы и методы. На протяжении последних 20 лет авторы располагают опытом комплексного хирургического лечения 39 больных в возрасте 21–74 лет с острыми абсцессами печени, из них мужчин – 26 (66,6%), женщин – 13 (33,4%). Причинами острых абсцессов печени были: септические состояния на фоне осложненного холецистохолелитиаза (14 (35,9%) больных), рубцовые стриктуры желчных протоков и билиодигестивных анастомозов (11 (28,2%), туберкулёз печени (8 (20,5%), травмы живота (4 (10,3%) и осложнения острого аппендицита (2 (5,1%). Абсцессы были множественными у 30 (76,9%) больных, единичными, расположенными в различных сегментах печени, – у 9 (23,1%). По данным УЗИ, КТ (МРТ) преобладали мелкие абсцессы (32 случая).

Больные разделены на 2 группы. Как в первой (14 (35,9%) больных), так и во второй (25 (64,1%)) группах выполняли холецистэктомию, холедохолитотомию, наружное или наружно-внутреннее восстановление пассажа желчи по билиарному тракту. Ввиду небольших размеров абсцессов печени больным первой группы назначали комбинацию двух антибиотиков широкого спектра действия и пункцию крупных абсцессов (4 случая). Также 3 больным второй группы под контролем УЗИ выполнили дренирование полости гнойника. Учитывая большую площадь инфицированной паренхимы, считали уместным выполнение резекции печени больным второй группы в объеме гемигепатэктомии (4), трисегментэктомии (7), бисегментэктомии (9) и сегментэктомии (2). В основном гемигепатэктомию выполняли при туберкулёзных абсцессах, где небольшие каверны в толще размягченной паренхимы были заполнены густой желеобразной казеозной массой. В раннем послеоперационном периоде проводили внутрипортальную антибактериальную терапию и плазмотрансфузию через канюлированную пупочную вену. Плазмо- и гемосорбцию одинаково проводили в обеих группах. Послеоперационная летальность составила в первой группе 64,2%, во второй – 20%.

Выводы. При прочих равных условиях, множественные мелкие абсцессы печени с прилежащей инфицированной паренхимой требуют выполнения резекции органа и внутрипортального введения лекарственных препаратов, что достоверно позволяет снизить частоту послеоперационной летальности.

СОЧЕТАНИЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, Ю.И. Веденин, В.В. Мандриков, П.В. Мозговой, Е.Г. Спиридонов

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России (Волгоград, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с холангиогенными абсцессами печени (ХАП) на фоне механической желтухи (МЖ).

Материалы и методы. В клинике № 1 ВолгГМУ в период с января 2010 г. по февраль 2014 г. на лечении находились 135 пациентов с МЖ различной этиологии. Холангиогенные абсцессы печени осложнили течение основного заболевания у 34 больных. Из них холедохолитиаз явился причиной МЖ и формирования ХАП у 16 (47%) пациентов, опухоли гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ) – у 18 (53%). Среди опухолевых поражений ГПБЗ, обусловивших развитие МЖ и ХАП, преобладали: опухоль головки поджелудочной железы – у 7 (20,6%) пациентов, большого дуоденального соска – у 4 (11,8%), холангиокарцинома бифуркации общего печеночного протока у – 4 (11,8%), желчного пузыря – у 3 (8,8%) больных.

Во всех наблюдениях в качестве стартового этапа хирургической коррекции выполняли эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ), направленные на декомпрессию билиарного тракта и восстановление желчеоттока: назобилиарное дренирование – 10 (29,4%) пациентов, моно- и билатеральное стентирование гепатикохоледоха пластиковыми стентами – 17 (50%), стентирование покрытыми нитиноловыми стентами – 7 (20,6%). Различные виды ЭТПВ в максимально ранние сроки считали приоритетными. В качестве второго вмешательства у всех пациентов выполняли пункции и/или чрескожное дренирование очагов печени под ультразвуковым наведением. На этом этапе достигали реализации следующих задач: 1) окончательная верификация диагноза; 2) эвакуация гнойного содержимого; 3) бактериологическое исследование пунктата и определение чувствительности микроорганизмов к антибактериальным препаратам. У 29 (85,3%) больных для полной ликвидации гнойного очага печени выполнили от 1 до 3 пункций под УЗ-контролем. Неэффективность пункционного метода, сохраняющийся интоксикационный синдром и объем очага печени более 50 $см^3$ явились показаниями к чрескожному дренированию в 5 (14,7%) наблюдениях. Для проведения регионарной антибактериальной терапии у 9 (26,5%) пациентов дополнительно выполнили катетеризацию ветвей печеночной артерии. У 3 (8,8%) больных попытки катетеризации общей печеночной артерии оказались безуспешными ввиду особенностей ангиоархитектоники. Длительность селективной внутриартериальной инфузии этиотропных антибактериальных препаратов составила 6,8 ± 1,3 суток.

Результаты. Комбинированное применение эндоскопических, УЗ-диапевтических и эндоваскулярных методик позволило достигнуть хорошего результата у 31 (91,2%) больного с ХАП на фоне МЖ. Развитие острого панкреатита (ОП) после различных видов ЭТПВ наблюдали у 4 (11,8%) пациентов. Явления ОП были купированы консервативно и не потребовали хирургических вмешательств. Неэффективность методов мини-инвазивных методов под УЗ-контролем в лечении ХАП явилась показанием к выполнению лапароскопии, вскрытию и дренированию у 2 (5,9%) больных. В 1 (2,9%) наблюдении у пациента с солитарным абсцессом правой доли печени и деструктивным холециститом, развившимся вследствие блокады пузырного протока пластиковым стентом, выполнили лапаротомию, холецистэктомию, наружное дренирование гепатикохоледоха, вскрытие, дренирование абсцесса печени. Летальных исходов не было.

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ: ДИНАМИКА ПРИЧИН И ИСХОДОВ

Е.М. Благитко, С.Н. Пащина, А.А. Беспалов
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
(Новосибирск, Россия)
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
(Новосибирск, Россия)

В последние десятилетия чрескожные пункции и дренирование под контролем ультразвука или компьютерной томографии в сочетании с системной антибактериальной терапией стали «золотым стандартом» в лечении больных с абсцессами печени, что привело к значительному снижению летальности в хорошо оснащенных клиниках. Открытые хирургические вмешательства стали выполняться гораздо реже – как вторая линия лечения.

Материалы и методы. В период с 1968 по 2013 г. с абсцессами печени лечились 119 больных (70 (58,8%) мужчин и 49 (41,2%) женщин) в возрасте от 18 до 83 лет. Абсцессы печени были следствием гематогенной диссеминации у 39 (32,8%) больных, холангиогенного распространения – у 48 (40,3%), криптогенными – у 24 (20,2%) больных. У 8 (6,7%) больных с «контактными» абсцессами основным заболеванием были деструктивный холецистит, аппендицит или инфицирование раневого канала печени.

Результаты. Если до 2005 г. из полости абсцесса чаще всего высевали кишечную палочку, то в последние годы в 26% посевов обнаруживали штаммы клебсиеллы при отсутствии бактериемии, лишь в 2 наблюдениях причиной абсцессов послужили актиномицеты.

Решающим в диагностике и дифференциальной диагностике образований печени являлось сочетание результатов ультразвукового исследования и компьютерной томографии органов брюшной полости с болюсным усилением, при необходимости дополненное результатами чрескожной пункционной биопсии. Множественные абсцессы печени были у 51 (42,9%) больного, одиночные – у 68 (57,1%). С течением времени множественные абсцессы стали встречаться почти так же часто, как и одиночные, хотя поражение правой доли печени преобладает.

Из 119 больных только 6 (5,0%) с множественными абсцессами печени размером менее 2 см лечили консервативно. Пункционное дренирование под контролем ультразвука или КТ, которое стало применяться в клинике с 2005 г., выполнено 15 больным. Под рентгенологическим контролем (до 2005 г.) у трех больных были предприняты попытки пункционного лечения, что в одном случае привело к развитию перитонита и необходимости лапаротомии. Остальные больные были оперированы. Дренирование полости абсцесса выполнено у 92 больных, резекции печени произведены у 6 (до 1998 г.).

Послеоперационные осложнения возникли у 19 (16,0%) больных. Это были желчеистечения и кровотечения из полости абсцесса, несформированные кишечные свищи, холангит, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноения послеоперационных ран. 8 (42,1%) из них потребовались релапаротомии. Отмечено 5,9% летальных исходов (умерло 7 больных с сепсисом при множественных абсцессах печени и тромбоэмболией легочной артерии при одиночных очагах).

Выводы. Число больных с криптогенными абсцессами печени не уменьшается. Микробная флора, выделяемая из абсцессов в настоящее время, является госпитальным штаммом. Течение всех видов абсцессов печени сопровождается признаками абдоминального сепсиса, что делает необходимым лечение этих пациентов в условиях отделения реанимации. Больным с множественными милиарными абсцессами печени рационально проведение консервативного лечения. Первый опыт пункционного дренирования также показал эффективность малоинвазивных вмешательств при солитарных и множественных абсцессах печени.

РЕДКИЕ ПРИЧИНЫ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Н.И. Богомолов
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России
(Чита, Россия)

Многолетний коллективный опыт свидетельствует, что абсцессы печени чаще всего имеют холангиогенную природу. Наряду с этим в нашей практике по материалам трёх клиник за 38 лет имели место редкие и казуистические причины абсцессов.

У 36-летней физически крепкой женщины, умершей после операции от септического шока, в полости вскрывшегося до операции гигантского абсцесса печени на секции обнаружили случайно проглоченную рыбью (ребро карася) кость, которая мигрировала в печень, как мы предположили при препаровке органокомплекса, из двенадцатиперстной кишки. При анализе анамнеза установлен факт частого употребления пациенткой рыбы.

У 2 пациентов причиной абсцесса послужили фрагменты оторвавшихся внутрипротоковых дренажей, установленных во время операций на желчных путях. У 1 человека абсцесс сформировался через 14 лет после операции, у второго – через 1,5 года, оба благополучно оперированы, фрагменты дренажей удалены; выписаны с выздоровлением.

В 3 случаях абсцесс сформировался в кисте погибшего эхинококка, при этом в 2 случаях произошёл спонтанный прорыв через диафрагму в правую плевральную полость с формированием желчно-бронхиального свища у одного человека. Одного из 3 пациентов спасти не удалось; 2 выписаны с выздоровлением после открытых многоэтапных операций.

И, наконец, самая драматичная ситуация: абсцессы печени, сформировавшиеся при пилефлебитах у 14 человек после аппендэктомии, после гемиколэктомии у 1 и после геморроидэктомии – у 1. Во всех случаях абсцессы были небольшими, но множественными (от 3 до 12 и больше). Спасти удалось только 3 человек, остальные погибли от сепсиса.

Выводы. Среди многочисленных причин абсцессов печени есть и редкие, порой непредсказуемые причины. Наряду с традиционными открытыми методами лечения, включая методики Мельникова, Клермона и другие, всё чаще применяем перкутанное дренирование с лучевым наведением.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

М.А. Бородин, Д.М. Красильников, С.И. Спиридонов, А.М. Имамова
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Казань, Россия)
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ (Казань, Россия)

Цель исследования: разработать методику выбора оптимальных вариантов малоинвазивных вмешательств у больных с абсцессами печени.

Материалы и методы. За период с 2008 по 2013 г. в клинике хирургии № 1 ГБОУ ВПО «КГМУ» на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» проведено хирургическое лечение 147 больных с абсцессами печени. Возраст пациентов – от 18 до 80 лет, мужчин было 64 (43,5%), женщин – 83 (56,5%).

Причиной формирования абсцессов печени являлся острый деструктивный холецистит, холедохолитиаз, гнойный холангит, панкреонекроз у 94 (64%) пациентов, травма печени – у 8 (5,4%). Достоверно причина развития заболевания не установлена в 45 (30,6%) наблюдениях. Одиночные абсцессы печени были у 139 (94,6%) больных, множественные (милиарные) – у 8 (5,4 %).

Дренирование абсцессов во всех случаях производили транспеченочно по одноэтапной методике. В полость абсцессов размерами более 50 мм, а также при наличии абсцессов, имеющих неправильную форму, устанавливались не менее двух дренажей 12 или 14 Fr, в более мелкие абсцессы – 9 или 8 Fr. При множественных абсцессах диаметром более 25 мм производили как дренирование полостных образований, так и катетеризацию воротной вены для введения антибиотиков. Абсцессы размером менее 25 мм не дренировали, проводили пункционную санацию в среднем 3–4 раза.

Результаты. Обязательными мероприятиями, что предопределяло успех лечения, являлись устранение этиологических причин возникновения абсцессов, комплексная терапия, ежедневный УЗ-контроль и санация полости абсцессов. Также при наличии детрита, состоящего из крупных фрагментов, проводилась поэтапная замена дренажей в сторону увеличения их диаметра и агрессивная ирригация. Показаниями для удаления дренажей являлось отсутствие отделяемого по дренажам в течение одной недели в совокупности с ультразвуковыми данными и клинической картиной.

Послеоперационный госпитальный период составил 7 дней, амбулаторное лечение – 14 дней. Летальность – 0,68% (умер один пациент с множественными абсцессами печени, в результате панкреонекроза, осложненного пилефлебитом). В 4 наблюдениях малоинвазивное лечение расценено как неэффективное, при этом сохранялась остаточная полость и отделяемое по дренажу более 3 месяцев. В дальнейшем пациенты оперированы традиционным открытым способом. Летальных исходов не наблюдали.

Выводы. Результаты применения малоинвазивных чрескожных вмешательств у больных с абсцессами печени показали их высокую эффективность. Считаем, что одноэтапная методика дренирования более предпочтительна, так как уменьшает возможность инфицирования пункционного канала. При абсцессах печени размерами менее 25 мм более рациональным является проведение пункционной санации полости абсцесса.

КРИПТОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ: ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Б.Б. Гафуров

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Екатеринбург, Россия)

ГБУЗ Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Цель исследования: оценить эффективность различных способов дренирования абсцессов печени.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 42 пациентов с криптогенными солитарными абсцессами печени размерами 5–16 см, оперированных в период 2011–2013 гг. Средние сроки заболевания составили 14±1,63 дня. Средний возраст пациентов – 55±2,8 года.

Клинические проявления сепсиса имели место у 35 (83,3%) больных, тяжелого абдоминального сепсиса – у 7 (16,7%). Средний балл SOFA составлял 8,6. Основными методами диагностики были УЗИ и КТ.

Всем больным производили предварительную пункцию абсцесса иглой диаметром 18–24 G под контролем УЗИ. Содержимое абсцессов было взято для микроскопического исследования. Предпочтительными считали навигационные пункционные методики дренирования. При получении жидкого гноя и размерах абсцессов до 7 см (13 (31,0%) пациентов) лечение ограничили

навигационными пункциями с аспирацией содержимого. Среднее количество пункций у одного больного – 3,2.

17 (40,5%) пациентам с размерами абсцесса 7–16 см и жидким содержимым под контролем УЗИ полость дренировали 1–2 полихлорвиниловыми дренажами. Еще у 12 (28,5%) больных первичная навигационная тонкоигольная пункция выявила густое вязкое скудное содержимое. Полость абсцесса им вскрывали из мини-доступа длиной 3–5 см (мини-лапаротомия, мини-торакофренотомия с поднадкостничной резекцией ребра).

Результаты. Наличие микрофлоры выявлено у 40 (95,2%) из 42 человек. Выделяли в большинстве случаев *Klebsiella pneumoniae, Pseudomonas aerugenosa, Escherichia coli, Acinetobacter baumani, Proteus spacies*.

Все больные выздоровели. Средняя продолжительность лечения при навигационных тонкоигольных пункциях составила 14,2±3,41 дня, при пункционных чрескожных дренированиях – 16,3±4,30, при дренировании из мини-доступа 32,5±3,25 ($P < 0,01$).

Выводы. Различные методы дренирования являются эффективными в лечении криптогенных абсцессов печени. Вариант такого лечения следует выбирать в зависимости от размеров полости абсцесса и его содержимого.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

М.Р. Гараев, А.И. Грицаенко, В.Д. Дорофеев

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Уфа, Россия)

ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова (Уфа, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения пациентов с инфицированными полостными образованиями печени (ИПОП) путем верификации основных возбудителей с определением их чувствительности к наиболее часто применяемым антибактериальным препаратам.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2014 г. в хирургических отделениях РКБ им. Г.Г. Куватова проведено лечение 138 пациентов с ИПОП. В 132 (95,7%) случаях после дообследования и подготовки проводили оперативное лечение, в процессе которого производили забор содержимого ИПОП для микробиологического исследования путем посева на питательные среды и определения чувствительности чаще всего к назначаемым антибактериальным препаратам.

Основываясь на анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных, изучена структура причин развития ИПОП. В структуре преобладали гематогенные (65 (47,1%) случаев) и холангиогенные (41 (29,7%) случай) пути занесения инфекции в печень; посттравматические абсцессы составили 10 (7,2%) случаев; инфицирование остаточной полости после эхинококкэктомии – 6 (4,3%) случаев; инфицированные непаразитарные кисты – по 3 (2,2%); возникновение абсцессов печени вследствие перехода воспаления со стенки желчного пузыря – 3 (2,2%). Причина возникновения ИПОП не была определена в 7 (5,1%) случаях. При этом 14 (10,1%) случаев ИПОП являлись рецидивными: преимущественно рецидивировали холангитические абсцессы печени (11 (78,6%) случаев). Клинически значимым сопутствующим заболеванием чаще всего являлся сахарный диабет – 17 (12,3%) случаев.

Результаты. Бактериологический анализ содержимого ИПОП показал, что среди выявленных возбудителей преобладала грамотрицательная флора – 52 (39,4%) случая. Чаще всего обнаруживали: *Klebsiella pneumoniae* – в 26 (19,7%) случаях, *Escherichia coli* – в 15 (11,4%),

Pseudomonas aerginosa – в 7 (5,3%). Грамположительная флора была обнаружена в 40 (30,3%) случаях. Чаще всего высевали: *Enterococcus faecalis* – в 17 (12,9%) случаях, стафилококки – в 8 (6,1%), стрептококки – в 7 (5,3%). Анаэробы были обнаружены в 6 (4,5%) случаях. У 4 (3%) пациентов флора была полимикробной: с наибольшей частотой встречалось сочетание грамотрицательной флоры с анаэробами. В 1 (0,8%) случае высевали грибы рода *Candida*. В 2 (1,5%) случаях при микроскопии обнаружены амебы. В 39 (29,5%) случаях посевы содержимого ИПОП роста микрофлоры

не дали, что можно объяснить тем, что контингент пациентов с ИПОП был представлен в основном людьми, длительно получавшими антибактериальную терапию в стационарах по месту жительства до поступления в РКБ.

Проведена оценка чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам аминогликозидового ряда, цефалоспоринам, фторхинолонам, пенициллинам, карбапенемам, ванкомицину и метронидазолу, при этом выявлена высокая частота полиантибиотикорезистентности: среди энтерококков – в 70%, среди энтеробактерий – в 36,5%, у синегнойной палочки – в 71%.

Выводы. Гематогенный и холангиогенный пути являются основными для попадания инфекции в печень. Возбудители ИПОП в настоящее время представлены широким спектром микроорганизмов с преобладанием грамотрицательной флоры. Широкое распространение и не всегда оправданное назначение антимикробных препаратов способствует селекции полиантибиотикорезистентых штаммов. Микробиологическое исследование содержимого ИПОП с определением антибиотикочувствительности обязательно для проведения адекватной медикаментозной терапии.

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

У.Х. Гаюров, К.М. Курбонов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: улучшение результатов лечения острого гнойного холангита и его осложнений.

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 48 пациентов с холангиогенными абсцессами печени (ХАП), находившихся на лечении в период с 2000 по 2014 г. Женщин было 40 (83,3%), мужчин – 8 (16,7%). Возраст больных – от 28 до 74 лет. Причины ХАП: холедохолитиаз – в 36 (75,0%) наблюдениях, рубцовые стриктуры желчных протоков травматического генеза – в 10 (20,8%), стеноз большого дуоденального сосочка – в 2 (4,2%) случаях. Для диагностики ХАП проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ, КТ, МРТ и ЭРПХГ.

Результаты. Тяжесть состояния больных с ХАП во всех наблюдениях была обусловлена эндотоксикозом и выраженной печеночной недостаточностью. Так, в 98% случаях наблюдали высокие показатели уровня маркеров эндогенной интоксикации (МСМ – 0,985±0,12 ед., ЛИИ – 6,1±1,0 ед., МДА – 6,1±1,2 ммоль/л) и цитолитических ферментов (АлАт – 1,3±0,9 ммоль/л, АсАт – 1,2±0,8 ммоль/л).

Высокоинформативными инструментальными методами диагностики ХАП являлись УЗИ и КТ, которые позволили в 89–90% наблюдений выявить наличие гнойников в печени, расширение внутрипеченочных желчных протоков, а также наличие конкрементов и стриктуры желчных протоков. Для диагностики ХАП в 8 (16,7%) случаях прибегли к ЭРПХГ.

Для лечения ХАП применяли традиционные открытые вмешательства в 31 (64,6%) наблюдении, мини-инвазивные и эндоскопические – в 17 (35,4%) случаях, во время которых, наряду с лечением ХАП, производили коррекцию причины, способствующей возникновению заболевания. Обязательным компонентом лечения ХАП являлось назначение антибактериальной, инфузионно-трансфузионной терапии с введением препаратов в портальное русло и в желчевыводящие пути через наружный дренаж холедоха.

В послеоперационном периоде в 15 (31,3%) наблюдениях отмечали осложнения с 6 (12,5%) летальными исходами.

Вывод. Диагностика ХАП должна быть комплексной, что позволяет выбрать наиболее оптимальный способ лечения.

ОСОБЕННОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ СПИДом

В.В. Дарвин, Н.В. Климова, А.А. Гаус, У.Б. Ильина, О.А. Зинченко

ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет Министерства образования России (Сургут, Россия)

БУ ХМАО-Югры Сургутская областная клиническая больница (Сургут, Россия)

Особенностью течения острой хирургической инфекции у больных СПИДом является несоответствие значительных изменений, выявляемых при визуализационных методах исследования, со слабо выраженной нетипичной клинической симптоматикой. Длительное формирование капсулы гнойников приводит к затяжному течению заболевания, а наличие ВИЧ-ассоциированных опухолей и оппортунистических инфекций – к крайнему полиморфизму клинико-диагностической симптоматики. Полиорганность, множественность поражения, склонность к рецидивированию осложняют диагностику хирургической инфекции у больных СПИДом.

Цель исследования: сравнительный анализ данных КТ и МРТ в диагностике абсцессов печени у больных СПИДом.

Материалы и методы. Проанализированы данные КТ и МРТ органов брюшной полости 23 пациентов со СПИДом в возрасте от 25 до 38 лет. Помимо общеклинических и инструментальных методов исследования, всем пациентам была выполнена МСКТ грудной клетки и брюшной полости на аппарате «Toshiba Agnilion-64» с болюсным контрастным усилением, с абсцессами печени МРТ брюшной полости на аппарате «Siemens 1,5T Maqneton Essenza» с болюсным контрастным усилением провели 12 (52,2%) пациентам, 5 из которых – с гепатоспецифическим препаратом «Примовист».

Результаты. По данным КТ у 12 пациентов были диагностированы абсцессы печени: единичные – у 4 (33,3%), множественные – у 8 (66,7%). Размеры абсцессов варьировались в пределах от 1 до 5 см. Во всех наблюдениях абсцессы печени визуализировали как гиподенсивные зоны, причем в нативную фазу, лишь при условии их величины более 10 мм, более мелкие структуры практически не визуализировали. При этом капсула абсцесса длительное время, вплоть до отсроченной фазы, была не видна, и совершенно не визуализировалась без контрастного усиления.

При сравнении полученных при МСКТ данных с результатами МРТ было установлено, что зона инфильтрации паренхимы по данным МРТ значительно превышала размеры абсцесса, выявленного при КТ. Кроме того, при МРТ образования размером менее 10 мм также хорошо дифференцировались. Даже без контрастного усиления четко дифференцировали структуру и толщину капсулы абсцесса. У 3 пациентов в выделительную фазу (через 25–70 минут) при использовании контрастного препарата «Примовист» были диагностированы гепатобилиарные

свищи. Динамическое МР-исследование позволило выявить положительную динамику у 2 пациентов в виде самопроизвольного дренирования абсцессов размером до 3 см через билиарную систему с формированием билиарных свищей, без хирургического вмешательства.

Выводы. Чувствительность МСКТ в диагностике абсцессов печени составляет 95,5%, а специфичность – 92%.

МРТ с контрастным усилением высокоинформативна в диагностике абсцессов печени у больных СПИДом. Чувствительность метода – 97%, специфичность – 93,5%, а использование гепатоспецифического препарата «Примовист» позволяет повысить чувствительность – до 99,5%, специфичность – до 97%. Только при применении этого препарата возможна диагностика гепатобилиарных свищей. Кроме того, МРТ позволяет оптимизировать решение тактических вопросов, фиксируя положительную динамику течения процесса при прорыве абсцесса во внутрипеченочные желчные пути с образованием внутренних билиарных свищей.

ХОЛАНГИОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

З.А. Дундаров, В.М. Майоров, Д.М. Адамович, С.Л. Зыблев
Гомельский государственный медицинский университет (Гомель, Беларусь)

Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков (ВЖП) более чем в 90% случаев имеют ятрогенный характер и обычно образуются после «малых» повреждений во время операции. При «больших» повреждениях ВЖП формируют билиодигестивный или билиобилиарный анастомоз, стриктура которого развивается в 20–25% случаев, достигая при высоких повреждениях 50–70% (Гальперин Э.И., 2010). На фоне нарушения проходимости ВЖП развивается гнойный холангит, который отмечается чаще при частичном нарушении проходимости ЖП, нежели при полном (Ахаладзе Г.Г., 2009).

Цель исследования: изучить результаты лечения гнойных билиарных осложнений у больных с рубцовыми стриктурами ВЖП.

Материалы и методы. За период 2000–2013 гг. оперировано 53 больных с рубцовыми стриктурами ВЖП. В исследовании преобладали женщины – 42 (79,2%). Средний возраст больных составил 57,2±3,6 года. Стриктуры ВЖП отмечены у 32 (60,4%); стриктуры билиодигестивных анастомозов – у 21 (39,6%) (гепатикодуоденостомия – 6, гепатикоеюностомия – 15). В соответствии с классификацией H. Bismuth больные были распределены следующим образом: тип I – 11 (20,8%), тип II – 17 (32,0%), тип III – 12 (22,6%), тип IV – 9 (17,0%), тип V – 4 (7,6%).

Результаты. Отмечена закономерность: чем выше стриктура, тем быстрее прогрессировало заболевание. При высоких стриктурах больные поступали через 4,7±0,9 мес. после первой операции; при низких – через 13,6±5,8. По мере формирования стриктуры у больных развивался холангит, заболевание приобретало волнообразное течение. В периоды обострений проявлялось гипертермией, ознобами, транзиторной желтухой, тяжестью и иногда болями в правом подреберье.

Информативность УЗИ составила 81% (43 больных), при этом определяли расширение ЖП, нередко с образованием камней. Милиарные абсцессы печени выявлены у 3 (5,7%) больных, солитарные – у 2 (3,8%). Наибольшей информативностью обладали РХПГ с тугим заполнением ЖП и МР-холангиография.

Во время операции хронический холангит выявлен у всех больных: утолщение стенки ВЖП – у 53 (100%), мутная вязкая желчь с хлопьями и мелкими конкрементами – у 39 (73,6%), гнойная желчь – у 14 (26,4%), милиарные абсцессы печени – у 6 (11,3%), солитарные абсцессы –

у 2 (3,8%). Во всех случаях операция заключалась в иссечении рубцовой ткани (в том числе и после разобщения ранее наложенного соустья) и формировании широкого гепатикоеюноанастомоза по Ру. У больных с солитарными абсцессами печени предварительно выполняли пункционное дренирование полости под УЗ-наведением. У больных с милиарными абсцессами печени во время операции, после выполнения реконструктивного этапа вскрывали максимально возможное количество абсцессов. У 3 пациентов в послеоперационном периоде дополнительно выполняли пункционную санацию абсцессов. Умерло 3 (5,7%) больных с милиарными абсцессами печени.

Выводы. У больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами ВЖП и билиодигестивных анастомозов высока вероятность развития холангиогенных абсцессов.

При солитарных абсцессах печени показано предварительное пункционное дренирование полости гнойника с последующей реконструктивной операцией на ЖВП.

Пациенты с милиарными абсцессами печени требуют индивидуального подхода, сочетающего интраоперационное вскрытие гнойников с пункционной санацией оставшихся полостей.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

М.Ф. Заривчацкий, М.В. Колыванова, И.Н. Мугатаров, А.А. Смольков
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

Абсцессы печени относят к редкой и тяжелой экстренной хирургической патологии. Летальность при них может достигать 15,2–55,0%.

Цель исследования: оценить преимущества малоинвазивных методов диагностики и лечения абсцессов печени.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2014 г. проведено лечение 36 больных с абсцессами печени. Мужчин было 24 (66,7%), женщин – 12 (33,3%). Средний возраст больных составил 45,5±13,2 года. Холангиогенные абсцессы диагностированы у 13 (36,1%) человек, послеоперационные – у 8 (22,2%), посттравматические – у 8 (22,2%), нагноившиеся кисты, в том числе паразитарные, – у 3 (8,4%), криптогенные – у 4 (11,1%). Множественные образования выявлены у 7 (19,4%) больных, милиарные – у 3 (8,3%), солитарные – у 26 (72,3%). Размеры полости абсцессов варьировались до 5 см – в 18 (50%) случаях, 5–10 см – в 11 (30,6%), более 10 см – у 7 (19,4%). В правой доле печени абсцессы выявлены у 22 (61,1%) больных, в левой доле – у 10 (27,8%), в обеих долях – у 4 (11,1%).

Диагностический алгоритм включал: общеклинические исследования, лабораторные данные (в то числе бактериологические и иммуноферментные), УЗИ (при необходимости сопровождающиеся пункцией), КТ и МРТ.

Результаты. Всем больным проводили системную эмпирическую, а затем целенаправленную антибиотикотерапию, симптоматическую терапию. Предпочтение отдавали методике чрескожной пункции и дренирования абсцесса под УЗ-навигацией. Полость по возможности опорожняли и промывали растворами антисептиков (0,05% хлоргексидина биглюконат, 0,01% диоксидин). При диаметре абсцесса 10 см и более в его полость устанавливали два дренажа и проводили промывание в капельно-проточном режиме. В послеоперационном периоде осуществляли регулярные санации и УЗ-контроль. В 17 случаях проведено склерозирование остаточной полости 76% раствором урографина. Эта процедура позволяла также оценить сообщение полости абсцесса с крупными желчными протоками (у 8 пациентов).

У 2 больных, госпитализированных с перфоративными абсцессами печени, клиникой разлитого перитонита и абдоминального сепсиса, произведены лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости.

Положительный лечебный эффект при чрескожном дренировании абсцессов печени достигнут у 34 (94,4%) больных. Средняя продолжительность госпитализации составила 18,4±3,4 суток. Летальных исходов не было. При контрольном УЗИ через 4–6 недель остаточной полости значимых размеров не определяли.

У 2 (5,6%) пациентов с перфоративными абсцессами печени, клиникой перитонита и абдоминального сепсиса после произведенного открытого оперативного вмешательства отмечено тяжелое течение послеоперационного периода, от развившейся полиорганной недостаточности наступила смерть.

Вывод. Лечение абсцессов печени должно проводиться, по-возможности, малоинвазивно, сопровождаться комплексной медикаментозной терапией и регулярной санацией гнойного очага.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Т.А. Кадощук, О.Е. Каниковский, В.В. Петрушенко, С.С. Стукан, В.С. Бахнивский
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
(Винница, Украина)

Актуальность. Холангиогенные абсцессы составляют основную этиологическую группу абсцессов печени и отличаются тяжелым течением и высокими показателями летальности, что связано с объединением двух хирургических инфекций: гнойного холангита и абсцессов печени.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с холангиогенными абсцессами печени путем внедрения малоивазивных технологий, а также определение спектра и чувствительности микробиологической флоры для проведения адекватной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. За период с 1970 по 2014 г. в клинике хирургии медицинского факультета № 2 пребывало на лечении 48 больных в возрасте от 18 до 72 лет с холангиогенными абсцессами печени. Мужчин было 21 (43,8%), женщин – 27 (56,2%). Выявлены следующие причины образования абсцессов печени: гнойный холангит – 22 (45,8%); острый деструктивный холецистит – 10 (20,8%); травма печени – 8 (16,8%); воспалительные заболевания органов брюшной полости и пилефлебит – 5 (10,4%); сепсис – 3 (6,2%). Абсцессы располагались в правой доле печени в 39 (81,2%) случаях, а в левой у 9 (18,7%) больных. Солитарные абсцессы составили 64,7%, множественные – 25,4%, милиарные – 9,9%. Основными и постоянными симптомами заболевания были увеличение печени и болевой синдром в правом подреберье. Стойкое повышение температуры отмечено в 75% случаев. Желтуха выявлена у 83,4 % больных, лейкоцитоз и анемия – у 34%. У 6 больных абсцедирование печени осложнилось спонтанным прорывом: в плевральную полость – у 2 человек; в поддиафрагмальное пространство – у 3; в свободную брюшную полость – у 1. В диагностике абсцессов печени, кроме традиционного рентгенологического, широко применяли УЗИ, КТ, данные интраоперационного исследования. Бактериологическое исследование включало изучение спектра анаэробной и аэробной микрофлоры из полости абсцесса. Для создания анаэробиоза применяли методы культивирования в микроанаэростатах с трехкомпонентной газовой смесью с инкубацией при 36–37ºС.

Результаты. Бактериологические исследования содержимого абсцесса: возбудителями была комбинация анаэробных и аэробных микроорганизмов в 41% случаев; монокультура анаэробных бактерий – в 39%; монокультура аэробных бактерий – в 15%. Роста микрофлоры не было у 3 больных. Причем среди анаэробных бактерий чаще встречались бактероиды группы фрагилис (13 штаммов), бактероиды группы меланиногеникус (6), анаэробные кокки (8), фузобактерии (3), актиномицеты (2). Среди аэробных бактерий встречались стрептококки (8 штаммов), кишечная

палочка (2), протей (4), псевдомонас аеругиноза (2). Применяли следующие виды лечения: 1) чрескожные пункции и дренирование под контролем УЗИ; 2) открытое хирургическое вмешательство – у 32 (66,7%) больных, из них дренирование абсцесса – у 26, резекция доли печени – у 3; 3) антибактериальная терапия совместно с восстановлением проходимости желчных протоков без какого-либо вмешательства на абсцесс – 6 (12,5%) больным. Из 48 больных с холангиогенными абсцессами печени выздоровели 46 (95,8%) и умерли 2 (4,2%) больных.

Больные с милиарными абсцессами характеризовались достоверно высоким уровнем летальности (42,6%, $p \leq 0,001$). Высокая летальность наблюдалась также у больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком (72,4%, $p \leq 0,001$).

Выводы. Основным фактором в патогенезе возникновения холангиогенных абсцессов печени является желчная гипертензия. Она также играет ведущую роль в процессе прогнозирования тяжести болезни и результатов лечения. Лишь после ликвидации этого фактора можно рассчитывать на положительный результат как малоинвазивного, так и традиционного хирургического и даже медикаментозного лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫХ И ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Т.А. Кадощук, В.В. Петрушенко, С.С. Стукан, В.С. Бахнивский
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова
(Винница, Украина)

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с перивезикальными и холангиогенными абсцессами печени путем выполнения своевременных оперативных вмешательств с устранениям причины заболевания и проведения адекватной антибактериальной терапии.

Материалы и методы. В период с 1976 по 2014 г. у 71 больного в возрасте от 39 до 78 лет были выявлены абсцессы печени: перивезикальные абсцессы – у 23 (32,4%); холангиогенные абсцессы – у 48 (67,6%). Умерли 2 (2,8%) больных с множественными холангиогенными абсцессами печени, гнойным холангитом, перитонитом. Проведенное бактериологическое исследование включало экспресс-диагностику (мазок с окраской по Граму), изучение спектра анаэробной и аэробной микрофлоры в гнойном содержимом абсцессов и крови больных.

Результаты. Проведенные бактериологические исследования показали, что пусковым механизмом в воспалительном процессе, обусловленном абсцессами печени, у больных с осложнениями острого деструктивного холецистита являются неклостридиальные анаэробные бактерии. У 14 (60,9%) больных с перивезикальными абсцессами выделяли ассоциации аэробных и анаэробных бактерий. У 1 больного роста микрофлоры не было. При исследовании содержимого холангиогенных абсцессов печени преобладала анаэробная микрофлора.

Клиническая картина у больных с абсцессами печени характеризировалась выраженным полиморфизмом (ознобы, повышение температуры до 39,5ºС, боли в правом подреберье, увеличение печени, лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, желтуха, анемия).

Предварительным клиническим диагнозом был острый деструктивный холецистит у 51 (71,8%) обследованного, абсцесс печени был установлен при УЗИ у 13 (31,7%) больных. Объём гнойного содержимого в полостях абсцессов варьировался в значительных пределах – от 10 мл до 3 л. Существенную помощь в дооперационной диагностике абсцессов печени оказывает УЗИ, так как в клинической картине заболевания в большинстве случаев на первый план

выступают признаки деструктивного холецистита, гнойного холангита, механической желтухи. Кроме того, важную роль в диагностике играет сканирование печени.

Видовой состав выделенной микрофлоры: анаэробные бактерии: бактероиды группы фрагилис – 19, группы меланигеникус – 4, кокки – 8, фузобактерии – 1, актиномицеты – 1; аэробные бактерии: стрептококки – 8, кишечная палочка – 11, протей – 3, псевдомонас аэругиноза – 1. При бактеорологических посевах крови положительные результаты получены в 12 случаях, при этом в 11 выявлены бактероиды.

При осложненных формах острого холецистита с подозрением на деструкцию желчного пузыря, абсцесс, гнойный холангит операцию проводим в максимально короткие сроки (от 0 до 6 ч) с момента поступления больных в стационар с учетом длительности приступа, анамнеза заболевания и сопутствующих заболеваний. Сразу после поступления больных в клинику широко применяем ультразвуковое исследование. В первые 3 ч оперативное вмешательство было выполнено у 42 больных, в первые 6 ч – у 29 больных. При обнаружении гангренозных изменений в стенке желчного пузыря и перивезикального абсцесса при холецистэктомии удаляем все некротические ткани, гной и обрабатываем ложе пузыря 0,5% диоксидина, дренируем подпеченочное пространство. Наибольшие трудности представляет лечение множественных холангиогенных абсцессов на фоне распространенного гнойного холангита и желтухи. Оно включает интрахоледохеальное и внутривенное применение антибактериальних препаратов: аминогликозидов и цефалоспоринов. В профилактике подобных осложнений весьма важна активная хирургическая тактика при остром холецистите.

Выводы. Основным принципом лечения абсцессов печени являются своевременное оперативное вмешательство, устранение причины заболевания и адекватная антибактериальная терапия.

ХИРУРГИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ В ЭНДЕМИЧЕСКОМ ОЧАГЕ ОПИСТОРХОЗА

Д.П. Кислицин, В.В. Хрячков, В.П. Ионин,
Н.А. Колмачевский, А.А. Добровольский
Окружная клиническая больница (Ханты-Мансийск, Россия)

Цель исследования: улучшить непосредственные результаты лечения абсцессов печени.

Материалы и методы. С 2001 г. на базе специализированного хирургического отделения пролечено 78 пациентов с абсцессами печени, 32 (41,1%) женщины и 46 (58,9%) мужчин в возрасте от 22 до 89 лет. По этиологии большая часть абсцессов была холангиогенного происхождения – 61 (78,2%) больной: осложненный холелитиаз – 25 (41,0%) (на фоне описторхоза – 16), опухоли внутри- и внепеченочных протоков – 20 (32,8%) (на фоне описторхоза – 14), описторхозный гнойный холангит – 16 (26,2%) пациентов. Послеоперационные абсцессы имели место у 12 (15,4%) пациентов после вмешательств на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны. Криптогенные абсцессы – у 5 (6,4%) пациентов. Одиночные абсцессы имели место у 52 (66,6%) пациентов, множественные – в 26 (33,4%) случаях. Наличие описторхозной инвазии и паразитарное поражение желчных протоков отмечено у 54 (69,2%) пациентов (данные лучевых методов диагностики, копроскопии, ИФА).

Выполнено чрескожных пункционно-дренажных вмешательств – 76, ретроградных вмешательств на БДС (ЭПСТ) – 46; антеградных вмешательств на внутрипеченочных протоках (ЧЧХС) с целью декомпрессии билиарной системы – 18; лапароскопических вмешательств – 8; «открытых» дренирующих вмешательств на печени и желчевыводящих протоках – 12; резекций печени – 7, в т.ч. 4 анатомические гемигепатэктомии. Резекционные вмешательства выполняли при множественных абсцессах, занимающих большую часть доли печени (опухоль Клацкина или стриктуры

желчных протоков на фоне паразитарного поражения), отдавали предпочтение Habib-резекциям на фоне воспалительно-измененной паренхимы печени, нарушенной системы гемостаза, а также с целью абластики при опухолевом поражении органа. Во время вмешательств применяли современные технологии гемобилиостаза, предупреждения и своевременного восполнения кровопотери, обязательное дренирование билиарной системы с проведением гидропробы при больших и обширных резекциях печени, профилактику инфекционных и тромбоэмболических осложнений.

Результаты. Специфические осложнения во время вмешательств и в раннем послеоперационном периоде имели место в 30 (38,5%) случаях. Основную группу в структуре осложнений составили билиарные – 22 (73,3%), интраоперационное кровотечение с кровопотерей более 30% ОЦК – 3 (10%), острая печеночная недостаточность – 1 (3,3%), сепсис – 4 (5,1%), в двух случаях явившийся причиной полиорганной недостаточности и летального исхода. Отграниченные желчные скопления зоны дренирования абсцесса и прикультевые скопления после резекций печени санированы пункционно-дренажными методами с использованием ультразвуковой навигации у 12 пациентов, в двух случаях потребовали релапаротомии. Геморрагические осложнения при обширных резекциях повлияли на течение послеоперационного периода у трех пациентов. Острая печеночная недостаточность при обширной резекции печени на фоне множественных абсцессов правой доли печени купирована с использованием экстракорпоральных методов детоксикации. Летальность составила 2,6%.

Выводы. 1. Описторхозная инвазия обусловливает диффузное поражение печеночных протоков, развитие папиллита, гнойного холангита, что, несомненно, влияет на развитие холангиогенных абсцессов печени.

2. Применение современных мини-инвазивных методов билиарной декомпрессии, пункционно-дренажных вмешательств под контролем ультразвуковой и компьютерной навигации является основным методом лечения абсцессов печени.

3. Использование современных технологий гемобилиостаза, восполнения кровопотери, адекватное дренирование билиарной системы значимо снижают количество послеоперационных осложнений.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДИКИ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Б.Н. Котив, И.И. Дзидзава, Д.П. Кашкин, О.В. Федун, С.А. Солдатов
ФГВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО России
(Санкт-Петербург, Россия)

Цель исследования: показать роль применения комплекса минимально инвазивных методик в лечении абсцессов печени.

Материалы и методы. В исследовании представлен опыт лечения 46 случаев абсцессов печени. В большинстве наблюдений имели место абсцессы холангиогенной природы – 22 (47,8%); реже встречались контактные абсцессы печени – 4 (8,7%); паразитарные – 4 (8,7%); пилефлебитические – 3 (6,5%); абсцессы сформировались вследствие инфицирования кист печени в 5(10,9%) случаях (простых – 3, эхинококковых – 2); гнойные очаги образовались после радиочастотной абляции опухоли в 3 (6,5%) наблюдениях и в 1 вследствие некроза опухоли после жировой химиоэмболизации сосудов печени; нагноение посттравматических гематом имело место у 2 (4,3%) больных. Еще в 2 случаях причина образования абсцесса не была установлена (криптогенные абсцессы).

Наиболее частыми причинами развития холангита и внутрипеченочного абсцедирования являлись стриктура гепатикохоледоха (22,7%) и холелитиаз (36,4%); в остальных наблюдениях

причиной холангита были склерозирущий холангит (4,5%), аденома большого дуоденального сосочка (9,1%), злокачественные опухоли гепатопанкреатобилиарной области (13,6%), наличие гепатикоэнтероанастомоза (13,6%). По данным бактериологических исследований наиболее частыми возбудителями являлись кишечная палочка (34,8%), стафилококк (13%), клебсиелла (17,4%), реже высевали синегнойную палочку и протей, а также определяли ассоциации бактерий. Чаще всего абсцессы были солитарными (76,1%) и локализовались в правой доле печени (n=36, 78,3%).

Результаты. Выбор хирургической тактики разрешения абсцесса печени определяли дифференцированно в зависимости от этиологии, размеров и числа гнойных очагов. При множественных мелких абсцессах (диаметром 1–2 см) при условии адекватной проходимости желчных путей назначали только антибактериальную терапию (цефалоспорины III–IV поколения, фторхинолоны, метрогил). В большинстве остальных наблюдений ведущим способом лечения абсцессов печени считали минимально инвазивные методики. Пункционный метод санации печеночного абсцесса под УЗ-наведением в сочетании с антибактериальной терапией применяли при небольших (до 3–4 см в диаметре) гнойных полостях. При крупных абсцессах (более 5 см в диаметре) прибегали к чрескожной чреспеченочной установке дренажа под УЗ-контролем. Для дренирования использовали специальные стилет-катетеры с кончиком типа «pig tail» диаметром от 8 до 14 Fr. Выбор диаметра определяли объемом дренируемой полости. В ряде случаев при значительном объеме гнойной полости или многокамерной ее структуре для более адекватной и тщательной санации устанавливали два дренажных катетера. В ряде наблюдений при множественных абсцессах различного диаметра использовали сочетание пункционного и дренирующего способов лечения. При установленной холангиогенной этиологии абсцесса лечение обязательно дополняли устранением причины нарушения желчеоттока. С этой целью также применяли один из минимально инвазивных методов декомпрессии. В случае локализации стеноза или стриктуры в дистальных отделах желчных протоков, а также при холангиолитиазе разрешение холестаза производили путем ЭПСТ, литоэкстракции и назобилиарного дренирования или билиодуоденального стентирования. Реже, в случаях невозможности эндоскопического доступа, выполняли антеградное чрескожное дренирование желчных протоков. В подавляющем большинстве случаев применение минимально инвазивных методик привело к полному выздоровлению. Летальных исходов не было. В 2 наблюдениях чрескожное дренирование оказалось безуспешным вследствие наличия крупных секвестров и многокамерных полостей, что потребовало выполнения резекции печени.

Вывод. Дифференцированное применение комплекса минимально инвазивных методик в сочетании с рациональной антибиотикотерапией позволяет добиться выздоровления в большинстве случаев внутрипеченочного абсцедирования.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ю.В. Кулезнева, Е.А. Смирнов, А.В. Мусатов

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России (Москва, Россия)

ГБУЗ Городская клиническая больница № 68 (Москва, Россия)

Актуальность. Абсцессы паренхиматозных органов брюшной полости, в частности печени и селезенки, являются, по-прежнему, одной из актуальнейших проблем ургентной хирургии. Встречаемость абсцессов печени невелика и составляет около 20 случаев на 100 тыс. населения.

Абсцессы селезенки как самостоятельное заболевание встречаются крайне редко и, как правило, являются причиной перехода инфекций с соседних органов.

Цель исследования: оценить эффективность чрескожных методов лечения абсцессов паренхиматозных органов брюшной полости под контролем УЗИ и рентгентелевидения (РТВ).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 64 больных с абсцессами печени и селезенки за период с 2004 по 2014 г. на базе ГКБ № 68 г. Москвы. С абсцессами печени (АП) было 58 (90,6%) больных в возрасте от 17 до 85 лет и с абсцессами селезенки (АС) 6 (9,4%) больных в возрасте от 25 до 78 лет. Среди абсцессов печени диагностированы: холангиогенные (13 больных), пилефлебитические (1), контактные (7), септические (11) и криптогенные (26). Причинами развития абсцессов селезенки были: сепсис (3), нагноение посттравматической подкапсульной гематомы (2) и абсцесс хвоста поджелудочной железы (1).

Всем больным до операции проводили стандартное УЗИ органов брюшной полости. Вмешательства выполняли в условиях рентгеноперационной, оснащенной УЗ-аппаратом (портативный или среднего класса) и передвижной установкой С-дуга. Все манипуляции выполняли под комбинированным обезболиванием (сочетание местной анестезии и внутривенной седации).

После пункции абсцесса под УЗ-контролем выполняли фистулографию для выявления затеков и связи полости с сосудистыми и протоковыми структурами, а также для оценки адекватности санации. При необходимости устанавливали дополнительный дренаж.

Результаты. Объем абсцессов печени составил от 3 до 800 мл; объем абсцессов селезенки – от 80 до 800 мл.

При АП дренирование выполнено в 42 (72,4%) случаях. Средний возраст больных составил 59±4 лет. Санационная пункция выполнена в 16 случаях, 6 больным потребовалась повторная санационная пункция. Пункциями полости абсцессов ограничивались при объеме полости абсцессов до 10 мл. Средний объем абсцессов составил 200±50 мл. Во время дренирования абсцессов использовали от 1 до 3 дренажей. Число установленных дренажей определяли интраоперационно в зависимости от формы полости, аспирации контрастного вещества. Время стояния дренажей варьировалось в пределах от 3 до 29 дней. Дренажи удаляли при полном очищении полости. Средний срок стояния дренажа составил 21±3 дня.

Осложнений, связанных с дренированием абсцессов, не было. После дренирования АП септической природы отмечены 3 летальных исхода, связанные с общим тяжелым состоянием и развитием полиорганной недостаточности. Во время лечения криптогенных АП было 2 летальных исхода от развившегося инфаркта миокарда.

Абсцессы селезенки были излечены установкой дренажа. Средний возраст больных с абсцессами селезенки составил 53±3 года; средний объем абсцесса – 150±30 мл; время стояния дренажа – от 11 до 30 дней. Дренажи удаляли после полного опорожнения и очищения полости. Среднее время стояния дренажа составило 24±4 дня. Осложнений и летальных исходов в данной группе не наблюдали.

Выводы. Лечение абсцессов паренхиматозных органов брюшной полости методом чрескожного дренирования под контролем УЗИ и РТВ является адекватной альтернативой традиционным операциям и должно быть широко представлено в различных хирургических стационарах.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ЭХИНОКОККОВОМ АБСЦЕССЕ ПЕЧЕНИ

К.М. Курбонов, А.Д. Гулахмадов, Дж. Давлатов, З. Азизов
Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения эхинококкового абсцесса печени (ЭАП).

Материалы и методы. Располагаем опытом мини-инвазивного лечения 24 пациентов с ЭАП. Мужчин было – 16 (66,7%), женщин – 8 (33,3%). Возраст больных – от 18 до 74 лет. Для диагностики ЭАП проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включая УЗИ и КТ. Одиночные ЭАП диагностировали в 18 (75,0%) наблюдениях, два образования – в 4 (16,7%), множественные ЭАП – в 2 (8,3%) случаях.

Результаты. Высокоинформативным методом диагностики ЭАП являлись УЗИ и КТ, которые позволили установить локализацию, размеры и характер осложнений. Для выполнения чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств при ЭАП придерживались следующих критериев: размеры ЭАП не должны превышать 8,0 см; ЭАП не должен находиться в труднодоступных сегментах печени; отсутствие утолщения или сморщивания хитиновой оболочки по данным УЗИ; отсутствие УЗ-признаков сообщения ЭАП с просветом внутрипечёночного желчного протока; наличие погибших эхинококковых кист.

Чрескожные чреспечёночные пункционно-дренирующие вмешательства выполняли под УЗ-контролем в 20 (83,3%) случаях, под эндоскопическим контролем – в 4 (16,7%). В послеоперационном периоде осложнения в виде желчеистечения отмечены в 2 (8,3%) наблюдениях, которые самостоятельно прекратились.

Вывод. Чрескожные чреспечёночные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ- и эндоскопическим контролем являются эффективным методом лечения ЭАП.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.Г. Лим, М.У. Арипова
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз
(Ташкент, Узбекистан)

Актуальность. Абсцессы печени как тяжелое проявление гнойной инфекции по праву считаются одной из сложных проблем хирургии печени и желчных путей. Частота встречаемости абсцессов печени варьируется в пределах от 0,006 до 0,022%. По данным других авторов, абсцессы печени составляют до 0,16%, достигают летальности от 16,9 до 55,0% и зачастую требуют хирургического вмешательства. В современной литературе диагностика абсцессов печени не считается сложной задачей. Чувствительность УЗИ при диагностике этой болезни составляет от 85 до 95%, а КТ – от 90 до 97%. Использование малоинвазивных чрескожных пункционных методик дало возможность улучшить результаты лечения послеоперационных осложнений и снизить экономические затраты, однако остается достаточно много неуточненных вопросов, в особенности касающихся тактических подходов к применению различных методик дренирования и оценки их ближайших и отдаленных результатов.

Материалы и методы. За период 2011–2013 гг. в Научном Центре хирургии печени и желчевыводящих путей под наблюдением находилось 19 пациентов в возрасте от 18 до 67 лет с абсцессом печени. Женщин было 12 (63,2%), мужчин – 7 (36,8%). Абсцессы локализовались в левой доле печени у 4 (21,1%) больных, в правой доле – у 15 (78,9%). Абсцессы локализовались: поддиафрагмально – у 7 (36,8%) больных, интрапаренхиматозно – у 12 (63,2%). Диаметр абсцессов печени: от 3 до 5 см – у 6 (31,6%) пациентов, 5–10 см – у 12 (63,2%), 13 см – у 1 (5,2%).

Результаты. Топическая диагностика была основана на результатах УЗИ и КТ. Под контролем УЗИ у 15 пациентов и под контролем КТ у 4 провели чрескожную пункцию с последующим дренированием абсцессов печени по методике Сельдингера с обработкой полости антисептиками. Дренаж удаляли на (25±5)-е сутки при отсутствии по нему отделяемого, после контрольного ультразвукового исследования. У 2 больных дренирование продолжалось в течение 35 суток по причине отсутствия явных ультразвуковых признаков спадения полости кисты. В динамике в различные сроки после катетеризации полостных образований печени наблюдали замещение остаточных полостей во всех случаях.

Выводы. Современные ультразвуковые аппараты с использованием современных датчиков и методик позволяют провести интервенционные вмешательства под контролем УЗИ аналогичного качества, а порой даже и более высокого, чем под контролем КТ.

Учитывая простоту, доступность, безопасность, экономичность проведения многократного контроля в динамике, причем даже больным в крайне тяжелом состоянии, интервенционные методы лечения абсцессов печени под УЗ-контролем являются полноценной альтернативой другим видам лечения.

ОПИСТОРХОЗНЫЕ АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

Н.В. Мерзликин, Н.А. Бражникова, В.Ф. Цхай, М.Б. Саипов, В.Ф. Подгорнов, М.В. Толкаева, Д.С. Саенко

ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России (Томск, Россия)

Из 90 больных с абсцессами печени у 46 (51,1%) они являлись осложнением хронического описторхоза (2,65% от всех оперированных с осложнениями этой инвазии). Средний возраст больных составил 55,4±2,5 года, длительность инвазии – 13,2±2,4 года. Абсцессы носили холангиогенный характер в 93,5%, абсцессы развились на фоне внутрипеченочного холестаза у 41,9% пациентов, внепеченочного – у 58,1%. Причины желчной гипертензии: аденоматоз и склероз протоков, обтурация их описторхисами и детритом, склерозирующие холангиты, продленные стриктуры холедоха и БДС. Абсцессы чаще наблюдали в правой доле, в 58,1% они были множественными (в 7% из них милиарными), в 65,1% – небольшими (до 5 см в диаметре).

Клиническая картина описторхозных абсцессов печени характеризовалась тяжестью: достоверно чаще по сравнению с непаразитарными наблюдали желтуху (53,3%), гепатомегалию (88,4%), печеночно-почечную недостаточность (30,2%). В анализе крови отмечали высокую эозинофилию (11,6%). Кожные высыпания выявили в 86,0% случаев. Абсцессы носили рецидивный характер в 15,2% случаев.

Скрининговым методом диагностики являлось УЗИ, выявляющее характерные признаки хронического описторхоза. В зависимости от преобладания инфильтративных или деструктивных процессов отмечено 2 типа описторхозных абсцессов печени, характерным является отсутствие капсулы.

При абсцессах в стадии инфильтрации, милиарных абсцессах применяли внутрипортальные инфузии лекарственных препаратов, назобилиарную или транспапиллярную санацию желчного

дерева. При сформировавшихся гнойниках прибегали к оперативному лечению. Пункционные, дренирующие методы под контролем УЗИ из-за множественности гнойников, отсутствия капсулы, билиарной гипертензии были неэффективными. Выполнены открытое вскрытие и дренирование гнойников, в 34,8% – резекция печени. Две трети больных нуждались в холецистэктомии, восстановлении пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку холедоходуоденостомией из-за протяженного характера стриктур холедоха и БДС, в наружном дренировании желчных путей с целью санации их от инфекции и гельминтов для профилактики рецидивов абсцессов. Послеоперационная летальность составила 6,5%.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ КОМБИНАЦИИ МАЛОИНВАЗИВНОГО ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА И МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ОЗОНИРОВАННОГО АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА

М.А. Нартайлаков, М.Р. Гараев, А.И. Грицаенко, В.Д. Дорофеев

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Уфа, Россия)

МБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова (Уфа, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения пациентов с инфицированными полостными образованиями печени (ИПОП) путем применения метода внутриполостной терапии озонированным антибактериальным раствором.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2014 г. в хирургических отделениях РКБ им. Г.Г. Куватова находилось на лечении 138 пациентов с ИПОП. Диагностический алгоритм включал общеклинические анализы, УЗИ органов брюшной полости (ОБП) (100%), при недостаточной информации для постановки диагноза и выбора тактики лечения КТ (72 (52,2%) случая) или МРТ (3 (2,2%) случая) ОБП. После верификации диагноза проводили хирургическое лечение, которое заключалось при технической возможности в малоинвазивном вмешательстве, включающем 3 варианта. Пункция с аспирацией содержимого ИПОП без дренирования под УЗ-контролем была проведена 11 (8%) пациентам, пункция с дренированием ИПОП под УЗ-контролем – 75 (54%), пункция с дренированием ИПОП под КТ-контролем – 12 (8,7%). Когда по ряду причин выполнение малоинвазивных вмешательств не представлялось возможным, осуществляли открытые операции с вскрытием и дренированием ИПОП (34 (24,6%) случая). 6 (4,3%) пациентов, у которых размеры абсцесса были менее 20 мм и имели холангитическое происхождение, получали только медикаментозную терапию.

Пациенты, которым было проведено дренирование ИПОП путем малоинвазивного вмешательства (87 человек), были разделены на две группы, сопоставимые по половозрастному признаку, степени тяжести заболевания, объему медикаментозного лечения. В основную группу были включены пациенты (33 (37,9%) человека), которым в составе комплексной терапии после дренирования полости абсцесса для промывания полости был использован озонированный раствор полигексанида. Группу сравнения составили пациенты (54 (62,1%) человека), получавшие аналогичную терапию, но с промыванием ИПОП неозонированным водным раствором полигексанида. Статистическую обработку проводили с помощью программы StatisticaStatSoftv 6.0

Результаты. Результатом проведенного лечения явилось снижение показателей цитолиза: АЛТ – на 10-е сутки после оперативного лечения в основной группе с 117,42±21,32

до 79,41±17,28 ед., что достоверно (p=0,0358) быстрее, чем в группе сравнения, где показатели составили 123,98±24,11 и 106,91±19,38 ед.; снижение показателей холестаза: уровня общего билирубина к 7-м суткам в основной группе – с 67,23±15,48 до 51,47±13,66 ммоль/л, по отношению к группе сравнения, где динамика снижения была достоверно (p=0,0491) медленнее (с 69,15±14,71 до 58,26±13,18 ммоль/л). Из показателей, отражающих синтетическую функцию печени (общий белок), был отмечен достоверный (p=0,0355) рост показателей общего белка на 10-е сутки послеоперационного периода в основной группе с 49,68±7,36 до 57,24±8,46 г/л. по отношению к группе сравнения, где показатели составили 49,17±6,84 и 53,46±4,27 г/л. При анализе результатов лечения выявлено, что в группе сравнения длительность системной антибактериальной терапии (15,2±2,5 сут.) была дольше, чем у пациентов основной группы (12,4±1,4 сут.) (p=0,0342).

Выводы. Комбинация малоинвазивного лечения ИПОП с внутриполостной терапией озонированным антисептическим раствором позволяет ускорить восстановление функции печени, уменьшить сроки стационарного лечения, сократить продолжительность системной антибактериальной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ ПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Г.В. Павлюк, М.И. Дану, С.С. Писаренко, Л.Г. Андон
Кишинёвский государственный медицинский университет (Кишинёв, Молдова)

Одним из наиболее частых осложнений эхинококкоза печени является нагноение эхинококковой кисты, которое, по данным различных авторов, встречается у 34–82% пациентов.

Цель исследования: обоснование оптимального способа хирургического лечения нагноившихся эхинококковых кист печени на основании ближайших и отдаленных результатов лечения.

Материалы и методы. В период с 2002 по 2014 г. в клинике оперировано 298 больных эхинококкозом печени. Диагностический алгоритм включал УЗИ, КТ, рентгенографию, лабораторные и иммунологические тесты. Нагноившие эхинококковые кисты выявлены у 126 (42,3%) больных.

Результаты. Оценивая информативность диагностических методов, установили что УЗИ было информативно у 114 (91%) больных, 12 пациентам выполнена КТ с информативностью 100%, иммунологические тесты были ложноотрицательными у 9 (7%) больных.

По выраженности клинических симптомов пациенты условно были разделены на 3 группы: I – бессимптомное течение – 28 (22,5%) больных; II – малосимптомное течение с незначительными признаками гнойной интоксикации – 78 (62%) больных; III – тяжёлое течение с выраженной гнойной интоксикацией – 19 (15,5%) больных. Во всех случаях выполнена открытая эхинококкэктомия: трансторакальным доступом – в 14 случаях, абдоминальным доступом – в 105, торакофренолапаротомным доступом – у 7. В срочном порядке оперировано 14 больных, из них с прорывом нагноившихся кист в брюшную полость – 5, в плевральную полость – 4, в желчные ходы – 5 (у этой группы пациентов операции предшествовала эндоскопическая папиллосфинктеротомия). Чаще нагноению были подвержены интрапаренхиматозные кисты, цистобилиарные сообщения выявлены у 43% больных. В посеве из полости кисты высевали *E. Coli, Stafilococcus aureus.* Посев был стерилен у 38% (аэробная флора).

Радикальные операции выполнены у ограниченного количества больных: перицистэктомия – у 9, атипическая резекция печени вместе с кистой – у 4. Открытая эхинококкэктомия произведена в 105 случаях, варианты завершения ее были различны и зависели от локализации кист и тяжести состояния больного. Оментопластикой с наружным дренированием остаточной фиброзной

полости операция была завершена у 38 пациентов, у 30 из них для усиления пломбировочных свойств сальника был использован фибринный клей. Наружное дренирование с активной аспирацией выполнено у 29 больных, проточно-аспирационная ирригация – у 8. В послеоперационном периоде возникли следующие послеоперационные осложнения: наружные желчно-гнойные свищи – у 22, нагноение остаточной полости – у 4, поддиафрагмальный абсцесс – у 2, реактивный плеврит – 11, острая печеночно-почечная недостаточность – у 3. Повторно оперированы 5 пациентов. Послеоперационная летальность составила 2,3 %.

Выводы. Объём оперативного вмешательства и способ ликвидации остаточной полости должен решаться в каждом конкретном случае индивидуально в зависимости от тяжести состояния больного, локализации кисты. При невозможности выполнения радикальной операции вмешательство должно завершаться тщательной санацией и адекватным дренированием остаточной полости.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Ю.А. Пархисенко, В.Я. Генюк, Е.Ф. Кокин, В.В. Булынин

ГБОУ ВПО Воронежская государственная медицинская академия Минздрава России (Воронеж, Россия)

Цель исследования: повышение эффективности результатов лечения больных с абсцессами печени путем комбинированного применения диагностических, эндовидеоскопических, оперативных и консервативных мероприятий.

Материалы и методы. В период 2009–20013 гг. на лечении находилось106 пациентов, из которых у 66 (62,3%) были диагностированы непаразитарные нагноившиеся кисты печени и у 40 (37,7%) – эхинококковые кисты печени. Отделение гнойной хирургии ВОКБ № 1 (база кафедры госпитальной хирургии ВГМА) является центром диагностики и лечения данной патологии. Для диагностики и уточнения объёма предстоящего оперативного вмешательства использовали ультразвуковое исследование (УЗИ), или компьютерную томографию (КТ) с контрастным усилением. КК применяли также при динамическом контроле лечения, подозрении на возникновение осложнений и, в ряде случаев, для наведения при дренировании абсцесса. При оперативных вмешательствах использовали пункцию и дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ при нагноившейся кисте печени у 66 (62,3%) больных и лапаротомию с частичным иссечением кисты – у 40 (37,7%). После дренирования абсцесса полость промывали озонированными растворами. При открытых операциях использовали раствор формалина. Кроме местного воздействия больным назначали комплексную антибиотикотерапию и симптоматическое лечение по показаниям.

Результаты. Летальных исходов при лечении абсцессов печени не было. При пункционном лечении абсцессов печени осложнений не отмечено. При лапаротомии и иссечении кист возникло 4 (10,0%) наружных желчных свища, которые закрылись после консервативного лечения.

Выводы. 1. При абсцессах печени билиарного или посттравматического генеза предпочтение отдается эндоскопическим оперативным вмешательствам под контролем УЗИ или КТ.

2. Ведущим методом динамической диагностики при абсцессах печени, особенно паразитарного происхождения, служит компьютерная контрастная томография.

3. Высокая эффективность результатов лечения абсцессов печени достигается в оснащенном специализированном центре.

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.Ю. Погребняков, С.А. Гончаров, Б.Н. Хавень

ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России (Чита, Россия)

МБУЗ Забайкальская краевая клиническая больница г. Читы (Чита, Россия)

Обобщен собственный опыт лечения 107 больных с абсцессами печени (АП). Холангиогенная природа абсцессов была в 40 (37,4%) наблюдениях, посттравматическая – в 27 (25,2%), абсцессы септической этиологии – в 23 (21,5%) случаях и связанные с другими причинами – в 17 (15,9%) наблюдениях. В качестве первого хирургического пособия у 96 (89,7%) больных применяли чрескожное пункционное дренирование абсцессов под ультразвуковым и рентгенотелевизионным (РТВ) контролем. Были ранее оперированы в других ЛПУ с использованием наружного дренирования и переведены в нашу клинику в связи с неэффективностью лечения 11 (10,3%) больных. У данных больных рентгенохирургические вмешательства носили дополнительный характер.

В качестве дренажей использовали малотравматичные эластичные трубки диаметром от 2,5 до 5 мм, чаще однопросветные, со спирально-изогнутым концом. По нашему опыту, использование эластичных дренажей предотвращает разрушение внутреннего грануляционного вала и не создает препятствий к спадению полости абсцесса. Заметим, что у пациентов, оперированных в других ЛПУ, в подавляющем большинстве случаев полости абсцессов были дренированы жесткими дренажами диаметром около 1 см. У данных больных производили замену дренажей на эластиччые трубки меньшего размера сразу же при поступлении.

При проведении местной терапии учитывали наличие сообщений АП с желчевыводящими протоками, что устанавливали при неоднократных фистулографиях в послеоперационном периоде. При септических АП сообщений с желчными протоками не было установлено ни в одном случае, в то время как холангиогенные абсцессы имели сообщения с внутрипеченочными желчными протоками (ВЖП) на уровне третьего–четвёртого порядков во всех наблюдениях. При посттравматической природе заболевания в 21 (77,8%) случае из 27 абсцессы имели сообщение с ВЖП и лишь у 2 больных, при поверхностной локализации АП, связи с желчевыделительной системой установлено не было.

При АП, изолированных от ВЖП, применяли активное приточно-аспирационное промывание антисептическими растворами, внутриполостное введение антибиотиков. При купировании основного воспалительного процесса в лечение добавляли внутриполостную умеренную склеротерапию с использованием 70%-ного урографина. В ряде случаев, при вяло спадавшихся полостях, использовали внутриполостное введение 96%-ного спирта. При наличии секвестров применяли внутриполостное введение хемотрипсина 1–2 раза в сутки с экспозицией около 3 часов. В 3 случаях для удаления секвестров произвели замену дренажей на более крупный диаметр (10–12 мм).

При АП, сообщавшихся с ВЖП, на первом этапе использовали активное внутриполостное приточно-аспирационное промывание растворами антисептиков и антибиотиков. Затем, по мере купирования местного воспаления, переходили на внутриполостные инфузии растворов под небольшим давлением с целью лечения сопутствующего гнойного холангита и создания свободного оттока по желчевыводящим путям. Для предотвращения ретроградного инфицирования, после местного введения лекарственных растворов, наружный дренаж отключали с постепенно возрастающим временным интервалом отключения. Склеротерапию у данной группы больных не применяли. При наличии механической желтухи больным проводили пункционное транспеченочное наружное дренирование желчных путей.

Выводы. Использование мини-инвазивного пункционного дренирования абсцессов печени позволило достичь успеха у 96 (89,7%) больных. В 11 (10,3%) случаях потребовалось дополнительное плановое оперативное лечение.

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ

С.А. Пышкин, В.Г. Маслов, Е.В. Трапезников, И.С. Панафидин
Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы (Челябинск, Россия)
МБУЗ Городская клиническая больница № 8 (Челябинск, Россия)

Цель исследования: оценить результаты лечения больных с абсцессами печени (АП), оптимизировать лечебную тактику при этой патологии.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование сплошной выборки больных с объемными поражениями печени (ООП) (n=1425) за последние 17 лет. Абсцессы печени были в 2,8% (43 больных) от всех ОПП. Мужчины составили 58%, женщины – 42%. Возраст больных – от 20 до 82 лет. Размеры абсцессов в наибольшем измерении варьировались в пределах от 0,7 до 101 см. Одиночные АП были диагностированы у 19 (44,2%) больных, множественные – у 4 (9,3%). Локализация абсцессов: в правой доле – 30 (69,8%), левой – 5 (11,6%), билобарные – 8 (18,6%). По этиологии: криптогенные (не идентифицирован путь инфицирования) – 22 (51,1%), билиарные (на фоне холангита) – 11 (25,6%), контактные (после операции) – 5 (11,6%), портальные (пилефлебитические на фоне гнойных заболеваний органов брюшной полости) – 3 (7,0%), артериальные (на фоне сепсиса) – 2 (4,7%). Клиническими проявлениями у всех больных были фебрильная лихорадка и абдоминальный болевой синдром. В ряде случаев больные поступали в терапевтическое отделение с диагнозом: лихорадка неясного генеза, что удлиняло диагностический период и начало адекватного лечения. Диагностический алгоритм включал общеклиническое обследование, УЗИ, СКТ (МРТ), чрескожную пункцию под контролем УЗИ.

Лечебную тактику определяли размерами, локализацией и этиологией абсцесса. Чрескожная пункция под контролем УЗИ выполнена 18 (41,5%) больным. В 50% наблюдений потребовались одна или две пункции, в 27% – три и более. При пункции максимально удаляли гнойное содержимое, затем полость санировали антисептиками. Чрескожное дренирование проведено 18 (41,5%) больным, использовали системы типа «pig tail». Время дренирования абсцессов, связанных с внутрипеченочными желчными протоками, составило в среднем 19 дней, без связи полости абсцесса с желчевыводящими протоками – 14 дней. В 2 случаях пункция, а затем дренирование оказались неэффективными, что потребовало открытого вмешательства. 4 (9%) из 43 пациентов с АП оперировано в связи с большими размерами и множественностью поражения. Правосторонняя гемигепатэктомия – 1, открытая ревизия и дренирование – 3. В отсроченном периоде (после санации) 3 больным с ранее сформированным холедоходуоденоанастомозом (ХДА) и дигестивно-билиарным рефлюксом (причина холангита) проведена реконструкцивная операция – снятие ХДА и гепатикоэнтеростомия на отключенной петле по Ру.

Микрофлора АП была представлена: *E. Coli, Streptococcus D, Clebsiella, Acinetobacter, Pseudomonas Aeruginosa.* Летальных исходов не было. Всем больным проводили системную антибактериальную терапию, при этом в 3 случаях удалось избежать инвазивых методов лечения. Регионарную антибактериальную терапию выполняли 2 больным.

Результаты, выводы. АП относятся к нечастым, но тяжелым по течению хирургическим заболеваниям. В 51% случаев причина заболевания осталась неясна. Основными методами лечения являются чрескожная пункция и дренирование под контролем УЗИ (83%). Открытые операции показаны при неэффективности малоинвазивных методик, больших размерах и множественности поражения, а также для ликвидации дигестивно-билиарного рефлюкса (порочное билиодигестивное соустье). Операцией выбора являются пункционно-дренирующие вмешательства. Своевременное выявление заболеваний, ставших причиной развития абсцессов печени, – основной путь профилактики их возникновения.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

С.У. Рахманов, М.Ш. Хакимов, А.А. Асраров,
В.Р. Хасанов, Д.П. Сахибоев
Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования: изучить эффективность чрескожных чреспеченочных вмешательств в лечении больных с абсцессами печени.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование данных 52 пациентов с солитарными и множественными абсцессами печени, пролеченных во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии за период с 2008 по 2013 г., в возрасте от 21 года до 68 лет. Множественные абсцессы были при холангитах. Холангиогенные абсцессы встретились у 5 (9,6%) пациентов, криптогенные – у 10 (19,2%), посттравматические – у 3 (5,8%), послеоперационные – у 3 (5,8%), нагноившиеся остаточные полости после эхинококкэктомии – у 31 (59,6%) больного. Диагностический алгоритм включал общеклиническое обследование, ультразвуковое исследование (УЗИ), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), чрескожную пункцию очага под контролем рентгеноскопии с микробиологическим и микроскопическим исследованием экссудата.

Тактика хирургического лечения абсцессов включала чрескожную чреспеченочную пункцию под рентгенологическим контролем, контрастирование с последующим дренированием полости; пассивное дренирование с фракционным промыванием растворами антисептиков. УЗИ и фистулографию выполняли на 5–7-е сутки для определения адекватности дренирования, коррекции положения или замены дренажа на больший диаметр. После санации очагов в амбулаторных условиях в течение 3–4 недель проводили УЗИ в динамике, контрольную фистулографию, при необходимости – коррекцию и удаление дренажей. Холангиогенные абсцессы печени возникали при злокачественной обструкции желчных протоков, после ретроградной холангиографии без последующей декомпрессии. В таких случаях для адекватного лечения были достаточны чрескожная чреспеченочная холангиостомия и антеградная декомпрессия.

Результаты. МСКТ или МРТ необходимо не только для дифференциации патологического поражения, но и для выбора проекции и плоскости пункции, что значительно сокращает время проведения процедуры и снижает лучевую нагрузку на больного и медицинский персонал. Для адекватного дренирования необходимо создание петли дренажа по всей внутренней поверхности полости абсцесса. Тяжелых осложнений у больных, пролеченных по данной методике, не встретилось. У 1 пациента отмечена поломка катетера, которая была устранена под контролем рентгеноскопии с последующим восстановлением дренирования. Средние сроки первой госпитализации составили 4,4±2,9 дня, общие сроки лечения – 52,1±14,7 дня. Летальность при пункционно-дренажном лечении абсцессов печени составила 6,8% (1 случай), причиной которой явилась полиорганная недостаточность на фоне сепсиса.

Выводы. Операцией выбора при абсцессах печени являются пункционно-дренажные вмешательства. Малоинвазивное хирургическое лечение холангиогенного абсцесса печени предполагает устранение причины восходящей инфекции – декомпрессию желчевыводящих путей. При множественных мелких абсцессах печени показана рациональная антибактериальная терапия.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

В.В. Федоровский, С.А. Старостин, М.В. Мешков
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России (Новосибирск, Россия)
МБУЗ Городская клиническая больница № 34 (Новосибирск, Россия)
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2 (Новосибирск, Россия)

Абсцессы печени встречаются относительно нечасто, однако являются одним из наиболее опасных заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью. Несмотря на наличие современных методов визуализации, своевременная диагностика абсцессов печени иногда затруднительна. Малоинвазивные методы лечения считаются наиболее эффективными, но в ряде случаев их применение затруднено.

Цель исследования: проанализировать опыт лечения больных с абсцессами печени в условиях больницы скорой помощи.

Материалы и методы. Были исследованы 20 больных с абсцессами печени. Женщин – 14 (70,0%), мужчин – 6 (30,0%). Больных доставляли скорой помощью с различными диагнозами. Средний возраст больных – 67,3 года. Абсцессы развились на фоне холангита, холедохолитиаза, стриктуры терминального отдела ОЖП, ранее наложенного холедоходуоденоанастомоза у 8 (40,0%) больных, на фоне рака (прямой кишки, головки поджелудочной железы) – у 2 (10,0%). Выявить причину абсцесса не удалось у 10 (50,0%) больных. Сахарным диабетом страдали 5 пациентов. Абсцесс вскрылся в брюшную полость с развитием перитонита у 3 больных. Абсцесс располагался в правой половине печени у 9 (45,0%) больных, в левой – у 8 (40,0%), в обеих – у 3 (15,0%). Одиночные абсцессы были у 12 (60,0%) человек, два – у 3 (15,0%), множественные – у 5 (25,0%). Размеры абсцессов варьировались в пределах от 2,5 до 12 см в диаметре. Для подтверждения диагноза использовали УЗИ, КТ, МРТ.

Малоинвазивными методами (пункции и дренирование под контролем УЗИ) пролечены 9 больных с одиночными абсцессами. Лапаротомия сделана 11 больным, у которых имелся перитонит, или сопутствующий холецистит, или множественные абсцессы. 1 больной сделана резекция 2-го сегмента. У 4 больных после удаления гноя малоинвазивным методом были проведены операции – холецистэктомия, вскрытие поддиафрагмального абсцесса. Двум больным перед пункцией сделана эндоскопическая папиллотомия.

Результаты. Летальность составила 15,0% (3 больных). У 1 из умерших были множественные абсцессы на фоне сахарного диабета, распространенный перитонит – у 1, тяжелый сепсис на фоне желтухи и холангита – у 1. При бактериологическом исследовании наиболее часто среди возбудителей встречались *Klebsiella, Enterococcus faecalis, Streptococcus eqinus*. У 1 больного при УЗИ отмечено наличие воздуха в протоках при отсутствии в анамнезе операции или папиллосфинктеротомии, что позволило предположить наличие абсцессов с анаэробной флорой. У больных, лечившихся малоинвазивными методами, осложнений и летальных исходов не было.

Выводы. Наиболее часто абсцессы печени встречались у больных с патологией желчевыводящих путей и холангитом. Среди возбудителей преобладает грамотрицательная флора. Малоинвазивные методы являются эффективными. Вскрытие и дренирование абсцессов через лапаротомный доступ сопровождается высокой летальностью (15,0%). В то же время множественные мелкие абсцессы представляют трудность для лечения как открытым, так и малоинвазивным способом.

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ: ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В ТРАНСПЛАНТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

А.М. Федорук, А.Б. Пискун, Н.М. Яковец, Д.П. Харьков
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей (Минск, Беларусь)
Городская клиническая больница № 9 (Минск, Беларусь)

Цель исследования: провести анализ ультразвуковых образов и оценить эффективность использования минимально инвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем в лечении абсцессов печени.

Материалы и методы. В период с 01.01.2008 по 31.12.2013 г. на базе РНПЦ трансплантации органов и тканей Республики Беларусь оказана помощь 192 (мужчин 113 (58,9%), женщин – 79 (41,1%) пациентам в возрасте 59 (7 мес.–85 лет) лет с абсцессами печени. С пиогенными абсцессами было 173 (90,1%) больных, с амебными – 13 (6,8%), с грибковыми – 6 (3,1%). Основной вклад в формирование пиогенных абсцессов печени вносила патология билиарного тракта – 102 (58,96%) (опухоли гепатобилиарного тракта, билиодигестивные анастомозы, холедохолитиаз, холангиты, опухоли поджелудочной железы). Гематогенный путь верифицирован у 32 (18,5%) (по системе воротной вены при гнойно-септическом источнике в брюшной полости, нарушении проницаемости кишечной стенки, через печеночную артерию (сепсис, эндокардит, пиелонефрит и др.). Невыясненным остался источник у 39 (22,5%) больных.

Минимально инвазивные технологии в сочетании с антибактериальной и противогрибковой терапией использованы в лечении 149 (77,6%) пациентов, из них аспирационные лечебно-диагностические санации – у 22 (15,1%) с пиогенными абсцессами диаметром до 30 мм. У 124 (84,9%) больных с пиогенными абсцессами печени более 30 мм выполняли чрескожное чреспеченочное дренирование. Все операции проведены под местной анестезией с ультразвуковым контролем (BK-ProFocus 2202, Дания) после короткой предоперационной подготовки. Для дренирования использовали дренажи размером 6–32 CH разных производителей, основная масса операций – 103 (83,1%) – выполнена с помощью устройства дренирования полостных образований (Ившина В.Г., МИТ, Россия).

Результаты. Ультразвуковая картина пиогенных абсцессов характеризовалась наличием полости диаметром от 8 до 150 мм с пиогенной оболочкой от 1 до 15 мм. Полости имели шарообразную или эллипсоидную форму, содержимое могло быть анэхогенным, гипоэхогенным, изоэхогенным, иметь разделение плотности фаз. У 19 пациентов с острой септической деструкцией печени полости не имели пиогенной оболочки, край полости был фестончатый. Амебные абсцессы не имели пиогенной оболочки и были представлены гипоэхогенными очаговыми образованиями шаровидной или эллипсовидной формы размером от 35 до 150 мм. У пациентов с установленными траспапиллярными стентами провести разграничение между пиогенными и амебными абсцессами на фоне газа в полости не представлялось возможным. Ультразвуковая картина грибковых абсцессов характеризовалась гипоэхогенными очагами неправильной формы при размерах более 30 мм или эллипсоидной – при мелких – около 10 мм. Очаги не имели оболочки или капсулы.

Микробный спектр в пиогенных абсцессах печени был представлен: аэробы грамотрицательные – 74 (50,7%), аэробы грамположительные – 29 (19,9%), анаэробы – 18 (12,3%), роста спектра не было у 25 (17,1%) больных. Дренирование амебных абсцессов диаметром 128 и 150 мм выполнили у 2 пациентов, у других пациентов этой категории излечение наступило на фоне фармакотерапии. Минимально инвазивные технологии оказались эффективными

в 148 (99,3%) случаях. У пациентов с абсцессами печени 90-дневная госпитальная летальность на фоне сепсиса составила 13 (6,8%).

Выводы. Использование ультразвукового исследования в диагностике абсцессов является высокоэффективным. В лечении пиогенных абсцессов диаметром более 30 мм целесообразно использовать дренирующие операции.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.Л. Хальзов, К.Г. Ершов, Г.В. Тетерин
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 11 (Новосибирск, Россия)

В последние годы абсцессы печени становятся более редкой патологией. Это связано, по нашему мнению, с более ранним оперированием деструктивных заболеваний органов брюшной полости, эффективным современным лечением абдоминального сепсиса, ранним разрешением желчного блока при холангите, широкой профилактикой тромбоэмболических осложнений. Тем не менее проблема эффективного хирургического пособия при данной патологии сохраняет свою актуальность. Остаются высокими летальность, сложность диагностики, запоздалость хирургической помощи.

Цель исследования: определить показания к открытым и малоинвазивным вмешательствам при абсцессах печени.

Материалы и методы. В клинике в период с 2002 по 2013 г. находилось на лечении 50 пациентов с абсцессами печени (исключены паравезикальные гнойники при деструктивном холецистите). По этиологии: с холангиогенными – 10 (20,0%) пациентов, травматическими – 7 (14,0%), криптогенными – 33 (66,0%). Абсцессы были множественными у 12 (24,0%) больных (3 и более, максимально – 15). Размеры образований: очаги до 5 см в диаметре – в 15 (30,0%) случаях, до 12 см – 12 (24,0%), свыше 12 см в диаметре – 23 (46,0%).

Результаты. Холангиогенные абсцессы вскрывали открытым способом с дренированием холедоха по Керу (во всех случаях они были множественными). Крупные очаги вскрыты открыто в 13 наблюдениях, дренированы под контролем УЗИ без дополнительных вмешательств – в 10. Очаги менее 12 см в 10 случаях вскрыты открыто, лапароскопически – в 7, причем из них у 3 больных они были множественными. Повторное дренирование потребовалось в 2 наблюдениях при множественных очагах, вскрытых лапароскопически. Летальность составила 10,0% (умерло 5 больных с множественными холангиогенными абсцессами).

Выводы. Открытые операции показаны при толстой неспадающейся капсуле (большая давность), перфорации гнойника в брюшную полость, множественных крупных абсцессах, наличии в полости секвестров. Все остальные абсцессы следует дренировать мини-инвазивно. Основную группу летльности составляют больные с билиарным сепсисом, осложнившимся холангиогенными абсцессами. У этой группы операция показана как можно ранее.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА

А.Н. Хорев, С.В. Козлов, Ю.Н. Агапитов, А.В. Плюта, Д.А. Благов

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России (Ярославль, Россия)

Цель исследования: сравнить возможности малоинвазивных методов лечения абсцессов печени и брюшной полости с традиционными.

Материалы и методы. В период с 1986 по 2010 г. наблюдали 128 больных с абсцессами печени, надпеченочного и подпеченочного пространств. Абсцессы печени были диагностированы у 69 (53,9%) больных, гнойники располагались над- или подпеченочно у 59 (46,1%) больных. Множественные абсцессы имелись у 31 (24,2%) больного, одиночные – у 97 (75,8%). Размеры абсцессов варьировались в пределах от 2 до 18 см. Абсцессы сочетались с острым холангитом на фоне холедохолитиаза или стеноза большого дуоденального сосочка (БДС) с билиарной гипертензией у 61 (47,6%) пациента. Абсцессы развились на фоне амебиаза и лямблиоза у 12 (9,4%) больных, после различных операций на органах брюшной полости – у 43 (33,6%). Этиология гнойников неизвестна в 12 (9,4%) случаях.

При билиарной гипертензии в обязательном порядке выполняли декомпрессию желчных путей различными способами: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, микрохолецистостомия или гепатохолангиостомия.

Результаты. До внедрения малоинвазивных методов с 1986 по 1990 г. открытые оперативные вмешательства были выполнены 19 больным, из них лапаротомия с дренированием полости абсцесса – 16 (84,2%), абсцессотомия из внеплеврального доступа с резекцией ребра – 3 (15,8%) больным. От печеночной недостаточности и декомпенсации сопутствующей патологии умерли 3 (15,8%) больных.

С 1990 г. малоинвазивные методы лечения абсцессов под контролем УЗИ применены у 109 (85,2%) больных. При множественных и одиночных абсцессах размером до 3 см у 16 (14,7%) пациентов эффективной была однократная или двукратная тонкоигольная пункция с промыванием полости абсцесса антисептиком и введением в полость гнойника антибиотиков. У 93 (85,3 %) пациентов с размером гнойников от 3 до 18 см дренирование осуществляли стилет-катетером. Еще 19 (17,4%) пациентам при гнойниках размером более 10 см, неправильной формы, дренирование проводили двумя катетерами по разным полюсам гнойника с формированием промывной системы. Катетер с внутренним диаметром 5 мм позволял эффективно осуществлять санацию полости абсцесса.

После пункций под контролем УЗИ осложнений не наблюдали. Дренирование стилет-катетером оказалось неэффективным у 4 (3,7%) больных из-за обтурации дренажа крупными секвестрами, что явилось показанием к мини-лапаротомии или торакотомии в проекции и по ходу установленного дренажа. Выздоровели 103 (94,5 %) больных, летальных исходов – 6 (5,5%). Одна пациентка 86 лет погибла от тромбоэмболии легочной артерии, 5 умерли от интоксикации и декомпенсации сопутствующей патологии.

Выводы. Применение малоинвазивных методов дренирования абцессов печени, над- и подпеченочного пространств позволило снизить летальность более чем в 3 раза. При наличии в полости гнойника крупных и множественных секвестров показано традиционное оперативное лечение с возможным использованием мини-доступа.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.Г. Ярешко, Ю.А. Михеев, С.Г. Живица, А.А. Кипшидзе
ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»
(Запорожье, Украина)

Холангиогенные абсцессы печени являются одними из самых тяжёлых осложнений в хирургической гепатологии и сопровождаются летальностью в 5–20% случаев.

Цель исследования: улучшить результаты лечения бактериальных абсцессов печени путём комплексного использования современных малоинвазивных технологий.

Материалы и методы Проанализированы результаты лечения 163 больных с холангиогенными абсцессами печени, которым выполнено 219 оперативных вмешательств на базе клинической городской больницы №3 г. Запорожья и городской клинической больницы № 4 г. Севастополя в период с 2003 по 2013 г.

Результаты. Диагноз ставили на основании клинических данных, лабораторных исследований, визуализационных данных (ультразвуковое исследование и компьютерная томография, их чувствительность составила 95% и 100% соответственно). Солитарные абсцессы печени выявлены у 124 (76,1%) больных, множественные – у 39 (23,9%). При микробиологическом исследовании содержимого абсцессов преобладала грамотрицательная флора (76,3%). Традиционные открытые оперативные вмешательства выполняли 74 (45,4%) пациентам, малоинвазивные вмешательства – 89 (54,6%). Основными показаниями к лапаротомным вмешательствам были невозможность или неэффективность дренирования под контролем УЗИ, необходимость коррекции патологии желчных протоков открытым доступом. Малоинвазивные вмешательства в основной группе включали методы интервенционной сонографии, эндоскопические транспапиллярные вмешательства и лапароскопическое дренирование абсцессов печени. Нами разработан метод двойного дренирования холангиогенных абсцессов печени, включающий эндоскопическое назобилиарное дренирование и дренирование абсцессов печени под контролем УЗИ. Использование данной методики позволило уменьшить развитие сепсиса с 11,3 до 2,2% и снизить послеоперационную летальность до 1,7%

Вывод. Малоинвазивные технологии занимают ведущее место в диагностике и лечении холангиогенных абсцессов печени, уменьшают послеоперационную летальность и осложнения.

Раздел III

«СВЕЖИЕ» ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

ЧРЕСКОЖНЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

А.В. Андреев, В.М. Дурлештер, Е.В. Токаренко, А.И. Левешко, А.А. Шепелев
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (Краснодар, Россия)
ГБУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (Краснодар, Россия)

В настоящее время, несмотря на большой опыт выполнения холецистэктомии, отмечается стабилизация частоты травмы желчевыводящих протоков и отсутствие тенденции к ее снижению.

Цель исследования: изучить возможности чрескожных минимально инвазивных вмешательств под контролем лучевых методов в лечении ятрогенных повреждений желчных протоков.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 46 пациентов с ятрогенной травмой в различные сроки после холецистэктомии, находившихся на лечении в ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодара за период с 2007 по 2012 г. Возраст пациентов – от 20 до 85 лет, мужчин – 9 (19%), женщин – 37 (81%). Ятрогенное повреждение желчных протоков было выявлено интраоперационно у 12 (26%) пациентов, в сроки до 7 дней – у 15 (33%), до 1 месяца – у 8 (17%), рубцовая стриктура желчных протоков в позднем послеоперационном периоде в сроки от 1 месяца до 16 лет была выявлена у 11 (24%) пациентов. Локализацию повреждений определяли согласно классификации повреждений и стриктур желчных протоков Э.И. Гальперина (2002). Так, тип повреждения «+2» выявлен у 6 (13%) пациентов, «+1» – у 16 (35%), «0» – у 19 (41%), «-1» – у 3 (7%), «-2» – у 1 (2%), и разрушение долевых протоков «-3» было отмечено у 1 (2%) пациента.

Результаты. Повреждения желчных протоков диагностированы в послеоперационном периоде в сроки до 1 месяца после оперативного вмешательства у 23 (50%) пациентов. Всем пациентам с выявленными ятрогенными повреждениями в послеоперационном периоде выполнены чрескожные вмешательства под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем. Спектр этих вмешательств включал диагностические и лечебные процедуры: уточнение характера и локализации повреждения путем выполнения чрескожной чреспеченочной холангиографии; декомпрессию желчных протоков и купирование механической желтухи в результате выполнения чрескожной чреспеченочной холангиостомии; купирование желчеистечения в брюшную полость и санацию ограниченных жидкостных скоплений путем чрескожного дренирования. Такая тактика позволила адекватно подготовить больного ко второму этапу – плановому оперативному лечению.

Предложенные способы чрескожного малоинвазивного лечения ятрогенных повреждений тесно связаны с интерпретацией эхографической картины. Анализируя сочетание ультразвуковых признаков при разных вариантах «свежей» ятрогенной травмы желчных протоков в послеоперационном периоде, можно выделить следующие типы эхографических картин и соответствующие чрескожные технологии:

1. *Дилатация желчных протоков, отсутствие свободной жидкости и ограниченных жидкостных скоплений.* Эхографическая картина характерна при клипировании или перевязке проксимальной части поврежденного магистрального желчного протока, наблюдалась в случаях ис-

сечения или пересечения желчного протока. Выполняли дренирование желчных протоков под УЗ- и рентгентелевизионным контролем.

2. *Отсутствие дилатации желчных протоков, наличие свободной жидкости.* Эхографическая картина характерна при повреждениях, когда проксимальная часть поврежденного желчного протока имела связь со свободной брюшной полостью посредством значительного по размерам дефекта стенки протока. Вследствие этого отсутствовали признаки билиарной гипертензии, отмечалось желчеистечение в брюшную полость. При наличии дренажа правого подпеченочного пространства формировался наружный желчный свищ. Совокупность вышеуказанных ультразвуковых признаков была возможна при краевом ранении, пересечении, иссечении и термическом повреждении желчных путей. Выполняли дренирование желчных протоков под УЗ- и рентгентелевизионным контролем, дренирование брюшной полости.

3. *Отсутствие дилатации желчных протоков, наличие ограниченных жидкостных скоплений.* Эхографическая картина характерна для повреждений желчных протоков, когда проксимальная часть поврежденного желчного протока имела связь с отграниченными спаечным процессом пространствами брюшной полости. Отмечались отсутствие билиарной гипертензии вследствие поступления желчи в отграниченные пространства брюшной полости с последующей эвакуацией через дренаж. При этом объем ограниченных жидкостных скоплений был в прямой зависимости от размера дефекта стенки желчного протока и адекватного функционирования дренажа подпеченочного пространства. Данная эхографическая картина характерна при краевом ранении, пересечении, иссечении и термическом повреждении желчных путей в более поздние сроки послеоперационного периода. Выполняли дренирование желчных протоков и ограниченных жидкостных скоплений брюшной полости под УЗ- и рентгентелевизионным контролем.

Выводы. На основании анализа совокупности ультразвуковых признаков выявлены наиболее типичные эхографические картины, характерные для ятрогенных повреждений желчных протоков в ранние сроки послеоперационного периода. Ультразвуковое исследование в комплексе с другими лучевыми методами позволило выбрать оптимальную малоинвазивную хирургическую тактику, осуществить чрескожные вмешательства под ультразвуковым и рентгеноскопическим визуальным контролем как подготовительный этап в лечении ятрогенных повреждений желчных протоков.

ЯТРОГЕННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Н.У. Арипова, Ф.Б. Алиджанов, Ф.Н. Назиров, С.И. Джамалов
Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Частота ятрогенных повреждений желчных протоков (ЯПЖП) при открытой холецистэктомии (ХЭ) остаётся на уровне 0,05–0,2%, но широкое внедрение ЛХЭ в клиническую практику повлекло за собой увеличение частоты ЯПЖП, по данным некоторых авторов, до 2% и выше.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения ЯПЖП у 29 (0,48%) из 5 984 больных с ЖКБ, находившихся в нашей клинике за период с 2005 по 2014 г. Среди 29 больных – 21 (72,4%) женщина и 8 (27,6%) мужчин. Возраст больных – от 28 до 71 года. Исходя из поставленных задач, больных с ЯПЖП разделили их на 2 группы: I группа – 18 (62,1%) больных, которые ранее были подвергнуты холецистэктомии в других лечебных учреждениях и поступили с клиникой механической желтухи на почве высокой рубцовой стриктуры желчных путей; II группа – 11 (37,9%), имевших «свежие» ятрогенные повреждения (после резекции желудка – 1, после ХЭ – 7, после ЛХЭ – 3).

Всем больным в I группе с диагностической целью и для снятия гипертензии в билиарном тракте выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС). При ЧЧХГ повреждение на уровне долевых протоков выявлено у 2 больных, на уровне бифуркации общего желчного протока – у 16. В I группе выполнены следующие виды операций: бигепатикоеюноанастомоз (2 больным), гепатикоеюноанастомоз на «каркасе» сшивающим аппаратом АНБА (нашей конструкции) с межкишечным соустьем (4 больным), гепатикоеюноанастомоз по Ру с межкишечным соустьем аппаратом АНБА (12 больным).

Во II группе у 9 больных из 11 диагностировано интраоперационно (всем 9 больным, в том числе 2 во время ЛХЭ, произведена интраоперационная холангиография). В 2 случаях (после ЛХЭ и РЖ) ЯПЖП диагностировано через сутки. Во II группе выполнены: билибилиоанастомоз «конец в конец» (4 больным), закрытие дефекта общего печеночного протока путем «заплатки» за счет культи пузырного протока (1 больной) с хорошим отдаленным результатом, формирование гепатикодуоденоанастомоза (5 больным). Экстрабилиарной причиной повреждения внепеченочных желчных протоков во время РЖ явилась «низкая» язва ДПК с пенетрацией в ГДС. Этой больной произведено перемещение большого дуоденального сосочка ниже на 1,5 см с вирсунгопластикой, формирование холедоха на каркасе, формирование позадиободочного гастроэнтероанастомоза по Бальфуру–Майнготу.

Выводы.

1. Ретроспективный анализ ЯПЖП показал, что в основе их лежат грубые технические и тактические ошибки при первичных операциях.

2. Основой профилактики ЯПЖП при ЛХЭ являются строгий отбор больных, своевременный переход к конверсии.

3. Считаем обязательным для ранней диагностики и профилактики ЯПЖП проведение интраоперационной холангиографии.

ОПЫТ И РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПОСЛЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

К.М. Аутлев, Е.Л. Янин, В.В. Иванов

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» (Тюмень, Россия)

В хирургическом отделении ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» проведен анализ результатов лечения 15 больных после интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков при операциях по поводу желчнокаменной болезни за период с 2005 по 2013 г. Средний возраст пациентов составил 49,4±0,9 года, мужчин в исследовании 2 (13,3%), женщин – 13 (86,7%). В 3 случаях реконструкцию выполняли непосредственно после выявленного повреждения. В 2 случаях попытки восстановительных операций были безуспешны. В 10 случаях повреждение желчевыводящих путей во время первичной операции обнаружено не было, и больные поступали в сроки от 7 суток до 2 месяцев. Таким образом, у 5 (33%) больных травма протоков была определена во время первичной операции, большинство повреждений выявлялось в раннем послеоперационном периоде и у 1 (6,6%) больного – в отдаленном периоде.

Повреждения желчных протоков в 53% случаев были получены при выполнении «малоинвазивных» операций. В 10 случаях это была плановая холецистэктомия, 5 пациентов оперированы в экстренном порядке в связи с острым холециститом. Характер первичных повреждений вклю-

чал перевязку желчного протока (4), иссечение (4), пересечение (5), клипирование (1), термическую травму стенки общего желчного протока (1).

Повреждение желчного протока на уровне бифуркации выявлено у 2 больных, повреждение общего желчного протока – у 6, повреждение в области впадения пузырного протока – у 7 больных.

Восстановительная операция проведена 3 больным: выполнен шов желчного протока на стенте (бранше Т-образного дренажа). Эти больные были оперированы в связи с краевым повреждением желчного протока (перевязка, термическая травма). Во всех случаях желчные свищи были закрыты при консервативном лечении в течение 3–4 месяцев.

Из 12 реконструктивных операций в 1 случае выполнено наложение гепатикодуоденоанастомоза, в 4 – гепатикоеюноанастомоз по Ру, в 7 – гепатикоеюноанастомоз по Ру на сменном транспеченочном дренаже по Сейпол–Куриану.

Стриктура билиодигестивного анастомоза возникла у 2 больных (из группы больных с гепатикоеюностомией по Ру, 13,3% от общего количества) – оперированы повторно с выполнением реконструкции анастомоза с каркасным дренированием.

В отдаленном периоде от печеночно-почечной недостаточности и гемобилии умерла 1 (6,6%) больная.

Благоприятные отдаленные результаты отмечены у больных, которым реконструктивная операция выполнялась сразу после обнаружения травмы внепеченочных желчных протоков. Наиболее предпочтительной является гепатикоеюностомия с каркасным дренированием сменным транспеченочным дренажем по Сейпол—Куриану.

Восстановительные операции допустимо выполнять лишь при небольших повреждениях стенки желчного протока.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СО «СВЕЖИМИ» ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А.Г. Бебуришвили, Е.Н. Зюбина, Ю.И. Веденин, Л.В. Шарашкина
ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России
(Волгоград, Россия)

В клинике факультетской хирургии ВолгГМУ с 1992 по март 2014 г. выполнили 8 616 ЛХЭ; из них по поводу хронического калькулезного холецистита – 7 212 (83,7%), по поводу деструктивных форм холецистита – 1 404 (16,3%). Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили больные (n=5 352), оперированные в период с 1992 по 2008 г. Вторую группу – пациенты (n=3 264), оперированные в период с 2009 по март 2014 г.

Наш опыт лечения ятрогенных повреждений желчных протоков при ЛХЭ составляет 30 наблюдений: в первой группе – 21 (0,39%), во второй – 9 (0,27%) пациентов.

В первой группе преобладали «большие» повреждения желчных протоков: полное пересечение гепатикохоледоха – у 6 больных, ранение гепатикохоледоха более чем на ½ просвета – у 7. Краевые ранения магистральных желчных протоков произошли у 6 больных, повреждения субсегментарных протоков ложа желчного пузыря – у 2. «Большие» ятрогенные травмы магистральных желчных протоков считали показанием к конверсии доступа и выполнению восстановительных операций. При анализе отдаленных результатов рубцовые стриктуры желчных протоков выявили у 84,6% (n=11) пациентов. Всем больным в период 6–18 месяцев после первичной операции выполнили реконструктивные вмешательства. Летальность в первой группе составила 0,019% (n=1).

Ятрогенные повреждения желчных протоков во второй группе возникли у 9 пациентов: в 1 наблюдении – полное пересечение гепатикохоледоха, в 2 – краевое ранение общего желчного протока, у 6 больных – повреждение субсегментарных протоков ложа желчного пузыря. После внедрения в клиническую практику эндоскопических транспапиллярных вмешательств от проведения восстановительных операций при повреждении желчных протоков отказались. При полном пересечении гепатикохоледоха (n=1) выполнили лапаротомию, гепатикостомию. Реконструктивную операцию пациенту провели через 3 месяца с момента травмы. При желчеистечении по улавливающему дренажу (n=8) всем пациентам выполняли ЭРХГ, по результатам которой определяли характер повреждения желчных протоков. Транспапиллярные вмешательства завершили стентированием гепатикохоледоха пластиковыми стентами диаметром 6 Fr. Желчеистечение прекращалось на 3-и–5-е сутки. Деинсталляцию билиарных стентов выполнили всем пациентам через 2–3 месяца. Летальных исходов не было.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРАВМАХ И СТРИКТУРАХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

В.И. Белоконев, З.В. Ковалева, И. Хункуй, А.В. Вовк
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России
(Самара, Россия)

Повреждения внепеченочных желчных протоков являются сложной проблемой абдоминальной хирургии. Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков достигает 0,2–3,0% от общего числа операций. Наиболее часто они возникают при холецистэктомии, реже – при резекции желудка и операциях на печени, поджелудочной железе, ДПК, органах забрюшинного пространства. Эти заболевания требуют выполнения сложнейших операций, дорогостоящего и длительного лечения, при этом летальность варьируется от 8 до 40%.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с травмами и стриктурами внепеченочных желчных протоков путем выбора метода хирургического вмешательства и унификации техники операций.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 70 пациентов, из них с травмами 34 (48,6%) и со стриктурами гепатикохоледоха – 36 (51,4%). При лечении больных с травмами и стриктурами гепатикохоледоха способ формирования гепатикоэнтероанастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу был использован у 46 (65,7%) пациентов, бескаркасная гепатикоэнтеростомия – у 10 (14,3%), эндобилиарное стентирование гепатикохоледоха из просвета ДПК – у 11 (15,7%), чрескожное чреспеченочное стентирование гепатикохоледоха – у 3 (4,3%).

Изучение отдаленных результатов показало, что стабильно хорошие результаты получены при каркасном формировании гепатикоэтероанастомоза по Гетцу и при бекаркасном формировании анастомоза по строгим показаниям (ширина протока не менее 15 мм).

Выводы.

1. Основным способом лечения «свежей» травмы и стриктур внепеченочных желчных протоков является операция гепатикоэнтеростомии на сменном транспеченочном дренаже по Гетцу.

2. При отсутствии у хирурга опыта реконструктивных операций вначале следует выполнить наружное дренирование протоков, а восстановительную операцию – вторым этапом.

3. При стриктурах гепатикохоледоха способы наружного и внутреннего эндобилиарного дренирования внутрипеченочных желчных протоков не следует считать окончательными вариантами лечения. Они требуют периодической замены дренажей, так как их удаление приводит к рестенозу и развитию холангиогенного гепатита.

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

У.Б. Беркинов, М.Ш. Хакимов, Ф.А. Хаджибаев
Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования: снизить частоту повреждений желчных протоков путем усовершенствования технических моментов выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и дифференцированного подхода к выбору хирургической бригады.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и хирургического лечения 5 282 больных с калькулезным холециститом, которые были подвергнуты ЛХЭ. Возраст пациентов – от 15 до 78 лет. Мужчин было 2 074 (39,3%), женщин – 3 208 (60,7%).

На первые выполненные 1 026 ЛХЭ при хроническом калькулезном холецистите частота повреждения желчных протоков составила 1,07% (11 случаев), при остром – 2,04% (на 98 ЛХЭ – 2 наблюдения).

Анализ неудовлетворительных результатов ЛХЭ выявил ряд причин. Во-первых, трудности идентификации элементов шейки желчного пузыря при остром и хроническом склероатрофическом холецистите; во-вторых, низкий уровень технической подготовки хирургов для выполнения ЛХЭ в сложных ситуациях.

Учитывая вышеизложенное, была разработана техника проведения ЛХЭ, включающей элементы выполнения холецистэктомии «от дна» и «от шейки».На 1–1,5 см выше шейки пузыря, на передней стенке в поперечном направлении, производили рассечение брюшины по окружности пузыря. В области печеночно-пузырного перехода с обеих сторон в продольном направлении, Т-образно по отношению к пузырю рассекали серозную оболочку пузыря на протяжении 1,5–2 см. В области Т-образного разреза с обеих сторон отделяли тело желчного пузыря от ложа и продолжали в направлении к гепатодуоденальной связке, при этом клипировался и пересекался ствол пузырной артерии. Далее выделялся пузырный проток с наложением на нее клипс и пересечением пузырного протока.

В зависимости от числа выполненных ЛХЭ, частоты и тяжести послеоперационных осложнений и летальности была предложена система оценки рейтинга хирурга. При достижении рейтинга 50 баллов хирург должен оперировать «простые» ЛХЭ при участии хирурга с рейтингом более 50. При возникновении трудностей в ходе выполнения данного варианта ЛХЭ необходимо его продолжение хирургом с рейтингом более 50 и выше.

Хирург, рейтинг которого от 50 до 100 баллов, может выполнять «простые» ЛХЭ при участии хирурга с меньшим рейтингом, а также ЛХЭ при водянке желчного пузыря, эмпиеме желчного пузыря при участии хирурга с большим рейтингом. При возникновении трудностей операция продолжается хирургом с рейтингом более 100 баллов с применением предложенной техники идентификации пузырного протока.

Хирург с рейтингом от 100 до 1 000 может выполнять «простую» ЛХЭ, ЛХЭ при водянке желчного пузыря, эмпиеме желчного пузыря при участии хирурга с меньшим, чем у него, рейтингом, а также ЛХЭ при склероатрофическом желчном пузыре, стихающих явлениях острого холецистита при участии хирурга с рейтингом более 1 000 баллов. При затруднительных ситуациях ЛХЭ продолжается хирургом с рейтингом более 1 000, в трудных случаях применяется техника холецистэктомии с элементами холецистэктомии «от шейки» и «от дна».

Хирург, владеющий рейтингом более 1 000 баллов, может выполнять все варианты ЛХЭ при участии хирурга с меньшим рейтингом.

Вывод. Использование наших разработок позволило в последующие годы на 3 847 (66,0%) ЛХЭ при хроническом калькулезном холецистите снизить частоту повреждений желчных протоков до 0,38% (15 случаев) и до 0,64% – при остром (2 наблюдения на 311 ЛХЭ).

ОПЫТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Н.И. Богомолов, А.В. Юдин
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России (Чита, Россия)
ГУЗ Краевая клиническая больница (Чита, Россия)

Проблема восстановления повреждённых желчных протоков остаётся по-прежнему актуальной и даже обострилась в связи с увеличением числа операций, в особенности эндохирургических.

Материалы и методы. По материалам трёх клиник города Читы и Забайкальского края располагаем опытом первичного восстановления повреждённых желчных протоков у 32 больных. Мужчин было 11 (34,4%), женщин – 21 (65,6%), в возрасте от 11 до 73 лет. До 1982 г. таких пациентов направляли в центральные клиники на восстановительные операции, с 1983 г. большинство операций делаем самостоятельно. Квоты центральных клиник использовали лишь в особо сложных случаях и при высоких стриктурах ещё у 7 человек. Случайное повреждение протоковых структур произошло при открытых пособиях у 8 пациентов, при лапароскопической холецистэктомии – у 22, при резекции желудка – у 1 и при колото-резаном ранении – в 1 случае. Повреждение холедоха было у 7, общего печёночного протока – у 22, долевых печёночных – у 3 человек.

Результаты. Первичное восстановление повреждённых структур осуществили в варианте холедоходуоденоанастомоза у 1, конце-концевого анастомоза на Т-образном дренаже – у 8, гепатикоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле с круговым дренированием по Прадери–Смитту – у 23 человек. Повторные реконструктивно-восстановительные операции в связи со стриктурой анастомоза предприняты у 5 человек, в том числе у 2 с надворотной резекцией печени, чрездренажное стентирование осуществлялось у 4 пациентов. Умерло после первичной восстановительной операции в ближайшем послеоперационном периоде 2 человека, из них один был с одновременным ранением воротной вены; в отдалённом периоде – 4 пациента от необратимых изменений печени вследствие стриктуры соустья.

Выводы. Ятрогенная травма печёночных протоков случается как у опытных, так и у начинающих хирургов. Чаще это происходит во время малоинвазивных операций, при том, что они доминируют (86%) в общей структуре хирургических вмешательств. Первичное восстановление проходимости протоковых структур должны выполнять в ближайшем послеоперационном периоде только наиболее подготовленные специалисты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖЕГО» ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, Г.А. Погосян, К.И. Делибалтов, Э.Г. Мнацаканян, М.И. Маланка
ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России (Ставрополь, Россия)

Цель исследования: совершенствование выбора оптимальной хирургической тактики при лечении «свежего» ятрогенного повреждения желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. Наша клиника располагает опытом хирургического лечения 114 пациентов с ятрогенными повреждениями и/или стриктурами желчевыводящих протоков в период с 1989 по 2013 г.

По поводу «свежего» повреждения желчных путей оперирован 41 (36,0%) больной. По характеру травмы желчных путей I класс BDICS (парциальное повреждение) диагностирован у 16 (39,0%) пациентов, II класс BDICS (пересечение) – у 14 (34,1%) и III класс BDICS (парци-

альная резекция) – у 11 (26,9%), при этом клипирование гепатикохоледоха выявлено у 6 пациентов и отнесено к BDICS класс I. При поступлении желчи в зону оперативного вмешательства в конце операции или подозрении на повреждение желчных протоков интраоперационная диагностика производилась визуально, пальпаторно, зондированием и/или рентгенхолангиографией.

Результаты. При диагностике «свежего» повреждения имеется возможность применения реконструктивно-восстановительных вмешательств до развития грубых рубцово-воспалительных изменений в зоне операции и желчевыводящих путях.

Восстановительные операции произведены 22 пациентам: пластика передней стенки гепатикохоледоха на каркасном Т-образном дренаже – у 10 с парциальным повреждением ⅓ стенки гепатикохоледоха, при клипировании гепатикохоледоха сняты клипсы и произведено каркасное дренирование желчных протоков – у 6. При пересечении и парциальной резекции гепатикохоледоха в 6 случаях сформирован билиобилиарный анастомоз на каркасном Т-образном дренаже.

Реконструктивные операции выполнены 19 (26,0%) больным: гепатико(холедохо)дуоденостомия – 8, гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле тощей кишки – 11. Транспеченочное дренирование проводилось в 9 (47,3%) случаях.

Результаты лечения прослежены у 38 (92,6%) из 41 пациента. При хирургическом лечении «свежего» повреждения желчных протоков в послеоперационном периоде возникли 8 (21,0%) осложнений. Неспецифические осложнения имели место у 2 больных: у 1 – спаечная кишечная непроходимость, у 1 – сердечно-сосудистая недостаточность.

Специфические осложнения в послеоперационном периоде были у 5 пациентов: острый холангит – у 3, желчный перитонит – у 1, подпеченочная билома – у 1. Летальные исходы зафиксированы у 2 (4,8%) пациентов.

Выводы. Хирургическая тактика при «свежем» повреждении желчных протоков зависит от уровня, характера поражения и состояния больного. При выявлении повреждения I класса BDICS возможно ушивание краевого дефекта на каркасном дренаже. При полном пересечении либо иссечении участка желчных путей (II и III классы BDICS) оправданна реконструктивная гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле тощей кишки. Хирургическая бригада должна быть усилена привлечением опытного специалиста.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ЭРУ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ш.М. Гайнулин, Н.М. Николаев, В.В. Налетов, В.С. Фомин, В.А. Еремеев, М.Н. Фомина

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России (Москва, Россия)

ГБУЗ Городская клиническая больница № 5 ДЗМ (Москва, Россия)

Цель исследования: провести анализ ятрогенных билиарных осложнений после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2013 г. оперировано 1 175 пациентов по поводу желчнокаменной болезни или полипов желчного пузыря в объеме лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в плановом (П) – 49,1% и экстренном (Э) – 50,9% порядке. В исследовании преобладали женщины (78%). Средний возраст составил 46,32±4,64 года. Частота конверсии: Э – 5,1%, П – 0,5%.

Результаты. Ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков установлено в 7 случаях (0,59%), причем при остром холицестите – в 4 (0,34% от общего числа и 0,67% от Э),

при плановой ХЭ – в 3 (0,25% от всех ХЭ и 0,51% от П); «малые» повреждения отмечены в 2 наблюдениях (Э). Интраоперационное выявление повреждений – 3 случая, остальные – в первые 1–2 суток послеоперационного периода по количеству желчного отделяемого по страховочному дренажу; в 1 наблюдении – клиника распространенного перитонита.

Классический первый вариант повреждения выявлен в 2 наблюдениях: в ходе планового оперативного вмешательства, диагностирован интраоперацонно, выполнена восстановительная операция на Т-образном страховочном дренаже; в ходе экстренной операции, выявлен интраоперационно, выполнена реконструктивная гепатикоеюностомия на Roux-loop с последующей санационной релапаротомией ввиду несостоятельности задней губы анастомоза.

Второй классический вариант больших повреждений холедоха встретился в двух наблюдениях, в одном случае интраоперационно распознан не был, что явилось причиной развития желчного перитонита. В случае желчного перитонита была выполнена реконструктивная гепатикоеюностомия на Roux-loop. В другом наблюдении клипса с холедоха удалена, на культю сформирована петля Reder.

Третий классический вариант выявлен на 2-м месяце после операции ввиду картины механической желтухи на фоне обструкции билиарного дерева эндоклипсой. Выполнена реконструктивная операция на Roux-loop после предварительно выполненной чрескожной декомпрессии билиарного дерева катетером 7,5Fr.Cook Ltd. Малые повреждения, зарегистрированные в 2 наблюдениях, характеризовались коагуляционным некрозом серозы холедоха, что потребовало лапаротомии, пластики холедоха на Т-образном дренаже. Во всех наблюдениях летальных исходов не отмечено, проходимость билиарного дерева по данным MRCP-исследования (в 2 наблюдениях) удовлетворительная.

Анализируя причины послеоперационных осложнений можно выделить две основные. В первую очередь это длительность заболевания, которое приводит к тяжелым рубцовым и воспалительным изменениям в зоне желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Ко второй причине можно отнести недостаточную оснащенность операционной современным инструментарием, аппаратурой и оборудованием для выполнения различных вариантов лапароскопической холецистэктомии независимо от степени рубцовых и воспалительных изменений в зоне желчного пузыря, отсутствие выполнения интраоперационных холангиограмм, а также «боязнь» конверсии, что, безусловно, повышает риск развития интраоперационных осложнений. В ходе выполнения операции нами не выявлено зависимости частоты повреждения от опыта оператора (малая выборка, повреждение в большинстве случаев после достаточного количества собственных операций).

Выводы. Основным требованием при выполнении ЛХЭ является тщательное и кропотливое препарирование в зоне треугольника Calot, ложа ЖП, а также конверсия или «смена руки» после простоя в шейке желчного пузыря более 30 минут. При соблюдении данного требования риск послеоперационных осложнений будет сведен к минимуму. Важным этапом считаем также видеофиксацию операции (применяем с 2012 г. рутинно) для анализа ошибок и техники оператора.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевокин, Т.Г. Дюжева
ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет
им. И.М. Сеченова Минздрава России
Городская клиническая больница № 7 ДЗ г. Москвы (Москва, Россия)

Цель исследования: оптимизировать лечение «свежих» повреждение магистральных желчных протоков (МЖП) и разработать классификацию, определяющую выбор необходимой операции.

Материалы и методы. В период с 1988 по 2008 г. наблюдали 125 больных с повреждениями желчных протоков (ЖП). Повреждения ветвей ЖП в ложе желчного пузыря или недостаточность культи пузырного протока («малые повреждения») были у 64 больных. У 14 они замечены во время операции, у 38 наружное желчеистечение обнаружено в послеоперационном периоде, билома возникла у 10 больных, желчный перитонит – у 2. Повреждения МЖП наблюдали у 61 больного, из них 18 (0,22%) – из 8 230 больных, перенесших холецистэктомию в ГКБ № 7, 2 экстренно оперированы нами в других стационарах, 41 переведен из других стационаров. Из 20 экстренно оперированных больных у 2 было пересечение общего печеночного протока (ОПП), у 10 – иссечение ОПП, у 5 – краевое повреждение, у 3 – термическое повреждение. Локализация повреждений: ОПП – у 10 больных, конфлюенс – у 5, правый долевой ПП – у 1, общий желчный проток (ОЖП) – у 4. У больных, поступивших из других стационаров, время после повреждения варьировалось в пределах от 38 до 212 суток (106, 9±5,5) суток, у 15 был поврежден ОЖП, у 11 – ОПП, у 6 – область конфлюенса, у 6 – правый ПП. Всем был установлен дренаж проксимального конца ПП.

Результаты. *«Малые повреждения»*. При диагностике повреждений во время операции 3 больным произведено клипирование протока, ушивание – 11. Из 38 больных с желчеистечением в послеоперационном периоде оно прекратилось самостоятельно у 35, произведено ЭПСТ и удаление камня ОЖП – у 3. Билома была излечена несколькими пункциями под контролем УЗИ. 12 больных с перитонитом были повторно оперированы, произведено ушивание повреждения в ложе желчного пузыря.

«Повреждения МЖП». Операцию продолжил хирург-гепатолог. Прецизионный билиодигестивный анасмтомоз был наложен 11 больным. Стриктура образовалась у 1 больного. При парциальных повреждениях наложены герметизирующие швы с хорошим отдаленным результатом. Реконструктивные операции выполнены у 41 больного, поступившего с дренажем проксимального конца МЖП. Развития стриктур не было.

Выводы. «Малые повреждения» ЖП не требуют специальных методик и привлечения к операции хирурга-гепатолога. При пересечении или иссечении МЖП лучшие результаты дает реконструктивная операция. При отсутствии хирурга-гепатолога операцию следует закончить дренированием протока, а реконструктивную операцию производить в течение первых 5 суток, если это невозможно – через 2–3 месяца. Термическая травма и клипирование протоков требует иссечения поврежденной стенки и применения каркасного дренирования при восстановительных операциях.

НЕОТЛОЖНАЯ И СРОЧНАЯ ПЕРВИЧНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

И.Н. Гришин

Белорусская медицинская академия последипломного образования
(Минск, Беларусь)

Неотложная и срочная первичная коррекция повреждений желчевыводящих путей – под этим мы понимаем коррекцию поврежденных желчных протоков во время основного хирургического вмешательства или в ближайшие дни послеоперационного периода. Последнее связано с тем, что почти 70–80% повреждений не диагностируется во время основной операции. Так, при высоких повреждениях процент их просмотра достигает 100.

Цель исследования: показать, что хирургическая тактика неоднозначна и от правильного её выбора во многом зависит исход лечения больных.

Материалы и методы. Анализу были подвегнуты 282 наблюдения, из которых только в 45 имелись указания на своевременную диагностику или подозрение на патологию в указанный промежуток времени. Ранняя первичная коррекция повреждений желчевыводящих протоков (во время основной операции – 1-я группа больных) выполнена только 15 (33,3%) больным. Наиболее тяжелые из них – полное пересечение панкреатодуоденальной связки (с одним летальным исходом). Операцию выполняли в ближайшие сроки после основной операции с подозрением на повреждения у остальных 30 (66,7%) больных (2-я группа). Характер повреждений был следующим: полное пересечение панкреатодуодеальной связки – у 2 больных, полное пересечение общего печеночного или желчного протока – у 17, с иссечением протока – у 4, клипирование и лигирование протоков – у 8; высокие повреждения, в том числе добавочных протоков с их пересечением, – у 14 больных.

Результаты. Хирургическую тактику во многом предопределяет предложенная нами клиническая классификация повреждений желчных протоков (2002 г.). Тактика зависит от времени, характера и типа повреждения желчевыводящих протоков и клинического течения. Основной стратегией раннего хирургического лечения являются: 1) радикальная коррекция повреждения, как только установлен диагноз повреждения; 2) остановка кровотечения; 3) предпочтение следует отдавать реконструктивным операциям, нежели восстановительным, которые, как правило, являются вынужденными; 4) при выполнении реконструктивных операций максимально воздерживаться от наружного дренирования протоков.

При циркулярном шве в 80% случаев наступает стриктура, требующая повторных, а иногда и неоднократных реконструктивных и восстановительных операций. Это явилось причиной летальных исходов в 3 наблюдениях. Первичный шов возможен только при неполном боковом надсечении протока без наружного дренирования протоков. Суть реконструктивных операций при полном пересечении и даже с иссечением стенки протока или всего его заключается в следующем: дистальный конец лигируется, а проксимальный продольно рассекается таким образом, чтобы сформировать гепатикоеюноанастомоз с отключенной петлей тонкой кишки по РУ или холедоходуоденоанастомоз периметром не менее 3 см. Исключением является размозжение стенок или их коагуляция, когда выполняется наружное дренирование протоков до формирования желчного свища. Сформирование в этих случаях анастомоза привело к его несостоятельности и стало причиной летального исхода.

Необходимо понимать и то, что всякое полное наружное дренирование желчных путей, направленное на спасение жизни пострадавшего, – путь к повторным операциям. Хирургическая тактика в ранний период зависит от клинического течения повреждений протоков: нарастающей механической желтухи, массивного желчеистечения по дренажу брюшной полости, признаков разлитого перитонита. При нарастании механической желтухи после операции уже на 4–6-е сутки показана релапаротомия и ликвидация препятствия оттока желчи. Снятие только лигатуры

или клипсы не гарантирует отсутствие развития послеоперационной стриктуры. Поэтому в обязательном порядке формируется ГЕА на отключенной петле или ХДА на месте пережатия протока. Все больные выздоровели.

При массивном истечении желчи через наружный дренаж протока или брюшной полости активные действия, в том числе и фистулография, показаны через 7–10 дней при условии отсутствия перитонеальных явлений. Повторная корригирующая операция показана после формирования желчного свища, обычно через 1–1,5 месяца после повреждения. Ранняя коррекция, в первые сутки после операции, особенно при высоких повреждениях протоков, нецелесообразна из-за выраженных анатомических нарушений, затрудняющих даже выполнение наружного дренирования протоков. Такая поспешность явилась причиной летального исхода у молодой женщины после холецистэктомии.

Разлитой перитонит является показанием к неотложной операции. Объём её может быть различным от наружного дренирования желчных протоков до формирования желчного свища или же, если не найден источник желчеистечения, – марлевая тампонада и наружный дренаж предполагаемого источника с обязательной постоянной аспирацией содержимого. Основная задача этой тактики – спасение больного путем формирования желчного свища.

Выводы. Ранняя коррекция повреждений желчных протоков с соблюдением всех этих требований привела почти к полному выздоровлению 14 оперированных, хотя некоторым из них и предстояли в последующем повторные, как правило, реконструктивные радикальные операции. В то же время невыполнение этих требований приводит к неблагоприятным почти в 93–95% случаев результатам (стриктурам, холангиолитиазам, механической желтухе и холангитам), что требует неоднократных повторных, порой неэффективных, реконструктивных хирургических вмешательств с летальностью, достигающей 11% (5), при общей 2,5% (7).

ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И ПРИЧИНЫ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

А.В. Гусев, А.В. Ефремов, А.К. Лебедев, Ю.М. Вахеева

Кафедра хирургических болезней ИПО ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России (Иваново, Россия)

ОБУЗ Городская клиническая больница № 7 (Иваново, Россия)

Цель исследования: определить наиболее частые причины желчеистечения после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов 3 000 лапароскопических холецистэктомий, выполненных в период с 2003 по 2013 гг. По поводу хронического калькулезного холецистита оперировано 1 362 (45,4%) пациента, по поводу острого холецистита (включая инфильтративный) – 1 626 (54,2%), по поводу полипов желчного пузыря – 12 (0,4%). Лапароскопические холецистэктомии в 70% выполняли хирурги высшей категории с опытом данного рода вмешательств более 10 лет.

Результаты. Повреждения желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии были в 4 (0,13%) случаях. У одного больного интраоперационно был обнаружен краевой дефект холедоха менее чем на 1/3 диаметра (операция при остром холецистите). Выполнены лапаротомия, холедохотомия, дренирование по Керу в зоне дефекта. Дренаж удален в обычные сроки, больная выписана с выздоровлением.

У 3 больных было полное пересечение холедоха (1 случай при плановой операции по поводу хронического холецистита и 2 – при экстренных операциях по поводу острого инфильтративного

холецистита). Во всех случаях пересечение холедоха диагностировано интраоперационно. При плановой холецистэктомии был сформирован гепатикоеюноанастомоз на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Послеоперационный период протекал без осложнений. При экстренных операциях в одном случае был сформирован холедохоеюноанастомоз, в другом – первичный шов холедоха на дренаже Кера. Больные были обследованы через год – желтухи не обнаружено ни у одного из них.

Еще в 4 (0,13%) случаях непосредственной травмы магистральных внепеченочных желчных протоков не было, но отмечали желчеистечение по дренажам.

У 2 (0,07%) больных причиной желчеистечения по дренажам были ходы Люшко (операция по поводу хронического холецистита в 1 случае, острого холецистита – в 1). Желчеистечение было обнаружено на следующие после операции сутки. Обоим пациентам выполнена релапароскопия в течение 24 часов после первичной операции, визуализированы и клипированы ходы Люшко. Выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии в обычные сроки.

У 2 (0,07%) больных причиной желчеистечения явилось прорезывание клипсами пузырного протока (у обоих пациентов операция в экстренном порядке по поводу гангренозного холецистита). В одном случае желчеистечение диагностировано сразу по окончании операции (больная была еще под наркозом) – вновь были установлены троакары, обнаружен дефект культи, повторно клипирован. Больная выписана в обычные сроки без осложнений. В другом случае больной выполнена релапароскопия на следующие после операции сутки, визуализирован дефект пузырного протока, клипирован. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Выводы. Коррекция интраоперационных повреждений желчных протоков во время первичной операции приводит к хорошим отдаленным результатам.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

А.И. Дронов, И.Л. Насташенко, О.В. Довбенко, А.И. Насташенко
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца (Киев, Украина)

К «свежим» повреждениям желчных протоков (СПЖП) относятся случаи клинических проявлений ятрогенных повреждений желчных протоков (ЖП), развивающихся после абдоминальных оперативных вмешательств: желчные перитониты, внеплановое наружное желчеистечение, появление или нарастание гипербилирубинемии на 1-е–3-и сутки после операции.

За период 2004–2014 гг. в клинике на лечении находились 127 пациентов с повреждениями ЖП, из них со СПЖП – 32 (25,2%). Ятрогении произошли в клинике в 7(5,5%) случаях, остальные пациенты были переведены из других лечебных учреждений.

При наличии явных перитонеальных симптомов необходимости в эндоскопическом исследовании ЖП нет – локализация травмы протоков предполагается исходя из предыдущих интраоперационных данных. В остальных наблюдениях появление острых болей в правом подреберье через 1–2 суток после холецистэктомии хирурги склонны объяснять наличием холедохолитиаза (ХЛ). Последний самостоятельной причиной болевого синдрома является лишь в 2,7–4,4% случаев и может быть диагностирован и устранен эндоскопически. В 7,1–10,3% наблюдений он становится причиной несостоятельности культи пузырного протока и желчеистечения в брюшную полость, в таких случаях повторные оперативные вмешательства предполагают санацию брюшной полости и наружное дренирование ЖП. Холедохолитоэкстракция при этом планируется при следующем – эндоскопическом – этапе лечения (эффективность ее 97,4%).

В 71,4–86,95% случаев при повреждениях ЖП желчь, не нашедшая выход наружу по улавливающим дренажам, формирует биломы, желчные затеки, абсцессы, истинную природу которых

установить возможно только при выполнении эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ). Проведение всего комплекса эндоскопических эндобилиарных вмешательств (эндоскопической папиллосфинктеротомии, дренирования и санации ЖП) позволило устранить данные осложнения в 44,3% случаев.

Адекватная установка улавливающих дренажей не допускает развития приведенных осложнений и своевременно дает возможность заподозрить наличие повреждений ЖП, детализировать которые возможно методами рентгенконтрастных исследований (фистулография, ЭРПХГ).

С целью закрытия наружных желчных свищей (НЖС) при частичном повреждении ЖП в клинике разработаны методики: наружно-внутреннего дренирования ЖП, назобилиарного дренирования (НБД) ЖП с активной аспирацией желчи из проксимальных отделов протоков, НБД с блокированием зоны повреждения ЖП баллоном Фогарти. Эффективной является методика стентирования ЖП одновременно несколькими (2–5) пластиковыми стентами. При применении самораспрaвляющихся металлических стентов (СМС) преимущество, ввиду возможности блокирования бокового дефекта протока, отдается покрытым стентам. Применение приведенных методик позволило нам добиться закрытия НЖС во всех случаях частичного повреждения ЖП.

Несмотря на удобство и высокую непосредственную эффективность применения СМС при закрытии НЖС, мы были вынуждены отказаться от дальнейшего их применения при данной патологии. Через 9–14 месяцев после установки непокрытых СМС наблюдали прорастание грануляционных тканей через ячейки стентов, препятствующие их извлечению. Возможность применения покрытых СМС ограничен блокированием ими входящих на протяжении протоков (пузырного, внутрипеченочных).

В случаях гипербилирубинемии при СПЖП возможности эндоскопии ограничивались уточнением уровня и вида нарушения желчеоттока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

З.А. Дундаров, В.М. Майоров, Д.М. Адамович, С.Л. Зыблев
Гомельский государственный медицинский университет (Гомель, Беларусь)

Частота повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) при холецистэктомии остается стабильной и составляет 0,08–2,7%. Оперативные вмешательства при повреждениях ВПЖ сопровождаются высоким уровнем осложнений (10–47%), летальности (5–28%), неудовлетворительными отдаленными результатами (Santibone S. и соавт., 2011).

Цель исследования: изучить результаты лечения ятрогенных «больших» повреждений ВЖП.

Материалы и методы. За период 2000–2013 гг. оперирован 31 больной с ятрогенными «большими» повреждениями ВЖП. В исследовании преобладали женщины – 24 (77,4%). Средний возраст больных составил 56,3±4,6 года.

По классификации H. Bismuth больные были распределены следующим образом: тип I – 6 (19,4%); тип II – 10 (32,2%); тип III – 8 (25,8%); тип IV – 4 (12,9%); тип V – 3 (9,7%). Интраоперационно повреждения диагностированы в 5 (16,1%) случаях, в раннем послеоперационном периоде – 26 (83,9%). Среди трех групп факторов риска: «опасная анатомия», «опасная патология», «опасная хирургия» – последняя была причиной большинства повреждений ВЖП. Для оценки послеоперационного желчеистечения использовали классификацию L. Morgenstern (2006):

– желчеистечение I ст. – до 100 мл/сут по дренажу из брюшной полости или отграниченное скопление жидкости в ложе желчного пузыря до 5 см при УЗИ; рекомендовано динамическое наблюдение с УЗ-контролем;

– желчеистечение II ст. – 100–500 мл/сут по дренажу или свободная жидкость над и под печенью при УЗИ; рекомендована диагностическая релапароскопия для выявления источника желчеистечения, его ликвидации и санации брюшной полости (при неустановленном источнике желчеистечения или выявлении повреждений магистральных ВЖП – лапаротомия);

– желчеистечение III ст. – более 500 мл/сут. по дренажу или свободная жидкость в трех и более областях брюшной полости при УЗИ; рекомендована срочная лапаротомия.

Результаты. Были выполнены: гепатикоеюностомия – 6 (19,4%); гепатикоеюностомия с продольным рассечением левого долевого протока – 10 (32,2%); бигепатикоеюностомия – 9 (29%); тригепатикоеюностия – 3 (9,7%); изолированный анастомоз с правым долевым протоком – 3 (9,7%). Анастомозы формировали на длинном сегменте тонкой кишки, «отключенной» по Ру. Билиобилиарные и гепатикодуоденоанастомозы не формировали. У всех пациентов выполнено чрезанастомозное дренирование желчных протоков по Фелькеру. Сменные транспеченочные дренажи не применяли. У 7 (22,6%) больных после реконструктивных операций отмечалось желчеистечение по дренажам из брюшной полости в количестве 100–200 мл/сут в сроки 5–14 дней. Релапаротомия выполнена у 2 (6,5%) пациентов, дренирование жидкостных образований под УЗ-контролем – у 3 (9,7%). Летальных исходов не было.

Выводы. Результаты лечения «свежих» повреждений ВЖП во многом определяются ранней диагностикой и правильным выбором хирургической тактики.

Оптимальным видом оперативного пособия при «больших» ятрогенных повреждениях ВЖП следует считать гепатикоеюностомию по Ру с созданием широкого анастомоза без натяжения, прецизионной адаптацией слизистых оболочек ВЖП и кишки.

При реконструктивной операции на узком тонкостенном ЖП трудно достичь полного герметизма анастомоза, в связи с чем считаем обязательным формировать анастомоз на каркасном дренаже с хорошим дренированием подпеченочного пространства.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ «СВЕЖИХ» ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Т.А. Кадощук, В.В. Петрушенко, В.С. Бахнивский, С.С. Стукан
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Винница, Украина)

Цель исследования: оценить результаты реконструктивно-восстановительных операций при «свежих» ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков (ВЖП); определить оптимальные сроки для выполнения повторных вмешательств с учетом данных современных методов диагностики и патогенетически обоснованной предоперационной подготовки, так как длительная предоперационная подготовка у этой категории больных нередко приводит к развитию необратимых изменений в печени и других внутренних органах.

Материалы и методы. В период с 1970 по 2014 г. были оперированы 114 больных в возрасте от 28 до 74 лет со «свежими» ятрогенными повреждениями ВЖП, осложнившимися стойкими желчными свищами в непрофильных клиниках. Мужчин было 26 (22,8%), женщин – 88 (77,2%).

Результаты. «Свежие» ятрогенные повреждения ВЖП произошли при выполнении открытой холецистектомии (у 84 больных) и при лапароскопических операциях (у 30). Повреждения внепеченочных желчных протоков возникли при выполнении холецистектомии по неотложным показаниям у 62 пациентов и при плановой холецистектомии у 52 больных, в том числе у 9 больных – при резекции желудка. При повторных вмешательствах были обнаружены следующие виды повреждений: пересечение общего печеночного и общего желчного протоков – у 17 пациентов, иссечение общего желчного и общего печеночного протоков – у 9, пристеночное или почти

полное пересечение печеночно-желчного протоков при холецистектомии от дна – у 15, травмирование зажимом и прошивание общего желчного протока – у 12 и общего печеночного – у 17, при неосторожных манипуляциях во время остановки кровотечения – у 19, пересечения и перевязка общего печеночного протока при различных аномалиях его развития – у 5, линейное повреждение общего печеночного протока – у 11 больных; повреждение и прошивание общего желчного протока во время резекции желудка – у 9 пациентов. У 3 больных повреждения внепеченочных желчных протоков выявили во время операции и не устранили в связи с крайне тяжелым состоянием больного.

Всего у 114 больных произвели 138 оперативных вмешательств: восстановительных – 112; в связи с возникшими послеоперационными осложнениями – 26. Антирефлюксный супрадуоденальный анастомоз (патент 85986) сформировали 34 больным, в том числе в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой, гепатикодуоденостомией – у 14, гепатикоеюноанастомоз на изолированной петле по Ру – у 42, пластикой общего желчного протока – у 13, ушиванием отверстия в протоке по Гейнеке–Микуличу – у 2, с рассечением протока в продольном направлении и последующим сшиванием в поперечном направлениии пластикой желчнего протока с анастомозом конец в конец – у 3 больных. Во всех наблюдениях, в которых выполняли гепатикодуоденостомию, неотъемленым этапом операции являлась мобилизация двенадцатиперстной кишки. При выполнении восстановительных операций важное значение придавали надежному дренированию подпеченочного пространства и других мест скопления гноя или желчи путем применения спаренных дренажей (а.с.1109175), ирригоаспираторов (а.с.1049068). Отмечен 1 (0,9%) летальный исход вследствие печеночной недостаточности.

Выводы. Наиболее эффективно проведение таких мероприятий, как достаточно длительная и интенсивная предоперационная подготовка, антибактериальная терапия, направленная на подавление неклостридиальной анаэробной инфекции, аккуратное и технически грамотное наложение билиодигестивных и билиобилиарных анастомозов, выполнение мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру и ушивание на дренажах при натяжении швов анастомоза, наложение ентеродуоденостомы при гепатикоеюностомии на изолированном кишечном сегменте по Ру, а также тщательная санация и адекватное дренирование зоны операции.

ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Ш.И. Каримов, М.Ш. Хакимов, С.У. Рахманов, Ф.А. Хаджибаев, В.Р. Хасанов, С.М. Джафаров

Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования: определить возможности чреспеченочных эндобилиарных вмешательств в лечении рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты эндобилиарных вмешательств у 27 больных с механической желтухой (МЖ), вызванной рубцовыми стриктурами холедоха – 16 (59,3%) и билиодигестивных анастомозов (БДА) – 11 (40,7%). Возрастной диапазон пациентов – от 22 до 74 лет (средний возраст – 47,3±24,4 года). Женщин было 19 (70,4%), мужчин – 8 (29,6%). Основной причиной рубцовых стриктур желчных протоков были их повреждения при выполнении холецистэктомии (16 больных). Нарушение проходимости БДА развилось после операций по поводу рубцовых стриктур холедоха (8 случаев), хронического индуративного панкреатита (1 пациент), панкреатодуоденальной резекции (2 наблюдения). У всех больных отмечался синдром стойкой билиарной гипертензии. При этом длительность МЖ составила от 2 су-

ток до 3 мес. Признаки холангита были у 12 (44,4%) пациентов. В 3 случаях имели место наружные желчные свищи. Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства включали наружное дренирование, реканализацию стриктур, дилатацию баллонными катетерами возрастающего диаметра (7–8 мм) с последующим длительным каркасным дренированием.

Результаты. Чреспеченочная холангиостомия приводила к быстрому снижению уровня билирубина крови, санации желчных протоков, купированию явлений эндотоксикоза и печеночной недостаточности, восстановлению функционального состояния других жизненно важных органов. Реканализация стриктур была успешна в 9 случаях из 16 при стриктурах холедоха и во всех случаях при сужениях БДА. Остальным пациентам потребовалось хирургическое вмешательство.

Только в 2 случаях при раннем выявлении стриктур холедоха повторными дилатациями и каркасным длительным дренированием удалось восстановить просвет холедоха с благоприятным отдаленным результатом.

Общая длительность лечения, необходимая для закрепления эффекта дилатации и эпителизации зоны анастомоза, составила от 6 мес. до 1,5 года. Отдаленные наблюдения за 8 больными в течение от 8 мес. до 2 лет не выявили случаев рецидива заболевания.

Выводы. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия является эффективным, а для сужений билиодигестивных анастомозов – единственно возможным малоинвазивным методом декомпрессии желчевыводящей системы и устранения МЖ при рубцовых стриктурах желчных протоков. Эндобилиарная баллонная дилатация и длительное каркасное дренирование наиболее эффективны при «свежих» стриктурах холедоха, при наличии сформированных стриктур повторная дилатация не обеспечивает полного восстановления просвета и сопровождается рецидивом заболевания. Рентгеноэндобилиарная дилатация и каркасное длительное дренирование является методом выбора в лечении сужений БДА, поскольку обеспечивает восстановление адекватного оттока желчи и отсутствие рецидивов в отдаленном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Л.П. Котельникова, М.Ф. Заривчацкий, И.Г. Бурнышев, В.А. Самарцев, О.В. Баженова, И.Н. Мугатаров

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

Цель исследования: оценить течение раннего послеоперационного периода у больных со «свежими» повреждениями внепеченочных желчных протоков (ВЖП) в зависимости от характера травмы, сроков их диагностики, способов оперативного лечения и квалификации хирурга.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 127 историй болезни пациентов с повреждениями ВЖП, оперированных в Пермской краевой клинической больнице (ПККБ) и МСЧ № 1 за последние 28 лет. Диагноз был установлен во время операции в 50,4% (64) случаев, в 36,2% (46) – в раннем послеоперационном периоде, через 30 и более суток – в 13,4% (17).

Большинству пациентов со «свежими» повреждениями ВЖП (79 (62,2%) выполнены реконструктивные операции, восстановительные – 14 больным, гепатикостома из-за наличия осложнений наложена 17. Течение раннего послеоперационного периода оценивали по наличию осложнений и летальным исходам.

Результаты. Среди оперированных преобладали женщины (88%) в возрасте 52±14 лет. Пересечение гепатикохоледоха ниже конфлюенса диагностировано у 70, по его уровню – у 15, выше – у 16, перевязка ВЖП – у 5, высечение большого дуоденального соска из просвета

12-перстной кишки при резекции желудка – у 4. Среди пациентов, оперированных в ПККБ и МСЧ № 1, количество повреждений ВЖП составило 0,2%.

При обнаружении пересечения ВЖП ниже конфлюенса во время операции 14 пациентам (12,7%) был наложен гепатикохоледохоанастомоз (ГХА) на дренаже Кера. При пересечении нерасширенных ВЖП 30 (27,7%) пациентам выполнен гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на выключенной по Ру петле и сменных транспеченочных дренажах, 21 операция была сделана до 2002 г. ГЕА был наложен без карскасных дренажей еще 17 (15,5%) больным, с применением «потерянных» – 16 (14,5%). Холедоходуоденоанастомоз (ХДА) конец-в-бок был наложен 12 (10,9%) пациентам. При высечении большого дуоденального соска пассаж желчи восстанавливали путем наложения ХДА с задней стенкой двенадцатиперстной кишки (4). При наличии перитонита или механической желтухи 17 больным выполнено только наружное дренирование ВЖП.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 31 (28,1%) больного, из них у 13 (11,8%): несостоятельность ХДА (4), ГЕА без каркасных дренажей (3), ГЕА на «потерянных дренажах» (3), ГХА (3).

Послеоперационные осложнения чаще возникали при повреждениях холедоха выше конфлюенса (r=0,2, p=0,02), выполнении первичной операции в общехирургических отделениях (r=0,3, p=0,007), наложении ХДА (r=0,3, p=0,05), выполнении ГЕА без каркасных дренажей (p=0,05).

Летальность составила 12% и была статистически достоверно выше при наличии перитонита и желтухи до реконструктивной операции (r=0,2, p=0,03), возникновении осложнений в послеоперационном периоде (r=0,2, p=0,02).

Выводы. Развитие послеоперационных осложнений и летальных исходов при «свежих» повреждениях ВЖП зависят от уровня их пересечения, сроков диагностики, выбора способа восстановления ВЖП и места выполнения реконструктивной операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Н.Ю. Коханенко, Н.Н. Артемьева, Ю.Н. Ширяев, С.В. Петрик, М.А. Бернштейн, А.В. Глебова

ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Цель исследования: провести анализ повреждений желчных протоков и сравнить результаты различных оперативных вмешательств при коррекции этих осложнений.

Материалы и методы. Всего по поводу рубцовых стриктур и «свежих» повреждений внепеченочных желчных протоков с 1990 г. оперированы 243 больных. Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 57 пациентов с повреждениями желчных протоков (ПЖП), выявленными во время операции (40 (70,2%) больных) или в раннем послеоперационном периоде (17 (29,8%) пациентов).

Результаты. В начале работы при выявлении ПЖП во время открытой операции стремились выполнить восстановительные вмешательства. В 12 случаях был сформирован билиобилиарный анастомоз (ББА). У 6 из 7 больных с ББА гепатикохоледоха в сроки от 4 до 12 месяцев появились признаки рубцевания. Рубцовых стриктур не наблюдали у 5 больных с ББА долевых протоков.

У 4 пациентов, у которых ПЖП было распознано в послеоперационном периоде, в двух случаях (6 и 7 сут после операции) на фоне механической желтухи, был сформирован гепатикое-

юноанастомоз (ГЕА), и у двух других больных с перитонитом желчные протоки были дренированы наружу.

С 2001 г. оперировали 41 больного со «свежими» повреждениями ЖП, причем все они возникли во время лапароскопической холецистэктомии.

Повреждения замечены во время операции у 28 пациентов, у которых сразу же предпринята конверсия. У 5 больных выполнено наружное дренирование желчных протоков, наложен ГЕА – у 22, ББА – у 2.

В 13 случаях диагноз повреждения ЖП был поставлен спустя 2–30 дней. Подтекание желчи по дренажу отмечено у 7 пациентов. 4 из них выполнена повторная лапароскопия, дважды коагулировали ложе пузыря. У одной больной при этом возникло дополнительное повреждение – была прожжена стенка правого долевого протока.

Желтуха отмечена у 3 больных, желтуха и перитонит – у 5 и прогрессирующее накопление «асцита» – у 1 пациентки, у которой диагноз повреждения протоков был поставлен только через месяц после лапароскопии. У 4 больных с желтухой была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия.

Лапаротомия произведена 12 больным, 1 пациентку с подпеченочным и поддиафрагмальным абсцессами лечили малоинвазивно. ГЕА был сформирован трем больным на второй–третий день после повреждения. В остальных случаях желчные протоки дренированы наружу.

В последние 10 лет при появлении желчи по контрольному дренажу выполняем экстренную магнитно-резонансную холангиопанкреатографию и при выявлении ПЖП оперируем больного по экстренным показаниям. Такая тактика применена в 5 случаях. ГЕА был наложен на дренаже по Фелькеру и ББА при повреждении правого долевого протока 3 больным. ЭПСТ выполнена 1 больной с краевым повреждением общего печеночного протока. Во всех случаях получены хорошие непосредственные и отдаленные результаты.

Выводы. Результаты хирургической коррекции повреждений желчных протоков во время эндовидеохирургических или открытых операций зависят от многих факторов и прежде всего – от сроков их обнаружения. У трети больных диагностика ПЖП запоздалая. При этом операции носят вынужденный, нередко лишь дренирующий характер с перспективой дальнейшей реконструктивной операции. При лечении «свежих» повреждений лучшие результаты получили при наложении билиодигестивных анастомозов с использованием временных декомпрессивных дренажей.

К ВОПРОСУ О ЯТРОГЕННЫХ ТРАВМАХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

М.В. Кукош, Г.И. Гомозов, В.И. Спиридонов

ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России
(Нижний Новгород, Россия)

В настоящее время существенно увеличилось количество операций на жёлчевыводящих путях, выполняемых как по поводу желчнокаменной болезни (хронический холецистит), так и по поводу её осложнений. Операции выполняются в основном малоинвазивные (лапароскопические и из мини-доступа), но при наличии патологии, требующей вмешательства на общем желчном протоке, – «открытые» из верхнесрединного (чаще) доступа и доступа в правом подреберье. В ряде случаев эти операции осложняются интраоперационной травмой внепеченочных жёлчных путей и частота этих осложнений встречается от 0,1 до 1%, при лапароскопической технике – несколько реже.

Изучая причины интраоперационной травмы внепечёночных желчных путей, мы пришли к выводу, что необходимо выделять следующее:

– каким способом выполняется холецистэктомия («открытая» операция или лапароскопическая);

– острый процесс или хронический;

– через какое время после острого приступа холецистита выполняется операция, то есть наличие или отсутствие плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки;

– наличие патологии в гепатохоледохе;

– ширина гепатохоледоха (тонкий или расширенный);

Интраоперационное повреждение желчевыводящих путей возможно как при тонком протоке, так и при расширенном. Это во многом зависит от квалификации хирурга. Нами предложена автоматизированная система оценки профессиональной подготовки хирургов. Она представляет собой профессиональную программу – «определение вероятности положительного исхода при лечении экстренных заболеваний брюшной полости». Вероятность положительного исхода рассчитывается исходя из состояния пациента при поступлении, рейтинга хирурга и уровня медицинского учреждения. Состояние пациента оценивается по шкале APACHE II в модификации Шапошникова, что позволяет использовать её в условиях недостаточно оснащённого хирургического стационара; может также использоваться и любая другая шкала оценки тяжести состояния пациента.

Рейтинг хирурга формируется из основного и дополнительных критериев. Основной критерий в формировании рейтинга хирурга – это количество и сложность проведённых операций с благоприятными исходами. Дополнительными критериями являются стаж работы, категория, возраст хирурга и другие показатели.

Вывод. Всё вышеперечисленное весьма важно для снижения числа ятрогенных повреждений желчевыводящих путей.

ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ И РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

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

ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России (Владикавказ, Россия)

Основными причинами повреждений желчевыводящих протоков при холецистэктомии являются инфильтрат в области шейки желчного пузыря, плохо контролируемое кровотечение во время операции, наличие пузырно-холедохеального свища, аномальное расположение пузырных протока и артерии, грубые манипуляции в области гепатодуоденальной связки. К восстановительным операциям относят те вмешательства, при которых осуществляют естественный отток желчи в двенадцатиперстную кишку через большой дуоденальный сосочек.

Цель исследования: улучшение результатов восстановительных и реконструктивных операций при повреждении желчных протоков.

Материалы и методы. В клинике выполнено 28 восстановительных и реконструктивных операций на желчных протоках при свежих повреждениях. По характеру повреждения желчевыводящих протоков все больные распределились следующим образом: полное пересечение гепатикохоледоха – 19. Из них у 13 пересечение протока было как этап операции при ПДР. В 6 случаях при «свежем» повреждении протока отмечалось его полное пересечение, иссечение общего печеночного протока более 3 см (тип 1, 2) – 4, иссечение общего печеночного протока (тип 0) – 2 больных, краевое повреждение протока – 8, коагуляционный некроз – 1. Травма гепа-

тикохоледоха в 14 случаев была выявлена при первичной операции. Желчеистечение из ворот печени или области гепатодуоденальной связки, контрастирование при операционной холангиографии только дистального отдела гепатикохоледоха, отсутствие выделения желчи из культи пузырного протока позволили своевременно диагностировать повреждение желчных протоков. У 1 больного дефект гепатикохоледоха наступил в результате коагуляционного некроза стенки и был диагностирован на 3-и сутки на основании желчеистечения по улавливающему дренажу. При «свежем» повреждении общего печеночного протока выполнены следующие операции: билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже – 4, гепатикоеюностомия на потеряном дренаже – 8, гепатикоеюностомия+СТД – 2. При небольшом пристеночном ранении гепатикохоледоха, обнаруженном при первичной операции, использовали первичный шов протока атравматикой 5-0 с последующим его дренированием через культю пузырного протока, таких больных было 3. При значительном размере дефекта стенки протока выполняли пластику гепатикохоледоха на Т-образном дренаже, этот вид вмешательства использован при полном пересечении протока и отсутствии диастаза между проксимальной и дистальной культёй протока, при наличии диаметра холедоха не менее 8–7 мм.

Результат. У 3 (12,4%) больных в течение 5–7 суток после операции отмечали выделение желчи по дренажам в небольшом количестве. Отдалённые результаты операций до 12 лет изучены у 21 (80%) выписанных больных, из них у 2 в сроки до 2 лет после гепатикоеюностомии на потеряном дренаже наступил стеноз анастомоза. Они оперированы повторно, им произведено бужирование анастомоза и дренирование его на управляемом дренаже сроком до 6 месяцев. После этого признаков стеноза не было. У одного больного после билиобилиарного анастомоза, выполненного на узком холедохе, через год наступил стеноз холедоха, потребовавший выполнение гепатикоанастомоза. Ещё у 4 больных из группы с гепатикоанастомозом в отдалённые сроки, (более 7 лет) периодически отмечается «атака» холангита, хорошо поддающаяся консервативной терапии. У остальных 14 больных отдалённые результаты операции признаны хорошими.

Выводы.

1. Основной операцией при ятрогенных повреждениях желчных протоков и стриктур остается гепатикоеюностомия на потерянном или управляемом дренаже и пластика протока на Т-образном дренаже.

2. Выбор метода восстановительно-реконструктивных операций в каждом конкретном случае должен быть индивидуальный.

КОРРЕКЦИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: выбор хирургического лечения ранних послеоперационных осложнений билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней № 1, ТГМУ им. Абу Али ибн Сино на базе ГКБ СМП г. Душанбе за последние 15 лет на лечении находились 84 пациента с различными осложнениями сформированных БДА. При этом из 84 больных 18 (21,4%) были прооперированы в клинике, а остальным 66 (78,6%) пациентам были сформированы БДА в других лечебных учреждениях Республики Таджикистан. Женщин было 72 (85,7%), мужчин – 12 (14,3%). Возраст пациентов – от 24 до 80 лет. Показаниями к формированию БДА на основании анализа нашего материала были самые разнообразные заболевания и причины.

ЖКБ и её осложнения, требовавшие коррекции непроходимости желчных протоков и разрешения желтухи, являлись показанием к формированию БДА в 20 (23,8%) наблюдениях, БДА были сформированы при возникновении интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков в 40 (47,6%) случаях.

В большинстве наблюдений (n=62) были сформированы различные варианты гепатикоеюноанастомоза (ГЕА), холедоходуоденоанастомоз (ХДА) в 22 случаях, в сочетании с трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой – у 7 пациентов.

Для диагностики осложнений БДА применяли клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. Анализ клинического материала показал, что в 39 (46,4%) наблюдениях у этих больных отмечали ранние послеоперационные осложнения со стороны сформированных БДА, осложнения БДА диагностированы в отдаленном послеоперационном периоде в 45 (53,6%) случаях.

Среди ранних осложнений сформированных БДА в 29 (74,3%) наблюдениях выявлена несостоятельность швов ГЕА (n=26) и ХДА (n=3). Учитывая наличие ограничения патологического процесса подпеченочным пространством и явления частичной несостоятельности БДА, в 21 (25,0%) наблюдениях комплексное консервативное лечение (n=13) и видеолапароскопические санации (n=8) позволили ликвидировать несостоятельность БДА. Лишь в 9 случаях при развитии послеоперационного желчного перитонита прибегали к релапаротомии, санации и дренировании брюшной полости и зоны несостоятельности БДА. В послеоперационном периоде в 4 наблюдениях отмечали летальные исходы.

У 10 пациентов после выполнения двойного внутреннего дренирования наблюдали различной степени выраженности острый послеоперационный панкреатит. Во всех наблюдениях (n=10) комплексная консервативная терапия оказалась эффективной.

Таким образом, повторные операции при осложнениях со стороны сформированных БДА приносят в большинстве случаев хорошие и удовлетворительные результаты и приводят к полному выздоровлению или значительному улучшению состояния больного, что подтверждает целесообразность их выполнения.

Выводы. Хирургическая тактика при ранних осложнениях билиодигестивных анастомозов должна быть дифференцированной и основываться на характере возникшего осложнения, функционального состояния печени и общего состояния пациентов в целом.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЙ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

К.М. Курбонов, Н.А. Расулов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: изучить некоторые показатели цитокинового профиля у больных со «свежими» интраоперационными повреждениями желчных протоков.

Материалы и методы. В клинике за 10 лет на лечении по поводу «свежих» повреждений желчных протоков (ПЖП) находилось 74 больных. При этом в 12 (16%) наблюдениях субоперационные повреждения возникли в клинике во время холецистэктомии, ПЖП – в других лечебных учреждениях Республики у 62 (84%) больных, которые либо были оперированы по линии санитарной авиации (n=25), либо переведены (n=37) в клинику через 1–2 суток после ПЖП. Возраст пациентов – от 24 до 72 лет. Наличие ПЖП устанавливали интраоперационно, а также в послеоперационном периоде после применения инструментальных методов исследования – ЭРПХГ,

УЗИ, МРТ и ЧЧХ. Кроме этого, на 1-е, 2-е, 3-и и 4-е сутки исследовали показатели цитокинового профиля.

Результаты. В первые 3 суток после ПЖП наблюдали повышенные показатели локального синтеза провоспалительных цитокинов. Так, содержание ИЛ-6 в сыворотки крови составило 161,1±10,2 пг/мл, ФНОα – 4,24±0,27 пг/мл, что обусловлено цитокинсинтезирующей активностью клеток желчных протоков и нарушением их способностью воспринимать сигналы.

Под влиянием ФНОα происходит активизация эндотелиальных клеток венул, повышается экспрессия межклеточной и сосудисто-клеточной адгезии и на их поверхности запускается цитокиновый каскад в очаге повреждения с усилением выработки активных форм кислорода. Подтверждением является значительное повышение содержание МДА (3,8±0,11 мкмоль/л) и снижение показателей СОД (8,47±0,28 усл. ед.). В дальнейшем уровень провоспалительных цитокинов начинал преобладать над уровнем противоспалительных цитокинов, которые способствуют нарушению синтеза коллагена и кровообращения в желчных протоках.

Выводы. Полученные предварительные данные показывают, что при ПЖП наблюдаются нарушения в цитокиновом статусе и свободно радикальных процессов, негативно влияющих на заживление ран.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАННИХ (СВЕЖИХ) ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Н.А. Майстренко[1], П.Н. Ромащенко[1], А.С. Прядко[1,2], А.К. Алиев[1]

[1]ФГВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобразования России (Санкт-Петербург, Россия)

[2]Ленинградская областная клиническая больница (Санкт-Петербург, Россия)

Проанализированы результаты лечения 85 пациентов с повреждениями внепеченочных жёлчных протоков (ПВЖП) после выполнения лапароскопической холецистэктомии в хирургических стационарах Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Согласно международной классификации «АТОМ» (EAES, Италия, 2013) все больные были распределены на 6 групп в зависимости от объёма ПВЖП и времени их обнаружения. Интраоперационные ПВЖП: 1) полное пересечение основного жёлчного протока (ОЖП) – у 5; 2) краевое повреждение ОЖП – у 6; 3) повреждение неосновных жёлчных протоков (НЖП) – у 14. ПВЖП, выявленные в раннем послеоперационном периоде: 4) полное пересечение ОЖП – у 23; 5) краевое повреждение ОЖП – у 24; 6) повреждение НЖП – 13.

При интраоперационном обнаружении ЯПЖП больным 1-й группы был сформирован билиобилиарный анастомоз, пациентам 2-й группы – ушивание краевого повреждения ОЖП на каркасном дренаже открытым путём, больным 3-й группы – клипирование НЖП. Данные послеоперационной диагностики ПВЖП у лиц 4-й группы в первые 3 суток при отсутствии местных инфекционно-воспалительных изменений позволили формировать билиодигистивный анастомоз (БДА) у 8 пациентов, позже 3 суток осуществлять двухэтапные вмешательства – у 15 (первым этапом – наружное дренирование, а вторым – БДА). Всем пациентам 6-й группы при релапароскопии желчеистечение остановлено клипированием НЖП.

Наибольшие трудности диагностики и лечения представили пациенты 5-й группы, у которых течение послеоперационного периода характеризовалось желчеистечением по подпеченочному дренажу (238±55 мл/сут). Причиной желчеистечения у 7 пациентов из 24 оказался дефект общего печеночного протока, потребовавший формирования БДА у 1 больного и эндоскопического стентирования – у 6. У остальных 17 из 24 пациентов 5-й группы поиск причины желчеистечения в стационаре первичного оперативного вмешательства был недостаточным.

Дренажное положение пациента способствовало уменьшению желчеистечения и закрытию желчного свища на (12±4)-е сутки.

Хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты отмечены у больных 2, 3, 4 и 6-й групп, а также пациентов 5-й группы, которым проводилось каркасное дренирование и стентирование. Неудовлетворительные результаты в виде формирования стриктуры холедоха были у пациентов 1-й группы и у 12 из 17 больных 5-й группы, которым потребовалось выполнение БДА. Летальных исходов не было.

Установлено, что по данным диагностики «свежего» (во время операции или после неё в первые трое суток) пересечения ОЖП диаметром более 7 мм обоснованно формирование БДА, в остальных случаях оправданно выполнение двухэтапных вмешательств. Выявление краевого повреждения ОЖП интраоперационно позволяет ушить его на каркасном дренаже, а после операции – осуществить его эндоскопическое стентирование. Устранение желчеистечения из НЖП достигается их клипированием или ушиванием.

Выводы. При выявлении ПВЖП во время операции и после неё должен быть предпринят исчерпывающий диагностический поиск источника желчеистечения для обоснования выбора рационального варианта хирургического вмешательства, учитывающего объем их поражения, характер и тяжесть развившихся осложнений, общесоматическое состояние пациента, а также обеспечивающего минимальный риск развития рубцовой стриктуры в отдалённый период.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ СВЕЖИХ ТРАВМ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОПИСТОРХОЗЕ

Н.В. Мерзликин, В.Ф. Цхай, Н.А. Бражникова, Ю.А. Хлебникова, В.Ф. Подгорнов, В.Н. Пак, С.В. Шелепов

ГБОУ ВПО Сибирский государственный медицинский университет Минздрава России (Томск, Россия)

В период с 1970 по 2013 г. оперировано 1 769 пациентов с осложнениями хронического описторхоза в сочетании или без ЖКБ, травма протоков была у 20 (1,13%), без описторхоза из 5 378 больных – у 21 (0,4%). Выполняли как ТХЭ, так и ЛХЭ. Травма имела место при ТХЭ в 0,65% случаев, при ЛХЭ – в 0,43%. При описторхозе нуждались в холецистэктомии 9 пациентов, требовалась коррекция желчеоттока в ДПК – 11. Средний возраст больных составил 50,4±1,3 года. Длительность инвазии 12,1±1,3 года. Для диагностики свежих травм использовалась интраоперационная холангиография, после операции – УЗИ, ЭРХПГ, релапароскопия, фистулохолангиография.

Хронический описторхоз характеризуется билиарной гипертензией с холангиоэктазами вследствие пролиферативно-склеротических изменений билиарной и панкреатической систем с развитием стриктур пузырного, дистальной части общего желчного протока и БДС с увеличением размеров желчного пузыря, перихоледохеальным лимфаденитом и спаечного процесса. Эти изменения затрудняют выполнение холецистэктомии и способствуют большей (2,8 раза) частоте повреждений протоков, склеротические изменения были ведущей причиной последних (45,8%), инфильтративные (25%) – реже. Травма диагностирована при операции в 48,4% случаев, в первые 5–6 суток после нее – в 21%. В соответствии с классификацией H. Bismuth (1982), низкий и средний уровень повреждения был в 50% случаев, высокий с сохранением конфлюэнса – в 30%, высокий с разрушением последнего – в 15%, повреждение общего печеночного и правого аберантного печеночного протока – в 5%.

В 55,8% выполнены восстановительные операции наложением пристеночного прецизионного шва с наружным дренированием (32,6%) или билио-билиарного анастомоза на дренаже Кера, реконструктивные операции гепатикоеюностомией по Ру или Брауну на сменном транспеченочном дренаже (СТД) – в 23,3% случаев.

При описторхозе дренажи ликвидируют билиарную гипертензию, позволяют санировать протоки от инфекции и гельминтов. Дренажи Кера удаляют через 6 месяцев, а СТД – через 2 года для предупреждения рубцевания анастомозов. При раннем удалении рецидив наступил у 4 пациентов, применена дилатация и стентирование стентами из никелида титана. Летальность при операциях – 8,3%.

Выводы. При хроническом описторхозе при холецистэктомии целесообразно учитывать опасность повреждений протоков. В этом случае перспективным является применение стентов из никелида титана в реконструктивной хирургии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО «СВЕЖИМИ» ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, А.В. Девятов, М.Ш. Нишанов, Е.М. Сайдазимов

Республиканский специализированный центр хирургии им. ак. В. Вахидова (Ташкент, Узбекистан)

За последние 2 десятилетия, как и во многих странах мира, в Узбекистане отмечают увеличение числа больных с заболеваниями желчевыводящих путей. Увеличилось и число операций на желчном пузыре и протоках. Вместе с тем наблюдают увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2–4 раза, которые составляют от 0,22 до 1,86%. Внедрение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. Лечение травмы желчных протоков представляет исключительную сложность, требует длительного времени, дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций и приводит к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8–17%, осложнения при операциях достигают 47%, развитие посттравматических стриктур желчных протоков – 30–55%.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 103 больных со «свежими» повреждениями магистральных желчных протоков (МЖП) за период с 2000 по 2013 г. Среди пролеченных больных мужчин было 22 (21,4%), женщин – 81 (78,6%). Возраст пациентов – от 19 до 80 лет. Повреждения МЖП отмечены у 38 (0,58%) больных на 6 521 холецистэктомий (ХЭ), из них после ЛХЭ – у 27, после мини-лапаротомной ХЭ – у 6, после традиционной ХЭ – у 5. Поступили из других стационаров 65 пациентов, из них после ЛХЭ – 12, после традиционной ХЭ – 52 и после мини-лапаротомной холецистэктомии – 1. Интраоперационно повреждения МЖП выявлены у 28 (27,2%) больных, в раннем послеоперационном периоде – у 75 (72,8%).

Результаты. При интраоперационном повреждении желчных протоков (n=28) у 18 больных имелось полное пересечение протока, у 10 – краевое повреждение. У 25 больных операции, направленные на восстановление анатомии желчных протоков, были выполнены сразу, у 3 – в 2 этапа. При выявлении повреждений желчных протоков в раннем послеоперационном периоде (n=75) проводили одно- или двухэтапные операции в зависимости от наличия инфильтративно-воспалительных изменений подпеченочной области. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали у 23 (22,3%) больных, из них у 6 (5,8%) с летальным исходом. В отдаленном периоде неудовлетворительные результаты отмечены у 37 (35,9%) больных, причем стеноз ГепЕА – у 3 (4,7%), стеноз ГепДА – у 12 (85,7%), стеноз ББА – у 17 (89,5%). Повтор-

ные оперативные вмешательства потребовались 33 (32,03%) больным. Лучшие результаты получены в группе пациентов, где операции выполнялись при интраоперационном обнаружении травм МЖП. Из 28 больных этой группы хорошие ближайшие и отдаленные результаты получены у 84,3% человек. Основной операцией при полном пересечении МЖП является ГепЕА на выключенной петле тонкой кишки по Ру, что выполнено у 64 больных с хорошим отдаленным результатом в 95,3% случаев. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает сроки лечения больных, однако эту методику удалось применить только у 11 больных этой группы.

Выводы. Причиной неудач в лечении «свежих» повреждений МЖП являются несвоевременность диагностики и выполнение неадекватных по объему операций, направленных на восстановление желчеоттока путем создания билиобилиарных и билиодуоденальных анастомозов.

ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

И.Г. Натрошвили, М.И. Прудков

ГБУЗ «Кисловодская Центральная городская больница» (Кисловодск, Россия)

ГБОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Минздрава России (Екатеринбург, Россия)

Повреждение желчевыводящих протоков – наиболее серьёзное осложнение холецистэктомии, которое может существенно влиять на качество и продолжительность жизни пациентов. С внедрением лапароскопических операций чаще встречаются случаи высоких повреждений, частичного или полного иссечения общего печеночного протока и сочетанных повреждений желчных протоков и артериальных сосудов, а желчеистечение вследствие малых повреждений (пузырного протока или периферийных желчных протоков) в настоящее время составляет около 25% билиарных осложнений лапароскопической холецистэктомии. При остром калькулезном холецистите частота повреждений желчных протоков возрастает двукратно.

Проведён ретроспективный анализ осложнений лапароскопической холецистэктомии (n=276 (61,3%)) и холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа (n=174 (38,7%)), произведенных по поводу различных форм острого калькулезного холецистита без патологии желчных протоков у 450 больных в 2011 г. в клинике г. Екатеринбурга, двух клиниках г. Москвы, четырёх – г. Волгограда и в ЦГБ г. Кисловодска. Все возникшие интра- и послеоперационные осложнения оценивали по шкале Accordion, дополнительно использовали их балльную оценку. С целью сравнения безопасности вмешательств применяли индекс ятрогенности — суммарную тяжесть осложнений в баллах, приходящуюся на одного больного.

Больные были разделены на группы по степени тяжести острого холецистита согласно Токийской классификации: «лёгкий» холецистит – у 258 (57,3%) пациентов, «средней тяжести» – у 185 (41,1%), «тяжёлый» – у 7 (1,6%).

Интраоперационное краевое повреждение супрадуоденальной части холедоха длиной 2 мм возникло при разделении плотного инфильтрата в области шейки желчного пузыря во время выполнения лапароскопической холецистэктомии; произведены лапаротомия, ушивание дефекта. У двух пациентов после холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа в первые сутки было желчеистечение по дренажу из подпеченочного пространства, при релапароскопиях выявлены повреждения протоков в ложе желчного пузыря, произведены реминилапаротомии, ушивание дефекта протока у одного больного и перевязка протока – у второго. Дальнейший послеоперационный период протекал без осложнений.

С учётом всех развившихся осложнений индекс ятрогенности составил 0,34 балла для лапароскопической холецистэктомии и 0,33 балла для операции из мини-лапаротомного доступа: при остром холецистите лёгкой тяжести – 0,23 и 0,22, средней тяжести – 0,51 и 0,44, тяжёлом – 0,67 и 0,50 соответственно. Индекс ятрогенности холецистэктомии из лапаротомного доступа (202 (44,9%) пациента) был больше во всех группах – 0,53, 0,81 и 1,25.

Выводы. Выполнение малоинвазивных вмешательств при остром калькулезном холецистите различной тяжести возможно с минимальным риском повреждений общего желчного протока (0,22%) и «малых» повреждений (0,44%). Эти операции существенно безопаснее «традиционных» холецистэктомий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

А.Р. Пропп, В.Л. Полуэктов, С.А. Никулина, Р.А. Астанков, В.В. Кузьменко, А.А. Завьялов, Н.Н. Пранкевич

Клиника факультетской хирургии на базе БУЗОО «ОКБ» (Омск, Россия)

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 91 больного с ятрогенными повреждениями ВЖП во время холецистэктомии, в том числе лапароскопической (n=39 (42,9%)), мини-доступной (n=2 (2,2%)) и через лапаротомный доступ (n=50 (54,9%)). Мужчин было 11 (12,1%), женщин – 80 (87,9%). По классификации «свежих» травм ВЖП по Strasberg (США,1995) циркулярное пересечение ВЖП с культёй гепатикохоледоха выше развилки имело место у 12 больных, на уровне развилки – у 16, в пределах 2 см ниже развилки – у 26, более 2 см дистальнее развилки – у 17, боковое повреждение – у 12, правого печеночного протока – у 6. У 35 больных травма была замечена сразу, у 22 – в первые сутки послеоперационного периода. Более чем через сутки после ятрогенной травмы ВЖП разлитой перитонит был диагностирован у 14 больных, механическая желтуха – у 28, наружное желчеистечение – у 23, забрюшинная флегмона – у 1.

Первичные корригирующие операции в первые сутки после травмы выполнены 32 больным, в сроки от 2 до 6 суток – 16, в сроки 7–14 дней – 18 больным. Повторно в сроки от 1 до 4 месяцев оперированы 16 больных, в сроки более 5 месяцев после травмы – 9 больных.

Первичные восстановительные операции проведены 30 больным, 7 из них – с циркулярным повреждением ВЖП. Первичный шов ВЖП выполнен 26, холедоходуоденостомия – 2 и снятие клипс с ВЖП – 2 больным; наружное дренирование – 10 больным, причём 5 – в качестве первого этапа перед реконструктивным вмешательством. Первичные реконструктивные операции выполнены 53 больным: гепатикоеюностомия – 44 и бигепатикоеюностомия – 9, транспеченочное дренирование – 22 больным.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 10,9%. Непосредственной причиной смерти больных явились абсцессы печени (n=2), перитонит (n=3), внутрибрюшное кровотечение (n=2) и полиорганная недостаточность (n=2). Из них в 4 наблюдениях имело место циркулярное повреждение гепатикохоледоха на уровне и выше развилки, у 2 больных – сочетание повреждения ВЖП с травмой двенадцатиперстной кишки (n=1) и гепатодуоденальной связки (n=1). После первичного шва гепатикохоледоха летальности не было, 3 больных в течение ближайшего месяца и 6 в отдалённом периоде оперированы повторно в объёме реконструктивных вмешательств. После наружного дренирования ВЖП 3 больных умерли, у 2 произошло образование внутреннего билиодигестивного свища с выздоровлением.

Летальность после первичной (би)гепатикоеюностомии составила 9,4%, причём в 5 наблюдениях имело место циркулярное повреждение ВЖП на уровне и выше развилки.

В отдалённом периоде 5 больных после (би)гепатикоеюностомии оперированы повторно в объёме резекции и реконструкции ранее выполненного соустья и 2 – в объёме вскрытия абсцессов печени. 5 больных после (би)гепатикоеюностомии умерли от абсцессов печени в сроки от 2 до 10 лет. Все больные с неблагоприятным исходом имели высокое повреждение ВЖП.

Выводы. Циркулярное повреждение ВЖП на уровне развилки гепатикохоледоха и выше характеризуется высоким уровнем послеоперационной и поздней летальности в отдалённом периоде, связанной с нарушением оттока желчи и развитием гнойного холангита.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Н.А. Расулов, К.М. Курбонов

Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров Минздрава Таджикистана (Душанбе, Таджикистан)

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино (Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения калькулезного холецистита.

Материалы и методы. Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 7 пациентов с комбинированными повреждениями желчных протоков, печеночной артерии и ее ветвей. Женщин было 5 (71,4%), мужчин – 2 (28,6%), возраст больных – от 24 до 73 лет. Комбинированные повреждения желчных протоков и печеночной артерии в 5 наблюдениях возникло после видеолапароскопической холецистэктомии, а в 2 случаях – после традиционной открытой холецистэктомии. Для диагностики комбинированных повреждений желчных протоков проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования: УЗИ, МРТ, видеолапароскопию и ангиографию.

Результаты. Комбинированные повреждения клинически проявлялись симптоматически обусловленной травмой и ишемией печени. На фоне желчеистечения в 6 наблюдениях отмечены повышение температуры, тахикардия, а также повышение уровня АлАт и АсАт. В 4 наблюдениях при УЗИ определяли увеличение объема печени с очагами деструкции, а при релапароскопии выявляли изменения цвета печени и увеличение ее размеров. В 4 наблюдениях проводили ангиографию печеночной артерии. При этом в 2 случаях наряду с повреждением «-1» желчного протока обнаружено повреждение правой печеночной артерии, еще в 2 наблюдениях имело место повреждение «-2» при ЭРХПГ и общей печеночной (n=1) и левой печеночной (n=1) артерий. После традиционной холецистэктомии (n=2) наблюдали пересечение (n=1) и лигирование (n=1) правой печеночной артерии.

При лечении комбинированных повреждений в 4 наблюдениях наряду с формированием Y-образного гепатикоеюноанастомоза формировали сосудистый анастомоз. В 3 наблюдениях в связи с развившимися осложнениями – некроз и абсцедирование печени – ограничивались некрэктомией и дренированием абсцесса. Летальный исход отмечен в 3 (42,9%) наблюдениях из 7.

Выводы. Объем и методы хирургической коррекции комбинированных повреждений зависят от характера повреждений желчных протоков, сосудов печени и развившихся осложнений со сторонни печени.

К ОЦЕНКЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ «СВЕЖИХ» ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

В.В. Рыбачков, В.А. Раздрогин, А.А. Кирилюк, А.Н. Пугачев
ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России (Ярославль, Россия)
ГБУЗ Вологодская областная клиническая больница (Вологда, Россия)

Основу работы составили клинические наблюдения и специально проведенные исследования у 87 больных за период с 1986 по 2011 г. Среди обследованных было 79 (90,8%) женщин и 8 (9,2%) мужчин в возрасте от 17 до 86 лет. Частота ятрогенных повреждений составила 0,31%. Повреждение желчных протоков непосредственно во время оперативного вмешательства диагностировано только у 12 (13,7%) пациентов. При открытой холецистэктомии повреждение желчных протоков установлено в 9,1% случаев, при лапароскопической холецистэктомии – в 4,6% случаев.

Интраоперационная диагностика повреждений желчных протоков основывалась на появлении желчи в области оперативного вмешательства (64,5%), дополнительных трубчатых структур в области гепатодуоденальной связки (15,7%), видимых нарушениях целостности желчных протоков (34,8%) и сочетании этих признаков.

Частота «высокого и низкого» уровня повреждения была одинаковой.

При лапароскопической холецистэктомии повреждения были «высокими»: пересечение общего печеночного протока и иссечение его участка наблюдались в 4 случаях.

При открытой холецистэктомии пересечение общего желчного протока выявлено у 2 (25%) больных, иссечение его участка – у 2 (25%), иссечение участка общего печеночного протока – у 3 (37,5%), ранение стенки общего желчного протока – у 1 (12,5%).

Наложен билиобилиарный анастомоз или выполнен шов протока на Т-образном дренаже 3 (25%) больным; гепатикоеюноанастомоз на изолированной по Ру петле тонкой кишки наложен у 7 (58,3%) больных; наружное дренирование желчных протоков с формированием полного наружного желчного свища и формированием микрогастростомы выполнено у 2 (16,7%) больных.

Летальных исходов не было. В отдаленном периоде (через 1–3 года) в половине случаев имели место признаки стенозирования зоны анастомоза.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АРТИФИЦИАЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА В ГОРОДСКИХ И РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦАХ

С.Ю. Самоходов, А.И. Грицаенко, В.В. Погадаев
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова (Уфа, Россия)
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Уфа, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения повреждений желчных протоков после холецистэктомии в условия городских и районных больниц.

Материалы и методы. В основу работы лег анализ выездов хирургов Республиканского центра хирургической гепатологии (РЦХГ) на базе Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова по линии санитарной авиации за период 2011–2013 гг. Всего была оказана помощь 58 пациентам с артифициальным повреждением гепатикохоледоха. Выбор тактики оперативного лечения зависел от сроков выявления повреждения.

Результаты. При интраоперационном выявлении повреждения холедоха и возможности доставки профильного специалиста тактика заключалась в наложении первичного гепатикоеюноанастомоза – выполнено 16 (27,6%) пациентам. При выявлении повреждений в послеоперационном периоде 19 (32,8%) пациентам произведена релапаротомия – наружное дренирование холедоха на месте. Санитарным транспортом в РЦХГ были доставлены 23 (39,6%) пациента, им было выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчевыводящих путей под рентгенконтролем. В последующем выполняли реконструктивную операцию в сроках 3–4 месяца в профильном отделении РЦХГ.

Выводы. При выявлении повреждений гепатикохоледоха и невозможности пригласить профильного специалиста для интраоперационной реконструктивной операции рекомендуется один из вариантов наружного дренирования желчевыводящих путей с последующей реконструкцией через 3–4 месяца в условиях профильного отделения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

М.А. Сейсембаев, Д.С. Токсанбаев, Н.К. Садыков,
М.О. Дуйсебеков, А.С. Исбамбетов, Ш.А. Каниев
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова (Алматы, Казахстан)

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с повреждениями желчных протоков при оперативных вмешательствах.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени находился на лечении 21 больной (2001–2013 гг.) с ятрогенными повреждениями желчных протоков во время выполнения лапароскопической холецистэктомии. Из других лечебных учреждений переведены 6 больных с перитонитом через 5–12 суток после получения травмы желчных протоков.

Результаты. Характер повреждений желчных протоков: пристеночное ранение – у 9 (42,9%) больных, полное пересечение – у 7 (33,3%), клипирование протока – у 3 (14,3%) и коагуляционный некроз – у 2 (9,5%). При пристеночном ранении 3 больным наложен первичный шов холедоха на дренаже, ранения были выше уровня пузырного протока. В 3 случаях наложен гепатикоеюноанастомоз. При полном пересечении на фоне желчного перитонита в 4 случаях наложен гепатикоеюноанастомоз и в 3 случаях выполнено наружное дренирование желчных путей с последующей гепатикоеюностомией. При полном клипирований в 2 случаях произведено наложение гепатикоеюноанастомоза, в 6 случаях при механической желтухе после стабилизации состояния выполнены различные виды гепатикоеюностомии.

Отдаленные результаты прослежены у 12 (57,1%) больных: хорошие – у 7, удовлетворительные – у 2. У 3 больных с первичной пластикой холедоха через 6–18 месяцев развились сужения протока, что потребовало повторной реконструктивной операции.

Выводы. При пристеночных ранениях протока можно выполнить ушивание с дренированием желчного протока. Операцией выбора является гепатикоеюноанастомоз, который выполняется с использованием прецизионной техники и монофиламентных шовных материалов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

М.Х. Татаршаов, В.Р. Борлаков, А.М. Махожев
Медицинский институт ФГБОУ ВПО Северо-Кавказская Государственная гуманитарно-техническая академия (Черкесск, Россия)
Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница (Черкесск, Россия)

Цель исследования: выработать рациональную хирургическую тактику при повреждениях внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. За период с 1988 по 2012 г. прооперировано 48 больных с повреждениями внепеченочных желчных протоков. Ятрогенные повреждения произошли в нашей клинике у 7 (14,6%) пациентов, в других лечебных учреждениях – у 41 (85,4%), при холецистэктомии (43 больных, при экстренной – 24, плановой – 19), резекции желудка (3), эхинококкэктомии печени – 2, хирургами различного опыта и квалификации. Возраст больных – от 32 до 84 лет. Мужчин – 17 (35,4%), женщин – 31 (64,6%).

При повторных вмешательствах были обнаружены следующие виды повреждений: пересечение общего печеночного и общего желчного протоков (11); иссечение общего желчного и общего печеночного протоков при ошибочном принятии их за пузырный проток (7); пристеночная или полная перевязка с повреждениями печеночно-желчного протока (4); травмирование зажимом и прошивание общего печеночного и желчного протоков при манипуляциях во время остановки кровотечения (8); пересечение и перевязка общего печеночного протока при аномалиях их развития (5); линейное повреждение гепатикохоледоха (11) и его перевязка (2) во время резекции желудка.

Повреждение внепеченочных желчных протоков было обнаружено во время операции в 18 (37,5%) наблюдениях, его симптомы появились на 1–4-е сутки после операции – в 30 (62,5%). При этом в клинической картине преобладали симптомы желчного перитонита, подпеченочного желчного затека или абсцесса у 19 больных; нарастающая механическая желтуха – у 18; наружное желчеистечение – у 15; осложнения имели сочетанный характер в 15 наблюдениях. При выявлении повреждения во время оперативного вмешательства выполнены: шов стенки желчного протока на дренаже – 3, формирование билио-билиарного анастомоза на дренаже по Прадери–Смитт – 3, билиодигестивного анастомоза – 11, удаление лигатуры общего желчного протока – 1.

Важным тактическим вопросом является выбор оптимальных сроков для повторного оперативного вмешательства. При наличии показаний к экстренному оперативному вмешательству (перитонит, нарастающая механическая желтуха с острым гнойным холангитом) выполняли его в минимальном объеме, ограничиваясь наружным дренированием желчных протоков, санацией и дренированием подпеченочного пространства и (по показаниям) брюшной полости (6). Восстановительные и реконструктивные вмешательства выполняли в сроки от 3 до 8 недель после предыдущей операции или экстренной, если таковая потребовалась.

Всего у 48 больных произвели 56 оперативных вмешательств: восстановительными или реконструктивными были 46 (82,1%); стентирование зоны повреждения произведено в 2 (3,6%) случаях, выполняли по экстренным показаниям – 6 (10,7%); произведены в связи с возникшим послеоперационным осложнением 2 (3,6%) операции. Особое внимание во время операции уделяли адекватному дренированию подпеченочного пространства, а также других мест скопления гноя и желчи. Для этого применяли оригинальные устройства для дренирования – спаренный дренаж и ирригоаспиратор, что способствует быстрой ликвидации воспалительного процесса.

Из 48 больных умерла 1 (2,1%). Наблюдали 23 (47,9%) различных послеоперационных осложнения. Повторное хирургическое вмешательство потребовалось в 2 (4,2%) наблюдениях.

Выводы. Основой профилактики ятрогенных повреждений желчных протоков является принцип: рассечение тканей и наложение лигатур должно выполняться после максимально полной визуализации желчных протоков, в необходимых случаях с использованием инструментального и рентгенконтрастного исследования желчных протоков. Больным с выраженными гнойно-деструктивными процессами в зоне оперативного вмешательства и брюшной полости, холемией свыше 300 ммоль/л показаны двухэтапные операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Е.В. Токаренко, А.В. Андреев, В.М. Дурлештер, В.Д. Сахно
ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» (Краснодар, Россия)

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ятрогенными повреждениями и стриктурами желчных протоков.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2014 г. в ГБУЗ ККБ № 2 г. Краснодара находились на лечении 63 пациента с ятрогенными повреждениями и стриктурами желчных протоков после холецистэктомии. Из них лапароскопическая холецистэктомия выполнена 26 (38%), лапаротомная – 39 (62%). Плановое оперативное вмешательство было выполнено 18 (29%) пациентам, экстренное – 45 (71%). Возраст пациентов составил от 20 до 80 лет. Мужчин было 15 (24%), женщин – 48 (76%). У 13 (21%) пациентов повреждения желчных путей выявлены интраоперационно, им были выполнены восстановительные и реконструктивные операции. У 50 (79%) пациентов повреждения диагностированы в послеоперационном периоде, в среднем до 3 суток. Пересечение желчных протоков имело место у 30 (48%) пациентов; иссечение – у 13 (20%); краевое ранение – у 18 (29%); термическое повреждение – у 2 (3%). Выявленные ятрогенные повреждения и рубцовые стриктуры желчных путей протекали с явлениями механической желтухи, холангита, холестатического гепатита, формированием наружных желчных свищей, абсцессов, желчеистечения и желчного перитонита. Формирование рубцовых стриктур в обеих группах наблюдали у 7 (11%) больных в разные сроки: от 1 месяца до 16 лет.

Результаты. В первой группе (31 (49,2%) пациент) выполнены одномоментные или двухэтапные «открытые» восстановительно-реконсруктивные хирургические вмешательства, во второй группе (32 (50,8%) пациента) осуществлен двухэтапный подход с применением малоинвазивных эндобилиарных технологий: чрескожное дренирование желчных протоков. Кроме билиарной декомпрессии, выполняли чрескожные дренирующие вмешательства при наличии ограниченных жидкостных скоплений (билом, абсцессов) и свободной жидкости (желчеистечения) в брюшной полости. Вторым этапом, через 2 месяца, выполнялась плановая восстановительно-реконструктивная операция. С целью определения хирургической тактики использовали классификацию И.Э. Гальперина (2002) ILS. Применение данной методики способствовало уменьшению числа послеоперационных осложнений во второй (основной) группе пациентов в сравнении с первой (контрольной): жидкостных скоплений – в 2 раза (6,2% и 12,8% соответственно), холангита с абсцедированием печени – в 2 раза (3,1% и 6,2% соответственно), развитием послеоперационной стриктуры (6,2% и 16,1% соответственно).

Выводы. Чрескожные эндобилиарные вмешательства, выполняемые с целью подготовки к плановой реконструктивной операции у пациентов с ятрогенными повреждениями желчных путей, позволяют снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

В.В. Федоровский
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет
Минздрава России (Новосибирск, Россия)

Продолжается рост количества больных острым холециститом, в том числе с паравезикальными инфильтратами, абсцессами, холедохолитиазом, синдромом Мириззи, что повышает вероятность ранения протоков. Таким образом, профилактика повреждений наружных желчных протоков и тактика при их повреждении являются актуальными вопросами.

Цель исследования: провести анализ лечения больных с повреждениями наружных желчных протоков для выработки оптимальной тактики лечения.

Материалы и методы. За 14 лет сделано 2 911 холецистэктомий. При остром холецистите – 2 454 (84,3%), при хроническом – 457 (15,7%). Открытым способом выполнено 1 350 (46,4%) вмешательств, лапароскопическим – 1 561 (53,8%). За это время было 11 (0,38%) повреждений желчных протоков: при плановых операциях – 6 (54,4%), при экстренных – 5 (45,5%). При лапароскопических операциях – 7 (0,45%) из 1561, при открытых – 4 (0,3%) из 1 350. Частичное (краевое) повреждение протока было у 5 больных: общего печеночного протока – у 3, правого печеночного протока – у 2. Полное пересечение общего печеночного протока имело место у 6 больных. Уровень повреждения по Э.И. Гальперину: «+2» – 2 случая, «-2» – также 2 случая и по одному «0» и «+1». Ранения протоков были связаны с синдромом Мириззи у 5 больных, паравезикальный инфильтрат имелся у 3 больных, абсцесс – у 1. При краевом ранении производилось ушивание дефекта на Т-образном дренаже; в одном случае, где осталась только задняя и частично боковая стенка правого печеночного протока, наложен гепатикоеюноанастомоз. При полном пересечении гепатикоеюноанастомоз на Y-образно выключенной петле наложен 4 больным, гепатикодуоденоанастомоз – 1, наружное дренирование культи протока – 1.

Результаты. При неполном пересечении общего печеночного протока после ушивания дефекта на дренаже у 1 больной развилась несостоятельность швов, стриктура, потребовавшая наложения анастомоза – у 1. У 2 больных с наружным дренированием и у 1 с гепатикоеюноанастомозом были получены хорошие результаты. При полном пересечении протока гепатикодуоденостомия привела к несостоятельности швов и нескольким релапаротомиям, хотя при осмотре через 14 лет выявлено, что пациентка чувствует себя удовлетворительно. После наложения гепатикоеюноанастомоза у 2 больных развились стриктуры, потребовавшие в одном случае повторного наложения анастомоза, во втором – стентирования. У 1 (9,1%) больной (80 лет) после наружного дренирования при полном пересечении протока развился холангит, сепсис и наступила смерть через 4,5 месяца.

Выводы. Повреждения протоков чаще имели место при лапароскопической холецистэктомии, синдроме Мириззи, паравезикальном инфильтрате. Стриктуры анастомоза развились при уровне повреждения «0» и «-2». При уровне «+1», «+2» первичный гепатикоеюноанастомоз на Y-образно выключенной петле привел к хорошему результату. При неполном пересечении протока, если сохранены только одна или две стенки, результаты при пластике на дренаже хуже, чем при наложении анастомоза.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

М.Ш. Хакимов, С.У. Рахманов, У.Б. Беркинов, Ф.А. Хаджибаев, В.Р. Хасанов, Ш.Т. Холматов, Д.П. Сахибоев
Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных со «свежими» повреждениями желчных протоков путем дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики.

Материалы и методы. За последние 10 лет во 2-й клинике Ташкентской медицинской академии выполнено 4 158 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ). В 17 (0,4%) случаях отмечены повреждения внепеченочных желчных протоков. Следует заметить, что в 2 случаях эти осложнения отмечены при остром холецистите. Возраст больных – от 23 до 57 лет. Мужчин было 4 (23,5%), женщин – 13 (76,5%). Повреждение холедоха интраоперационно (наблюдали желчеистечение) диагностировали у 8 (47,1%) пациентов, в послеоперационном периоде – у 9 (52,9%) (отмечали поступление желчи по дренажу у 2 больных, клиника механической желтухи развилась у 7). Для диагностики уровня и характера повреждения применяли МРТ-холангиографию и методы прямого контрастирования билиарного тракта (фистулографию, если имеется желчный свищ, и чрескожную чреспеченочную холангиографию).

Результаты. При обнаружении повреждения во время оперативного вмешательства выполняли одноэтапную реконструктивную или восстановительную операцию. При краевом ранении восстанавливали проток на Т-образном дренаже (4 случая). При полном пересечении желчного протока накладывали гепатикоеюноанастомоз с «отключением» по Ру участка тонкой кишки длиной 70–80 см (4 наблюдения).

При обнаружении повреждения в послеоперационном периоде, когда развивались воспалительные процессы в брюшной полости и механическая желтуха, придерживались двухэтапной тактики лечения. На первом этапе дренировали желчные протоки, а на втором этапе выполняли плановое реконструктивное вмешательство. Ожоговое повреждение протока из-за электротравмы отмечено в 2 наблюдениях. После наложения чрескожной чреспеченочной холангиостомы (ЧЧХС) и неоднократной дилатации с длительным каркасным дренированием удалось восстановить просвет холедоха с благоприятным отдаленным результатом. Клипирование желчных протоков с развитием механической желтухи на 2–3-е сутки после операции отмечено в 7 случаях. После чрескожной чреспечёночной холангиостомии эти пациенты были подвергнуты плановому оперативному вмешательству (гепатикоеюностомия по Ру) через 3–5 месяцев после первичной операции. Тяжелых послеоперационных осложнений и летальных случаев не отмечено.

Выводы. Определение тактики операции в случае «свежего» повреждения зависит от его уровня, степени пересечения желчного протока и квалификации хирурга. При обнаружении повреждения во время оперативного вмешательства или непосредственно после него целесообразно выполнить одноэтапную восстановительную (при краевом повреждении) или реконструктивную операцию (при полном повреждении). При обнаружении повреждения в послеоперационном периоде необходимо придерживаться двухэтапной тактики лечения.

Раздел IV

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ

ФАКТОРЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ЧАСТОТУ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ПО ПОВОДУ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

О.В. Анисимова, А.В. Егоров, С.А. Кондрашин, Г.Х. Мусаев
Кафедра факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия)

Основной постулат в лечении инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы – хирургическое вмешательство – является единственным радикальным методом. Непосредственные результаты хирургического лечения этих опухолей значительно хуже, чем при хроническом панкреатите и раке поджелудочной железы. В мировой литературе приводится довольно высокая частота как послеоперационных осложнений, так и летальности, которые составляют 15–40% и 0,5–25% соответственно.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с 1980 года оперировано 255 пациентов с инсулинпродуцирующими опухолями поджелудочной железы. Локализация опухоли: в головке поджелудочной железы – 42%, в теле – 30%, в хвосте – 28%. Всем больным до оперативного вмешательства проводили комплексное обследование. С 1993 года диагностический алгоритм в обязательном порядке включает сочетанное ангиографическое и интраоперационное ультразвуковое исследования (ИОУЗИ), что позволило увеличить точность диагностики до 94%. Наиболее часто выполняли энуклеацию инсулиномы (56,3%). Резекционные вмешательства были произведены в 38,8% наблюдений.

Результаты. Выделены факторы, которые оказывают влияние на частоту послеоперационных осложнений, в том числе и на развитие панкреатита:

– комплексное дооперационное обследование с определением точной локализации опухоли снижает частоту панкреатита с 43,0 до 29,4%;

– тщательная интраоперационная ревизия с ИОУЗИ и с прецизионной техникой выполнения хирургических вмешательств сокращают частоту осложнений с 46,0 до 16,8%;

– использование для обработки раневой поверхности фибринового клея снижает частоту осложнений с 26,5 до 10,0%;

– использование, начиная с предоперационного периода, аналогов соматостатина позволяет снизить частоту панкреатита с 47 до 24%.

Факторы, оказывающие отрицательное влияние на исходы хирургического лечения:

– избыточная масса тела (при ожирении 3–4-й степени частота осложнений повышается с 20,6 до 47,7%);

– отсутствие дооперационного топического диагноза;

– расположение опухоли в толще ткани железы при выполнении энуклеации повышает риск развития деструктивного панкреатита с 34,7 до 65,3%;

– некорригируемая послеоперационная гипергликемия повышает частоту осложнений с 17,4 до 64,0%.

Вывод. Применение вышеописанного спектра диагностических и лечебных мероприятий с ведением пациентов в группах риска аналогично таковым с острым деструктивным панкреатитом, позволило снизить послеоперационные осложнения с 40 до 25%, а летальность – с 7,7 до 2,7%.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Е.И. Брехов, В.В. Калинников, А.В. Сычев, М.В. Коробов
ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента России (Москва, Россия)

Материалы и методы. В период 2009–2012 гг. на кафедре хирургии было оперировано 312 пациентов по поводу желчнокаменной болезни. 217 больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия, остальным (95 пациентов) – «открытая» холецистэктомия. Всем больным в предоперационном периоде производилось ультразвуковое исследование, биохимическое исследование крови, причем уровень амилазы во всех случаях соответствовал норме. В послеоперационном периоде у 14 (4,5%) пациентов выявлено развитие послеоперационного панкреатита различной степени тяжести на основании клинических и инструментальных методов исследования.

Результаты. Признаками развития послеоперационного панкреатита у пациентов, перенесших холецистэктомию, в первые сутки после операции являлись: клиника гастростаза; повышение уровня амилазы в отделяемом по дренажам и плазме крови до 1 300 ед/л и 680 ед/л соответственно. При выполнении ультразвукового исследования визуализировался отек и увеличение размеров поджелудочной железы, наличие скоплений экссудата в проекции поджелудочной железы и сальниковой сумки, гетероэхогенность паренхимы поджелудочной железы. Всем этим пациентам проводилась специфическая антисекреторная, спазмолитическая и дезинтоксикационная терапия.

На 2-е–3-и сутки у 2 пациентов проявилась развернутая клиническая картина панкреатита с преобладанием проявлений эндогенной интоксикации, активность амилазы в крови не снижалась. Сохранялась клиника гастростаза и пареза кишечника. При УЗИ в проекции ПЖ лоцировалась зона инфильтрации без четко дифференцированной структуры. У остальных 12 больных отмечена положительная динамика к концу вторых суток. На 3-и–4-е сутки на фоне проводимой терапии состояние всех больных этой группы улучшилось.

При УЗИ был отмечен регресс признаков острого послеоперационного панкреатита: уменьшение отека и инфильтрации паренхимы поджелудочной железы. Клинические данные позволили сделать вывод о перенесенной больными отечной форме острого послеоперационного панкреатита.

Выводы. Острый послеоперационный панкреатит у пациентов, перенесших холецистэктомию, возникший в 4,5% случаев, может быть рассмотрен в составе причин развития постхолецистэктомического синдрома. Диагностическими критериями развития послеоперационного панкреатита явились высокий уровень ферментемии, данные ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии, которые позволяли на ранних сроках после операции оценить состояние поджелудочной железы. Проведение специфической антисекреторной и дезинтоксикационной терапии в большинстве случаев приводило к быстрому купированию развития воспаления в поджелудочной железе.

По данным проведенного исследования, основными причинами развития постхолецистэктомического синдрома являются патологические состояния, приводящие к гипертензии во внепеченочных желчных протоках и протоковой системе поджелудочной железы, в первую очередь это различные поражения БДС и структур поджелудочной железы.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

И.Г. Бурнышев, Т.В. Сугак
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России (Пермь, Россия)

Актуальность. В последние годы благодаря улучшенной технической оснащенности, появлению эффективных лекарственных препаратов хирургия поджелудочной железы становится все более агрессивной. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – одно из самых агрессивных вмешательств на поджелудочной железе. Ведущим осложнением в ближайшем послеоперационном периоде после ПДР является острый послеоперационный панкреатит (ПОП) с развитием, в ряде случаев, панкреонекроза и, как следствие, летальным исходом.

Цель исследования: определить влияние ПОП на течение раннего послеоперационного периода и летальность у больных, перенесших ПДР.

Материалы и методы. В отделении неотложной хирургии Пермской Краевой клинической больницы в 1991–2013 гг. выполнено 113 панкреатодуоденальных резекций. Среди оперированных больных преобладали мужчины – 59 (52,2%), женщины составили 47,8%. Средний возраст больных – 54,7±10,1 года. Материалы обработаны в программе Statistica 6.0, Excel.

Результаты. Показаниями к выполнению ПДР были: опухоль головки поджелудочной железы – 53 (46,9%), опухоль большого дуоденального соска – 35 (31%), опухоль терминального отдела холедоха – 5 (4,4%), опухоль двенадцатиперстной кишки – 3 (2,7%), травма панкреатодуоденальной зоны – 7 (6,2%), хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы – 6 (5,3%), харистома и опухоль печеночного изгиба толстой кишки – по 1 (0,9%), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (в качестве реконструктивной операции) – в 2 (1,8%) случаях.

Явления ПОП развились у 13 (11,5%) больных, в исследование не вошли больные с клиникой посттравматического панкреатита и ПОП после операций, выполненных до ПДР. Из них повторные вмешательства потребовались 7 (53,8%) пациентам, в общей сложности выполнено 9 релапаротомий. Показаниями к релапаротомии послужили: перитонит – 2 (15,4%), формирование абсцесса брюшной полости – 3 (23%), аррозионное кровотечение – 2 (15,4%). Крупноочаговый панкреонекроз выявлен при повторной операции у 7 (53,8%) больных. Развившийся ПОП привел к несостоятельности ПЕА у 8 (61,5%) из 13 больных, что послужило причиной вирсунгостомии у 1 (7,7%), дренирования зоны анастомоза – у 2 (15,4%). Наружный панкреатический свищ развился у 4 (30,8%) пациентов, у 2 из них свищи закрылись самостоятельно. Летальность пациентов с ПОП при ПДР составила 38,5%, общая смертность в раннем послеоперационном периоде после выполнения ПДР – 16,8%.

Выводы. Развитие послеоперационного панкреатита после ПДР значительно увеличивает риск развития панкреонекроза, несостоятельности ПЕА, формирования панкреатических свищей. Опосредованно повышается число релапаротомий и летальных исходов более чем в два раза. Улучшить результаты ПДР, снизить число релапаротомий и летальность возможно лишь усовершенствовав технику наложения ПЕА в сочетании с адекватной медикаментозной терапией.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ ПРИ ОБШИРНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЗАБРЮШИННЫХ КЛЕЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ

Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Б.Б. Гафуров

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России (Екатеринбург, Россия)

ГУЗ Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Цель исследования: провести сравнительный анализ результатов лечения больных панкреатогенной флегмоной с обширными поражениями забрюшинных клетчаточных пространств при единовременном и этапном дренировании гнойных очагов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 44 пациентов с обширными поражениями забрюшинного пространства (3–4-го квадрантов). Средние сроки формирования панкреатогенной флегмоны составили 16±0,6 дня. Всем больным осуществляли комплексную клинико-лабораторную диагностику, основными целями которой были верификация гнойных осложнений, наличия и формы абдоминального сепсиса, оценка и мониторинг полиорганной недостаточности. Наличие панкреатогенной флегмоны у всех больных было верифицировано данными ультразвукового исследования, компьютерной томографии. Для интегральной оценки тяжести состояния использовали шкалу SOFA. Для ежедневного контроля течения заболевания и его тяжести использовали региональную шкалу полиорганной недостаточности с ежедневным определением индекса полиорганной дисфункции. Первая группа больных: 15 (34,1%) человек – пораженные отделы забрюшинного пространства вскрывали и дренировали при первичном оперативном вмешательстве. Вторая группа: 29 (65,9%) человек – оперировали поэтапно, сначала оперативное вмешательство производили на одном квадранте, на следующий день или через день при стабилизации состояния и отсутствии септического шока оперативному вмешательству подвергали остальные квадранты.

Результаты. Тяжелый абдоминальный сепсис при панкреатогенных флегмонах имел место у 41 (93,2%) человека. Средний балл SOFA составлял 8,8±0,152.

Выявлены различия в общем балле органных нарушений, рассчитанном по шкале SOFA, при наблюдении в первые 10 дней. В первые дни после оперативного вмешательства у большинства больных в 1-й группе отмечена отрицательная динамика тяжести состояния – 9,2±0,139, во 2-й группе этот показатель был ниже – 8,4±0,114 балла. В последующие дни при одинаковой длительности лечения тяжесть состояния оценивалась в первой группе – 8,5±0,142, во второй группе – 3,2±0,069. Органная недостаточность в первой группе купировалась на 9-е сутки, во второй – на 7-е сутки лечения. Летальность в первой и второй группах также различалась – умерли 4 (26,7%) из 15 и 6 (20,7%) из 29 пациентов соответственно.

Средняя продолжительность лечения в обеих группах была сходной и составила 29,3 дня.

Вывод. Применение этапной тактики хирургического лечения у пациентов с обширными поражениями забрюшинной клетчатки при панкреатогенных флегмонах позволило улучшить состояние в послеоперационном периоде и результаты лечения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

А.В. Егоров, Г.Х. Мусаев, А.С. Бекшоков, О.В. Анисимова, В.А. Парнова
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Москва, Россия)

Актуальность. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (НЭО ПЖ) являются редкими новообразованиями, однако за последние 20 лет отмечен рост заболеваемости. Частота НЭОПЖ составляет 1,5–2 новых случая на 100 000 населения в год.

Основная роль в комплексном лечении этих пациентов отводится хирургическим методам. Непосредственные результаты оперативного лечения оставляют желать лучшего.

Материалы и методы. Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого МГМУ им. И.М. Сеченова обладает опытом хирургического лечения 340 больных с НЭО ПЖ. Характер поражения: инсулиномы – 256 (75,3%), гастриномы – 32 (9,4%;), ВИПомы – 3 (0,9%), гюкагономы – 4 (1,2%) и нефункционирующие образования – 45 (13,2%). Злокачественные опухоли выявлены в 79 (23,2%) наблюдениях. Для оценки исходов хирургического лечения все больные были разделены на 2 группы (основную и контрольную).

В основной группе (182 (53,5%) пациентов) использовали единый современный подход к интра- и периоперационному ведению больных, включающий тщательную дооперационную топическую диагностику, интраоперационную ревизию с обязательным ИОУЗИ, прецинзионную технику выполнения операций с обработкой раневой поверхности фибриновым клеем. В послеоперационном периоде проводили лечебные мероприятия, аналогичные таковым у больных острым деструктивным панкреатитом, с обязательным применением аналогов соматостатина, а также тщательную коррекцию уровня глюкозы в крови.

В контрольную группу вошли пациенты (158 (46,5%), у которых современные принципы обследования и лечения применяли не в полном объеме и не всем больным. Характер выполненных хирургических вмешательств: энуклеация опухоли – 176 (51,8%), дистальная резекция ПЖ – 136 (40,0%), ГПДР – 14 (4,1%). В 10 (2,9%) наблюдениях операции на поджелудочной железе сочетались с резекцией печени.

Результаты. В послеоперационном периоде различные осложнения, связанные с хирургическим вмешательством, выявлены в 33% наблюдений, летальность составила 5,3%. Характер послеоперационных осложнений представлен в таблице.

Характер послеоперационных осложнений (в %) в разных группах больных

Осложнения	*Основная группа n=128*	*Контрольная группа n=117*	*Среднее n=245*
ДП (деструктивный панкреатит)	7,8	19,6	13,4
ДП + свищ	3,1	7,7	5,3
ДП + абсцесс	7,0	8,5	7,8
ДП+псевдокиста	-	0,85	0,4
Распространенный перитонит	3,9	1,75	2,8
Нагноение послеоперационной раны	3,9	0,85	2,4
Аррозионное кровотечение	-	0,85	0,4
Всего осложнений	25,7	40	32,6
Летальность	3,1	7,7	5,3

Как видно из таблицы, частота послеоперационных осложнений в основной группе значительно ниже, чем в контрольной. При развитии послеоперационного панкреатита мы являемся сторонниками применения малоинвазивных вмешательств в сочетании с комплексной консерва-

тивной терапией. В основной группе значительно реже возникала необходимость выполнения повторных открытых оперативных вмешательств – 12,8% против 22%. Также достоверно доказано, что фактором, позволяющим снизить послеоперационные осложнения при дистальной локализации опухоли, является выполнение резекционных вмешательств на ПЖ с сохранением селезенки. При резекции в сочетании со спленэктомией частота осложнений повышалась с 12 до 19%.

Вывод. Предложенный алгоритм лечения позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, повторных хирургических вмешательств, а также летальности в 1,6, 1,7 и 2,8 раза соответственно.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

М.З. Загидов, А.М. Загидова
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России
(Махачкала, Россия)

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с посттравматическим панкреатитом при сочетанной травме.

Материалы и методы. В отделении сочетанной травмы РКБ РД находились на лечении 28 больных с посттравматическим панкреатитом (ПТП). У всех он сочетался с различными травмами органов брюшной полости, грудной полости и опорно-двигательного аппарата.

Дооперационная диагностика на фоне тупой сочетанной травмы живота трудна из-за отсутствия характерных симптомов ПТП. Выявление крови в брюшной полости при лапароцентезе и лапароскопии явилось показанием к срочной лапаротомии, ревизии и уточнению характера повреждения органов брюшной полости.

Причиной повреждения поджелудочной железы при ДТП была тупая травма верхнего этажа живота ударом и сдавлением рулем у 16 (57,1%) пострадавших, падения на твердый предмет при неудачном прыжке с моста в горную реку – у 2 (7,12), ножевые раны – у 7 (25,0%), огнестрельные – у 3 (10,7%) больных. Проникающая ножевая рана в центральный проток поджелудочной железы была диагностирована у 1, непроникающая – у 6 больных. Все огнестрельные раны были поверхностными, мелкими, в одном случае было повреждение капсулы и паренхимы на глубине 0,5–1,0 см.

При лечении ПТП необходимо использовать комплексный подход, включающий хирургическое вмешательство, обезболивающие, ингибиторы ферментов, реанимационно-дезинтоксикационную терапию. Хирургические вмешательства выполняли с учетом характера повреждения: иссечения размозженых участков хвоста поджелудочной железы – у 3 (10,7) больных, опорожнения гематомы и гемостаза – у 3 (10,7%). Крупные гематомы были опорожнены и ревизованы, также был осуществлен гемостаз с использованием разных методов: лигирования парапанкреатических сосудов и коакуляции. При огнестрельных и ножевых ранах выполняли ПХО раны и восстановление целостности паренхимы и капсулы железы. В 1 случае была восстановлена целостность вирсунгова протока с оментопластикой раны и паренхимы железы с подведением дренажа, декомпрессионная холецистостомия – по одному случаю при тотальном отеке железы и отслоении капсулы при огнестрельном ранении. Больные получали ингибиторы ферментов, обезболивающую и дезинтоксикационную терапию, антиоксиданты, антиспастические препараты, соблюдали диету.

Результаты. Под действием ингибиторов ферментов, антиспастических препаратов, инфузионно-дезинтоксикационной терапии, выполнения дренирования брюшной полости удалось получить положительные результаты: уменьшение клинических проявлений, нормализацию коли-

чества ферментов. Функция кишечника была налажена у 25 (89,3%) больных. Панкреатический свищ, сообщающийся с полостью в области хвоста железы, сформировался у одной больной, у второго больного долго сохранялись выделения из брюшной полости. Умер 1 (3,6%) больной, у которого разрыв ПТП сочетался с разрывом нижнегоризонтальной части двенадцатиперстной кишки, который не был распознан при срочной ревизии органов брюшной полости. Релапаротомией, санацией брюшной полости, ушиванием дефекта двенадцатиперстной кишки с выключением ее по М.М. Абакумову, выполненной на 3-и сутки, спасти больную не удалось.

Выводы.

1. Наиболее частой причиной ПТП при сочетанной травме органов брюшной полости является ДТП со сдавлением рулем органов верхнего этажа живота.

2. Тщательная ревизия органов брюшной полости и двенадцатиперстной кишки избавляет от ошибок диагностики.

3. Лечение должно быть комплексным, сочетать хирургическое вмешательство с учетом характера повреждения поджелудочной железы с общепринятыми консервативными способами лечения панкреатита.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

М.Ф. Заривчацкий, С.В. Смоленцев, И.Н. Мугатаров, А.П. Колеватов, М.В. Колыванова, Р. Куданкин, А.А. Косяк, А.А. Смольков, Д.В. Сметанин

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

ГБУЗ ПК «Клиническая медико-санитарная часть № 1» (Пермь, Россия)

Острый панкреатит после оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны является недостаточно исследованным. Это касается причин и патогенеза его развития, методов диагностики, лечения и профилактики.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с острым послеоперационным панкреатитом путем анализа рисков его возникновения, проведения ранней диагностики и адекватного лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 39 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет с острым послеоперационным панкреатитом, средний возраст составил 48,3±9,3 года. Женщин было 23 (58,9%), мужчин – 16 (41,1%). Острый панкреатит развился после панкреатодуоденальной резекции у 4 пациентов, корпорокаудальной резекции поджелудочной железы – у 2, ЭРХПГ – у 5, ЭРХПГ и ЭПСТ – у 9, холецистэктомии – у 4, холедохолитотомии – у 5, удаления доброкачественных опухолей ДПК – у 5, спленэктомии – у 3, адреналэктомии слева – у 2. Для диагностики послеоперационного панкреатита применяли общеклинические методы (пальпацию, перкуссию, аускультацию), лабораторные (определение активности амилазы в крови и моче, липазы крови, общие анализы крови и мочи), инструментальные (рентгенологические, УЗИ поджелудочной железы, а также КТ и МРТ органов брюшной полости).

Результаты. Диагностика острого послеоперационного панкреатита затруднена по ряду причин: панкреатит развивается на фоне общего тяжелого состояния пациента, обусловленного сопутствующими заболеваниями и тяжестью перенесенного оперативного вмешательства; клиника этого осложнения проявляется на фоне симптомов послеоперационного периода и проводимой анальгезии; нередко тяжесть состояния пациентов расценивают как проявление другого послеоперационного осложнения. Среди клинических симптомов у наблюдаемых пациентов

отмечены: боль в эпигастрии и в левом подреберье – у 37 (94,9%), стойкая тошнота и некупируемая рвота – у 32 (82,1%), симптом Гобье – у 33 (84,6%), высокий тимпанит в эпигастрии и в проекции боковых каналов живота – у 36 (92,3%), притупление перкуторного звука в отлогих местах – у 22 (56,4%), выделение по дренажам экссудата с содержанием амилазы, превышающим норму в 3,5±0,5 раза, – у 10 (25,6%).

Специфичность метода определения активности амилазы в крови составила 72,3±13,2%, в моче – 48,4±9,4%, а липазы в крови 76,2±9,4%. Увеличение размеров поджелудочной железы и нечеткость контуров по данным ультразвукового исследования отмечены у 91% пациентов, изменение эхогенности органа – у 96,2%. Информативность и специфичность КТ и МРТ повышается до 98,4% и 100% соответственно. Из 39 пациентов отечная форма панкреатита встретилась у 29 (74,4%), стерильный панкреанекроз – у 5 (12,8%), инфицированный – у 5 (12,8%). Лечение пациентов проводили по общепринятым методикам. Летальных исходов было 4 (11,7%). Профилактику острого послеоперационного панкреатита осуществляли хирургическими и медикаментозными способами.

Выводы. Острый послеоперационный панкреатит является тяжелым заболеванием, требующим специфических методов диагностики и лечения. Применение хирургических и медикаментозных способов профилактики позволяет снизить частоту его возникновения.

СРОКИ РЕЛАПАРОТОМИИ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А.С. Ибадильдин, В.И. Кравцов

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова (Алматы, Казахстан)

Актуальность. При деструктивном панкреатите, протекающем с множественными абдоминальными и экстраабдоминальными осложнениями, летальность достигает 70%. К настоящему времени не решены вопросы своевременной диагностики осложнений, а также сроки и объем повторных операций при остром панкреатите.

Цель исследования: оптимизировать методы диагностики и сроки повторных вмешательств при послеоперационном панкреатите.

Материалы и методы. За 20 лет в клинике оперировано 6 689 больных по поводу заболеваний и травм органов брюшной полости. Послеоперационный панкреатит (ПП) осложнил течение послеоперационного периода у 71 (1,1%) больного. Мужчин было 59 (83,1%), женщин – 12 (16,9%); возраст – от 25 до 74 лет. Операции на поджелудочной железе (ПЖ) осложнились ПП у 4% больных, на желудке, двенадцатиперстной кишке – у 1,9%, на билиарном дереве – у 0,9%, печени – у 0,2%, селезенке и других органах – у 0,8% больных.

Характерно, что у 14 из 28 больных с ПП после холецистэктомии и вмешательств на билиарном дереве был рефлюкс контраста в вирсунгов проток. Клинически и лабораторно-инструментально подтвержденный ПП возник на 3-и–4-е сутки у 88,7% больных, у остальных – на 7-е–8-е сутки. Картина ПП характеризовалась скудностью и непостоянством симптоматики. Клинически доминировали болевой синдром, тахикардия, парез кишечника, гипертермия; лабораторно – лейкоцитоз, сдвиг влево, ферментные показатели ПЖ, нарушения пигментного обмена, показателей индикаторных ферментов.

Консервативная терапия купировала ПП у 69%, была безуспешной у 31% больных, которым выполнена релапаротомия. На повторную операцию с диагнозом ПП были взяты 16 (7,3%) больных. Сроки релапаротомии: до суток – 9 больных, 48 часов – 4, 72 часа – 5, через 96 часов – 3, через 5 – 1 больной. У всех больных был панкреонекроз: осложненный распространенным перитонитом – у 9, местным – у 10; у 3 больных была несостоятельность швов анастомоза.

Объем операции определяется тремя факторами: состоянием больного, характером первой операции, степенью поражения ПЖ, парапанкреатической клетчатки. Выполненный объем оперативных вмешательств: декомпрессия билиарного дерева, некрсеквестрэктомия, вскрытие забрюшинного пространства, санация, дренирование на фоне комплексной терапии.

Программированную видеолапароскопическую санацию брюшной полости проводили 12 больным после релапаротомии (патент № 19772 от 28.05.2008 г. РК). Общая летальность составила 8,4%, послеоперационная – 27,2%

Выводы. Послеоперационный панкреатит развился у 1,1% больных. Значимыми в диагностике ПП являются клинико-лабораторные, лучевые, эндовидеолапароскопические методы мониторинга. Сроки послеоперационной релапаратомии и объем операции должны определяться индивидуально, в ранние сроки.

ПОКАЗАНИЯ К СЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Т.А. Кадощук, В.В. Петрушенко, С.С. Стукан, В.С. Бахнивский

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения осложненных форм хронического панкреатита, которые, как правило, зависят от выбора адекватного оперативного вмешательства. Органосохраняющая направленность хирургических вмешательств при осложненных формах хронического панкреатита в настоящее время является общепринятой. Это послужило основанием к использованию сегментарной резекции тела поджелудочной железы (ПЖ) с иссечением стойких наружных панкреатических свищей, потому что радикальные вмешательства значительно ухудшают эндокринную функцию поджелудочной железы и приводят к развитию диабета в 43–64% наблюдений.

Материалы и методы. При хроническом панкреатите, осложненном панкреатическим свищом, исходящим из тела железы, для профилактики сахарного диабета целесообразно выполнять сегментарную резекцию органа. Суть операции состоит в иссечении свищевого хода, сегментарной резекции тела поджелудочной железы до неизмененных тканей и наложении продольного панкреатоеюноанастомоза с хвостом и головкой железы на изолированной петле тощей кишки. В период с 1975 по 2014 г. данное вмешательство произведено у 27 больных без летальных исходов: после марсупиализации кисты, выполненной в других лечебных учреждениях, – у 14 (51,9%), после закрытой травмы живота в сроки от 6 до 12 мес. с момента образования наружного панкреатического свища – у 13 (48,1%).

Результаты. Динамическое наблюдение после выполнения вмешательства показало, что у всех больных была восстановлена трудоспособность в сроки от 2 мес. до 2 лет, они выполняют свою прежнюю работу. Жалоб не предъявляют 22 (81,5%) больных. У 5 (18,5%) больных после сегментарной резекции поджелудочной железы отдаленные результаты были расценены как удовлетворительные. Дефицит инсулина или ферментов поджелудочной железы после данной операции, как правило, не возникал.

Возможные проблемы могут быть вызваны, однако, самой техникой выполнения операции, которая должна проводиться только в специализированных клиниках. Вопросы дренирования зоны резекции поджелудочной железы и других отделов брюшной полости при выполнении сегментарных резекций органа разработаны недостаточно, особенно в тех случаях, когда заболевание осложняется гнойным процессом. В связи с этим был разработан и применяется метод дренирования через дополнительные разрезы с помощью двухпросветных дренажей – ирригоаспи-

ратора и спаренного дренажа, обеспечивающих возможность длительного непрерывного дренирования и вымывания содержимого полостей. При этом один спаренный дренаж проводим за левым изгибом ободочной кишки и выводим через дополнительный поясничный боковой разрез по левой заднеподмышечной линии ниже реберной дуги. Второй такой дренаж оставляем в левом поддиафрагмальном пространстве, выводя его наружу вместе с первым. К проксимальной границе резекции органа подводим ирригоаспиратор, выводя его через дополнительный боковой разрез по правой заднеподмышечной линии ниже реберной дуги. При гладком течении послеоперационного периода дренажи удаляем не ранее 10–12-х суток после операции.

Выводы. Сегментарная резекция ПЖ у больных с осложненным хроническим панкреатитом является органосохраняющей, а потому показаниями к ее выполнению являются стойкие наружные панкреатические свищи. Необходимым условием для выбора правильной хирургической тактики является объективная оценка патологических изменений в ПЖ и смежных органах с помощью комплекса интраоперационных исследований, включающих пункционную биопсию со срочным гистологическим исследованием, панкреатографию и другие методы. Сложность патогенеза осложненного хронического панкреатита и частое поражение смежных органов требуют выполнения сочетанных оперативных вмешательств и концентрации подобных больных в специализированных отделениях и клиниках, что позволяет улучшить результаты лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТПАНКРЕАТОРЕЗЕКЦИОННОМ СИНДРОМЕ

Т.А. Кадощук, В.В. Петрушенко, С.С. Стукан, В.С. Бахнивский
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Винница, Украина)

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

Материалы и методы. В период с 1970 по 2014 г. оперировали 92 больных в возрасте 30–72 лет с постпанкреаторезекционным синдромом. Мужчин было 73 (79,4%), женщин – 19 (20,6%). Первичные операции 89 (96,74%) больным с хроническим панкреатитом (ХП) выполнили в неспециализированных клиниках: резекции хвоста поджелудочной железы (ПЖ) со спленэктомией – 77 (83,7%), корпокаудальную резекцию со спленэктомией – 15 (16,3%) больным. При выполнении радикальных операций удаляется богатая эндокринными образованиями часть ПЖ. Это явилось причиной развития постпанкреатрезекционного синдрома, который проявился выраженным болевым синдромом, потерей массы тела в объеме от 4 до 18 кг, нарушением трудоспособности и развитием сахарного диабета у 60,3% больных. Особое значение в диагностике состояния протоковой системы и паренхимы ПЖ придавали методам интраоперационной панкреатографии, холангиографии (а.с. 1183072) и, по показаниям, – пункционной биопсии (а.с. 614791) со срочным гистологическим и цитологическим исследованием.

Результаты. Интраоперационная панкреатография выявила стеноз устья главного протока ПЖ у 23 (25,0%) больных, протяженный стеноз в области головки ПЖ с расширением в области тела и хвоста – у 28 (30,4%), множественные стриктуры, расширение протока по типу «цепи озер» – у 14 (15,2%), закупорку протока отложениями кальция – у 11 (12,0%), равномерное расширение более 4 мм – у 22 (23,9%) и сужение протока на всем протяжении до 1 мм – у 18 (19,6%) больных. Интраоперационной холангиографией выявлены: атипичные формы холедохолитиаза у 18 (%); протяженный стеноз холедоха – у 22 (23,9%).

Выбор способа реконструктивных и восстановительных операций зависел от характера поражения протоковой системы ПЖ и внепеченочных желчных путей. При множественных стриктурах и расширении ПЖ по типу «цепи озер» продольную панкреатоеюностомию (ППЕС) на протяжении 10–12 см выполнили 12 (13,0%) больным; при закупорке протока кальцинатами ППЕС с тщательным удалением отложений кальция – 11 (12,0%); у лиц с расширенным протоком более 4 мм – ППЕС до 8 см, при нарушении проходимости главного протока ПЖ, обусловленной его сужением, произвели иссечение резко суженного протока с целью открытия дольковых протоков. При стенозе устья панкреатического протока папиллосфинктеровирсунгопластику выполнили 22 (23,9%) пациентам. При стенозирующем папиллите папиллосфинктеропластику осуществили 18 (19,6%) пациентам, антирефлюксный супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз наложили 26 (28,3%) больным с протяженным холедохом. Завершали реконструктивные и восстановительные вмешательства у пациентов с ХП дренированием подпеченочного пространства, ложа ПЖ и, по показаниям, переднего забрюшинного пространства с применением спаренных дренажей. Летальных исходов не было.

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

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В.Г. Лубянский, И.В. Аргучинский, В.В. Сероштанов

ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет Минздрава России (Барнаул, Россия)

КГБУЗ Краевая клиническая больница (Барнаул, Россия)

Цель исследования: улучшить результаты панкреатоэнтеростомии при резекции поджелудочной железы по поводу хронического панкреатита и опухоли головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 360 больных с хроническим панкреатитом (195 (54,2%)) и опухолью головки поджелудочной железы (165 (45,8%)). Среди них 214 (59,4%) мужчин и 146 (40,6%) женщин.

Резекция поджелудочной железы выполнена 97 (26,9%) больным. Из них хронический панкреатит – у 53 (55%), опухоли поджелудочной железы – у 44 (45%).

По морфологической характеристике структура ткани поджелудочной железы была представлена в 2 формах: soft – у 11 (11 %) больных и dense – у 86 (86%).

В целях профилактики осложнений у 13 (13%) больных применили клеевую аппликацию клеем сульфокрилат на область панкреатокишечного анастомоза. У 3 больных клей был нанесен в области вколов иглы гепатикоэнтероанастомоза.

Медикаментозная профилактика включала назначение октреотида всем больным и октреотида-депо в 3 случаях. Мы прибегли к дополнительной герметизации панкреатокишечного анастомоза стенкой желудка или свободным концом выключенной по Ру кишечной петли у 3 больных.

Результаты. Осложнения возникли у 23 (23%) больных, в большинстве случаев с мягкой железой. Несостоятельность анастомоза зарегистрирована у 18 (18%) больных, из них с хроническим панкреатитом – у 15 (%), с опухолью поджелудочной железы – у 3 (%).

Среди 13 больных, которым на анастомоз наносился клей, несостоятельность возникла у 1 (7,5%). В 5 случаях на контрольной КТ обнаружены жидкостные скопления, а в 1 (1%) – абсцесс в области анастомоза.

При применении октреотид-депо осложнений не наблюдали. Назначение октреотида в суточной дозировке 300 мг достоверно не влияло на возникновение несостоятельности панкреатокишечного анастомоза.

При герметизации панкреатокишечного анастомоза желудком или свободным концом кишечной петли осложнений не было.

Выводы. Наиболее эффективным способом профилактики несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза является герметизация стенкой желудка или свободным концом кишечной петли. Применение октреотида-депо обусловливает улучшение результатов операции. Использование клея сульфокрилат эффективно для предотвращения истечения желчи из вколов в области гепатико-энтероанастомоза.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

А.Р. Пропп, В.Л. Полуэктов, С.А. Никулина, Н.Н. Пранкевич, А.А. Ценев, Е.В. Хряков, А.В. Торопов

Клиника факультетской хирургии БУЗОО «Областная клиническая больница» (Омск, Россия)

Цель исследования: оценить частоту послеоперационного панкреатита среди других осложнений после хирургических вмешательств на поджелудочной железе по поводу хронического панкреатита.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов лечения 169 больных, перенесших прямые хирургические вмешательства на поджелудочной железе по поводу хронического панкреатита. Внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы было выполнено 57 (33,7%) больным, включая продольную панкреато(цисто)еюно(гастро)стомию (n=51), билатеральную (n=3) и терминолатеральную (n=3) панкреатоеюностомию. Резекционно-дренирующие вмешательства выполнены 48 (28,4%) больным, включая субтотальную резекцию головки поджелудочной железы (СРГПЖ) с продольной панкреатоеюностомией (ППЕС) (n=22), операцию Frey (n=21), резекцию дистальных отделов поджелудочной железы с ППЕС (n=4), панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) с ППЕС (n=1). Изолированно резекционные операции выполнены 64 (32,7%) больным, включая ПДР (n=38), СРГПЖ без ППЕС (n=8), медиальную (n=2) и дистальную резекцию поджелудочной железы (n=16).

Результаты. Осложнения, потребовавшие выполнения повторного хирургического вмешательства, имели место в 17 (10%) наблюдениях. В группе больных с внутренним дренированием оперировали повторно 3 пациентов с несостоятельностью панкреатодигестивного анастомоза. После операции Frey повторно оперирован 1 больной по поводу гемоперитонеума. После СРГПЖ повторно оперировано 5 больных по поводу аррозивного кровотечения в просвет анастомоза (n=3), гемоперитонеума (n=1) и абсцесса брюшной полости (n=1). После ПДР оперировано 4 больных по поводу несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза (n=2), несостоятельности гепатикоэнтероанастомоза (n=1) и абсцесса брюшной полости (n=1). После дистальной резекции поджелудочной железы повторно оперировано 4 больных по поводу абсцесса

брюшной полости (n=3) и перитонита (n=1), которые развились в двух наблюдениях на фоне образовавшейся наружной панкреатической фистулы.

Как видно из анализа результатов, осложнения, связанные с развитием послеоперационного панкреатита и выполненными панкреатодигестивными анастомозами, потребовавшие повторного хирургического вмешательства, отмечены в 7 (4,1%) наблюдениях. Осложнения, потребовавшие повторных вмешательств, связанных с недостаточным гемостазом, имели место у 5 (3%) больных. Гнойные осложнения в совокупности констатированы у 6 (3,6%) больных.

Послеоперационная летальность составила 1,2% (n=2). В обоих наблюдениях летальных исходов имела место несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза. Непосредственными причинами смерти были пневмония и тромбоэмболия легочной артерии.

Выводы. Основным и самым частым осложнением дренирующих и резекционных операций на поджелудочной железе по поводу хронического панкреатита, а также основной причиной послеоперационной летальности продолжает оставаться послеоперационный панкреатит, реализующийся в несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза или наружную панкреатическую фистулу с частым присоединением гнойных осложнений.

МАССИВНОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ВСЛЕДСТВИЕ ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ: РОЛЬ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

П.Г. Таразов, А.А. Поликарпов,
Д.А. Гранов, Ю.В. Суворова
ФГБУ Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Минздрава России
(Санкт-Петербург, Россия)

Цель исследования: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярной остановки массивного артериального кровотечения, развившегося вследствие послеоперационного панкреатита после обширных операций на поджелудочной железе.

Материалы и методы. Артериальное кровотечение, сопровождавшееся геморрагическим шоком, развилось на 12–42-е сутки после гастропанкреатодуоденальной резекции у 8 (8%) больных: по поводу рака поджелудочной железы – у 7 и после удаления огромной забрюшинной опухоли, прораставшей в поджелудочную железу, – у 1. К моменту геморрагии у всех больных имел место послеоперационный панкреатит с образованием наружного панкреатического свища и крайне высоким риском открытого хирургического вмешательства. С целью остановки жизнеугрожающего кровотечения во всех случаях выполнены экстренные рентгеноэндоваскулярные процедуры.

Результаты. Потребовалось осуществить 11 рентгеноэндоваскулярных вмешательств: эмболизаций – 6 и установок стент-графта – 5. Выбор метода гемостаза зависел от локализации и размеров артериального повреждения. Все процедуры были технически успешны. Дальнейший прогноз определяли эффективностью лечения осложнений и течением основного заболевания.

Вывод. Рентгеноэндоваскулярный гемостаз является методом выбора в лечении массивного висцерального кровотечения вследствие послеоперационного панкреатита у больных с высоким хирургическим риском.

ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

С.И. Третьяк[1], С.М. Ращинский[1,2], Н.Т. Ращинская[2], А.В. Большов[1]

[1]Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Беларусь)

[2]Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Минск, Беларусь)

Цель исследования: сравнительный анализ результатов резекционно-дренирующих операций (РДО) по частоте и характеру клинических проявлений послеоперационного панкреатита (ПП), который имел место после их выполнения по поводу различных осложнений хронического панкреатита (ХП) (проспективное исследование).

Материалы и методы. В период с января 2008 по декабрь 2012 г. на базе отделения хирургической гепатологии различные виды РДО выполнены у 183 пациентов с осложнениями ХП. Неанатомическая резекция головки поджелудочной железы (ПЖ) по принципам, предложенным Frey (ОФ), выполнена у 67 (36,6%) пациентов. Различные варианты панкреатоцистоеюностомии (ПЦЕА) после некрсеквестрэктомии произведены в 60 (32,8%) случаях. При изолированном расширении главного панкреатического протока поджелудочной железы (ГПП ПЖ) более 7 мм у 25 (13,7%) больных был наложен продольный панкреатикоеюноанастомоз (ППЕ). Кроме того, у 31 (16,9%) пациента проанализированы результаты панкреатодуоденальной резекции (ПДР) по характеру послеоперационных осложнений и по показателям опросника качества жизни SF-36 v.2тм, которые оценивали накануне операции и через 10–14 месяцев после ее выполнения.

Результаты. В первой группе (ОФ), состоящей из 67 больных, признаки ПП (стойкое повышение альфа-амилазы более 5 дней по дренажным трубкам, наличие перипанкреатического инфильтрата в тканях, окружающих зону резекции) зарегистрированы в 15 (22,4%) случаях. У всех пациентов было изолированное поражение головки ПЖ постнекротическими кистами без расширения ГПП ПЖ с сохранением структуры тела и хвоста ПЖ без выраженного фиброза этих частей ПЖ. После выполнения ПЦЕА только у 5 (8,3%) больных были зарегистрированы клинические признаки ПП. Во всех случаях имел место асцит, ассоциированный с ХП, на фоне множественных перипанкреатических псевдокист ПЖ. У всех пациентов кроме ПЦЕА произведено дополнительное наружное дренирование перипанкреатических скоплений жидкости во время хирургического вмешательства. После выполнения ПДР у 17 (54,8%) больных были отмечены вышеперечисленные признаки ПП. Из них у 12 пациентов в последующем был морфологически верифицирован рак поджелудочной железы на фоне минимальной степени выраженности фиброза в ткани тела и хвоста ПЖ. После выполнения ППЕ у 25 больных симптомов ПП не было выявлено, так как в этой группе пациентов был выраженный фиброз ткани ПЖ.

В ближайшем послеоперационном периоде в нескольких случаях зафиксированы различные инфекционные осложнения области хирургического вмешательства. Летальных исходов не было. 51 (27,9%) больной не ответил на вопросы анкеты по почтовому отправлению или не явился для контрольного обследования в стационар. После оперативного лечения у 132 (72,1%) опрошенных респондентов выявлено улучшение всех показателей, характеризующих физический и психоэмоциональный компоненты здоровья ($p<0,01$). Стойкое купирование болевого синдрома на протяжении одного года отмечено у 87,5% пациентов.

Выводы. Тяжесть и вероятность клинических проявлений ПП зависят от степени выраженности фиброза в зоне предполагаемой резекции ткани ПЖ. Хирургический подход в лечении осложнений ХП должен быть индивидуализирован, исходя из особенностей анатомии гепатопанкреатодуоденальной зоны, характера и причины боли, сопутствующей патологии. Вопросник SF-36 v.2тм является надежным инструментом для оценки качества жизни больных в связи с наличием его официальной русифицированной версии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

С.Г. Шаповальянц, С.А. Будзинский, Е.Д. Федоров, А.Г. Мыльников, А.Ю. Котиева

ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Москва, Россия)

Городская клиническая больница № 31 (Москва, Россия)

В настоящее время одним из самых перспективных способов профилактики и лечения острого постманипуляционного панкреатита (ОПМП), самого грозного и часто встречающегося осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств, является эндоскопическое ретроградное стентирование главного панкреатического протока (ГПП).

Цель исследования: ретроспективно оценить результаты эндоскопического панкреатического стентирования в качестве профилактики и лечения ОПМП.

Материалы и методы. В период с 01.01.2009 по 01.01.2014 г. в клинике госпитальной хирургии РНИМУ им. Н.И. Пирогова было выполнено 2 473 ретроградных эндоскопических вмешательства. В 70 (2,8%) случаях пациентам с высоким риском развития ОПМП было произведено профилактическое стентирование ГПП. При этом во всех наблюдениях имело место сочетание ряда факторов риска возникновения ОПМП: женский пол (51), молодой возраст (20), стенотические изменения области БДС (47), неканюляционный характер эндоскопической папиллосфинктеротомии (27), вирсунготомия (4), отсутствие дилатации холедоха (17), первичная канюляция ГПП (15), проведение панкреатикографии (19).

Результаты. После профилактического панкреатического стентирования в группе пациентов с высоким риском возникновения ОПМП развитие данного осложнения отмечено в 1 (1,4%) случае. Причем это было связано непосредственно с дистальной миграцией стента в просвет ГПП. Данное осложнение было корригировано эндоскопически с благоприятным исходом. Летальных исходов в этой группе больных не было.

В то же время в группе пациентов с менее очевидным риском развития ОПМП без предварительного протезирования ГПП острый панкреатит возник в 31 (1,3%) наблюдении при летальности 0,08%.

При развитии острого панкреатита попытка эндоскопического стентирования ГПП в максимально ранние сроки на фоне проводимой комплексной консервативной терапии предполагалась в 25 наблюдениях, что было технически выполнимо в 23 (92,0%) случаях и привело к выздоровлению пациентов во всех наблюдениях. Осложнений лечебного панкреатического стентирования не было. Средний срок госпитализации в данной группе больных составил 17,13±21,56 койко-дня.

В остальных 8 случаях проводилась консервативная терапия. В этой группе больных летальность составила 25% (2 из 8), а средний срок госпитализации – 22,8±9,8 койко-дня.

Выводы. Эндоскопическое стентирование ГПП у пациентов с высоким риском возникновения ОПМП является надежной мерой профилактики развития данного осложнения. В случае же возникновения острого панкреатита в группе пациентов без предварительно проведенного панкреатического стентирования протезирование ГПП является эффективным компонентом лечения – во всех наблюдениях после успешного его выполнения пациенты выздоровели при меньшем почти на 30% сроке госпитализации.

ИССЛЕДОВАНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-6, МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА И СИАЛОВЫХ КИСЛОТ В ОСТРЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

М.А. Шляхова, П.Г. Броништейн
ГУЗ Тульская городская клиническая больница
скорой медицинской помощи им. Д.Я. Ваныкина
(Тула, Россия)

Определение цитокинов в сыворотке крови и жидкостных средах у больных острым панкреатитом является перспективным в плане прогноза течения заболевания.

Цель исследования: определить концентрацию интерлейкина-6 и других показателей эндогенной интоксикации в содержимом острых жидкостных скоплений на 1-е сутки и в динамике.

Материалы и методы. Проанализированы 30 образцов жидкостного содержимого, полученных при дренировании и пункции острых жидкостных скоплений у больных острым панкреатитом в 1-е, 2-е, 3-и, 5-е и 7-е сутки от начала заболевания и в те же сроки в плазме крови. Все больные имели единичные или множественные острые жидкостные скопления, выявленные при ультразвуковом исследовании и КТ в первые 5 суток от начала заболевания суммарно объемом более 100 мл, что являлось показанием к интервенционным вмешательствам.

Все больные были разделены на 2 группы: в первой группе проводили пункции с эвакуацией содержимого и анализом концентрации цитокинов, малонового диальдегида, сиаловых кислот; во второй группе проводили дренирование, исследовали суточный объём отделяемого и концентрацию интерлейкина-6, малонового диальдегида, сиаловых кислот.

Тяжесть острого панкреатита оценивалась по шкале ТФС (Савельев В.А. и соавт., 1990). Среди пациентов было 12 (40,0%) женщин и 18 (60,0%) мужчин, средний возраст 56 лет. Длительность заболевания более 1 суток. Оценку уровня интерлейкина-6 производили методом ELISA с использованием реактивов ОАО «Вектор Бест». Исследование малонового диальдегида проводили по методике Э.Н. Коробейникова, сиаловых кислот – по методике Свеннерхольма. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета программ STATISTICA 6.0. Для оценки различий между группами использовали непараметрические методы статистики.

Результаты. На 1-е сутки медиана уровня интерлейкина-6 в острых жидкостных скоплениях в первой группе составила 78,9 пг/мл, во второй группе – 75,9 пг/мл. Статистических различий между группами не выявлено.

В первой группе пациентов медиана концентрации интерлейкина-6 в выпоте на 2-е сутки составила 70,3 пг/мл, выявлено снижение концентрации на 10%. Во второй группе наблюдали более интенсивное снижение показателей: медиана составила 53,1 пг/мл, снижение уровня концентрации на 30%.

Более значимое повышение концентрации малонового диальдегида и сиаловых кислот по сравнению с нормой выявляется в плазме крови, а интерлейкина-6 – в выпоте. Обнаружена прямая корреляция между концентрацией интерлейкинов в плазме крови и выпоте во все сроки от начала заболевания, а также между тяжестью панкреатита и уровнем интерлейкинов в плазме крови.

Выводы. Своевременная и полная эвакуация острых жидкостных скоплений ведет к уменьшению пула интерлейкинов и снижает реактогенность выпота жидкостных скоплений. Исследование цитокинов в воспалительной жидкости более перспективно, чем малонового диальдегида и сиаловых кислот.

ВЛИЯНИЕ ТАКТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ТРАВМАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАЗВИТИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

В.Э. Шнейдер, Я.Я. Голубь

ГБОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России
(Тюмень, Россия)

Актуальность. Травматические повреждения поджелудочной железы встречаются относительно редко. По современным данным, их частота составляет от 3,1 до 15% случаев. Общая летальность, по данным различных авторов, достигает 39,4%. Основным специфическим послеоперационным осложнением для данного вида повреждений является панкреатит. Частота послеоперационного панкреатита при травмах поджелудочной железы составляет, по данным литературы, от 20 до 92,6%. На возникновение панкреатита после хирургического вмешательства влияет множество факторов, основными из которых являются нарушение оттока воспалительного экссудата, панкреатического сока и дополнительная механическая травма при наложении швов на паренхиму поджелудочной железы.

Для профилактики послеоперационного панкреатита используют как медикаментозные средства, так и хирургические методы. Хирургические методы включают адекватное дренирование зоны повреждения и щадящее отношение к поджелудочной железе. Несоблюдение этих принципов относят к тактическим ошибкам во время операции. По современным данным, число таких врачебных ошибок остается высоким и достигает 30–50% при оперативных вмешательствах по поводу травм поджелудочной железы.

Цель исследования: выявить взаимосвязь тактических ошибок с развитием послеоперационного панкреатита у пациентов с травмой поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 202 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ ТО «ОКБ № 2» г. Тюмени в период с 1996 по 2006 г. с травматическими повреждениями поджелудочной железы. В исследование включали пациентов в возрасте 18 лет и старше с травмой поджелудочной железы, которым было выполнено хирургическое лечение. Исключали пациентов, поступивших в крайне тяжелом состоянии и умерших в течение первых 48 часов после операции, а также пострадавших, поступивших в поздние сроки с явлениями травматического панкреатита. Среди пациентов преобладали мужчины (87,6%). Средний возраст составил 34,2±0,9 года.

К тактическим ошибкам относили неадекватное дренирование сальниковой сумки, герметичное ушивание раны поджелудочной железы и завышенный объем операции. Послеоперационный панкреатит стратифицировали в соответствии с современной классификацией острого панкреатита.

Результаты. В послеоперационном периоде от специфических осложнений умерли 18 (8,9%) пациентов. Послеоперационный панкреатит диагностирован у 146 (72,3%) больных. Отечная форма заболевания выявлена у 53 (26,2%), панкреонекроз – у 93 (46,0%) пациентов, в 20,5% случаев с развитием разлитого ферментативного перитонита.

Тактические ошибки были совершены у 71 (35,1%) пациента. Послеоперационный панкреатит в этой группе развился у 69 (97,2%) больных. Из 131 (65,3%) пациента без нарушения тактики хирургического лечения послеоперационный панкреатит возник у 77 (58,8%).

Сравнительный статистический анализ показал наличие значимой взаимосвязи между возникновением панкреатита в послеоперационном периоде и совершенными во время вмешательства тактическими ошибками (χ^2=32,003, p<0,0001).

Выводы. Тактические ошибки являются значимым фактором риска возникновения послеоперационного панкреатита. Хирургическая профилактика данного осложнения заключается в адекватном дренировании сальниковой сумки, щадящем отношении к паренхиме поджелудочной железы и отказе от сложных оперативных вмешательств у пациентов с травматическим шоком.

Раздел V

ТРУДЫ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

НОВАЯ МОДЕЛЬ ПАНКРЕОНЕКРОЗА У КРЫС

М.А. Агапов, А.И. Баттаев
ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
(Москва, Россия)

Введение. Изучение новых стратегий лечения острого некротического панкреатита (ОНП) невозможно без экспериментальных исследований. Существует множество различных приемов, с помощью которых можно вызвать в эксперименте острый панкреатит (ОП). Однако модели идеально репрезентирующей ОП у человека в настоящее время не существует. Так как массивный выброс цитокинов является одним из основных компонентов патогенеза ОНП, это обстоятельство должно быть обязательным условием экспериментальной модели.

Цель исследования: разработать модель ОНП с повышенной секрецией цитокинов.

Материалы и методы. В работе использовано 60 самцов аутбредных крыс SD категории SPF в возрасте 12–14 недель. Церулеиновую модель создавали путем внутрибрюшинного введения раствора церулеина однократно или трехкратно в дозах 20, 40, 50, 60, 80 мкг/кг. Для получения алкогольной модели длительно (от 14 дней до 2,5 месяцев) поили животных 10% раствором этилового спирта вместо питьевой воды. В 9 наблюдениях животным для потенцирования эффекта алкоголя вводили раствор церулеина 40 мкг/кг. Модель ОНП – частичная обтурация общего желчного протока, дополненная однократным внутрибрюшинным введением церулеина 40 мкг/кг. Определяли провоспалительные цитокины ИЛ-6, ФНОα и противовоспалительный – ИЛ-10. Полученные результаты сравнивали с результатами контрольной группы интактных животных.

Результаты. При введении церулеина ни в одном наблюдении некроза поджелудочной железы не отмечено. Эта модель не сопровождалась статистически значимым увеличением уровня цитокинов. Алкогольная модель также не привела к развитию некроза поджелудочной железы. Увеличения уровня цитокинов не наблюдали. Только повышение уровня ИЛ-6 (224,24±5 пг/мл) было отмечено при комбинации алкоголя и церулеина. ФНОα не повышался (16,66±7 пг/мл). Механическая модель морфологически характеризовалась выраженными воспалительно-некротическими изменениями ткани поджелудочной железы у всех животных. Дополнительное введение церулеина приводило к развитию тотального некроза. При анализе секреции цитокинов обнаружили, что механическая модель, дополненная введением церулеина, характеризуется значимым увеличением секреции цитокинов по сравнению с предыдущими моделями (ИЛ-10 – 72,39±11; ИЛ-6 – 457,19±25; ФНОα – 34,62±9 пг/мл).

Выводы. Механическая модель ОНП у крыс может быть рекомендована для исследований новых стратегий лечения и, в частности, для оценки эффективности препаратов, обладающих цитокин-ингибирующей активностью.

ОЦЕНКА ПАРАМЕТРОВ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Г.Б. Алексанян

Лаборатория минимально-инвазивной хирургии НИМСИ ГБОУ ВПО
«Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» Минздрава России
(Москва, Россия)

Актуальность. Лапароскопическая техника позволяет уменьшить операционную травму по сравнению с традиционной открытой хирургией, что приводит к уменьшению воспалительной реакции, инфекционных осложнений и минимизации иммуносупрессии. Многочисленные клинические исследования наглядно продемонстрировали значительное снижение послеоперационной боли, сроков пребывания в стационаре, числа послеоперационных осложнений и периода реабилитации. Более поздние исследования выявили уменьшение метаболических и иммунных реакций, которые могут лежать в основе этих клинических преимуществ. В настоящее время лапароскопическая хирургия печени подвергается всестороннему анализу и научные подтверждения ее преимуществ еще предстоит установить.

Цель исследования: сравнительный анализ параметров операционного стресса при выполнении лапароскопических и открытых резекций печени.

Материалы и методы. Экспериментальное исследование включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. *Первичные критерии оценки*: значительное снижение показателей операционного стресса (иммунологический статус, метаболическая функция печени) при использовании лапароскопической техники. *Вторичные критерии оценки*: непосредственные исходы хирургического лечения, качество и продолжительность жизни. Эксперимент содержит две группы животных: основную (n=20) – лапароскопические резекции печени (обширные, «малые»), контрольную (n=20) – открытые резекции печени (обширные, «малые»).

Согласно плану работы, на первом этапе проводили рандомизированный отбор лабораторных животных. Вторым этапом, в предоперационном периоде, выполняли забор крови из вены ушной раковины по 3 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки для сравнения показателей метаболизма печени (билирубин, АСТ, АЛТ) и иммунологического статуса (ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-10, белки теплового шока, общее число лейкоцитов, фагоцитарная активность популяции лимфоцитов CD 4+, CD 8+). Предварительно проведено типирование на 5 кроликах с пробными заборами крови и анализом результатов по тест-системам для достоверности получаемых показателей. Третий этап – оперативное вмешательство, которое выполняли под общей анестезией (Золетил, Вентраквил в рекомендованных дозах). После подготовки операционного поля в положении на спине выполняли доступ косым разрезом передней брюшной стенки по Федорову: от мечевидного отростка по срединной линии, затем параллельно правой реберной дуге. После ревизии проводили резекции левых отделов печени (левая наружная доля, левая внутренняя доля, хвостатая доля) в обширных и «малых» объемах. Гемостаз осуществляли при помощи биполярной коагуляции. Заключительный этап состоял из трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4–6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7-е сутки соответственно в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой.

Результаты. Первые полученные результаты позволяют сделать предварительное заключение о статистически достоверной минимизации операционного стресса в группах лапароскопических резекций по сравнению с открытыми вмешательствами.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

У.А. Аллазаров
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз
(Ташкент, Узбекистан)

В последние годы отмечается неуклонное увеличение числа больных с желчнокаменной болезнью и холедохолитиазом, что обусловлено внедрением в клиническую практику современных диагностических методик и увеличением числа больных различных возрастных групп с нарушением обмена веществ. С ростом числа как традиционных, так и видеоэндохирургических вмешательств на желчевыводящих путях увеличивается число случаев оставления камней в протоках.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения резидуального холедохолитиаза путем применения ретроградных вмешательств.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов ретроградных вмешательств у 42 больных хирургического отделения Республиканской клинической больницы № 1 с резидуальным холедохолитиазом, которые ранее перенесли холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. Холедохолитиаз при первичной операции (холецистэктомии) был выявлен у 6 (14,3%) пациентов. Возраст пациентов – от 34 до 78 лет (средний возраст – 63,8±4,52 года). Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,2.

Для эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) использовали дуоденофиброскоп с боковой оптикой фирмы «Olympus» (Япония), рентгеноаппаратуру «Siemens» (Германия) с электронно-оптическим преобразователем «Делналикс» (Голландия). Эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) осуществляли на рентгеновском столе после ЭРХПГ. Использовали папиллотомы фирмы «GIP» (Германия) и двухпросветный папиллотом фирмы «Olimpus» Япония.

Результаты. ЭРХПГ выполнена всем больным с целью уточнения диагноза и дальнейшего определения хирургической тактики, когда неинвазивные методы диагностики не дают необходимой информации о состоянии желчных путей. При этом расширение гепатикохоледоха (средний диаметр – 14,2±1,5 мм) выявлено у 40 (95,2%) пациентов. Камни протока диагностированы во всех случаях (средний размер конкрементов – 11,4±1,3 мм), стриктура в сочетании с холедохолитиазом – у 9 (21,4%) больных. Камни в большинстве наблюдений были множественными и мелкими (71,4%). У 1 больной при ЭРХПГ выявлен ложный желчный пузырь с множеством конкрементов как в пузыре, так и в холедохе.

Литоэкстракция корзиной Дормиа после ЭПСТ была проведена у 40 (95,2%) больных. Адекватно санировать гепатикохоледох за одну манипуляцию удалось у 35 (87,5%) пациентов. Повторное (с интервалом 2–3 дня) выполнение ретроградных вмешательств для санации общего желчного протока потребовалось 5 (12,5 %) больным. Случаи сочетания с холангитом (8) заканчивались назобилиарным дренированием. Кровотечения, наблюдавшиеся после ЭПСТ, самостоятельно стихали к окончанию манипуляции или их останавливали консервативной терапией. Холедоходуоденальный анастомоз по Юрашу–Виноградову наложили 2 пациентам. Летальных случаев не отмечено.

Выводы. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства являются эффективным (95,2%) и безопасным методом лечения больных с резидуальным холедохолитиазом. Их применение возможно у возрастных больных с выраженной сопутствующей патологией.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

А.В. Андрианов

ГБУЗ г. Москвы Московский клинический научно-практический центр (Москва, Россия)

Цель исследования: продемонстрировать первый опыт выполнения дренирующих операций при хроническом панкреатите лапароскопическим способом.

Материалы и методы. С декабря 2012 г. по апрель 2013 г. 12 пациентам (7 (58,3%) мужчинам и 5 (41,7%) женщинам) с хроническим калькулезным панкреатитом были выполнены следующие лапароскопические операции: продольная панкреатоеюностомия (ПЕС) (n = 3), операция Фрея (ОФ) (n = 5), продольная панкреатоеюностомия совместно с цистоэнтеростомией (n = 1) и панкреатодуоденальная резекция (ПДР) (n = 3). Из них 4 операции были симультанными: холецистэктомия – 1, фундопликация по Ниссену – 1, внутрибрюшная пластика послеоперационной вентральной грыжи – 1, холецистэктомия, холедохоеюностомия, удаление правого надпочечника – 1. Средний возраст пациентов составил 47,3±9,7 года. Средний размер головки поджелудочной железы (ПЖ) – 33,8 мм (от 27 до 42 мм). Средний диаметр главного панкреатического протока – 7,5 мм (от 5 до 12 мм). Операции выполняли через 4–5 троакарных доступов. Интраоперационно использовали: гармонический скальпель, монополярную коагуляцию, 5–10-миллиметровые троакары, сшивающие линейные степлеры.

Результаты. Продолжительность операций составила: при ОФ и ПЕС – 325–530 мин, при ПДР – 325–370 мин. Объем кровопотери не превышал 200 мл. Операции были выполнены полностью лапароскопическим способом в 10 случаях. В 2 случаях потребовалось осуществление конверсии. Летальных исходов не было. Формирование панкреатической фистулы, которая закрылась на фоне консервативного лечения к 19-м суткам после операции, отмечено в 1 случае. Средняя продолжительность послеоперационного периода после ПЕС и ОФ составила 9 койко-дней (от 5 до 19 койко-дней), и после ПДР – 12 койко-дней (от 4 до 21 койко-дней).

Выводы. Первый опыт показывает, что лапароскопические дренирующие операции являются доступным, безопасным, однако малоизученным направлением в лечении больных с хроническим панкреатитом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО

Д.А. Антюфриева

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России (Красноярск, Россия)

Актуальность. На современном этапе существует более 200 различных лабораторных и инструментальных шкал для оценки степени тяжести и прогнозирования течения острого панкреатита.

Цель исследования: оценить диагностическую ценность специфических и неспецифических шкал для оценки степени тяжести и прогнозирования течения острого панкреатита.

Материалы и методы. В исследование вошло 1 550 пациентов с острым панкреатитом, находившихся на стационарном хирургическом лечении в ДКБ на ст. Красноярск ОАО РЖД в период с 2009 по 2013 г. Для оценки степени тяжести острого панкреатита и общего состояния пациента использованы специфические и неспецифические шкалы (Шкала оценки Толстого–Красногорова, Ranson, Glasgow, BISAP, MODS 2, APACHE II, CTSI). Оценивали чувствитель-

ность, специфичность, точность и прогностическую значимость положительного и отрицательного результатов для оценки таких показателей, как тяжелый острый панкреатит, признаки органной недостаточности, панкреонекроза, потребность в интенсивной терапии и летальность.

Результаты. Для таких показателей, как признаки органной недостаточности, потребность в интенсивной терапии и прогнозирование летальности наибольшую диагностическую ценность имели неспецифические шкалы, применяемые для оценки тяжести состояния и обоснования госпитализации в отделение интенсивной терапии; для оценки тяжести острого панкреатита – специфические шкалы, из которых CTSI обладала наибольшей чувствительностью и специфичностью. Целесообразно применять различные шкалы на разных этапах. Шкала Толстого–Красногорова сохраняет актуальность для оценки тяжести острого панкреатита на этапе поступления больного в стационар. Шкалы Ranson, Glasgow и BISAP не имеют значимых различий по диагностической ценности и могут успешно применяться для оценки тяжести панкреатита в условиях специализированного хирургического отделения.

Выводы. Для объективной оценки и принятия решения по хирургической тактике при лечении острого панкреатита необходимо применение комплексной оценки с использованием специфических и неспецифических шкал и современных методов визуализации.

ОДНОФОТОННАЯ ЭМИССИОННАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОСТАЮЩЕГОСЯ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕГО ОБЪЕМА ПЕЧЕНИ ПЕРЕД ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ

П.А. Дроздов

ГУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (Москва, Россия)

ГБОУ ВПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России (Москва, Россия)

Введение. Ежегодно отмечается рост заболеваемости как первичным, так и метастатическим раком печени. Согласно данным литературы, резекционное вмешательство возможно лишь у 20–25% больных. Основной причиной отказа от оперативного вмешательства в настоящее время является недостаточный объем остающейся паренхимы после удаления всех объемных образований печени в объеме R0.

Цель исследования: показать возможности однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) в рамках предоперационного определения остающегося функционирующего объема печени перед обширной резекцией.

Материалы и методы. В период с мая 2007 по май 2014 г. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы на стационарном лечении находились 417 больных с первичным и метастатическим раком печени. Выполнено 56 (13,4%) обширных резекций печени. При планировании резекционных вмешательств в план обследования включали определение объема остающейся паренхимы печени (*future liver remnant* (FLR). Волюметрию проводили при помощи мультиспиральной компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием.

С января 2013 г. в план предоперационного обследования стали включать ОФЭКТ с определением объема функционирующей паренхимы печени (выполнена 6 больным), которая позволила дифференцированно подходить к планированию тактики лечения. Если при предоперационной волюметрии FLR составлял более 30%, то производили резекционное вмешательство. При FLR менее 25% проводили двухэтапное лечение с применением на первом этапе химиопортоэмболизации правой ветви воротной вены (ХЭПВВВ). При FLR 25–30% тактику определя-

ли в зависимости от данных ОФЭКТ печени, при преимущественной локализации функционирующей паренхимы в правой доле печени проводили двухэтапное лечение с применением на первом этапе ХЭПВВВ.

Результаты. По результатам предоперационной волюметрии FLR составил от 25 до 30% (от 25,9 до 29,4%, в среднем – 27,43±3,45%) – 4 (66,7%) больных. Все больные получали системную ПХТ (от 6 до 13 курсов, в среднем – 8,4). По данным ОФЭКТ, основная масса функционирующей паренхимы печени локализовалась в правой доле. Учитывая пограничное значение FLR, предшествующие курсы ПХТ, низкую функциональную активность левой доли печени, для профилактики пострезекционной печеночной недостаточности у этих больных применяли двухэтапный метод лечения с проведением на первом этапе ХЭПВВВ. При контрольной ОФЭКТ печени наблюдали гипертрофию левой доли за счет увеличения объема функционирующей паренхимы печени. Всем больным выполнено радикальное оперативное вмешательство: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 2 больным, правосторонняя гемигепатэктомия – 2 больным. Осложнения отмечены у 1 больного – неполный наружный желчный свищ, который самостоятельно закрылся на фоне консервативной терапии. Пострезекционной печеночной недостаточности, летальности в данной группе пациентов не было.

Вывод. Определение объема и локализации функционирующей паренхимы печени перед планируемым резекционным вмешательством у больных с пограничным FLR, особенно при проведении предоперационной химиотерапии, может существенно снизить частоту пострезекционной печеночной недостаточности и, тем самым, улучшить результаты лечения данной группы больных.

ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА РАННЕЙ СТРАТИФИКАЦИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.И. Ершова

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

Введение. Принципиально важным для успешного лечения острого панкреатита (ОП) является ранняя оценка тяжести заболевания и прогнозирование развития полиорганной недостаточности на этапе приемного отделения хирургии.

Цель исследования: оптимизация алгоритма обследования больного ОП для ранней стратификации тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 88 больных ОП (35 (39,8%) женщин и 53 (60,2%) мужчины, средний возраст 43,4±1,4 года). Учитывали данные клинического обследования, показатели общего и биохимического исследований крови и мочи, коагулограммы, рентгенологического, ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) органов груди и живота. Для оценки тяжести ОП в течение первых 24 часов от момента поступления использовали многофакторные шкалы BISAP, HAPS, прогностический индекс тяжести (ПИТ) и Balthazar. УЗИ-данные оценивали по оригинальной шкале. Изучали системную микроциркуляцию по данным термометрии высокого разрешения с помощью прибора «Микротест» (ООО «ФМ Диагностика», Пермь). Вычисляли амплитуду колебаний кожной температуры в эндотелиальном диапазоне частот, применяя непрерывный вейвлет-анализ. Согласно классификации В.И. Филина и А.Д. Толстого (2003), выделяли больных ОП легкой степени тяжести, средней и тяжелой.

Результаты. Шкала ПИТ позволила дифференцировать больных легким ОП от пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением. При значениях ПИТ $\leq$ 0,21 балла диагностировали

легкий ОП. Чувствительность метода – 78%, специфичность – 68%. Шкала УЗИ-признаков течения заболевания позволила отличить легкое течение ОП от среднего и тяжелого при значениях ≤ 3 балла. Чувствительность метода – 76%, специфичность – 91%. Прогностическая ценность положительного результата (ПЦПР) для этих шкал составила 86% и 95%, прогностическая ценность отрицательного результата (ПЦОР) – 55 и 62% соответственно. Определение высоты амплитуд колебаний кожной температуры в эндотелиальном диапазоне частот позволило разделить больных на две группы. При величине амплитуд ниже 0,007 Гц пациенты отнесены к группе со среднетяжелым или тяжелым течением заболевания, а при значениях от 0,007 Гц и выше – с легким. Чувствительность метода – 74%, специфичность – 73%, ПЦПР – 89%, ПЦОР – 92%. Таким образом, выделено 25 (28,4%) пациентов с легким ОП.

По шкале BISAP ≥ 2 балла стратифицированы больные тяжелым ОП. При низкой чувствительности этого метода (40%) отмечали его высокую специфичность 95%, ПЦПР – 80%, ПЦОР – 75%. Шкала HAPS не позволила разделить больных по степени тяжести заболевания. Сумма баллов по шкале Balthazar ≤ 3 свидетельствовала о среднетяжелом течении заболевания, а более 3 – о тяжелом. Модифицированная шкала УЗИ и КТ признаков ОП позволила отличить тяжелое течение заболевание при количестве баллов ≥ 10. Чувствительность методов – 61% и 68%, специфичность – 75% и 67%, ПЦПР – 70% и 59%, ПЦОР 67 и 75% соответственно. Таким образом, со среднетяжелым течением ОП выделено 33 (37,5%) пациента и тяжелым – 30 (34,1%).

Выводы. Для раннего выявления больных легким ОП достаточно использовать показатели амплитуд колебаний кожной температуры в эндотелиальном диапазоне частот, шкалы ПИТ и УЗИ. Стратификация среднетяжелого и тяжелого ОП требует оценки состояния больного по шкалам BISAP и Balthazar. Перспективный результат в раннем выявлении тяжелого течения заболевания показала модифицированная шкала УЗ- и КТ-признаков ОП.

Работа выполнена при поддержке гранта РНФ № 14-15-00809.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕМОДИАФИЛЬТРАЦИИ

И.М. Иваненков

ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России (Иваново, Россия)

Согласно современным международным стандартам выделены две фазы течения панкреонекроза. Несомненные успехи интенсивной терапии значительно снизили летальность в доинфекционную фазу заболевания. Однако поздняя летальность вследствие гнойно-септических осложнений не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования: определение летучих жирных кислот (ЛЖК) для оценки эффективности гемодиафильтрации в комплексном лечении инфицированного панкреонекроза (ИПН).

Материалы и методы. Работа основана на результатах хирургического лечения 52 больных с различными формами ИПН в период с 2009 по 2014 г. Больные распределены на две статистически однородные группы. У 23 (44,3%) пациентов первой группы различные варианты оперативных вмешательств дополняли 1–3 сеансами постоянной вено-венозной гемодиафильтрации (ПВВГДФ), проводимой на гемопроцессоре «Prismaflex». Объём выведенной жидкости составлял в среднем 43,0±2,87 литра. Процедура продолжалась в среднем 19,4±3,76 часа. Вторую, контрольную, группу составили 29 (55,8%) человек, которым хирургическое лечение не дополняли

ПВВГДФ. В комплексной оценке эффективности лечения использовали метод газожидкостной хроматографии для определения в крови ЛЖК (уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой), являющихся токсическими метаболитами аэробных и анаэробных бактерий.

Результаты. У пациентов 1-й группы после ПВВГДФ выявлено достоверное ($p<0,05$) снижение анализируемых показателей с максимальным уменьшением ЛЖК на 3-и сутки. Значения уксусной кислоты уменьшились на 60,6% (с 0,33±0,06 до 0,13±0,04 ммоль/л), пропионовой – на 57,3% (с 0,0185±0,0064 до 0,0079±0,0035 ммоль/л), масляной – на 40,5% (с 0,0037±0,0004 до 0,0022±0,0003 ммоль/л) и изовалериановой – на 71,4% (с 0,00028±0,00011 до 0,00008±0,00004 ммоль/л). При этом у 12 (52,2%) из них постепенное улучшение общего состояния сопровождалось снижением уровня ЛЖК. У остальных 11 (47,8%) больных не отмечено существенного улучшения состояния, что сопровождалось вторичным увеличением анализируемых показателей. Им проведено повторное оперативное санирующее вмешательство с последующей ПВВГДФ. После этого у 6 (26,1%) пациентов состояние стало улучшаться с одновременным снижением показателей ЛЖК. В 5 (21,7%) наблюдениях, несмотря на продолжающиеся этапные санации и ПВВГДФ, состояние не стабилизировалось, сопровождаясь повышением цифр ЛЖК. При этом умерли от гнойно-септических осложнений 4 (17,4%) из этих больных.

У 29 пациентов контрольной группы оперативные вмешательства не дополняли ПВВГДФ. У всех после первой операции наблюдали снижение значений ЛЖК, однако в значительно меньшей степени, чем в основной группе ($p<0,05$). Улучшение общего состояния и последующее выздоровление отмечено у 7 (24,1%) человек. Остальным 22 (75,9%) пациентам потребовалось от 2 до 13 (в среднем 4,8±0,8) этапных санирующих оперативных вмешательств. Несмотря на продолжающееся интенсивное лечение, отмечено 8 (27,6%) летальных исходов.

Выводы. При осложненных формах ИПН оперативное вмешательство, дополненное ПВВГДФ, улучшает результаты лечения и снижает летальность. Эффективность применяемой тактики подтверждается динамикой показателей ЛЖК.

ЗНАЧЕНИЕ ГИДРОПРЕССИВНОЙ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Р.С. Калашник, А.В. Горохов
ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия
им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России
(Воронеж, Россия)

Актуальность. Несмотря на постоянное совершенствование современных методов визуализации желчных протоков, предпочтение в диагностике билиарной гипертензии до недавнего времени отдавалось инвазивным рентгеноконтрастным вмешательствам. С внедрением магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) в качестве неинтервенционного метода появилось множество работ, рассматривающих данную методику как возможную альтернативу рентгеноконтрастным исследованиям. Однако опубликованы данные отдельных исследователей о наличии сложностей в определении с помощью данного метода степени стриктур билиарного тракта, распространенности опухолевого процесса относительно гепатикохоледоха.

Цель исследования: повышение эффективности диагностики у пациентов с опухолями и стриктурами желчевыводящих протоков путем внедрения МРХПГ с гидропрессивным усилением физиологическим раствором в объеме 7–10 мл через холангиостому (ГМРХПГ).

Материалы и методы. С целью доказательства целесообразности поиска альтернативных методик визуализации билиарного дерева методом прямой холангиографии нами проведен ретроспективный анализ 304 историй болезни за 2009–2013 гг. Всем больным была выполнена лечебно-диагностическая эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

В основу исследования положен анализ результатов диагностики и лечения 147 пациентов в возрасте от 25 до 88 лет с доброкачественными и злокачественными билиарными стриктурами, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1 Воронежской областной клинической больницы № 1 за период с 2009 по 2013 гг., из них со стриктурами опухолевой этиологии – 75 (51%) пациентов, с доброкачественными стриктурами желчевыводящих протоков – 73 (49%). Основную группу наблюдений составили 66 (44,9%) пациентов, которым в комплекс диагностических исследований было включено МРТ-исследование с ГМРХПГ, а контрольную – 81 (55,1%) больной, которому проводился традиционный комплекс обследования, включающий МРХПГ.

С целью установления диагностических возможностей ГМРХПГ проведен сравнительный анализ диагностической ценности основных инвазивных и неинвазивных методов лучевой диагностики (ультрасонография, фистулография, МРТ + МРХПГ/ГМРХПГ) у пациентов обеих групп.

Результаты. При анализе ретроспективного материала выявлено, что при выполнении в предоперационном периоде лечебно-диагностической ЭРХПГ в послеоперационном периоде в 43 (14%) случаях развились осложнения.

ГМРХПГ в большинстве случаев позволила точно верифицировать уровень поражения при инфильтративном типе роста опухолевого процесса и уровень фиброзных изменений при доброкачественных стриктурах желчевыводящих протоков, во всех наблюдениях получена полная информация о степени сужения, опираясь на прямые МР-признаки.

Разработанная методика в визуализации зоны конфлюэнса долевых желчных протоков при доброкачественных билиарных стриктурах превосходит МРХПГ по информативности в 25% случаев, при первичном опухолевом поражении желчных протоков повышает диагностическую ценность МРХПГ в 7,7% случаях, повышает информативность МРХПГ в верификации уровня блока у 16,7% исследуемых и в 23,1% случаев обладает более высокой информативностью при дифференцировке уровня опухолевого поражения гепатикохоледоха. В 58,3% разработанная методика позволила получить более полную и достоверную информацию о протяженности доброкачественных стриктур желчных путей. Данная методика повышает информативность МРХПГ при определении протяженности опухолевых стриктур, обусловленных раком желчевыводящих протоков в 46,2% случаях.

Необходимо отметить, что разработанная методика не уступает по диагностической ценности чрездренажной холангиографии.

Выводы. Использование ГМРХПГ позволило повысить чувствительность традиционного комплексного МРТ-исследования у пациентов с билиарными стриктурами на 16,7%, специфичность – на 3,6% и точность – на 12,9%. Применение ГМРХПГ не вызывает осложнений, является возможной альтернативой рентгеноконтрастным исследованиям и позволяет определиться с объемом предстоящего оперативного вмешательства.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ «ИНТРАБИМ» В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.А. Карпов

ГУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (Москва, Россия)

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России (Москва, Россия)

Введение. Увеличение безрецидивного периода после радикальных и паллиативных оперативных вмешательств у больных с неопластическими заболеваниями печени и поджелудочной железы является одной из важнейших проблем клинической онкологии. Интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ) может служить дополнительной методикой в комбинированном лечении опухолей гепатобилиарной зоны различной локализации.

Материалы и методы. В условиях специализированного отделения хирургии печени и поджелудочной железы Городской клинической больницы им. С.П. Боткина и Городской клинической больницы № 1 им. Н.И. Пирогова проводили проспективное клиническое исследование, в котором пациентам с опухолевым поражением головки поджелудочной железы 2–3-й стадии по TNM, первичным и метастатическим поражением печени после выполненного резекционного этапа операции проводили ИОЛТ ложа удаленной опухоли по оригинальной методике. ИОЛТ проводили с применением системы IntraBeam® CarlZeiss. Для изучения влияния рентгеновских лучей на ткани и оценки эффективности проведенной терапии проводили гистологическое и электронно-микроскопическое исследования биопсий из области ложа удаленных опухолей до облучения и послойно – после ИОЛТ.

За период с июня 2013 года по настоящее время было выполнено 18 оперативных вмешательств с применением ИОЛТ системой интраоперационной лучевой терапии IntraBeam® CarlZeiss: радикальных оперативных вмешательств по поводу опухолей головки поджелудочной железы – 11 (61,1%), анатомических и атипичных резекций печени – 7 (38,9%). Возраст больных составил 63,2±6,1 года (от 39 до 73 лет), соотношение мужчин и женщин – 1:1. Размер опухолей головки поджелудочной железы составил: до 2 см – у 4 (36,4%) больных, от 2 до 3,9 см – у 5 (45,5%), более 4 см – у 2 (18,1%). В структуре опухолевого поражения печени преобладали пациенты с метастатическим колоректальным раком – 6 (85,7%), метастатическим раком молочной железы – 1 (14,3%) больной. В послеоперационном периоде всем больным проводили системную химиотерапию в адъювантном режиме.

Результаты. Панкреатодуоденальную резекцию выполняли по стандартной методике с лимфодиссекцией в объёме D2 в двух модификациях либо с сохранением привратника, либо с выполнением антрум-резекции желудка. Хирургические вмешательства на печени представлены сегментарными и атипичными резекциями. Доза облучения у всех пациентов – 15 Гр на 1 мм глубины от поверхности. Время процедуры в среднем составило 23±7,5 минуты, зависело от размера ложа удаленной опухоли головки поджелудочной железы и соответственно выбранного размера аппликатора. Послеоперационный койко-день составил 12,4±6,5.

При электронно-микроскопическом исследовании тканей с поверхности ложа опухолей после ИОЛТ отмечали выраженное повреждение клеток.

Специфических осложнений после проведения лучевой терапии отмечено не было. Число общехирургических осложнений в послеоперационном периоде и его длительность у больных, дополнительно перенесших ИОЛТ, не превышало показатели после стандартных операций. За период наблюдения местных рецидивов опухолей не выявлено, что подтверждено данными УЗИ и КТ органов брюшной полости.

Выводы. Первый опыт применения ИОЛТ системой IntraBeam® CarlZeiss позволяет сделать вывод о том, что комбинированный подход к лечению опухолей печени и поджелудочной железы, включающий хирургическое вмешательство, дополненное проведением интраоперационной лучевой терапии, является безопасным и современным методом, эффективно влияющим на ткани и позволяющим увеличить послеоперационный безрецидивный период. Дальнейшее наблюдение за этой группой больных позволит оценить изменения в частоте возникновения местных рецидивов, а также влияние данного способа лечения на общую выживаемость пациентов.

МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

К.Р. Назирбоев
Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: оценить эффективность модифицированного способа холедоходуоденостомии при холедохолитиазе.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2013 г. в отделении хирургии ГКБ СМП находилось 144 пациента с холедохолитиазом. Плановые операции выполнены 20 (14%) больным, отсроченные – 66 (46%), экстренные – 58 (40%). Мужчин было 51 (35,5%), женщин – 93 (64,5%). Возраст больных – от 18 до 82 лет. Больных с холедохолитиазом и механической желтухой – 104 (72,2%), у 45 (43,3%) из них была дистальная стриктура холедоха; холедохолитиаз без механической желтухи диагностирован у 40 (27,8%) больных. Все больные обследованы с помощью общепринятых клинико-лабораторно-инструментальных методов диагностики.

Результаты. Пациентам с холедохолитиазом, сочетающимся со стриктурой, в 22 (48,9%) случаях была выполнена поперечная холедоходуоденостомия по методу Киршнера в модификации клиники. Суть модифицированного способа заключалась в наложении заднего однорядного и переднего двухрядного шва между холедохом и двенадцатиперстной кишкой с последующим дренированием наданастоматического пространства через пузырный проток. Необходимость дренирования холедоха обусловлена следующими причинами: 1) отведение наружу токсической желчи при холестазе благоприятно сказывается на течении заболевания в послеоперационном периоде; 2) достигается декомпрессия желчных путей, что создает лучшие условия для заживления анастомоза и является профилактикой несостоятельности его швов; 3) наружный дренаж можно использовать как для санации желчного дерева, так и для локального введения антисептиков в общий желчный проток; 4) наружный дренаж делает возможной контрольную холангиографию с целью определения состояния желчных путей и функции анастомоза. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено.

В 23 (51,1%) случаях был наложен холедоходуоденоанастомоз по Юраш–Виноградову. После этого в 3 случаях отмечено желчеистечение и у 14 пациентов наблюдали атаку холангита в послеоперационном периоде.

Выводы. Холедоходуоденоанастомоз по усовершенствованной методике позволяет снизить частоту дуоденобилиарного рефлюкса, несостоятельности швов, а также стимулирует раннее восстановление столь тяжелого контингента больных в послеоперационном периоде.

ОБОСНОВАНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Д.М. Овсяник
УО «Витебский государственный медицинский университет» (Витебск, Беларусь)

Согласно рекомендациям хирургических конференций Республики Беларусь и Российской Федерации ранняя адекватная антибактериальная терапия абсолютно показана при наличии деструктивного панкреатита. Это обусловлено высоким риском развития инфицированного панкреонекроза (ИП), при котором показатели общей летальности являются стабильно высокими (до 85%). В то же время не вполне решённой остаётся проблема ранней диагностики ИП.

Цель исследования: определение критериев назначения и коррекции антибактериальной терапии при остром панкреатите.

Материалы и методы. В исследование вошли 137 пациентов. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 45 (32,8%) и проспективное исследование выраженности эндотелиальной дисфункции (ЭД) 92 (67,2%) пациентов с острым панкреатитом. Оценка степени ЭД проведена на основании её показателей – количества циркулирующих в крови эндотелиальных клеток (ЦЭК) и концентрации в крови стабильных продуктов деградации монооксида азота. Количество ЦЭК в крови определяли по методу J. Hladovec и соавт. и в соответствии с инструкцией по применению МЗРБ № 91-1004 от 25.06.05 г. Исследование уровня нитратов и нитритов в плазме крови проводили по методу Грисса в модификации И.С. Веремей и соавт. (инструкция по применению МЗРБ № 91-0008 от 19.03.2001 г.).

Результаты. У пациентов с деструктивным панкреатитом динамика показателей ЭД отражала фазовый характер течения заболевания. Подъёмы уровня ЦЭК и NO_3/NO_2 отмечены на 7, 16 и 24-е сутки с момента госпитализации. Инфицирование при панкреонекрозе установлено у 15 (21,4%) пациентов и диагностировано в среднем на 15-е (5-е, 23-и, 75-е) сутки от начала заболевания. В течение первой недели госпитализации различия в количестве ЦЭК в крови пациентов со стерильным и инфицированным панкреонекрозом статистически значимо не отличались. Установлено, что наличие у пациентов с панкреонекрозом во вторую фазу заболевания (с 9–14-х суток) 39 и более циркулирующих эндотелиальных клеток в 100 мкл плазмы является достоверным критерием инфицированности панкреонекроза.

В соответствии с протоколами диагностики и лечения пациентов в качестве стартовых антибактериальных препаратов при деструктивном панкреатите назначали цефалоспорины III–IV поколений и фторхинолоны в сочетании с метронидазолом. На 7-е сутки заболевания при обнаружении прогрессирования эндотелиальной дисфункции выполняли коррекцию антибактериальной терапии с применением препаратов резерва группы карбапенемов. С 14-х суток заболевания при подтверждении инфицирования очагов некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки проводили их хирургическую санацию с последующим назначением антибиотиков, учитывая чувствительность выделенной микрофлоры. Применение предложенной схемы лечения позволило улучшить его результаты, сократив длительность госпитализации пациентов с деструктивным панкреатитом в 1,1 раза и цифры летальности – в 1,4 раза.

Вывод. Показатели эндотелиальной дисфункции в совокупности с показателями, отражающими активность патологического процесса в поджелудочной железе, могут служить объективными критериями назначения и коррекции антибактериальной терапии.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Л.А. Отдельнов
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России
(Нижний Новгород, Россия)

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы (ППЖ), сформулировать показания к применению различных видов оперативных пособий.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2012 г. оперированы 100 больных в возрасте от 21 до 86 лет с ППЖ. Мужчин было 74 (74,0%) , женщин – 26 (26,0%). Осложнения (в т.ч. сочетающиеся) диагностированы у 42% больных: нагноение (n=31); перфорация в брюшную полость (n=7), в плевральную полость (n=2), в двенадцатиперстную кишку (n=1), на переднюю брюшную стенку (n=1); компрессионные: механическая желтуха (n=2), пилородуоденальная компрессия (n=1); асцит-перитонит (n=1); кровотечение (n=1). Большие кисты (>10 см в диаметре) были у 48 (48,0%) больных, множественные – у 18 (18,0%). Рецидивный характер имели 25% ППЖ.

Результаты. Показаниями к оперативному лечению явились большие, средние, осложненные ППЖ, неэффективность консервативного лечения.

Радикальные операции выполнены 10 больным. Показаниями к цистэктомии у 3 больных явились техническая возможность выполнения и отсутствие связи кисты с протоковой системой ПЖ. 7 больным с левосторонней локализацией кист, а также при подозрении на рак произведена дистальная резекция ПЖ, при этом в 4 случаях были следующие осложнения: формирование наружного панкреатического свища (n=2), поддиафрагмальный абсцесс (n=1), послеоперационный панкреатит (n=1).

Чрескожные пункции и дренирования под УЗ-контролем выполнены 12 больным при несформированности стенок кисты, а также при нагноении. В последующем забрюшинный абсцесс развился у 1 больного, в 1 случае дренирование оказалось неэффективным, что потребовало открытой операции (цистеюностомии).

Операции наружного дренирования (в т.ч. из мини-доступа) выполнены 39 пациентам с осложненными кистами и в тех случаях, когда чрескожные вмешательства были невыполнимы. Послеоперационные осложнения развились у 12 больных: аррозионное кровотечение (n=5, в т.ч. с летальным исходом – 2), гнойные осложнения (n=3), формирование наружного панкреатического свища (n=2), продолжающийся перитонит (n=2, в т.ч. с летальным исходом – 1).

Операции внутреннего дренирования выполнены в 38 случаях. При сращениях кист с задней стенкой желудка и выраженном спаечном процессе в верхнем этаже брюшной полости 20 больным наложены анастомозы с желудком (трансгастрально или «бок в бок»); при локализации кист в головке 4 больным произведена цистодуоденостомия (трансдуоденально или «бок в бок»); при сочетании ППЖ с вирсунголитиазом, расширением, извитостью вирсунгова протока прибегали к вирсунголитотомии, вирсунгографии с последующим наложением панкреатикоцистогастро- или панкреатикоцистоеюноанастомоза (n=7). Цистоеюностомию выполнили в 8 случаях при множественных кистах и кистах, неспаянных с желудком. Осложнения развились у 4 пациентов: аррозионное кровотечение (n=2, в т.ч. с летальным исходом – 1), эвентрация (n=1), абсцедирование кисты при неэффективности цистодуоденоанастомоза (n=1).

Таким образом, послеоперационные осложнения развились у 22% пациентов. Летальность составила 4%.

Выводы. Выбор метода оперативного лечения больных с ППК должен осуществляться дифференцированно, с учетом размера, локализации, характера стенки, связи полости с протоковой системой ПЖ, наличия и характера осложнений, явлений хронического панкреатита и общего состояния больного.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВНЕДРЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ г. ТВЕРИ

Ю.В. Павлов, А.С. Иванов, Л.Л. Драч
ГУЗ г. Твери Городская клиническая больница (Тверь, Россия)

Малоинвазивные методики для лечения острых хирургических патологий, включая механическую желтуху, на базе клинической больницы скорой медицинской помощи г. Твери внедрены с осени 2012 г.

Основными проблемами, связанными с внедрением малоинвазивных технологий, были: дорогостоящие расходные материалы, необходимость работы под С-дугой, которой хирургическое отделение не было оборудовано, слабая заинтересованность администрации во внедрении новых технологий, строгий запрет на закупку дополнительных лекарств и расходных материалов пациентами, проходящими лечение в рамках системы ОМС, высокая смертность специфического контингента пациентов с механическими желтухами.

За последние 1,5 года нами пролечено 15 пациентов с механической желтухой, наружное чрескожно-чреспеченочное дренирование выполнено 10 (66,7%) из них, холецистостомия – 4 (26,7%), наружно-внутреннее дренирование – 1 (6,:%).

Осложнения наблюдали в 3 случаях: миграция дренажа (выполнено редренирование); эмпиема плевры при прохождении дренажа через плевральный синус; перфорация гепатикуса при дренировании с развитием желчного перитонита (лапаротомия, санация, наложение терминолатерального гепатикоеюноанастомоза).

Преимущество освоения малоинвазивных вмешательств в широком спектре возможностей применения: отграниченные абсцессы брюшной полости (выполнено 2 дренировния); панкреонекроз (3); киста печени (1).

Вывод. Несмотря на организационные сложности, считаем целесообразным и перспективным развитие малоинвазивных вмешательств при лечении пациентов с механической желтухой в условиях городских больниц.

ПРОБЛЕМЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ ЯТРОГЕННОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Г.А. Погосян, К.И. Делибалтов, Д.Р. Ованисян
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия)

Цель исследования: изучение отдаленных результатов хирургического лечения ятрогенной травмы желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. Изучено качество жизни у 42 пациентов (основная группа) после хирургического лечения ятрогенного повреждения желчных путей в сроки от 9 месяцев до 20 лет после операции. Контрольную группу составили 50 доноров до сдачи крови.

Высокие повреждения желчных протоков (тип «0», «-1», «-2» по Гальперину) выявлены у 17 (40,5%) больных. Восстановительные операции выполнены 15 (35,7%), реконструктивные – 27 (64,3%) пациентам.

В группу восстановительных операций вошли: пластика гепатикохоледоха на Т–образном дренаже при краевом повреждении у 9 (60%) пациентов; удаление клипс и дренирование по Керу – у 2 (13,3%) при клипировании ⅓ стенки; восстановление холедоха на дренаже по Холстеду – у 1 (6,7%); билиобилиарный анастомоз – у 3 (20%) больных.

В группу реконструктивных операций вошли: бигепатикоеюностомия по Ру + СТД – у 3 (11,1%) больных; гепатикоеюностомия по Ру + СТД – у 15 (55,6%); гепатикоеюностомия по Ру без каркасного дренирования – у 2 (7,4%); холедоходуоденостомия – у 6 (22,2%); гепатикоеюностомия по Брауну с «заглушкой» по Шалимову + СТД – у 1 (3,7%).

Оценка качества жизни пациентов проведена с помощью опросника MOS SF-36 Health Status Survey.

Результаты. Качество жизни больных после восстановления гепатикохоледоха на каркасном дренаже при краевом ранении находилось на достаточно высоком уровне, однако снижалась шкала ролевого функционирования, жизненной активности и общего состояния здоровья.

При исследовании качества жизни пациентов после формирования билиобилиарного анастомоза получены неутешительные результаты – уровень качества жизни у них оказался значительно сниженным.

Показатели качества жизни больных с билиодигестивным соустьем, наложенным с 12-перстной кишкой, также оказались значительно сниженными. После формирования бигепатикоеюноанастомоза по Ру + СТД у пациентов оказались снижены показатели физического функционирования, интенсивности боли, жизненной активности, общего состояния здоровья и ролевого функционирования, обусловленные общим физическим состоянием оперированных. После гепатикоеюностомии по Брауну с «заглушкой» по Шалимову на СТД отмечено снижение показателей ролевого функционирования и жизненной активности.

Показатели качества жизни после гепатикоеюностомии по Ру оказались на достаточно высоком уровне: у пациентов без каркасного дренирования качество жизни было несколько выше, чем после применения СТД. К моменту начала исследования у всех респондентов уже были удалены СТД, поэтому оказалось сложно достоверно оценить влияние функционирующего дренажа на их повседневную активность. Соотношение всех шкал опросника было на достаточно высоком уровне, но не достигало контрольного значения.

Выводы. После хирургического лечения ятрогенной травмы желчных путей уровень качества жизни оперированных полностью не восстанавливается. Невосполнимые нарушения показателей качества жизни свидетельствуют о необходимости разработки специальной реабилитационной системы, позволяющей пациентам вернуться к активной социальной и профессиональной деятельности.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

И.С. Поляков

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

Цель исследования: разработать концепцию рационального применения роботического хирургического комплекса da Vinci (РХК) при выполнении операций на печени.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 91 больного с кистозными и солидными образованиями печени, оперированных в Институте хирургии им. А.В. Вишневского в период с 2006 по 2013 г. Хирургические вмешательства с применением

РХК выполнены 42 (46,2%) пациентам (основная группа – ОГ). Лапароскопически оперировано 49 (53,8%) пациентов (группа сравнения – ГС).

Различий по полу, возрасту, индексу массы тела, физическому статусу по ASA и нозологии не было. Средний размер образований в роботической группе – 92,1±40,9 мм, при лапароскопических операциях – 74,8±47 мм. Робот-ассистированные вмешательства на задних сегментах печени (VII, VIII) выполнены 11 (26,2%) пациентам, лапароскопические резекции печени при данной локализации – 7 (14,3%) больным.

В ОГ атипичная резекция печени выполнена 31 (73,8%) пациенту, резекция кист печени – 2 (4,8%), сегментэктомия – 2 (4,8%), кавальная лобэктомия – 7 (16,7%). В ГС преобладали атипичные резекции печени – 41 (83,7%) наблюдение, резекция кист печени – 6 (18,2%), по 1 (2%) – сегментэктомия и левосторонняя гемигепатэктомия.

По классификации сложности резекций (принятой в 2008 г. на Мировом конгрессе в г. Луисвилле, США) в ОГ операций I категории не было, II категории – 30 (71,4%), из них атипичных резекций – 22 (52,4%), анатомических – 8 (19%), III категории сложности – 12 (28,6%). В ГС операции I категории сложности выполнены 3 (6,1%) пациентам, II – 40 (81,6%), из них атипичные резекции – 39 (79,6%), анатомические – 1 (2%), III категории – 6 (12,2%).

Результаты. Разницы в длительности операции между данными группами не отмечено (ОГ – 202,7±134,4 мин; ГС – 383±104,4 мин). Однако средняя длительность операций III категории сложности в роботической группе была меньше – 142,5±97,8 мин. При лапароскопических операциях она составила 282,5±142 мин.

Объем средней кровопотери и количество гемотрансфузий были больше в ОГ, что связано с технически более сложными операциями.

Конверсия выполнена в ОГ в 1 (2,4%) наблюдении, в ГС – в 4 (8,2%).

Количество интра-, послеоперационных осложнений, а также распределение их по классификации Диндо–Клавьен, длительность послеоперационной госпитализации были одинаковы в обеих группах.

Выводы. Применение РХК обеспечивает техническую возможность выполнения более сложных резекционных вмешательств на печени. Непосредственные результаты использования РХК и лапароскопии при операциях на печени практически сопоставимы. На основе проведенного анализа оптимальными точками приложения РХК в хирургии печени являются малые анатомические резекции (до трех сегментов), а также операции на «технически трудных» заднелатеральных сегментах печени.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Р.Р. Рахимов, Е.Е. Гришина,
А.А. Нурыев, Н. Парадкар
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России
(Уфа, Россия)
ГБУЗ РБ Городская клиническая больница № 21 (Уфа, Россия)

Введение. Острый панкреатит представляет собой одну из важных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путем оценки эффективности применения лапароскопических операций и выбора оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 были проанализированы 985 медицинских карт больных с острым панкреатитом в период с 2007 по 2013 г. Среди обследованных 621 (63,1%) мужчина и 364 (36,9%) женщины, возраст – от 21 года до 87 лет. Поздняя госпитализация (позднее 24 часов) отмечена у 74,9 % пациентов. Больным с тяжелым острым панкреатитом проводили лечение в условиях хирургического реанимационного отделения (в сроки от 1 до 120 суток).

Хирургическое лечение применяли у 100 (10,0%) пациентов. Широкую лапаротомию использовали в 67,1% случаев, лапароскопические технологии – в 32,9%.

Лапароскопическое дренирование брюшной полости проведено 11 (11,0%) больным с жировым панкреонекрозом и ферментативным перитонитом, из них 3 пациентам выполнена санационная лапаротомия вследствие прогрессирования панкреонекроза. Лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнено 20 (20,0%) больным с геморрагическим панкреонекрозом и выраженным оментобурситом, серозно-фибринозным перитонитом, в 4 случаях хирургическое лечение продолжали через мини-лапаротомный доступ, выполненный в левом подреберье, ввиду инфицирования парапанкреатической клетчатки и образования секвестров поджелудочной железы.

Лапаротомию, оментобурсостомию, марсупилизацию поджелудочной железы, санацию и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинной клетчатки выполнили 69 (69,0%) пациентам с тотальным и субтотальным гнойным панкреонекрозом и забрюшинной флегмоной справа и слева.

У всех больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита, наблюдали перитонит, который был различным по характеру содержимого в брюшной полости. Проводили этапные санации сальниковой сумки (в среднем – 3,4), программные санационные релапаротомии (в среднем – 3,0). Между плановыми санациями сальниковой сумки ежедневно 2–3 раза фракционно промывали ее полость через дренажи растворами антисептиков, в единичных случаях – поливалентным пиобактериофагом.

Результаты. В проведённых исследованиях наблюдали следующие осложнения панкреонекроза: панкреатогенный шок – у 15% (летальность достигала 56%); гнойные осложнения – у 35% больных (гнойное некротическое расплавление поджелудочной железы – 84%, гнойно-некротический парапанкреатит – 71%, абсцесс сальниковой сумки – 49%, гнойный разлитой перитонит – 18%, сепсис – 9%); аррозионные кровотечения – у 20% больных с панкреонекрозом. Причины смерти больных с острым панкреатитом распределились следующим образом: в первые 3–5 суток – панкреатогенный шок; в сроки 6–30 суток – гнойная интоксикация вследствие парапанкреатита, аррозионные кровотечения; в сроки более 30 суток большинство больных погибли от полиорганной недостаточности.

Летальность при поздней госпитализации составляла 2,6%. Послеоперационная летальность – 27,2% (при лапароскопических операциях – 2,4%, при широких лапаротомиях – 20,1%). Общая летальность составила 3,1%.

Выводы. Применение лапароскопических методик как ведущего компонента комплексного лечения острого деструктивного панкреатита позволяет достоверно снизить число гнойных осложнений за счет оптимизации дифференцированного подхода в хирургической тактике и эффективного купирования бактериальной контаминации очагов деструкции поджелудочной железы, брюшной полости, уменьшить степень кишечной недостаточности – за счет снижения операционной травмы.

ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ПЕЧЕНИ ПРИ КОНСЕРВАЦИИ

А.С. Сохарев, К.А. Краснов, А.В. Будаев
МБУЗ Городская клиническая больница № 3 им. М.А. Подгорбунского
(Кемерово, Россия)

Ишемически-реперфузионное повреждение (ИРП) является основной причиной осложнений после трансплантации печени и в 81% требует ретрансплантации. В связи с глобальным дефицитом донорских органов применяют различные технологии для сохранения и функционирования трансплантата. Прогресс в сохранении жизнеспособного органа может быть достигнут с пониманием механизмов ИРП, а минимизация негативных последствий данного процесса позволяет увеличить количество функционирующих донорских органов, а также снизить количество ретрансплантаций и осложнений после пересадки печени. Патогенез ИРП гепатоцитов является сложным и многофакторным процессом, приводящим к водно-электролитным нарушениям, ацидозу клетки и активации макрофагов с образованием активных форм кислорода (АФК), которые, в свою очередь, играют основную роль в повреждении клетки. Применение препаратов, влияющих на патогенез образования АФК, позволяет минимизировать цитотоксическое действие и профилактировать ИРП.

При консервации органа происходит истощение эндогенных антиоксидантных систем и увеличение продукции окислителей, что приводит к дисбалансу между производством и удалением АФК.

Фармакотерапия позволяет влиять на основные звенья патогенеза ИРП, в связи с чем в последние годы разрабатывают новые направления и препараты для консервации органов. Большинство исследований по применению антиоксидантов проведено на лабораторных животных (некоторые препараты не подлежат испытанию на человеке ввиду токсичности), и клинических испытаний не проводили. Многие исследования находятся в стадии разработки и не имеют доказательной базы. Поиск антиоксидантных препаратов, применение которых возможно в клинических условиях, продолжается.

В литературе нет данных о применении неоксигенированного перфторана при консервации печеночного трансплантата. Перфторан обладает мембраностабилизирующим эффектом благодаря воздействию поверхностно-активного вещества проксанола – стабилизатора эмульсии. Учитывая интактность препарата к органам и тканям (препарат не метаболизируется и выводится в неизмененном виде), микроскопическую структуру молекулы (высокая способность проникать во все отделы ишеминизированного органа) и возможность применения в клинической практике на пациентах, возможно использование препарата для профилактики ИРП.

Выводы.

1. Основная причина осложнений и ретрансплантация обусловлена ИРП органа.

2. Эндогенных антиоксидантных систем для профилактики ИРП недостаточно. Фармакотерапия несовершенна ввиду отсутствия необходимых исследований на органах человека, токсичности и неопределённой дозировки препаратов.

3. Учитывая низкую себестоимость, отсутствие метаболических изменений и возможность использования в клинических условиях, использование перфторана в качестве консерванта печеночного трансплантата является актуальным.

РЕСПИРАТОРНАЯ ТАКТИКА И ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА

Н.А. Стрижков
Республиканский специализированный центр хирургии имени ак. В. Вахидова
(Ташкент, Узбекистан)

Цель исследования: совершенствование интенсивной терапии и респираторной тактики (PCV, VCV) с целью выбора оптимального варианта лечения больных с деструктивными формами панкреатита.

Материалы и методы. В исследование включены 25 пациентов с деструктивными формами панкреатита с тяжёлым клиническим статусом (по шкале Ranson – более 4 баллов), в ряде случаев осложнённых острым респираторным дистресс-синдромом лёгких, находившихся на лечении в РСЦХ им. ак. В. Вахидова за период 2005–2014 гг. Диагноз СОПЛ/ОРДС был поставлен на основании стандартной схемы обследования (R-картина легких, показатели глубокого кислородного статуса pO_2 (A-a) 192 ±5, pO_2 (a/A) – 39±3, F shunt – 19±2, PaO_2/FiO_2<300, увеличение ДЗЛА).

Всем больным с СОПЛ/ОРДС на фоне деструктивного панкреатита проводили продленную ИВЛ в режимах PCV, VCV на аппаратах VELLA и VELLA+фирмы VIASIS.

Больные были разделены на две группы: *группа А* (n=18 (72,0%) – ИВЛ с управляемым давлением (PCV), обратное отношение вдох/выдох – 1,5/1, Pinsp – 20–26 см вод. ст., FiO_2<60% «Оптимальный» PEEP. Скорость Visp 40 – 60 л/мин. Auto PEEP не более 50% от общего PEEP; *группа Б* (n=16 (68,0%) – «Вентиляция малыми Vt и низким Pplat (<35 см H^2O)», с управляемым объемом (VCV), Ppeak < 35–40 см вод. ст., VT 6–8 мл/кг, FiO_2<60% PEEP 8–10 мм рт. ст. Скорость Visp 40–60 л/мин.

Критериями эффективности служили PaO_2 и SaO_2, PaO_2/FiO_2. Шунтирование крови (справа налево), pO_2 (A-a)e, pO_2 (a/A)e, статический комплайнс Cst, степень повреждения легких по J. Murray.

Результаты. Улучшение PaO_2/FiO_2 в группе А относительно группы Б (исход – 108,7±22,4 / 112,4±20,2, 5-е сутки – 184,8±22,4 / 140,4±24,2, А/Б соответственно). Отмечали разницу в показателях pO_2 (A-a) на 2-е сутки – 170±18 / 165±20, 5-е сутки – 100±20,4 / 140±22,6, 58±24,4 / 100±22,2 соответственно. У больных группы А выявлено уменьшение сроков ИВЛ относительно больных группы Б (12±2,6 / 16±4,6 суток соответственно). При применении данной тактики из 4 пациентов группы А переход СОПЛ в ОРДС отмечен в 1 случае, в группе Б – в 100%. Общая летальность в группе А – 11%, в группе Б – 25%.

Выводы. Ведение больных с деструктивными формами панкреатита, осложнёнными респираторным дистресс-синдромом, в режимах по давлению, с ограничением пикового инспираторного давления и дыхательного объёма при удлинённом времени вдоха, является более эффективным в отношении коррекции гипоксемии, уменьшения отрицательного влияния механической вентиляции на паренхиму лёгких, длительности искусственной вентиляции лёгких и снижения летальности по сравнению с традиционными методами механической вентиляции лёгких.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРОНАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

П.А. Тихонов

ФГБУ «3-й Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России (Красногорск, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов лапароскопической холецистэктомии у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. За период с января 2011 по февраль 2014 г. лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ) выполнили 1 380 больным. Было отобрано 175 (12,7%) больных ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 53–88 лет (средний возраст 62,4±7,6 года), с симптоматичным неосложненным калькулезным холециститом, без острой сосудисто-мозговой, печеночной или почечной недостаточности.

Перед операцией пациенты проходили стандартное для ХКХ обследование. По показаниям выполняли ЭхоКГ, коронарографию и дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

В зависимости от выполнения перед ЛХЭ коронарных вмешательств больные были разделены на две группы. В разные сроки перед ЛХЭ 59 (33,7%) пациентов (I группа) перенесли коронарные вмешательства: стентирование коронарных артерий – 35, АКШ – 24 (в т.ч. больные с АКШ и коронарными стентами – 5 чел.). 116 (66,3%) пациентам (II группа) ранее коронарные вмешательства не выполняли. До операции ЛХЭ острый инфаркт миокарда (ОИМ) перенесли в I группе 13 больных, во II группе – 18.

В периоперационном периоде пациенты, перенесшие ранее АКШ, получали: клексан 0,4 пк 1 рс с дальнейшим переходом на непрямые антикоагулянты, либо дезагреганты, остальные пациенты возобновляли прием дезагрегантов на 5-е сутки после операции. Базовую кардиальную (подобранную в предоперационном периоде) и симптоматическую терапию проводили больным обеих групп.

ЛХЭ выполняли по стандартной методике из 4 портов, карбоксиперитонеум 8–11 мм рт. ст. Длительность операций – 32–75 мин. (среднее время – 47,5±8,3 мин.). Пациентов наблюдали до выписки или перевода в кардиологическое отделение.

Результаты. Интраоперационно эпизоды временного прогрессирования ишемических изменений по данным ЭКГ либо признаки нестабильной гемодинамики, купированные снижением уровня давления карбоксиперитонеума, инфузией нитропрепаратов, в I группе отмечены у 4 пациентов, во II – у 10.

После операции проявления ИБС без острого коронарного синдрома в I группе отмечены у 8 больных, во II группе – у 18.

Уровень специфических осложнений ЛХЭ в обеих группах составил 1,62% (3 больных), что не превысило средний уровень в общей группе (1 380 больных). Летальных исходов в обеих группах не было. Предоперационный период составил 2–4 дня (в среднем 2,9±0,5 дня), послеоперационный период – 3–7 дней (в среднм 3,5±1,4 дня).

В группе «кардиохирургических» больных частота острого коронарного синдрома в послеоперационном периоде существенно выше: 6,78%, против 4,3% у ранее неоперированных на коронарных сосудах. Это обусловливает необходимость детальной предоперационной оценки рисков, проведение профилактики развития острого коронарного синдрома. Частота обострения ишемической болезни сердца без острого коронарного синдрома в I группе составила 20,3%, во II – 24,1%, что свидетельствует о равной эффективности базовой антиангинальной терапии в обеих группах.

Выводы. Лапароскопическая холецистэктомия с уровнем карбоксиперитонеума 8–11 мм рт. ст. после обследования и предоперационной подготовки может успешно применяться в плановом порядке у больных симптоматичным калькулезным холециститом с высоким риском коронарных осложнений в условиях специализированного многопрофильного лечебного стационара.

ДИАГНОСТИКА РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА КТ-ИЗОБРАЖЕНИЙ И ОЦЕНКИ АНИЗОТРОПИИ ТКАНЕЙ

А.А. Филатов, В.А. Ковалев

Гомельская областная клиническая больница (Гомель, Беларусь)

Гомельский государственный медицинский университет (Гомель, Беларусь)

Белорусский государственный университет (Минск, Беларусь)

Объединенный институт проблем информатики (Минск, Беларусь)

Введение. В структуре всех заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) рак составляет около 20%. Ранняя диагностика данной патологии необходима для достижения благоприятных результатов радикального лечения. Предложенный в работе метод компьютерной обработки медицинских изображений на основе оценки анизотропии тканей ПЖ способен помочь в решении поставленной задачи.

Цель исследования: разработка и оценка нового метода диагностики рака головки поджелудочной железы (РГПЖ) путем анализа анизотропии тканей по КТ-данным.

Материалы и методы. В исследование вошли 33 пациента. Выделено две группы исследования: 18 (54,5%) пациентов с верифицированным РГПЖ и 15 (45,2%) с хроническим головчатым панкреатитом (ХГП). В первой группе средний возраст пациентов составил 56 лет [49–76] (Me [Q1–Q3]) (10 (55,6%) мужчин), во второй группе – 51 год [38–56] (13 (86,7%) мужчин). Все пациенты лечились в Гомельской областной клинической больнице в период с 2008 по 2013 г. Наличие РГПЖ подтверждено гистологическими и цитогематологическими данными (после операций на поджелудочной железе, пункционной биопсии, интраоперационной биопсии).

Методика анализа КТ-изображений была стандартизирована: применяли программу для просмотра DICOM изображений «Centricity DICOM viewer», характеристики изображения не изменялись, для оценки анизотропии использовали программу «Texture prober v2.0», анализ КТ-данных проводили в трех фазах исследования (нативная, артериальная и венозная) на трех последовательных поперечных срезах (с шагом 5 мм) с определением необходимых параметров в трех различных точках каждого среза.

При анализе КТ-изображения находили градиент яркости в окрестности каждого пикселя. По полученным значениям направлений векторов градиента яркости вычисляли ориентационную гистограмму, по которой определяли показатели анизотропии:

1) экстремальный коэффициент анизотропии (F1) – отношение максимального значения ориентационной гистограммы к минимальному;

2) интегральный коэффициент анизотропии (F2) – среднеквадратическое отклонение частот распределения векторов градиентов по восьми возможным направлениям ($360/8=45^{o}$ каждое);

3) коэффициент пространственной неоднородности анизотропии (F3) – локальное среднеквадратическое отклонение значений частот распределения векторов градиентов по тем же восьми направлениям, но измеряемое по отношению к соседним направлениям;

4) зернистость текстуры (G) – среднее значение абсолютных величин локальных градиентов пикселей, участвующих в подсчёте.

Результаты. При РГПЖ наблюдали следующие показатели анизотропии (Me [Q1-Q3]): в нативную фазу F1=3,45 [3,11–3,70], F2=0,62 [0,57–0,65], F3=13,9 [13,0–15,2], G=55,5 [45,0–68,0]; в артериальную фазу F1=3,75 [3,44–4,00], F2=0,65 [0,62–0,68], F3=13,9 [13,3–14,7], G=56,0 [55,0–57,0]; в венозную фазу F1=3,63 [3,22–4,10], F2=0,64 [0,56–0,72], F3=14,2 [13,8–14,6], G=69,0 [68,0–72,0].

При ХГП получены следующие значения анизотропии: в нативную фазу F1=2,90 [2,74–3,04] (P<0,001), F2=0,54 [0,50–0,57] (P<0,001), F3=12,3 [11,2–12,9] (P<0,0001), G=55,0 [50,5–56,0] (P=0,95); в артериальную фазу F1=3,10 [2,86–3,28] (P<0,001), F2=0,56 [0,51–0,60] (P<0,001), F3=12,6 [12,2–12,8] (P<0,008), G=59,5 [58,5–60,5] (P<0,01); в венозную фазу F1=3,21 [2,91–3,33] (P<0,007), F2=0,55 [0,51–0,57] (P<0,02), F3=12,8 [12,4–13,6] (P<0,03), G=61,0 [60,0–62,5] (P<0,0006).

Выводы. Предложенный метод диагностики рака головки поджелудочной железы на основе дополнительного анализа КТ-данных и оценки анизотропии тканей продемонстрировал высокую диагностическую точность и может использоваться для дополнительной компьютерной обработки цифровых изображений.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

И.А. Хорев

ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России

(Ярославль, Россия)

Актуальность. Желчнокаменной болезнью (ЖКБ) страдает до 30% населения мира, ежегодно выполняется до 1 млн холецистэктомий (ХЭ). Вместе с тем появился термин «постхолецистэктомический синдром» (ПХЭС), наблюдающийся в 48,7% случаев и свидетельствующий о неудовлетворенности операцией, включающий в себя как ее осложнения, так и функциональные нарушения органов пищеварения, возникшие или обострившиеся после ХЭ. Вследствие этого все чаще обсуждается вопрос о качестве жизни после ХЭ, в том числе целесообразность ХЭ при относительных показаниях к операции.

Цель исследования: изучить взаимосвязь ХЭ и дисфункциональных нарушений желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) после операции, их влияние на качество жизни.

Материалы и методы. Разработана анкета из 50 вопросов, которая была разослана 150 больным, перенесшим преимущественно малоинвазивную ХЭ. Сроки операций – от 1 до 15 лет.

Результаты. Анкеты заполнили 82 (54,7%) пациента: 14 (17,1%) мужчин и 68 (82,9%) женщин. Возраст – от 31 года до 86 лет. Полученные ответы сгруппированы в наиболее значимые по частоте встречаемости синдромы.

Симптомы гастроэзофагальной рефлюксной болезни: дискомфорт за грудиной – у 12 (14,6%), жжение в горле – у 12 (14,6%), отрыжка горечью – у 13 (15,9%), изжога за грудиной – у 11 (13,4%), их усиление в горизонтальном положении, при наклонах – у 12 (14,6%), беспричинное сердцебиение – у 17 (20,7%), боли в области сердца после еды – у 9 (10,9%), необходимость пить воду, чтобы избавиться от этих ощущений – у 17 (20,7%).

Симптомы рефлюкс-гастрита: чувство полного желудка – у 18 (21,9%), боли в эпигастрии после приема пищи – у 6 (7,3%), периодическая рвота пищей – у 2 (2,4%) или желчью – у 2 (2,4%).

Раздражение двенадцатиперсной кишки: боли в эпигастрии через 1,5–2 часа после еды – у 8 (9,8%), ночью – у 10 (12,2%), натощак – у 7 (8,5%).

Признаки хронического панкреатита: пенистый или «крошкообразный» стул – у 5 (6,1%), с непереваренными остатками пищи – у 11 (13,4%), частое вздутие живота – у 30 (36,6%), приступообразные боли в эпигастрии и слева – у 8 (9,8%), необходимость принимать спазмолитики, ферменты и др. – у 23 (28,0%).

Дискоординация желчевыведения: боли в правом подреберье – у 18 (21,9%), кратковременная желтушность склер – у 2 (2,4%), потемнение мочи – у 1 (1,2%), беспричинное повышение температуры тела с ознобом (холангит?) – у 7 (8,5%).

Признаки синдрома раздраженного кишечника (СРК) с холагенной диареей: бурление в животе – у 27 (32,9%), поносы – у 20 (24,4%). Из-за жидкого стула на диете – у 16 (19,5%), жидкий стул без причины, посреди дня – у 8 (9,8%).

Оценка собственного самочувствия: хорошее – у 25 (30,5%), удовлетворительное – у 52 (63,4%), плохое – у 5 (6,1%).

Результаты самоопроса наглядно свидетельствуют, что после ХЭ появляются или обостряются дисфункциональные нарушения ЖКТ, значительно ухудшающие качество жизни.

Исходной при хроническом холецистите является проблема «билиарного сладжа». ХЭ приводит к нерегулируемому сбросу желчи в кишечник, дискоординации моторики, функции печени, синтеза желчных кислот. Присоединяется внешнесекреторная панкреатическая недостаточность и, наконец, формируется СРК с последующей холагенной диареей.

Таким образом, качество жизни перенесших ХЭ, независимо от способа операции, не всегда соответствует желаемому. Результаты свидетельствуют о необходимости индивидуального подхода, более сдержанной тактики в показаниях к ХЭ, особенно при бессимптомном течении ЖКБ. Привлекает внимание и операция, сохраняющая желчный пузырь, – холецистолитотомия, первый опыт которой свидетельствует об ее перспективности. Также, по желанию пациентов, выполнено 5 операций холецистолитотомии из мини-доступа – наблюдение в течение 1 года свидетельствует о хорошем качестве жизни.

Выводы. Показания к холецистэктомии при хроническом холецистите должны быть индивидуально обоснованными с учетом имеющихся дисфункциональных нарушений. Одним из вариантов может быть органосохраняющая холецистолитотомия.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

А.Н. Шаропов, У.А. Аллазаров

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

Лучевые методы исследования, и в частности магнитно-резонансная томография (МРТ), играют ведущую роль в выявлении и дифференциальной диагностике очаговых образований печени.

Цель исследования: изучение возможности МРТ при диагностике очаговых образований печени.

Материалы и методы. Основу исследования составили 34 пациента с очаговыми образованиями печени: 20 (58,8%) женщин и 14 (41,2%) мужчин в возрасте 21–76 лет (средний возраст – 55,7±5,1 года). Исследования проводили на аппарате МРТ GE «SIGNA» 1.5 Т (Германия).

Результаты. После всестороннего обследования выявлены следующие виды очаговых образований печени: киста непаразитарная – 4 (11,8%), киста паразитарная – 12 (35,3%), абсцесс – 3 (8,8%), доброкачественные и злокачественные опухоли – 15 (44,1%) (из них гемангиома – 5 (14,7%).

На МРТ кисты имели сигнал очень высокой интенсивности в Т2-, низкий сигнал в Т1-взвешенном изображении. Эхинококковые кисты печени обычно были однокамерные, имели жидкостное содержимое различной плотности или интенсивности МР-сигнала. В стенках кист часто определяли множественные обызвествления, имеющие гипоинтенсивную плотность. Максимальное значение общей диагностической точности МРТ достигало 96,2%. При МРТ зону отека вокруг абсцесса отчетливо визуализировали, что помогло дифференцировать абсцесс с кистами и

гемангиомами. У больных с билиарными абсцессами и предшествующим дренированием в полости абсцесса наблюдали газ (2), иногда с горизонтальным уровнем жидкости (1).

Диагностическими критериями гемангиом при МРТ являлись: отсутствие капсулы, расположение вблизи печеночных вен, наличие четкого, не всегда ровного контура, медленный рост при динамическом наблюдении, близкая к округлой форма. Информативность МРТ при диагностике гемангиом достигала 100%.

В некоторых случаях возникают трудности при дифференциальной диагностике доброкачественных и злокачественных образований печени. МРТ с использованием нескольких импульсных последовательностей позволяет выявить опухоль любых размеров, детально оценить структуру и границы опухоли, визуализировать границу, некроз, кровоизлияние, наличие дочерних опухолевых узлов и опухолевых тромбов в крупных сосудах, что в совокупности является патогномоничным для гепатоцеллюлярного рака.

Расширение внутрипеченочных желчных протоков зачастую является ведущим МР-симптомом, особенно при диффузной форме холангиокарциномы, возникающей на фоне склерозирующего холангита. Метастазы на МР-томограммах напоминают гемангиому, однако сигнал от последней в Т2 значительно выше. Чувствительность МРТ в выявлении метастазов, особенно меньше 1 см, достигала 100%.

Выводы. МРТ обладает высокой точностью в диагностике очаговых образований печени. Наиболее высокая информативность МРТ отмечается в диагностике кист, абсцессов, гемангиом, множественных метастазов, гепатоцеллюлярного рака, наиболее низкая – при диффузной форме холангиокарциномы и солитарных метастазах без выявленной первичной локализации опухоли.

Раздел VI

ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.Н. Айдемиров, А.З. Вафин, С.В. Рой
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Ставрополь, Россия)

Деструктивные формы острого панкреатита занимают в последние годы лидирующие позиции в структуре острой хирургической патологии с четкой тенденцией роста заболеваемости в Ставропольской крае. Основная причина, на наш взгляд, – низкий социально-экономический уровень жизни населения края. Многие из заболевших не злоупотребляют алкоголем, а испытывают постоянные эмоциональные перегрузки и материальные затруднения, не уверены в завтрашнем дне. Основной «поток» больных – жители сельских и восточных районов края, где особенно остро стоят социально-экономические и миграционные проблемы.

Цель исследования – интеграция хирургических вмешательств в протоколы лечения больных панкреонекрозом с учетом современных методов лечения и особенностей оказания медицинской помощи в Ставропольском крае.

Обсуждение проблемы. Опыт концентрации и лечения таких больных в условиях краевого стационара, попытка организовать прототип панкреатологического центра показали быстрое истощение ресурсов материального обеспечения лечебного процесса, выявили острую нехватку коек реанимационного профиля. В то же время увлечение консервативными методами лечения в территориальных ЛПУ привело к значительному увеличению количества больных с системными осложнениями гнойного панкреатита и последствиями перенесенного панкреонекроза. Накопление собственных наблюдений и опыт центральных клиник страны позволили нам сформулировать ряд тактических положений по оказанию хирургической помощи больным панкреонекрозом:

1. Считаем оправданным раннее применение чрескожных дренирующих (декомпрессивных) операций под УЗИ-наведением при острых жидкостных скоплениях сальниковой сумки уже на стадии стерильного панкреонекроза, особенно у больных с высокими интегральными показателями тяжести панкреонекроза (клинические шкалы оценки тяжести системных процессов, КТ-индексы тяжести панкреонекроза).

2. Считаем абсолютно необходимым выполнение также одномоментной чрескожной декомпрессии билиарного тракта.

3. Дренирование и последующая плановая разгрузка сформированных постнекротических кист позволяет подготовить больных к радикальной операции в условиях краевого стационара. Пятилетний опыт применения минимально инвазивных дренирующих операций, в том числе по линии санитарной авиации, доказал высокую эффективность этих вмешательств уже на этапах лечения в районных хирургических отделениях.

4. Проведение широкого профессионального диалога с хирургами районных ЛПУ позволило значительно расширить применение лечебно-диагностической лапароскопии, особенно на фоне закономерно существующих затруднений в применении современных лучевых методов диагностики и контроля динамики течения панкреонекроза.

5. Годы работы краевой хирургической службы привели к формированию системы «целевой курации» пациентов с панкреонекрозом, когда этапные хирургические вмешательства выполняются с привлечением борт-хирургов краевого стационара, а переводы в краевой стационар носят программированный характер.

Вывод. Применение всего арсенала современных и проверенных временем хирургических методов лечения панкреонекроза уже в условиях районных хирургических отделений с широким привлечением специалистов краевого стационара позволяет определять наибольшую вероятность благоприятного исхода данного заболевания.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

А.Н. Айдемиров, А.З. Вафин, Н.Г. Шахназарян, А.М. Шахназарян
ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России
(Ставрополь, Россия)

Все существующие в отечественной и зарубежной литературе формулы расчета суточного объема инфузионной терапии учитывают только массу тела, содержание натрия, гемоглобина, мочевины, глюкозы в крови. Уровень билирубина является чувствительным маркером при заболеваниях органов билиопанкреатодуоденальной зоны, однако он не принимается во внимание, поэтому эти формулы малопригодны для расчета суточного объема инфузионной терапии у больных механической желтухой.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с обтурационной желтухой на основе совершенствования инфузионной терапии.

Материалы и методы. В *контрольной группе* (96 человек) применялись традиционные методы детоксикации, основанные на проведении инфузионной терапии, объем которой определялся в зависимости от массы тела (20–40 мл/(кг·сут)). У пациентов *основной группы* (65 человек) применен наш способ детоксикации (патент № 2505321 от 27.01.2014 г.), учитывающий все необходимые показатели для определения точного объема вводимых растворов на фоне восстановления пассажа желчи, по следующей формуле:

$$\text{Объем инфузионной терапии (л)} = (\text{осмолярность плазмы (мосм/л)} + \text{значение билирубина (мкмоль/л)}) / 15\,000 \times \text{масса тела (кг)},$$

где осмолярность плазмы (мосм/л) = Na (ммоль/л) × 1,86 + глюкоза (ммоль/л) + + мочевина (ммоль/л) + 10;

15 000 – коэффициент, найденный опытным путем.

Суточный объем инфузии подлежит обязательной коррекции в процессе динамического наблюдения в зависимости от показателей крови. Интенсивная инфузионная терапия сочеталась с билиарной декомпрессией.

С целью оценки состояния больных обеих групп исследовали клинические и биохимические показатели крови и мочи на содержание конечных метаболитов. Степень тяжести механической желтухи и вероятность благоприятного исхода оценивались с использованием классификации Э.И. Гальперина (2012 г.).

Результаты. Анализируя значения общего и биохимического анализов крови, мочи при использовании предлагаемого способа расчета суточного объема инфузионной терапии в комплексном лечении больных механической желтухой установлено, что в основной группе достаточно быстро происходит нормализация общего билирубина и его фракций, мочевины, трансаминаз, щелочной фосфатазы. У пациентов основной группы в конце первого этапа лечения

отмечена легкая степень тяжести механической желтухи, а у больных контрольной группы – средняя. В соответствии с классификацией тяжести механической желтухи по Э.И. Гальперину, вероятность неблагоприятного исхода заболевания у больных контрольной группы составила 10,5%, основной – 0%. На втором этапе лечения проводилось паллиативное или радикальное хирургическое лечение основного заболевания.

Снижение частоты послеоперационных осложнений в основной группе больных достигнуто внедрением комплекса лечебных мероприятий, проводившихся на всех этапах лечения. Это позволило снизить послеоперационные осложнения с 11,8% в контрольной группе больных до 7,6% – в основной. Средний срок пребывания в стационаре больных основной группы составил 11 дней, контрольной – 16.

Выводы. Простота применения разработанного расчета объема инфузионной терапии и хорошая переносимость инфузий позволяют практическому врачу улучшить результаты лечения больных с механической желтухой, что приводит к снижению частоты послеоперационных осложнений, уменьшению сроков и стоимости лечения.

СПОСОБ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ш.Ш. Амонов, М.И. Прудков, Т.Г. Гульмурадов, О.Г. Орлов, Ш.Н. Амонов
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России
(Екатеринбург, Россия)
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии
(Душанбе, Таджикистан)

Разработан способ эхинококкэктомии, включающей хирургический доступ (лапароскопический, мини-доступ, открытая операция), пункцию и аспирацию содержимого кисты, вскрытие кисты, обработку кисты адсорбированным раствором пергидролем, профилактику повреждения трубчатых структур печени, послеоперационного желчеистечения и ликвидацию остаточной полости (широкая фенестрация, в ряде случаев – тампонада участком большого сальника, наружное дренирование с низковакуумной аспирацией).

Проанализированы результаты хирургического лечения 268 больных в 2 клиниках (62 пациента оперированы на базе кафедры хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России, остальные 206 пациентов – в эндохирургическом отделении Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии г. Душанбе). Из них 169 больных 2-й группы (*группа сравнения*) пролечено по традиционной методике (лапаротомия, эхинококкэктомия, обработка остаточной полости спиртом). 99 пациентов 1-й группы (*основная группа*) пролечено по разработанной методике.

Для широкого доступа использовали верхнюю срединную, подрёберную лапаротомию или торакофренитомию справа. Из 99 больных 32 выполнена эхинококкэктомия из традиционных доступов, 19 – лапароскопическая эхинококкэктомия и 48 – операции из уменьшенного лапаротомного разреза с применением набора инструментов «Мини-ассистент». Мини-доступ длиной 5–6 см осуществляли в зависимости от локализации эхинококковых кист: мини-торакофреникотомию справа в 8–9-м межреберье по передней, средней или задней подмышечной линии (Sg VI, VII, VIII), подреберную мини-лапаротомию (Sg I, V, VI) или верхнесрединную мини-лапаротомию (Sg II, III, IVб). При всех вмешательствах из мини-доступа использовали ранорасширитель «Мини-ассистент». Лапароскопическим способом операции выполняли 19 (19,1%) больным

1-й группы при расположении кист в 3–4–5–6-м сегментах. Эхинококковые кисты были расположены в 3-м сегменте у 2 пациентов, в 4-м сегменте – у 5, в 5-м сегменте – у 8 и в 6-м сегменте – у 4.

Всем больным после аспирации содержимого кисты в ее полость с учетом размера вводили от 40 до 200 мл 100%-ного стерильного глицерина. Свободные участки фиброзной оболочки иссекали электрокоагуляцией. Внутреннюю поверхность фиброзной капсулы при традиционных и мини-доступах обрабатывали марлевыми салфетками, смоченными пергидролем. При лапароскопических операциях марлевые турунды с адсорбированным пергидролем вводились в остаточную полость кисты печени через 10-миллиметровый троакар. Время воздействия пергидроля составляло 7–10 мин.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 14 (14,1%) из 99 пациентов 1-й группы и у 38 (24,4%) из 169 больных 2-й группы. Из 15 (15,2%) пациентов основной группы, у которых был выявлен и ушит на операции внутренний желчный свищ, у 3 (20%) в послеоперационном периоде развились желчеистечения. Из 12 (7,1%) пациентов 2-й группы желчеистечения наблюдались у 5 (41,6%). Летальных исходов не отмечено в обеих группах. Отдаленные результаты удалось изучить у 92 (92,2%) из 99 пациентов основной группы и у 148 (87,5%) из 169 больных группы сравнения в сроки от 5 месяцев до 6 лет (в среднем – через 32,6±2,8 месяцев).

Вывод. Отсутствие рецидива оперированных кист печени отмечено у 92 (92,9%) наблюдаемых больных основной группы, в то время как в группе сравнения рецидив развился у 9 (5,3%) из 148 пациентов ($p<0,01$), что свидетельствует об эффективности разработанного способа эхинококкэктомии.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕЧЕНИ

С.М. Ахмедов, Б.Дж. Сафаров, Н.А. Расулов, З.В. Табаров, В.Х. Мансуров
Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ (Душанбе, Таджикистан)

Актуальность. Туберкулёз печени остается недостаточно изученной проблемой хирургической гепатологии ввиду нетипичных клинических проявлений, запоздалой клинико-инструментальной диагностики и неэффективности пункционных методов лечения. Благоприятный исход данного заболевания во многом зависит от соблюдения мер профилактики интраоперационного диссеминирования специфического процесса, адекватного объема хирургического лечения и противомикробной терапии послеоперационного периода у данного контингента больных.

Цель исследования: обеспечить радикальность операции у больных туберкулёзом печени путём предварительного лигирования сосудисто-секреторных ножек (ССН) пораженной части органа.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан до апреля 2014 г. по поводу туберкулёза печени оперировано 14 больных. Преобладали лица молодого трудоспособного возраста, преимущественно женского пола (11 человек). В анамнезе перенесенный и пролеченный туберкулёз легких установлен у 3 больных, остальные 11 пациентов имели моноорганное туберкулёзное поражение печени. Характерными клиническими симптомами считались: выраженная бледность кожи, повышенная утомляемость, похудание на фоне длительной субфебрильной температуры тела. Инструментальная диагностика туберкулеза печени включала данные УЗИ, КТ (МРТ), рентгенографии грудной клетки, биопсии печени, гепатосцинтиграфии с обязательной морфологической верификацией.

Туберкулезное поражение правой доли печени установлено в 9 случаях, левой – в 4 и обеих долей – в 1. Характерным проявлением туберкулеза печени, согласно данным УЗИ и КТ (МРТ), являлось наличие множественных участков размягчения в толще паренхимы, без четких контуров и повышенной плотности.

Результаты. Резекция печени в объеме правосторонней гемигепатэктомии (ПГГЭ) выполнена 4 больным, левосторонней ГГЭ – 3, бисегментэктомии, в т.ч. ЛКЛЭ – 6 и сегментэктомия – в 1 случае. Для профилактики интраоперационной внутри- и внеорганной диссеминации туберкулеза обязательными считали выключение ССН пораженной половины органа и соответствующих печеночных вен до начала резекции печени (РП). Собственно РП осуществляли фиссуральным способом в 12 наблюдениях с применением приема дигитоклазии, перевязки сосудов и желчных протоков на линии разреза. Срез печени подвергался пневмотермической обработке, выполнялось снятие турникетов из ССН пораженной половины печени и печеночной вены. После морфологической верификации заболевания проводили соответствующую противотуберкулезную медикаментозную терапию. Жидкостные скопления зоны резецированной части установлены в 4 случаях. Повторных операций и летальных исходов не было.

В отдаленном периоде после РП обследованы 10 из 14 оперированных. Повышение массы тела, восстановление трудоспособности и отсутствие рецидива заболевания установлены во всех случаях.

Вывод. Анатомически выполненная РП с соблюдением профилактики диссеминирования туберкулеза в сочетании со специфической медикаментозной терапией послеоперационного периода позволяют достичь хороших результатов лечения.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

С.М. Ахмедов, Б.Д. Сафаров, З.В. Табаров, А.С. Саидмуродов
Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ (Душанбе, Таджикистан)

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) является радикальной операцией при злокачественных новообразованиях органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Реже ГПДР применяется при псевдотумарозном панкреатите, травматическом повреждении органов билиопанкреатодуоденальной зоны, абсцессе головки поджелудочной железы (ПЖ), прорастании опухоли желудка в головку ПЖ или переходе опухоли на двенадцатиперстную кишку. Однако в большинстве случаев эти опухоли диагностируют на стадии внеорганного распространения, при явлениях развившихся осложнений. Как следствие, после появления первых симптомов заболевания средняя выживаемость большинства больных составляет менее 6 месяцев. Около 30% больных умирают через 1 месяц после установления диагноза и менее 1% живут более 5 лет. Эти данные служат веским аргументом в пользу ранней и максимально активной хирургической тактики при диагностированных опухолях панкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 62 больных с опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, находившихся на лечении в гепатохирургическом отделении Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ за период 2011–2013 гг. Ввиду поздней обращаемости больных и распространенности процесса за пределы ПЖ радикальная операция (гастропанкреатодуоденальная резекция) выполнена только 14 больным (22,5%), паллиативные вмешательства (наложение обходных билиодигестивных анастомозов, разгрузочная чрескожная чреспеченочная холецистостомия) – 38 больным (61,2%), от операции отказались 10 пациентов. Возраст радикально оперированных больных – от 43 до 66 лет, из них 10 мужчин и 4 женщины.

Из 14 пациентов 8 оперированы по поводу рака головки ПЖ, 4 – рака БСДК с прорастанием в головку ПЖ, 2 – хронического склерозирующего панкреатита с преимущественной локализацией процесса в головке ПЖ. 9 больных госпитализированы с явлениями механической желтухи различной степени выраженности, 2 – с явлениями субкомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки.

Гастропанкреатодуоденальная резекция выполнялась по классической методике Whipple на одной и выключенной по Ру петле тонкой кишке. Реконструктивный этап панкреатодуоденальной резекции проводили прецизионно, в принятой последовательности: панкреатоеюно-, холедохоеюно-, гастроэнтероанастомоз.

Одномоментная операция проведена 10 больным; 4 пациентам с механической желтухой на первом этапе была выполнена декомпрессивная чрескожная холецистостомия.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде умерли 2 больных вследствие несостоятельности панкреатоеюноанастомоза.

У 2 больных ранний послеоперационный период осложнился развитием острого панкреатита и поддиафрагмальным абсцессом, которые санированы консервативно. 10 оперированных выписаны в удовлетворительном состоянии на 16–48-е сутки после операции. Отдаленные результаты удалось проследить у 6 больных в сроки до 3 лет: летальных исходов не было.

Выводы. ГПДР остается еще малораспространенной операцией, хотя реальная потребность в ней как при опухолях, так и при хроническом панкреатите весьма высока. Поздняя диагностика обусловливает низкий показатель радикализма хирургических вмешательств. Значительное число послеоперационных осложнений и высокая летальность обусловлены большой травматичностью операции, холемической и опухолевой интоксикацией, которые лимитируют диапазон радикальности операции.

АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ С ПРОРАСТАНИЕМ В МАГИСТРАЛЬНЫЕ СОСУДЫ

Б.Х. Бебезов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев,
Э.А. Суров, С.Ж. Ажибеков, Ч.Т. Эсенгулов
Кыргызско-Российский Славянский университет (Бишкек, Кыргызстан)

Альвеококкоз печени (АП) – одно из тяжелых паразитарных заболеваний с длительным течением, для которого характерны инфильтративный рост паразитарной ткани и возможность отдаленного метастазирования, с трудностью диагностики и оперативного лечения.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения АП с прорастанием в магистральные сосуды.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 22 больных с альвеококкозом печени за период с 2009 по 2014 г., у которых альвеолярный узел прорастал в магистральные сосуды (нижняя полая вена – НПВ и воротная вена – ВВ), мужчин было 9 (41,0%), женщин – 13 (59,0%). Возраст больных – от 7 до 62 лет (из них 6 на момент лечения были в возрасте от 7 до 18 лет). У всех больных установлено поражение паразитом правой и левой долей печени, при этом у 2 – множественный альвеококкоз печени.

Результаты. У одной пациентки обнаружен огромный узел, занимающий всю правую долю печени (S5-6-7-8) с поражением левой доли (S4), который прорастал в нижнюю полую вену, и два отдельных узла в 3-м и во 2-м сегментах левой доли печени. Этой больной удалось полностью удалить узлы в левой доле, произведена правосторонняя гемигепатэктомия с оставлением пластины на нижней полой вене. У другой пациентки множественный альвеококкоз печени – четыре очага в S7, S5, S3 и S4A. Произведена атипичная резекция S7, S5, S3. Альвеолярный узел в 4-м сегменте прорастал в нижнюю полую вену, узел удален с краевой резекцией НПВ.

Двум больным, у которых альвеолярный узел прорастал в НПВ, также удалось удалить альвеококк с краевой резекцией НПВ.

В 1 случае из 22 альвеолярный узел прорастал в ворота печени: в воротную вену и в гепатикохоледох. Произведены расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией 1-го сегмента печени и гепатикохоледоха; циркулярная резекция воротной вены с анастомозом «конец в конец»; наложение гепатико-еюноанастомоза на выключенной петле по Ру.

В послеоперационном периоде на контрольном УЗДГ диаметр portaeV – 10 мм, признаков тромбообразований нет, кровоток определяется на всем протяжении. Кровопотеря варьировалась от 700 до 2 000 мл, а продолжительность операции – от 2 до 10 ч. Летальных исходов в данной группе не наблюдалось.

Кроме 3 (13,6%) радикально прооперированых пациентов, паллиативно оперированы 17 (77,4%), у которых на нижней полой вене оставлена «пластинка» альвеококкового узла. 2 (9,0%) больным произведена экплоративная лапаротомия. Двое больных после эксплоративной лапаротомии направлены на трансплантацию печени.

По системе PNM распределились следующим образом: P4N0M0 – 16 (73,0%) больных, P4N1M0 – 5 (23,0%), P4N0M1 – 1 (4,0%) больной с метастазами в обеих легких.

Выводы. По результатам исследования, несмотря на обширное поражение альвеолярным узлом ткани печени и прорастания НПВ и воротной вены, возможно проведение радикальной операции с резекцией пораженного участка на НПВ и воротной вене; при отсутствии возможности полного удаления паразитарной ткани оправданно выполнение циторедуктивных операций.

ОСЛОЖНЕННЫЙ АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Б.Х. Бебезов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев,
Т.М. Белекбаев, Э.А. Суров, Н.А. Асакеев
Кыргызско-Российский Славянский университет (Бишкек, Кыргызстан)

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения альвеококкоза у детей.

Материалы и методы. В период с апреля 2009 по март 2014 г. прооперировано 29 детей с альвеококкозом печени в возрасте от 7 до 18 лет, из них 17 мальчиков и 12 девочек. У 16 детей (55,2%) диагностирован осложненный альвеококкоз печени с поражением соседних органов, магистральных сосудов (нижняя полая вена) и трубчатых структур ворот печени. У некоторых больных встречались два и более осложнения.

Результаты. Выполнено 26 (89,6%) резекций печени детям с альвеококкозом печени с применением приема Прингла и гемостатической губки; обширных резекций печени – 13, из них резекций трех сегментов одной доли печени с холецистэктомией (ХЭ) – 1, правосторонних гемигепатэктомий (ПГГЭ) в сочетании с ХЭ – 5, ПГГЭ + ХЭ с атипичной резекцией SIII левой доли печени – 1, расширенных правосторонних гемигепатэктомий (РПГГЭ) в сочетании с резекцией SIV и SI левой доли печени – 2, расширенных левосторонних гемигепатэктомий (РЛГГЭ) в сочетании с резекцией SI левой доли печени – 2 и РЛГГЭ в сочетании с ХЭ – 1. Атипичные резекции печени (сегментэктомия и бисегментэктомия) выполнены 13 больным, из них сегментэктомия – 11 и бисегментэктомия – 2. 3 пациентам проведена чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (10,4%). Радикально прооперированы 20 (68,9%) детей, паллиативно – 9 (31,1%), из них 3 с целью декомпрессии билиарного дерева проведена ЧЧХС. У 6 паллиативно оперированных больных на нижней полой вене оставлена «пластинка» альвеококкового узла.

Интраоперационной летальности не было.

Послеоперационные осложнения возникли у 2 (6,8%) больных, у 1 больного на 2-е сутки выпала трубка ЧЧХС с желчеистечением в свободную брюшную полость, произведена лапаротомия с интраоперационной установкой ЧЧХС, дренированием брюшной полости и малого таза. У 1 больной с желчеистечением из подпеченочного дренажа в течение 5 месяцев 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/(кг·сут), в два приема по стандартной схеме.

Выводы. Альвеококкозом печени чаще болеют сельские жители, а среди горожан – занимающиеся охотой люди и члены их семей. Высок процент осложненных форм заболевания у детей (55,2%). Единственным и радикальным методом лечения остается резекция печени в пределах здоровых тканей. При осложненных формах альвеококкоза паллиативные резекции печени и паллиативные операции (ЧЧХС) продлевают жизнь и улучшают ее качество.

ПОВТОРНАЯ РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ СЕЛЕЗЁНОЧНОЙ АРТЕРИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

А.Г. Бебуришвили, С.В. Михин, П.В. Мозговой, Б.М. Шукуров, В.И. Кондаков, Ю.И. Веденин, С.М. Пимкин

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России (Волгоград, Россия)

Цель исследования: определение показаний к повторным процедурам рентгеноэндоваскулярной эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) при портальной гипертензии (ПГ).

Материалы и методы. На хирургическом лечении находились 163 пациента с ПГ. Причиной ее у 133 (81,6%) больных являлся цирроз печени (ЦП), у 30 (18,4%) – внепеченочная блокада (ВПГ). Мужчин было 97 (59,5%), женщин – 66 (40,5%). Средний возраст – 49,6±2,3 года. Гиперспленизм верифицировали у 92 (56,4%) пациентов, спленомегалию – у 93 (57,1%), асцит – в 71 (43,6%) наблюдении. В рамках комбинированного хирургического лечения ЭСА выполнили 89 (54,6%) больным (73 ЦП и 16 ВПГ). ЭСА дополняли эндоскопическим лигированием ВРВП, лапароскопическим клипированием венечной вены желудка, наложением лимфовенозного анастомоза, ТИПС. В 33 случаях ЭСА явилось стартовым этапом в схеме малоинвазивной коррекции (25 ЦП и 7 ВПГ). РеЭСА выполнили в плановом порядке 9 (10%) пациентам через 12–24 месяца после первой процедуры.

Результаты. Эффективность ЭСА/реЭСА оценивали на основании купирования цитопенического синдрома, уменьшения линейной скорости кровотока в селезёночной артерии (AL) и размеров селезёнки. Показаниями к ЭСА считали наличие гиперспленизма, ВРВП и/или желудка, асцита. Целью первичной процедуры не всегда являлась одномоментная тотальная блокада артериального притока к селезенке. В ряде случаев достигали лишь значимой редукции без обязательного абсолютного блока, что контролировали рентгенологически и при УЗДС. В таких ситуациях заведомо предполагали целесообразность «ступенчатой» редукции для снижения риска обширного ишемического инфаркта селезенки с угрозой возникновения асцита-перитонита, гепаторенального синдрома. Уменьшение селезенки не относили к обязательным критериям успешности процедуры, что объясняли возможным фиброзом паренхимы, наличием перисплénита.

Показания к реЭСА: ранее проведенная целенаправленно умеренная редукция кровотока (программируемый повторный этап); отрицательная динамика УЗДС скоростных характеристик на AL после «периода благополучия»; лабораторно выявляемое прогрессирование цитопенического синдрома. Причинами возврата симптоматики являлись: реканализация кровотока по ос-

новному стволу AL, интенсификация кровотока по незаблокированным ветвям, кровоснабжающим полюсы органа, развитие гемодинамически значимых коллатералей.

Во всех наблюдениях после повторных процедур регистрировали хороший результат на основании оценки клинико-лабораторно-инструментальных показателей в течение 3–36 мес. Общая послеоперационная летальность составила 2,2%. По 1 пациенту погибло после ЭСА и реЭСА от инфаркта селезенки – асцит-перитонита – прогрессирующего гепаторенального синдрома.

Выводы. Выполнение повторных ЭСА не только технически возможно при наличии показаний, но и целесообразно в рамках тактической схемы этапной редукции кровотока по AL. Во всех наблюдениях необходимого результата удавалось достичь путем дополнительного введения в просвет основного ствола, в том числе через ранее установленные спирали, от 1 до 4 конструкций, с расположением их в гемодинамически эффективной позиции.

ТРАНСЪЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

А.Г. Бебуришвили, С.В. Михин, П.В. Мозговой, В.И. Кондаков, Е.Г. Спиридонов, С.М. Пимкин, Е.С. Алейникова

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России (Волгоград, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Способы хирургического лечения и профилактики кровотечений из ВРВП у больных с ЦП, сопряженные с необходимостью лапаротомии под общим обезболиванием, приносят удовлетворительный результат только в группе больных Child-Pugh A и B. У пациентов категории Child-Pugh B-C и C они значительно менее эффективны. Прибегаем к тактике малоинвазивной этапной хирургической коррекции. 29 пациентам с ЦП в качестве одного из этапов коррекции выполнена операция TIPS. Мужчин было 18 (62,1%), женщин – 11 (37,9%). Средний возраст 49,5±1,7 года. Распределение по Child-Pugh: B – 9 больных (31%), C – 20 (69%). Изменения вен у 7 (24,1%) больных определили как ВРВП II, ВРВП III – в 22 (75,9%) наблюдениях. В 7 (24,1%) случаях выявили варикозные вены желудка. У 2 (6,9%) больных было продолжающееся ПК. У остальных 27 (93,0%) кровотечения были в анамнезе. TIPS использовали в сочетании с эндоскопическим лигированием (ЭЛ) ВРВП, лапароскопической диссекции венечной вены желудка (ЛДВВЖ) и ренетгеноэндоваскулярной окклюзией воротной вены (ЭСА). Применялись следующие комбинации: ЭЛ + ЛДВВЖ + ЭСА + TIPS = 5, ЭЛ + ЭСА + ЛДВВЖ + TIPS = 2, ЭЛ + ЛДВВЖ + TIPS + ЭСА = 1, ЭЛ + TIPS = 7, ЛДВВЖ + ЭЛ + ЭСА + TIPS = 2, ЛДВВЖ + ЭСА + + TIPS + ЭЛ = 1, ЭЛ + ЭСА + TIPS = 4, ЛДВВЖ + TIPS + ЭСА = 2, ЭСА + TIPS + ЛДВВЖ + ЭЛ = 1, ЭСА + ЭЛ + TIPS = 1, ЭСА + TIPS = 1, TIPS + ЭСА = 1, TIPS + ЭЛ = 1. TIPS явился стартовым методом в 2 случаях, вторым этапом – в 11, третьим – в 7 и четвертым – в 9 наблюдениях. Завершающим коррекцию TIPS стал у 22 (75,9%) пациентов. При выявлении ВРВЖ на начальных этапах выполняли ЭСА, ЛДВВЖ и /или TIPS, что привело к эрадикации ВРВЖ и в дальнейшем позволило провести сеансы ЭЛ ВРВП. При выполнении TIPS использовали непокрытые нитиноловые стенты «Cook» и «Cordis» различной длины и диаметра. У 8 (27,6%) больных была выполнена и селективная эмболизация венечной вены желудка спиралями «Gianturco» и «Tornado».

Результаты. При контрольной ЭГДС через 7 суток после TIPS во всех случаях выявили регресс ВРВП, эрадикацию ВРВЖ. При контрольном ультразвуковом исследовании на 1–30-е сут-

ки всегда определяли редукцию портокавальных анастомозов, уменьшение диаметра воротной вены, стент был проходим. Линейная скорость кровотока в воротной вене увеличилась с 10,4±1,9 до 18,2±2,1 см/с. Через 6 месяцев у 3 (10,3%) пациентов выявлен тромбоз стента, который привел к рецидиву ПК. Прогрессирование энцефалопатии отмечено у 4 (11,4%). У больных, которым проводили комплексное этапное малоинвазивное хирургическое лечение, летальных исходов, связанных с ПЖК, в раннем постманипуляционном периоде и наблюдении до 2 лет не регистрировали. Умерло 2 (6,9%) пациента вследствие прогрессирования печеночной недостаточности.

Вывод. TIPS является эффективным эндоваскулярным хирургическим способом портальной декомпрессии у больных с ЦП и в сочетании с ЭЛ, ВРВП, ЛДВВЖ и ЭСА снижает частоту рецидивов кровотечений из ВРВПиЖ.

РОЛЬ ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ (ГКРР) С ИЗОЛИРОВАННЫМИ УСЛОВНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ/ЛЕГКИХ

Л.В. Болотина, А.А. Пайчадзе, А.Л. Корниецкая, Д.В. Сидоров, М.В. Ложкин, Л.О. Петров

ФГБУ Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена Минздрава России (Москва, Россия)

Цель исследования: на основании проведенного анализа выработать оптимальную стратегию ведения больных с условно резектабельными метастазами колоректального рака в печени/легких.

Материалы и методы. В отделении химиотерапии МНИОИ с 2005 по 2013 г. проведено комбинированное лечение 60 больных ГКРР (27 женщин и 33 мужчин) в возрасте 38–76 лет. 40 больным с синхронными метастазами перед началом терапии выполнено удаление первичного очага. У 20 пациентов прогрессирование наступило в сроки 3–75 мес. после завершения «радикального» лечения. Гистологический вариант опухоли был представлен G2-аденокарциномой у 41 больного, G1 – у 10, G3 – у 6. Муцинозный тип строения выявлен у 3 пациентов. Билобарное поражение печени диагностировано у 24 пациентов, унилобарное – у 28, вовлечение печени и легких – у 5, изолированное поражение легких – у 3. Размеры мтс-очагов составили 0,7–9,7 см (медиана 34 мм) количеством от 1 до 9 (медиана 3). Всем пациентам на *первом этапе* в течение трех месяцев проводилась лекарственная терапия на основе оксалиплатин-/иринотекансодержащих режимов в комбинации с таргетными агентами. Оценка объективного эффекта проводилась по критериям RECIST. На старте и в процессе лечения всем больным выполнялась КТ органов грудной и брюшной полостей (каждые 6–8 недель), перед каждым курсом определялся уровень маркеров РЭА и СА 19–9 (были повышены на старте лечения у 72% пациентов).

Второй этап лечения предусматривал выполнение хирургического лечения и/или РЧТА мтс-очагов. В последующем проводилась послеоперационная химиотерапия по прежней схеме (3 месяца). Таргетные агенты не применялись.

Результаты. В предоперационном периоде было проведено от 4 до 7 курсов оксалиплатин – (33 пациента) или иринотекансодержащей (27) терапии в комбинации с таргетными препаратами (бевацизумаб – 38, ингибиторы EGFR – 22), что позволило 58 пациентам в сроки от 4 до 8 недель (медиана 4,5 недели) провести различные по объему оперативные вмешательства (ЧО – 36, СЗ – 22, ПЗ – 2). Анатомические резекции печени выполнены у 24 больных, в трех случаях –

после перевязки ветви воротной вены; атипичные резекции печени – у 27, в том числе двухэтапные резекции печени – у 3, дополнены РЧТА – у 6; РЧТА в самостоятельном варианте реализована у 2; торакоскопические лобэктомии – у 3, атипичные резекции легких – у 5.

Послеоперационный период осложнился развитием биломы – (5), абсцесса – (5), плеврита – (3) и печеночной недостаточности (2) у 15 пациентов. Причиной смерти в одном послеоперационном случае явилась печеночная недостаточность, развившаяся в раннем периоде, в другом – осложнения, связанные с формированием трахеопищеводно-медиастинального свища. У одного больного выполнена R1-резекция. У 13 пациентов установлено прогрессирование заболевания, которое стало причиной смерти в сроки 15–56 месяцев после начала комбинированного лечения.

Вывод. С учетом доказанной эффективности современных лечебных режимов представляется перспективным и оправданным их использование в периоперационном периоде у больных с условно резектабельными метастазами ГКРР в печени/легких.

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОХОЛАНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

В.А. Бородач, А.В. Бородач
ГБЛУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России
(Новосибирск, Россия)

С целью повышения возможности выявления конкрементов в желчных протоках, которые не удается обнаружить при обычном исследовании (УЗИ, КТ), мы применили компьютерную томографию в сочетании с контрастированием желчных путей (компьютерную томохолангиографию – КТХГ – *термин наш*). Данный метод диагностики холедохолитиаза применен у 112 пациентов с выраженной билирубинемией (45,0–175,7 мкмоль/л). Непрямое контрастирование желчных путей проведено у 75 пациентов, прямое контрастирование – у 37, из них у 15 – в качестве контрольной холангиографии в послеоперационном периоде. Непрямую КТХГ осуществляли следующим образом (патент РФ № 2122352). За час до исследования пациенту вводили внутримышечно 2,0 мл 2% раствора омнопона и 2,0 мл 2% раствора димедрола. Спустя 30 мин внутривенно медленно вводили 15,0 мл 70% раствора билигноста+5,0 мл раствора новокаина в одном шприце.

Исследование проводили спустя 30 мин от момента введения контрастного вещества на томографе «Филипс» с толщиной среза 5 мм. Непрямое пероральное контрастирование начинали за 48 ч до исследования. Пациент принимал по одной таблетке препарата через каждые два часа (всего 24 таблетки), так как обычная дозировка (6 таблеток одноразово) контрастирования не вызывала. Контрастирование удовлетворительного качества зарегистрировано у 7 пациентов, хорошего качества – у 8. Прямое контрастирование (патент РФ № 2145794) осуществляли у 37 пациентов с билирубинемией свыше 100,0 мкмоль/л. После РХПГ и введения контрастного вещества в протоки проводили КТ печени и желчных путей.

Качество полученных рентгенограмм было хорошее, данные прямой КТХГ по информативности уникальны, так как позволяют не только выявить наличие, но и определить количество камней. Необходимо отметить еще одно положительное свойство прямой КТХГ: при этом виде исследования можно четко дифференцировать камни от пузырьков воздуха, комочков слизи, фибрина и других патологических включений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАЛАВИТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, Е.В. Машурова, Ф.А. Куджева, А.К. Абалян

ГБОУ ВПО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России (Ставрополь, Россия)

У больных с эхинококкозом иммунный статус на начальных стадиях заболевания характеризуется поликлональной активацией, а в терминальных стадиях – глубокой иммунносупрессией.

Цель исследования: изучение иммуномодулирующего противовоспалительного препарата в комплексном лечении больных эхинококкозом печени.

Материалы и методы. В исследование включено 40 пациентов с диагнозом: эхинококкоз печени, которых разделили на 2 группы в соответствии с видом проводимого лечения. В *1-й группе* за 5 суток до хирургического вмешательства начиналось введение препарата Галавит. Во *2-й группе* пациентам проведено только хирургическое лечение. Иммунологический анализ периферической крови осуществляли трижды: до операции, на 1-е и 30-е сутки послеоперационного периода.

Результаты. В 1-е сутки послеоперационного периода со стороны клеточно-опосредованного иммунитета у пациентов обеих групп выявлено достоверное сопоставимое снижение процентного содержания Т-лимфоцитов (CD3+), а также их субпопуляций – Т-хелперов/индукторов (CD4+), Т-цитотоксических лимфоцитов (CD8+). Отмечалось снижение фагоцитарной активности и фагоцитарного звена. У большинства больных выявлены анемия, повышение СОЭ, лейкоцитоз, гипопротеинемия, повышение билирубина, АлАТ, АсАТ. К концу лечения анализ изменений Т-клеточного звена указывал на выраженное иммунокорригирующее действие Галавита. У больных 1-й группы отмечалось достоверное увеличение показателей по сравнению с исходными данными за счет клеток CD3+, CD4+, CD8+.

При анализе сывороточных иммуноглобулинов класса IgG, IgM и IgA в обеих группах достоверных изменений не выявлено, что требует более длительного наблюдения за состоянием гуморального иммунитета. Более ранняя нормализация температурной реакции в 1-й группе больных указывала на противовоспалительное действие препарата.

Выводы. Проведенное исследование показало, что добавление Галавита к традиционной схеме послеоперационного лечения обеспечивает адекватную коррекцию иммунопатологических нарушений и способствует снижению количества осложнений и длительности пребывания в стационаре.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Н.Н. Велигоцкий, С.Э. Арутюнов

Харьковская медицинская академия последипломного образования (Харьков, Украина)

Наиболее частое и опасное осложнение панкреатодуоденальной резекции (ПДР) – недостаточность панкреатодигестивного анастомоза, развивающаяся в 5–30% наблюдений. Остаются дискуссионными вопросы выбора варианта и способа наложения панкреатодигестивного анастомоза.

Цель исследования: выработка дифференцированного подхода к выбору варианта и способа панкреатодигестивного анастомоза при ПДР.

Материалы и методы. Представлен анализ хирургического лечения 200 больных, перенесших ПДР. Применены инструментальные методы исследования: мультидетекторная СКТ с 3D-реконструкцией, МРТ, ЭРХПГ, УЗИ. Выбор типа панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) зависел от размеров поперечника культи и состояния паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), диаметра просвета тощей кишки и главного панкреатического протока.

Результаты. При соответствии поперечника культи ПЖ и диаметра просвета тощей кишки 178 (89,0%) больным накладывался «телескопический» презиционный ПЕА «конец в конец». Во всех случаях считаем необходимым находить и канюлировать вирсунгов проток скрытым нипельным дренажем. При мягкой железе 19 (9,5%) применена методика вшивания по всему периметру культи ПЖ внутренним непрерывным швом с обязательным раздельным захватом стенок вирсунгового протока и наложением второго ряда инвагинирующих швов.

При несоответствии (кишка уже культи) 18 (9,0%) пациентам применялся погружной анастомоз «конец в бок». 4 (2,0%) больным использовали панкреатохолецистоанастомоз по А.А. Шалимову. 6 (3,0%) больным при мягкой, «сочной» ПЖ накладывался панкреатоеюноанастомоз с обворачивающей пластикой линии анастомоза серповидной связкой печени, при этом «обворачивались» и фиксировались по периметру как передняя, так и задняя губы ПЕА. Считаем ошибкой наложение ПЕА без дифференцировки вирсунгова протока, так как при узком протоке возникает риск его захвата в шов с развитием панкреатита культи ПЖ.

Наиболее частыми осложнениями после ПДР явились острый панкреатит (ОП) культи ПЖ и несостоятельность ПЕА. Среди 178 больных, которым выполнен ПЕА «конец в конец», осложнения развились у 19 (10,7%): тяжелые формы ОП – у 4 (2,2%), несостоятельность ПЕА – у 15 (8,4%) больных. Частичная несостоятельность ПЕА, приведшая к развитию панкреатического свища вследствие просачивания ферментов из-за нарушения герметизма швов, выявлена у 6 (3,4%). У 18 пациентов, перенесших наложение ПЕА «конец в бок», несостоятельность ПЕА выявлена у 2 (11,1%), панкреатический свищ – у 2 (11,1%), тяжелые формы ОП – у 1 (5,6%). У 4 больных, которым выполнен панкреатохолецистоанастомоз, желчно-панкреатический свищ развился у 1 (25,0 %). У 7 (3,5%) больных с несостоятельностью ПЕА (6 – анастомоз «конец в конец», 1 – анастомоз «конец в бок»), несмотря на многократные оперативные вмешательства, прогрессировала полиорганная недостаточность, что привело к летальному исходу.

Вывод. Дифференцированный подход к выбору варианта панкреатоеюноанастомоза при ПДР позволил уменьшить количество осложнений, связанных с несостоятельностью ПЕА.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

А.Е. Войновский, А.Ю. Шабалин, А. В. Индейкин, В.Н. Петров
ФГУ Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России
(Балашиха, Россия)

Одной из актуальных проблем гепатохирургии до сих пор остаются паразитарные кисты печени. Широкое внедрение в медицинскую практику современных методов лучевой диагностики и малоинвазивных методов хирургических вмешательств в последние десятилетия позволяет пересмотреть подходы к лечению паразитарных кист печени.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2014 г. в Главном госпитале внутренних войск МВД России по поводу эхинококковых кист печени оперированы 19 пациентов. Из них женщин – 2, мужчин – 17. Средний возраст пациентов – 22 года. У большинства пациентов имелась единичная эхинококковая киста в паренхиме печени. Множественные кисты диагностированы

у 3 больных. Чаще всего кисты располагались в правой доле печени (в 14 случаях) и имели размер до 5–7 см в диаметре. Размер кисты более в 10 см в диаметре отмечался в 3 случаях.

Всем пациентам в предоперационном периоде выполнено УЗИ органов брюшной полости и МСКТ, что позволило точно определить положение, размеры, структуры кист и разработать наиболее рациональную хирургическую тактику.

Оперативное лечение. В 17 случаях нами выполнены лапароскопические операции. Первым этапом проводилась окончательная лапароскопическая диагностика (уточнение расположения, размеров). При глубоком расположении эхинококковых кист в паренхиме печени выполняли интраоперационное ультразвуковое исследование, что позволяло определить взаимное расположение кисты с крупными сосудами и протоками и избежать их травмирования на этапах рассечения и удаления стенки кисты. После этого выполнялась пункция кисты и аспирация ее содержимого с последующим введением в полость кисты гипертонического раствора натрия хлорида с экспозицией в течение 15 минут. Рассечение стенки кисты проводилось с помощью ультразвукового диссектора. После вскрытия полости кисты жидкостное содержимое аспирировалось, структуры стенки и дочерние кисты удалялись механически и погружались в пластиковый контейнер для извлечения из брюшной полости. После полного удаления содержимого кист и фиброзной капсулы проводилась повторная обработка полости кисты гипертоническим раствором натрия хлорида, а также криодеструкция стенок полости аргоноплазменным коагулятором. Операцию завершали наружным дренированием полости кисты и подпеченочного пространства.

В 2 случаях, когда поверхность правой доли печени была подпаяна к передней брюшной стенке, нами выполнена чрескожно-чреспеченочная эхинококкэктомия. Под УЗ-контролем полость кисты пунктировали, содержимое ее аспирировали. После антипаразитарной обработки в полость кисты под интраопарционным УЗ-контролем вводили 10-миллиметровый троакар, через который из кистозной полости удаляли жидкость и белочная оболочка паразитарной кисты. В последующем полость кисты дренировали силиконовым дренажом. При динамическом наблюдении отмечалось прогрессивное уменьшение остаточных полостей.

В послеоперационном периоде проводили УЗ- и КТ-контроль зоны оперативного вмешательства, а также противопаразитарное лечение вермоксом или альбендазолом.

Результаты. Во всех наблюдениях операции завершены малоинвазивным способом.

Выводы. Видеолапароскопические эхинококкэктомии, чрескожно-чреспеченочная санация и дренирование эхинококковых кист возможны в большинстве случаев и должны проводиться при тщательном соблюдении правил антипаразитарной обработки.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЛОЖНЫМИ АНЕВРИЗМАМИ АРТЕРИЙ ЧРЕВНОГО СТВОЛА

В.В. Ворончихин, В.П. Арсютов, А.Н. Волков, В.С. Тишанский, И.Н. Абызов, С.А. Анюров, А.Н. Катайкин, В.В. Волкова

АУ «Институт усовершенствования врачей» (Чебоксары, Россия)

БУ «Республиканская клиническая больница» (Чебоксары, Россия)

ГБОУ ВПО Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова (Чебоксары, Россия)

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения у больных хроническим панкреатитом (ХП), осложненным ложной аневризмой (ЛА) артерий бассейна чревного ствола.

Материалы и методы. В БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ СР ЧР в период с 2006 по май 2014 г. оперировано 137 больных хроническим панкреатитом, который

в 9 случаях осложнился ложной аневризмой артерий чревного ствола. По данным обследования, у 3 пациентов обнаружена ложная аневризма селезеночной артерии, у 2 – ложная аневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии, у 4 – ложная аневризма поджелудочно-двенадцатиперстной артерии.

В 6 случаях ложные аневризмы были сформированы в полости постнекротических кист поджелудочной железы (ПЖ) и имели связь с главным панкреатическим протоком (*1-й тип*). В 3 случаях ЛА сформировалась в паренхиме ПЖ за счет аррозии стенки артерии и кровоизлияния в ткань органа, с образованием небольшой полости, не имеющей связи с главным панкреатическим протоком (*2-й тип*). У всех больных с ЛА 1-го типа были выраженные фиброзные изменения, увеличение головки ПЖ с гипертензией в главном панкреатическом протоке, у одного больного отмечена портальная гипертензия с асцитом.

Тактика хирургического лечения определялась характером морфологических изменений ткани ПЖ и окружающих органов, приведших к осложнению. Больным с ложными аневризмами 1-го типа первым этапом выполнялась рентгенэндоваскулярная эмболизация питающего аневризму сосуда для устранения кишечного кровотечения. Это также уменьшало риск профузного интраоперационного кровотечения.

После стабилизации больного, вторым этапом, были выполнены различные хирургические вмешательства на ПЖ, направленные на устранение осложнений ХП, приведших к формированию ЛА. При локализации ЛА в области головки ПЖ выполнена операция Фрея и устранены ЛА (5 операций). При локализации ЛА в области тела, хвоста ПЖ выполнялась дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией (2 операции). Во всех случаях проводились интраоперационное УЗИ и срочная биопсия поджелудочной железы. При ложных аневризмах 2-го типа применялось рентгеноэндоваскулярное лечение, направленное на обеспечение тромбирования полости аневризмы.

Результаты. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты изучены у 5 больных из 9 в сроки от 0,5 года до 4 лет. Рецидивов кровотечения не было, исчез болевой синдром. Послеоперационный панкреатит развился у 1 больного, купировался консервативно.

Выводы. Больным с ложными аневризмами 1-го типа на первом (эндоваскулярном) этапе осуществляется эффективное «выключение» аневризмы из кровотока, что уменьшает риск профузного интраоперационного кровотечения при последующем открытом резекционном этапе. У больных с ложными аневризмами 2-го типа эндоваскулярное лечение обеспечивает тромбирование полости аневризм без последующего рецидива.

ЭТАПНОЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОБШИРНЫМИ ПАНКРЕАТОГЕННЫМИ ФЛЕГМОНАМИ

Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Б.Б. Гафуров

ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Екатеринбург, Россия)

Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Цель исследования: оценить эффективность этапного и одномоментного дренирования обширных панкреатогенных флегмон.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 44 пациентов с обширными панкреатогенными флегмонами (3–4-го квадрантов). Средние сроки формирования панкреатогенной флегмоны составили 16±0,6 дня. Тяжелый абдоминальный сепсис при панкреатогенных флегмонах

отмечен у 41 человека. Средний балл SOFA составлял 8,8±0,152. Все пациенты были оперированы из малых открытых доступов, без использования традиционных широких разрезов.

Первой группе больных (15 человек), пораженные отделы забрюшинного пространства вскрывали и дренировали одномоментно при первичном оперативном вмешательстве. Больные *второй группы* (29 человек) оперированы поэтапно: сначала дренировали один наиболее измененный квадрант, на следующий день или через день после стабилизации состояния и купирования септического шока оперативному вмешательству подвергались остальные зоны гнойных изменений.

Результаты. В первые дни после оперативного вмешательства у большинства больных в первой группе отмечалась отрицательная динамика тяжести состояния по шкале SOFA до 9,2±0,139 балла, а во второй группе этот показатель практически не изменился и составил 8,4±0,114 баллов.

В последующие дни при одинаковой длительности лечения тяжесть состояния составляла в первой группе 8,5±0,142, во второй – 3,2±0,069. Органная недостаточность в первой группе купировалась на 9-е сутки, во второй – на 7-е сутки лечения. Летальность в первой группе также оказалась выше – 26,7% (4 из 15 больных) против 20,7% (6 из 29).

Средняя продолжительность лечения в обеих группах была сопоставимой, составила 29,3 дня.

Выводы. Применение этапной тактики хирургического лечения у пациентов с обширными поражениями забрюшинной клетчатки при панкреатогенных флегмонах позволило осуществлять адекватное дренирование обширных панкреатогенных флегмон с меньшими рисками развития инфекционно-токсического шока и улучшить результаты лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОЦЕНКЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В.А. Гольбрайх, С.С. Маскин, В.В. Матюхин

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России (Волгоград, Россия)

Цель исследования: изучение значимости и достоверности УЗИ- и КТ-признаков в процессе лечения больных с наиболее тяжелыми формами острого панкреатита (ОП).

Материалы и методы. За последние 5 лет в Клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ находились на лечении 265 больных, у которых диагностированы различные формы панкреонекроза. Из них у 71 (26,4 %) человека тяжелый некротизирующий панкреатит осложнился абдоминальным сепсисом. У всех больных этой группы имелась полиорганная недостаточность, по шкале APACHE II сумма баллов составила от 25 до 26. У 75 больных был обнаружен тотальный панкреонекроз, у остальных – субтотальное поражение поджелудочной железы. Зарегистрировано поражение от 3 до 7 забрюшинных клетчаточных пространств.

Всем больным в качестве скрининг-метода проводилось УЗИ, которое обеспечивало оценку состояния поджелудочной железы, билиарной системы, брюшной и плевральной полостей. При поступлении в стационар УЗИ позволило поставить точный диагноз в 70–86% случаев, но не всегда помогало достоверно верифицировать клинико-морфологическую форму острого панкреатита, характеризовать состояние забрюшинной клетчатки.

Результаты. Показаниями к выполнению КТ являлись: 1) фульминантные формы ОП; 2) панкреатогенный сепсис; 3) осложнения панкреонекроза – абсцессы, забрюшинные флегмоны; 4) необходимость повторных санаций брюшной полости при продолжающемся некрозе поджелудочной железы. КТ-обследование проведено у 51 пациента. Из них со стерильным панкрео-

некрозом было 15, с инфицированным панкреонекрозом – 36 пациентов. КТ-признаки основывались на данных, предложенных в 1995 г. E.J. Balthazar. При деструктивном панкреатите отмечались увеличение размеров поджелудочной железы, отек и инфильтрация парапанкреатической клетчатки, уплотнение фасции Герота, расширение вирсунгова протока, наличие жидкости в свободной брюшной полости и плевральных полостях.

Наиболее информативным методом в оценке распространенности поражения поджелудочной железы являлась КТ с внутривенным контрастным усилением. Отсутствие накопления контраста в определенных отделах поджелудочной железы свидетельствовало о ее некротическом поражении, что позволяло верифицировать степень и глубину распространенности панкреонекроза. После оперативных вмешательств на поджелудочной железе роль КТ возрастала вследствие снижения диагностических возможностей УЗИ в послеоперационном периоде. КТ-исследование, выполненное в послеоперационном периоде, позволило диагностировать у 10 больных неадекватное дренирование брюшной полости (не выявленное при УЗИ), что послужило показанием к санационной лапаротомии.

Выводы. УЗИ и КТ не являются конкурирующими методами обследования, степень их информативности определяется стадией воспаления в поджелудочной железе, развитием процесса в забрюшинной клетчатке, что позволяет избежать их дублирования, а следовательно, и нецелесообразных экономических затрат.

СТЕНТИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В.В. Дарвин, Е.В. Логинов, С.Н. Романенков,
Н.В. Зубик, С.В. Онищенко, М.М. Лысак
ГБОУ ВПО Сургутский государственный университет (Сургут, Россия)
БУ ХМАО-Югры Нефтеюганская Областная клиническая больница им. В.И. Яцкив (Нефтеюганск, Россия)
БУ ХМАО-Югры Сургутская Областная клиническая больница (Сургут, Россия)

Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных асептическим панкреонекрозом (ПН) путем оценки эффективности включения в программу лечения стентирования главного панкреатического протока (ГПП).

Материалы и методы. Поведен анализ лечения 136 больных с асептическим панкреонекрозом. Верификация диагноза, формы и конфигурации панкренекроза основывалась на комплексном анализе клинико-инструментальных данных. По данным КТ с болюсным контрастированием очаговый панкреонекроз выявлен у 72(52,9%) больных, у 39(28,7%) из них очаги некроза локализовались в головке ПЖ, у 23(16,9%) – в теле ПЖ, у 10(7,4%) – в хвосте ПЖ. Субтотальный дистальный ПН выявлен у 38,2% больных, субтотальный проксимальный – у 53,7%, тотальный – у 5,2%. Основную группу составили 18 больных, у которых после ЭПСТ выполняли вирсунготомию (ВТ) и стентирование ГПП.

Элементы комплексной консервативной терапии больных ПН были стандартизированы, включая антибактериальную терапию и профилактику, инфузионно-трансфузионную терапию, блокаду секреторной функции ПЖ, экстракорпоральную детоксикацию, антиферментную, реологически активную, нутритивную терапию, ПДА, протезирование функции органов жизнеобеспечения.

Результаты. Стентирование ГПП осуществляли после предварительной ЭПСТ и вирсунготомии (ВТ). При отсутствии механической желтухи в случае катетеризации ВП выполняли

ЭПСТ протока поджелудочной железы без предварительной ЭПСТ желчного протока. Для рентгенологического контроля катетеризации ВП использованы рентгенконтрастный нитиноловый проводник с гидрофильным покрытием диаметром 0,25 дюйма и перфорированные пластиковые стенты диаметром 5–7 Fr: 3 «длинных» (до 130 мм) и 15 «коротких» (до 30 мм).

При механической желтухе стентирование ГПП дополняли установкой билиарного стента. Вследствие изменений свойств секрета поджелудочной железы при ПН в виде повышения вязкости и появления хлопьев, а также наличия «сладжа» в желчи стремились к установке максимально возможного диаметра стентов. Для этого совместно с компанией «Эндофлекс» был разработан новый дизайн стентов: панкреатический перфорированный стент с различным диаметром по длине (7 Fr × 5Fr), а также билиарный стент с сужающимся протоковым концом и дополнительными фиксаторами и перфорационными отверстиями.

В основной группе образование острых жидкостных скоплений наблюдали у 5,6% пациентов, что потребовало дополнительного малоинвазивного дренирования. Переход процесса в инфицированную стадию отмечен у 11,1% больных – выполнены оперативные вмешательства (секвестрнекрэктомия). Летальных исходов – 2 (11,1%).

В контрольной группе образование острых жидкостных скоплений отмечено у 26,9% пациентов, что потребовало малоинвазивного дренирования. Инфицирование очагов ПН отмечено у 57,7% больных, все они также оперированы из лапаротомного или малоинвазивного доступа. Летальность составила 19,2%.

Выводы. Стентирование ГПП показано больным с массивными некрозами головки и тела поджелудочной железы при наличии неповрежденной паренхимы поджелудочной железы, располагающейся проксимальнее зоны некроза в раннем периоде (первые 3 суток с момента заболевания), при этом предпочтение следует отдавать стентированию длинным перфорированным стентом, обеспечивающим лучшие возможности для коррекции внутрипротоковой гипертензии.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Д.Б. Демин, А.В. Лайков, Ю.Ю. Солодов

ГБОУ ВПО Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России (Оренбург, Россия)

Актуальность. Парапанкреатические жидкостные скопления при панкреонекрозе сохраняют свою актуальность, что требует дальнейшей разработки способов оптимальных вмешательств при данной патологии. Нами на протяжении многих лет применяются все методы малоинвазивной хирургии при панкреонекрозе (эндохирургия, мини-доступ, пункционные вмешательства под УЗ-навигацией), что позволило оценить не только достоинства этих методик, но и их недостатки. Анализ этих недостатков помог нам разработать новый хирургический подход.

Цель исследования: оценить эффективность применения разработанного малоинвазивного доступа под интраоперационным УЗ-контролем при хирургическом лечении панкреонекроза.

Материалы и методы. В период 2011–2014 гг. под наблюдением находились 25 больных с панкреонекрозом и развившимися жидкостными образованиями сальниковой сумки и забрюшинного пространства, оперированных по предлагаемой методике. С момента поступления все больные получали многокомпонентное лечение согласно современным принципам интенсивной терапии данного заболевания.

Всем пациентам выполняли компьютерную томографию для оценки архитектоники жидкостного образования, а также УЗ-исследование, при котором оценивалось расстояние образования от брюшной стенки, выбиралось «акустическое окно» и планировалась оптимальная точка доступа.

В условиях операционной под общей анестезией выполняли разрез кожи длиной 3 см в выбранной точке и под постоянным интраоперационным УЗ-контролем послойно осуществляли доступ к жидкостному образованию, что позволяет избежать повреждения полых и паренхиматозных органов, а также сосудистых структур при осуществлении доступа.

После проникновения в полость жидкостного образования аспирировали ее содержимое с последующей инструментальной ревизией полости, удалением через раневой канал детрита и УЗ-контролем эффективности опорожнения полости. После полного удаления содержимого, подтвержденного УЗ-исследованием, полость дренировали трубками. Вмешательства осуществляли стандартным набором хирургических инструментов.

Результаты. Выполненное по данной методике вмешательство явилось окончательным у всех 25 больных. Расширение объема вмешательства не потребовалось ни в одном случае. Летальных исходов не было. Все пациенты после выписки находятся под нашим наблюдением. Рецидивы инфекционных осложнений в катамнезе у пациентов не выявлены.

Представленный метод дренирования показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами способом пункционного дренирования под контролем ультразвука. Предлагаемый способ позволяет выполнять одномоментную санацию и дренирование полостных образований, содержащих в просвете, кроме жидкости, некротические ткани. Если пункционные вмешательства неэффективны примерно в 30% случаев, когда вследствие неадекватного дренирования приходится выполнять повторные операции (в том числе широкие лапаротомии, направленные на удаление секвестров), то при применении предлагаемой методики ни в одном случае не потребовалось повторное оперативное вмешательство. Минимальная инвазивность доступа позволила избежать раневых осложнений (нагноения операционной раны), являющихся частыми при открытых вмешательствах. Метод сочетает в себе достоинства пункционного вмешательства (малая травматичность) и открытой операции (возможность инструментальной ревизии с полноценной секвестрэктомией) и лишен их недостатков.

С момента внедрения в клиническую практику данного метода дренирования широкие лапаротомии при инфицированном панкреонекрозе сведены к минимуму, а летальность при данном заболевании в клинике снизилась с 27 до 7,3%, то есть в 3,5 раза, при средней послеоперационной летальности по РФ 25%.

Вывод. Способ эффективен, технически выполним в любом хирургическом стационаре, экономически целесообразен, так как не требует приобретения дополнительного оборудования.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

З.А. Дундаров, В.М. Майоров, О.Н. Красюк
Гомельский государственный медицинский университет (Гомель, Беларусь)

Одним из тяжелых осложнений хронического панкреатита (ХП) является подпеченочная портальная гипертензия (ППГ), обусловленная сдавлением или тромбозом вен воротной системы на сегменте, прилегающем к поджелудочной железе. Это ведет к снижению объемной скорости кровотока и повышению давления в венах портальной системы.

Цель исследования: изучить результаты лечения ППГ у больных ХП.

Материалы и методы. Пролечено 43 больных ППГ. Превалировали мужчины – 35 (81,4%). Диагностический алгоритм включал: клинические проявления, лабораторные исследования, УЗИ в режиме дуплексного сканирования, ФГДС, КТ и МРТ – при необходимости. При УЗИ признаками ППГ являлись снижение линейной и объемной скорости кровотока, расширение вен бассейна воротной системы.

Результаты. Стойкий болевой синдром отмечен у 39 (90,7%) больных; прогрессирующая потеря массы тела – у 31 (72,1%); билиарная гипертензии – у 8 (18,6%); сдавление двенадцатиперстной кишки различной степени выраженности – у 15 (34,9%), напряженный (стабильный) асцит – у 5 (11,6%), мягкий (транзиторный) – у 11 (25,6%).

Пациентов разделили на две категории. У 25 (58,1%) больных панкреатогенная компрессия магистральных притоков воротной вены обусловливала развитие шунтирующих порто-портальных коллатералей области гепатодуоденальной связки, вен по большой кривизне желудка, вен большого сальника, брыжейки кишечника. За счет развития коллатерального венозного кровотока происходит частичная компенсация портальной гипертензии. ППГ у этой категории больных рассматривали как компенсированную. У другой категории больных – 18 (41,9%) – отмечалась более выраженная компрессия портальных магистралей, что обусловливало грубые гемодинамические нарушения в бассейне воротной вены, исходом которых являлись дальнейшее развитие выраженной порто-портальной коллатеральной сети и расширение подслизистых вен дна желудка и пищевода, формирование асцита. ППГ у этой категории рассматривали как декомпенсированную.

Наиболее значимыми факторами, обусловливающими компрессию магистральных вен воротной системы, являлись увеличение головки ПЖ и наличие ретропанкреатических псевдокист.

Больным выполнены операции: гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) – 2 (4,7%), пилоросохраняющая ПДР – 17 (39,5%), дуоденосохраняющая резекция головки ПЖ по Бегеру – 24 (55,8%). После удаления резецируемого комплекса верхнебрыжеечная и воротная вена на всем протяжении тщательно освобождались от всех рубцовых сращений. Оперативные вмешательства у таких больных достаточно сложны и сопровождались повышенной кровопотерей из-за выраженной сети хрупких коллатеральных сосудов с высоким венозным давлением и трудностями при выделении мезентерикопортального венозного ствола. Умерло 2 (4,7%) больных.

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

Выводы. Течение ХП нередко осложняется развитием ППГ, вызываемой сдавлением магистральных вен воротной системы, что, наряду с другими осложнениями ХП, обусловливает необходимость оперативного лечения.

УЗИ в режиме дуплексного сканирования сосудов высокоинформативно при качественной и количественной оценке изменений портальной гемодинамики. Его необходимо включать в план обследования больных ХП.

Патогенетически обоснованным способом хирургического лечения ХП, осложненного ППГ, является проксимальная резекция с поперечным пересечением ПЖ и тщательным освобождением мезентерикопортального венозного ствола.

ПРИНЦИПЫ КОРРЕКЦИИ ГИПОТАРГИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

К.Г. Ершов, В.Л. Хальзов
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 11 (Новосибирск, Россия)

Большое количество пациентов с синдромом желтухи, частота цирроза печени, высокая летальность на фоне печеночной энцефалопатии диктуют необходимость четко определенных действий в коррекции гипотаргии. Особая роль отводится обоснованному выбору гепатопротектора. В хирургической практике выделено 3 группы заболеваний: I – механическая желтуха, II – цирроз печени, III – токсические гепатиты (лекарственные, алкогольные).

Требования к гепатопротектору: наличие фосфолипидов, гепатотропность, отсутствие желчных кислот, эффективность при желтухе и гепаторенальном синдроме, наличие природных компонентов, высокая биодоступность (наноразмеры), отсутствие в составе азота. Фосфоглив в наибольшей степени отвечает указанным требованиям.

Маркеры гипотаргии: трансаминазы (показатель цитолиза); билирубин (состоятельность в пигментном обмене); щелочная фосфотаза (эффективность в процессе фосфорилирования желчных кислот).

Цель исследования: анализ эффективности применения Фосфоглива в комплексной терапии гипотаргии у хирургических больных.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 450 больных в возрасте от 18 до 75 лет, V категория курации. Основа терапии: пероральные сорбенты (лактулоза), форсированный диурез, коррекция печеночной энцефалопатии (Гепа-Мерц), специфическая АБТ (рифаксимин, неомицин, паромомицин), гемофильтрация. Коррекция препаратом Фосфоглив 2,5 г внутривенно 2 раза в сутки, максимальная доза до 10 г в течение 5–10 суток. Затем – Фосфоглив-форте в течение 3–6 месяцев.

Результаты. Уровень билирубина, АлАт, щелочной фосфотазы приходил в норму на 3–5-е сутки. Применение Фосфоглива позволило не применять гормоны. Это снизило частоту острых язв в 5 раз. Коррекция цитолиза наступала до появления энцефалопатии. В редких случаях – развитие желтушного нефрита за счет влияния глицирризиновой кислоты на почечный эпителий.

Вывод. Фосфоглив – препарат выбора в комплексном лечении гипотаргии у больных хирургического профиля.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ И РЕЗЕКЦИЯ 2-го СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

В.П. Земляной, А.В. Елькин, А.С. Иванов, Ю.В. Кириллов
ГБОУ ВПО Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Цель исследования: представить безопасную, эффективную и малотравматичную методику спленэктомии по поводу эхинококкоза.

В эндемичных районах частота поражения эхинококкозом селезенки встречается у 6–8% больных. Наиболее часто применяется спленэктомия, как наиболее эффективный и безопасный способ лечения.

Представляем *клинический случай* больного 35 лет, жителя Санкт-Петербурга. В эндемичные районы не выезжал. При первичном обращении выявлено множественное поражение обоих легких, селезенки и печени. Первично пациенту были выполнены оперативные вмешательства

на левом и правом легком торакотомным доступом. Учитывая сочетание поражения печени и селезенки от спленэктомии во время левосторонней торакотомии было решено воздержаться. В плановом порядке выполнены спленэктомия и резекция 2-го сегмента печени с использованием технологий ручного ассистирования и гармонического скальпеля. Хирург располагался между ног пациента. Левая рука хирурга была введена через разрез параректально справа, а правой рукой использовались инструменты для диссекции. Ручное ассистирование позволило верно пальпаторно оценить границы кист и помогло предупредить нарушение целостности оболочек паразита. Препарат извлекался через доступ, использовавшийся для установки системы для руки ассистента. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 4-е сутки пациент выписан.

Вывод. Применение эндовидеохирургических технологий с ручным ассистированием позволяет безопасно и малотравматично выполнить спленэктомию по поводу эхинококкоза.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХАРАКТЕРА ПЕРВИЧНОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ СО СТРИКТУРАМИ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА IV ТИПА ПО BISMUTH

В.П. Земляной, А.С. Иванов, Г.Г. Мурадов, Л.Л. Драч

ГБОУ ВПО Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России (Санкт-Петербург, Россия)

Цель исследования: оценка адекватности выбираемой хирургами интраоперационной тактики после выявления повреждения гепатикохоледоха и роли малоинвазивных технологий на различных этапах лечения больных со стриктурами желчных протоков.

Материалы и методы. В исследование были включены 14 пациентов, которые поступили в клинику в период с 2011 по 2013 г. для повторных реконструктивных вмешательств, обусловленных осложнениями ранее выполненных восстановительных и реконструктивных операций по поводу повреждения гепатикохоледоха. Пациенты были в возрасте от 33 до 86 лет, все женщины. В анамнезе от 2 до 10 операций. Все больные отнесены к IV по Bismuth типу по уровню стриктуры.

Результаты. Наиболее типичными осложнениями были возникновение стриктуры после ранее выполненных восстановительных операций с развитием механической желтухи и холангита (13 больных), наружный желчный свищ (5 больных), миграция ранее установленных дренажей, синдром недренируемой доли печени, холангиогенные абсцессы печени. Среди редких осложнений отмечены толстокишечный свищ, тонкокишечный свищ (через сформированное «смотровое окно»), короткая петля по Ру, аневризма правой печеночной артерии.

Наиболее типичной ошибкой первой операции (8), выполняемой после полного пересечения гепатикохоледоха, была попытка восстановительной операции на узких протоках на дренаже по Керу. Реконструктивная операция при сочетанном повреждении сосудов и общего печеночного протока сразу после повреждения также приводила к стриктуре, поскольку было невозможно оценить уровень ишемии тканей (3).

Характерно сочетание различных ошибок и осложнений. Так, больная 33 лет перенесла 8 операций до поступления в клинику. При этом выявлен синдром недренированной левой доли печени – транспеченочный дренаж был проведен вне протоков левой доли печени, реконструкция выполнена на петле по Ру длиной 15 см. Реконструкцию осуществляли на фоне разлитого желчного перитонита. Все вышеизложенное определило неэффективность декомпрессии протоковой системы, холангит, холангиогенные абсцессы печени и крайне тяжелое состояние больной

с формированием билиарного цирроза печени. Среди ошибок малоинвазивных вмешательств следует признать стентирование непокрытым нитиноловым стентом.

Всем больным в качестве предоперационной подготовки потребовалось изолированное или сочетанное дренирование долевых протоков печени чрескожным доступом, что позволяло адекватно оценить «анатомию повреждения» и эффективно купировать признаки механической желтухи и холангита. Лишь у 4 больных удалось выполнить наружно-внутреннее дренирование, остальным потребовалась повторная реконструктивная операция. Одна больная поступила в связи с рецидивирующими желудочно-кишечными кровотечениями после бигепатикоеюностомии. При ангиографии выявлено формирование аневризмы правой печеночной артерии, потребовавшее её эмболизации, что привело к эффективной остановке кровотечения.

Выводы. Несмотря на то что еще в 60-е годы XX века было признано нецелесообразным выполнение восстановительных операций при полном пересечении общего печеночного протока, в XXI веке хирурги продолжают применять подобные типы операций. Разнообразные типы малоинвазивных вмешательств могут потребоваться на различных этапах лечения больных со стриктурами желчных протоков. Все вышеизложенное предопределяет необходимость приглашения в операционную хирурга, имеющего опыт реконструктивных операций на протоках, для определения верной тактики лечения больного сразу после выявления повреждения. При развитии осложнений восстановительных и реконструктивных операций больные должны продолжать лечение в специализированных центрах.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Р.Т. Зимагулов, С.Б. Сангаджиев, Л.Е. Славин, И.М. Сайфутдинов, М.К. Давлиев, А.Ф. Галимзянов, Р.Р. Яхин, А.Ф. Якупов, А.З. Замалеев

ГАУЗ «Межрегиональный клинико-диагностический центр» (Казань, Россия)

В хирургическом отделении ГАУЗ МКДЦ оказывается комплексная хирургическая помощь больным с циррозом печени функционального класса В и ВС по классификации Чайлд–Пью, осложненным синдромом портальной гипертензии и имеющейся угрозой кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка. На сегодняшний день мы применяем комбинированный способ лечения больных с варикозно-расширенными венами пищевода и желудка с использованием лапароскопической техники и малоинвазивной методики эндоскопического лигирования и склерозирования.

На первом этапе проводим лапароскопическую деваскуляризацию желудка под интубационным наркозом с применением ультразвукового скальпеля с целью уменьшения притока крови к дну желудка и нижней трети пищевода путем пересечения коротких желудочных сосудов, левой желудочной артерии и вен, правых желудочно-сальниковых сосудов. Как правило, только деваскуляризация желудка не избавляет больных от наличия варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и зачастую сохраняется угроза повторного кровотечения. Вследствие этого мы прибегаем ко второму – малоинвазивному – этапу лечения.

В зависимости от локализации варикозно-расширенных вен выполняется либо эндоскопическое лигирование вен латексными кольцами с использованием лигирующего устройства, либо эндоскопическое склерозирование варикозно-расширенных вен желудка. Для этого применяется инжектор для склерозирования многоразового использования, с металлической оболочкой. В качестве склерозанта вводится интра- или паравазально 3% раствор этоксисклерола. Использу-

емая нами методика в ряде случаев является альтернативой высокотравматичной операции М.Д. Пациора, поскольку позволяет ликвидировать варикозное расширение вен пищевода и желудка либо уменьшить степень его выраженности.

Вывод. Считаем, что комбинированный способ лечения больных с варикозно-расширенными венами пищевода и желудка с применением лапароскопической техники и малоинвазивной методики эндоскопического лигирования и склерозирования нуждается в более широком применении у данной категории пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЕТОКСИКАЦИИ ОРГАНИЗМА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Л.А. Иголкина, В.А. Гольбрайх, Н.К. Ермолаева, В.В. Матюхин, А.А. Колмаков

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России (Волгоград, Россия)

Инфицированный панкреонекроз (ИП) – наиболее тяжелая форма острого панкреатита, сопровождается выраженной эндогенной интоксикацией (ЭИ) с развитием полиорганной недостаточности (ПОН). Частота внеорганных поражений при панкреонекрозе составляет от 60 до 96% (Алияров Ю. Р.). Первым органом-мишенью становится печень, частота ее поражения при ИП достигает 84%. Самыми эффективными из современных методов борьбы с ЭИ и ПОН являются эфферентные методы.

В больнице скорой медицинской помощи № 25 г. Волгограда по поводу ИП открытым способом прооперирован 71 больной. В периоперационном периоде у 56 (78,9%) пациентов *(основная группа*) в комплексной терапии были применены экстракорпоральные методы детоксикации организма (ЭМДО), остальные 15 (21,1%) больных составили *контрольную группу*.

Ультрафиолетовое облучение аутокрови (УФО АК) выполнено у 24 больных, плазмоферез (ПФ) – у 19, гемодиафильтрация (ГДАФ) – у 13. У 17 больных эфферентные методы применялись неоднократно, в том числе в сочетании: УФО АК + ПФ – у 5, УФО АК + ГДАФ – у 3.

Доказательством эффективности ЭМДО явились клинические и лабораторные данные. После применения ЭМДО нормализовалась гемодинамика, уменьшались клинические и рентгенологические проявления респираторного дистресс-синдрома, восстанавливалась кишечная перистальтика. В основной группе на 4–5 суток раньше, по сравнению с контрольной, происходило снижение таких показателей эндотоксикоза, как вещества средней молекулярной массы и продукты перекисного окисления липидов, отмечалась более ранняя нормализации биохимических показателей и коагулограммы. Летальность в основной группе составила 19,6% (11 больных), а в контрольной – 26,7% (4 больных).

Выводы. Поскольку ИП сопровождается тяжелыми плюровисцеральными поражениями с выраженными проявлениями ЭИ, при данном заболевании ЭМДО является патогенетически обоснованным и необходимым методом лечения для снижения тяжелых осложнений и уменьшения летальности.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

М.Ю. Кабанов[1], Д.М. Яковлева[1], К.В. Семенцов[1], Д.А. Дымников[2], Б.Н. Шах[1], С.В. Винников[1]

[1]ГБУ СПБ «Госпиталь для ветеранов войн» (Санкт-Петербург, Россия)

ФГВОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» МО РФ (Санкт-Петербург, Россия)

Летальность от печеночной недостаточности после операций при опухолевом поражении гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), выполненных на фоне длительно существующей механической желтухи, достигает 30%, что во многом объясняется несоответствием между компенсаторными возможностями печени и тяжестью оперативного вмешательства, в особенности у лиц пожилого и старческого возраста. Это диктует необходимость выполнять на первом этапе различные виды дренирующих вмешательств для восстановления функций печени и нормализации гомеостаза.

Цель исследования: оценка эффективности чрескожно-чреспеченочных оперативных вмешательств при механической желтухе органов ГПДЗ у пациентов старшей возрастной группы.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2014 г. было пролечено 74 пациента с механической желтухой опухолевого генеза. Средний возраст больных составил 82 (70; 96) года, уровень билирубина в сыворотке крови – 311 (114; 643) мкмоль/л. Основными методами предоперационного обследования были: УЗИ, ФГДС, МСКТ с контрастным усилением, МРХПГ, эндоскопическое УЗИ в сочетании с трепанационной аспирационной биопсией, онкомаркеры СА 19.9 и РЭА.

Пациентам исследуемой группы *первым этапом* выполняли следующие чрескожные дренирующие вмешательства: чрескожное чреспеченочное наружное (7)/наружно-внутреннее дренирование (26) желчных протоков, временное (9)/постоянное (3) эндоскопическое стентирование желчных протоков (ЭСт), чрескожную чреспеченочную холецистостомию (ЧЧХС) (20), видеоассистированную операцию Монастырского (9) при невысоком риске анестезиологического пособия и уровне общего билирубина в крови ниже 150 мкмоль/л.

Результаты. Все вмешательства выполнены в течение 2 суток от момента поступления в стационар как первый/окончательный этап хирургического лечения. Выбор вмешательства осуществлялся с учетом сопутствующей соматической патологии пациента и наличия/отсутствия внутрипеченочной билиарной гипертензии. При отсутствии внутрипеченочной гипертензии, наличии симптома Курвуазье и тяжелой общесоматической патологии мы отдавали предпочтение ЧЧХС, не дожидаясь развития внутрипеченочной гипертензии, ввиду плохих компенсаторных возможностей у лиц старшей возрастной группы. После дренирующего вмешательства пациентам проводилась комплексная детоксикационная и гепатопротекторная терапия. При снижении уровня билирубина ниже 50 мкмоль/л осуществлялся *второй этап* оперативного лечения. 3 пациентам выполнена стандартная ГПДР, 59 больным, которым по результатам комплексного обследования радикальное оперативное лечение не было показано, произведены следующие оперативные вмешательства: 19 – сформирован билиодигестивный анастомоз, 22 – чрескожное чреспеченочное эндопротезирование по методике профессора В.Г. Ившина (установлены билиарные эндопротезы 12 СН и 14 СН), 7 – чрескожно-чреспеченочное, 4 – ЭСт нитиноловыми стентами, 7 – операция Монастырского.

Осложнениями чрескожных и эндоскопических вмешательств были: холангит (10), желчеистечение (2), у одного пациента развился тяжелый панкреатит с фульминантным течением, который закончился летальным исходом, гемобилия (2), перфорация ДПК, обусловленная миграцией дренажа у 1 больного, перфорация общего желчного протока (1) соответственно. При желчеистечении выполнялась переустановка ЧЧХ-дренажа в сочетании с санационной лапа-

роскопией. Обтурация дренажей и стентов требовала их замены. При перфорации ДПК, ОЖП выполнялись лапаротомые вмешательства.

Выводы. Чрескожные и эндоскопические методы декомпрессии билиарного тракта являются эффективными при лечении механической желтухи опухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста. При высоком риске анестезиологического пособия показано стентирование или эндопротезирование внепеченочных желчевыводящих протоков, которые являются окончательными методами лечения, улучшающими качество жизни данной группы больных.

ПОКАЗАНИЯ И ВЫБОР СПОСОБА РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Т.А. Кадощук, В.В. Петрушенко, С.С. Стукан, В.С. Бахнивский
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Винница, Украина)

Цель исследования: улучшение результатов лечения осложненных форм хронического панкреатита, которые, как правило, зависят от выбора адекватного оперативного вмешательства. Органосохраняющая направленность хирургических вмешательств при осложненных формах хронического панкреатита в настоящее время является общепринятой. Однако при отдельных формах осложненного хронического панкреатита выполнение органосохраняющих операций нецелесообразно, так как болевой синдром обусловлен не внутрипротоковой гипертензией, а грубыми фиброзно-дегенеративными изменениями паренхимы поджелудочной железы при малоизмененном панкреатическом протоке. Все это послужило основанием к вынужденному использованию различных видов резекций поджелудочной железы, несмотря на то что радикальные вмешательства значительно ухудшают эндокринную функцию поджелудочной железы и приводят к развитию диабета в 43–64% наблюдений.

Материалы и методы. За период с 1975 по 2014 г. проведена оценка эффективности применения различных видов резекций поджелудочной железы у 214 больных хроническим панкреатитом, осложненным кистами поджелудочной железы (76), стойкими наружными панкреатическими свищами (59), кальцинозными и склеротическими поражениями дистального или проксимального отделов железы (54), грубыми фиброзно-дегенеративными ложноопухолевими процессами поджелудочной железы при невозможности исключить злокачественное новообразование, развившееся на фоне хронического панкреатита или сочетающееся с ним (25). 142 больным выполнены первичные вмешательства, у 67 резекция поджелудочной железы была повторной операцией, 3 – ранее оперированы дважды и 2 – трижды. Выполненные нами повторные хирургические вмешательства носили реконструктивный характер. В зависимости от вида осложнений и характера поражения смежных органов билиопанкреатодуоденальной системы осуществлялась строго индивидуальная хирургическая коррекция выявленных патологических изменений. Мужчин было 162 (75,7%), женщин – 52 (24,3%). Возраст больных – от 21 до 74 лет.

Результаты. Из 214 больных 182 выполнены дистальные резекции поджелудочной железы: 104 – удаление тела и хвоста железы, 76 – резекция хвоста, 34 – субтотальная дистальная резекция поджелудочной железы. Объем резекции поджелудочной железы зависел от уточненных во время операции характера, локализации, распространенности патологического процесса, определявшихся с помощью интраоперационных методов исследования, в том числе панкреатографии, панкреатоцистографии, срочной пункционной биопсии и цитологического исследования. В наблюдаемой нами группе больных с хроническим панкреатитом, осложненным кистой поджелудочной железы, которым выполнена дистальная резекция органа, у 9 обнаружена малигнизация стенок кисты, у 16 – нагноение, у 18 кисты тела и хвоста железы сочетались с сегментар-

ной портальной гипертензией, у 16 имелись рецидивные кисты тела и хвоста органа, у 6 – множественные ретенционные кисты, расположенные в дистальной части органа, и у 2 – рецидивная киста хвоста железы, сочетающаяся с наружным панкреатическим свищом.

Выводы. В арсенале хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита имеется целый ряд различных по объему резекций поджелудочной железы, показанием к которым служат необратимые фиброзно-кальцинозные, гнойные поражения органов, малигнизация стенки кисты, множественные ретенционные и рецидивные интрапаренхиматозные кисты, стойкие наружные свищи с необратимым фиброзным поражением паренхимы железы. Важное значения следует придавать топографо-анатомическим условиям для выполнения резекции железы, вовлечению в обширный рубцовый процесс мезентериальных сосудов и воротной вены, стенок желудка, тонкой и толстой кишок с выраженными явлениями портальной гипертензии, т.е. выбор метода резекции должен быть строго нндивидуализирован. Наиболее целесообразна дистальная резекция железы, при возможности следует избегать субтотальной резекции с целью снижения объема удаленной ткани органа.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ТРАНС- И СУПРАПАПИЛЛЯРНОМ МЕТОДАХ ЧРЕСКОЖНОГО ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

А.В. Козлов, А.А. Поликарпов, П.Г. Таразов

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий Министерства здравоохранения РФ» (Санкт-Петербург, Россия)

По данным литературы, транспапиллярная установка билиарных стентов может приводить к увеличению гнойных осложнений процедуры.

Цель исследования: сравнительная оценка риска осложнений при транс- и супрапапиллярном методах стентирования.

Материалы и методы. За период 1993–2013 гг. чрескожное эндобилиарное протезирование выполнили у 94 больных (51 мужчины и 43 женщин) по поводу обтурационной желтухи опухолевой этиологии. Из них первичный рак или метастатическое поражение печени выявлены у 64, рак головки поджелудочной железы – у 16, внепеченочных желчных протоков – у 14 пациентов. Проксимальный блок желчных протоков отмечен у 54 больных, дистальный – у 40. Стентирование было выполнено супрапапиллярно у 73 (группа А) и транспапиллярно – у 21 больного (группа Б). Использовали пластиковые и металлические стенты без покрытия.

Результаты. Осложнения, связанные со стентированием желчных протоков, развились у 11 (11,7%) пациентов. В группе А осложнения были у 9 (12,3%) больных и включали окклюзию стента (n=3), гнойный холангит (n=2), образование биломы (n=1), абсцесс передней брюшной стенки из-за подтекания желчи по пункционному каналу (n=1), миграцию стента (n=1) и гемобилию (n=1). Холангит купировали с помощью консервативной терапии у одного пациента, при гемобилии успешно выполнили механическую эмболизацию источника кровотечения. При окклюзии стента провели баллонную пластику стриктуры у одного и установку дополнительного стента у двух других больных. Во всех остальных случаях для купирования осложнений выполнили повторную установку наружно-внутреннего холангиодренажа.

У пациентов группы Б осложнения развились в 2 (9,5%) случаях. Окклюзия стента у одного больного потребовала выполнения повторного наружно-внутреннего холангиодренирования. Миграция эндопротеза ниже стриктуры произошла у другого больного; для коррекции этого осложнения коаксиально установили дополнительный стент.

Выводы. Эндопротезирование желчных протоков является относительно безопасным методом коррекции механической желтухи опухолевой этиологии. Число осложнений при транспапиллярном стентировании не больше, чем при супрапапиллярном методе.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

С.В. Козлов, О.И. Каганов, М.В. Ткачев, А.М. Козлов, Д.С. Швец

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России (Самара, Россия)

Цель исследования: определить место радиочастотной термоабляции (РЧА) в комбинированном лечении больных с множественными билобарными метастазами колоректального рака (КРР) в печени.

Материалы и методы. В программу исследования вошли 106 больных с диагнозом: КРР после удаления первичной опухоли толстой кишки с прогрессией онкологического процесса в виде множественных (4 и более) билобарных метастазов в печени, находящихся на лечении в ГБУЗ СОКОД в период с 2001 по 2011 г. Пациенты были разделены на две группы по способу лечения. В *основной группе* (n=54) больным проводилось комбинированное (химиотерапия + РЧА) лечение, в *контрольной* (n=52) – была применена только химиотерапия.

Среднее число выявленных метастатических узлов в печени в основной и контрольных группах составило 4,05±1,30 и 4,01±1,44 (p=0,92), размеры – 2,17±0,58 см и 2,14±0,60 (p=0,66) соответственно. Основным критерием оценки лечения была безрецидивная и общая выживаемость.

Результаты. В основной группе одногодичная безрецидивная выживаемость составила 13,5%, в контрольной группе – 10,2%. Проведение РЧА позволило достичь в основной группе двухлетней выживаемости – 3,4%, в то время как в контрольной группе аналогичный показатель равнялся нулю. Медиана безрецидивной выживаемости в основной группе была выше, чем в контрольной, и составила 9 и 6 месяцев соответственно. Кривые безрецидивной выживаемости в исследуемых группах различались статистически значимо (статистика логрангового критерия 2,12, p=0,05).

В основной группе с множественными метастазами показатели одно-, двух- и трехлетней выживаемости составили 73,5%, 25,1%, 7,2%, в контрольной – 39,6%, 6,3%, 2,1% соответственно. Применение РЧА позволило достичь показателя общей четырехлетней выживаемости в основной группе 1,8%, тогда как в контрольной была получена лишь трехлетняя выживаемость – 2,1%. Медиана общей выживаемости в основной группе с множественными метастатическими образованиями в печени достигла 18 месяцев, в контрольной – 11 месяцев. Кривые выживаемости группах сравнения различались статистически значимо (статистика логрангового критерия 3,77, p=0,000).

Выводы. Применение РЧА в комбинации с химиотерапией при лечении множественных билобарных метастазов КРР позволяет значимо улучшить показатели безрецидивной и общей выживаемости в сравнении с группой больных, которым проводилась только химиотерапия.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕФЛЮКС-ХОЛАНГИТОМ ПОСЛЕ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ

Д.М. Красильников, И.И. Малова, А.В. Абдульянов, Д.М. Миргасимова
ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России
(Казань, Россия)

Цель исследования: разработать новые способы операций у больных с рефлюкс-холангитом после холедоходуоденостомии.

Материалы и методы. В клинике хирургии №1 ГБОУ ВПО «КГМУ» на базе ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2004 по 2013 г. выполнено 32 реконструктивных вмешательства при рефлюкс–холангите, после операции формирования ХДА, у больных с ЖКБ и холедохолитиазом, стенозом БДС II–III степени. Возраст больных – от 29 до 73 лет, женщин было 30 (93,75%), мужчин – 2 (6,25%). 30 пациентов ранее были оперированы в других медицинских учреждениях Республики Татарстан и г. Казани.

У всех больных симптомы рефлюкс–холангита средней и тяжелой степени тяжести определялись уже в первые месяцы после холедоходуоденостомии, диагностика осложнения не была сложной и заключалась в изучении клинико-объективных данных, результатов рентгеноконтрастного и эндоскопического методов исследований.

Анализ результатов оперативного лечения больных с рефлюкс–холангитом после холедоходуоденостомии показал, что причинами возникновения осложнения явились необоснованные показания к выполнению данного вида операции при отсутствии полноценного дооперационного обследования больных. Кроме того, в ходе операции были допущены серьезные технические ошибки.

Результаты. При рефлюкс-холангите у 11 больных с ХДА выполнили экономную резекцию желудка по Бильрот – II. У больных с узким общим желчным протоком, или когда ХДА был расположен в области луковицы двенадцатиперстной кишки (ДПК), рядом с привратником, ушить культю ДПК без блокирования ХДА не представлялось возможным. Для исключения этого нежелательного момента нами разработан и внедрен в клинику новый способ резекции желудка (патент РФ № 2011141), заключающийся в формировании дуоденоеюноанастомоза «конец в бок» на выключенной по Ру петле, который исключает прохождение пищи по ДПК.

По новой методике произведено 12 операций. Выбору данных видов операций способствовали неудачи при разобщении ХДА и формировании холедохоеюноанастомоза по Ру, выполнении гастроэнтероанастомоза по Вёльфлеру–Брауну с заглушкой ДПК по А.А. Шалимову. При первом варианте операции возникали технические трудности при выделении протока из гепатодуоденальной связки, особенно при его небольшом диаметре, в формировании билиодигестивного соустья. У 2 из 4 оперированных таким способом возникли ранние послеоперационные осложнений. У 1 пациента через 2 года после операции установлена стриктура билиодигестивного анастомоза, вследствие чего была произведена гепатикоеюностомия по Ру. У больных после гастроэнтеростомии с заглушкой по А.А. Шалимову в ближайшие 6 месяцев произошла реканализация двенадцатиперстной кишки с рецидивом рефлюкс-холангита, что в 3 наблюдениях обусловило необходимость повторной операции.

Выводы. Основными причинами развития рефлюкс–холангита являются технические ошибки при высоком наложении ХДА рядом с привратником. Выполнение, в качестве основного вмешательства, разобщения ХДА и холедохоеюностомии является наиболее сложным вариантом как по исполнению самого вмешательства, так и по ближайшим и отдаленным результатам. У больных с рефлюкс-холангитом после ХДА наилучшие результаты установлены после выполнения экономной резекции желудка по Б-II по разработанной нами методике.

ДИАГНОСТИКА ОБРАЗОВАНИЙ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Х.Х. Курбонов, С.М. Ахмедов, С.А. Авезов, Х.Г. Шамиров
Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН Республики Таджикистан
(Душанбе, Таджикистан)

Актуальность. Подслизистые новообразования желудочно-кишечного тракта – гетерогенная группа заболеваний, которая включает в себя разные опухоли и пороки развития в виде эктопии поджелудочной железы. Гастроинтестинальные стромальные (ГИСО) опухоли составляют 1% от всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта. В связи с возросшим в последнее время интересом врачей к этим новообразованиям все большее количество исследований посвящено изучению их морфологии и методам диагностики.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов диагностики 19 пациентов с подслизистыми новообразованиями верхних отделов желудочно-кишечного тракта, которые обратились в Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН за период с 2004 по 2013 г. Результаты патоморфологического исследования: лейомиома – у 8 больных, ГИСО – у 6, липомы – у 4, эктопированная поджелудочная железа с локализацией в желудке – у 1. При этом лейомиомы чаще обнаруживались в пищеводе (5), а ГИСО выявляли в желудке (5) и двенадцатиперстной кишке (1).

Всем пациентам были выполнены клинические, биохимические исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральная компьютерная томография (СКТ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) и, по показаниям, диагностическая лапароскопия (ДЛ).

Результаты. С помощью эндоскопических исследований визуализируют округлой или овоидной формы образования, деформирующие просвет органа, и покрытые, в большинстве наблюдений, неизмененной слизистой оболочкой. КТ и МРТ выявляют крупные образования, однако часто возникают трудности с определением органной принадлежности опухоли (подслизистые образования расценивают как опухоли печени, поджелудочной железы, неорганные забрюшинные опухоли). УЗИ, как правило, информативно, если образования не располагаются в стенке воздухсодержащих органов, где их визуализация затруднена вследствие экранирования УЗ-волн воздухом.

Выводы. Точная топическая диагностика опухоли чаще возможна по данным ЭГДС и диагностической лапароскопии, которые являются определяющими в выборе тактики лечения. Для дифференциальной диагностики подслизистых новообразований необходимо проведение иммуногистохимического исследования.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОДСЛИЗИСТЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Х.Х. Курбонов, С.М. Ахмедов, С.А. Авезов, Х.Г. Шамиров
Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН Республики Таджикистан
(Душанбе, Таджикистан)

Актуальность. Подслизистые новообразования гастродуоденальной зоны включают в себя разные опухоли, пороки развития в виде эктопии поджелудочной железы, дупликационных кист и встречаются до 0,4% от всех эндоскопических исследований. Эти новообразования считаются потенциально злокачественными, что заставляет кардинально изменить подход к диагностике и лечению пациентов. В связи с возросшим в последнее время интересом оперирующих хирургов к этим новообразованиям все большее количество наблюдений посвящено изучению их морфологии и методов лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 11 пациентов, которые обратились в Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН РТ за период с 2004 по 2013 г. Результаты патоморфологического исследования: лейомиома – у 4 больных, лейомиобластома – у 1, гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) – у 3, дупликационная киста – у 1, эктопированная поджелудочная железа с локализацией в желудке – у 2.

Всем пациентам были выполнены общеклинические и биохимические исследования, УЗИ, СКТ, ЭГДС.

Результаты. Учитывая сложности дооперационной диагностики и сохранение даже малого процента вероятности ошибки, выявленные подслизистые образования необходимо удалять с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Исключения составляют диссеминированные формы ГИСО, при которых необходимо лечение в специализированных центрах. При выборе хирургического доступа руководствуемся размером опухоли, ее распространением за пределы органа и наличием признаков злокачественности по данным УЗИ и диагностической лапароскопии.

В нашем институте выполнены клиновидные резекции желудка у 5 больных, где в 3 наблюдениях выявлены гастроинтестинальные стромальные опухоли с низким индексом пролиферации, в 2 – эктопия поджелудочной железы, в 1 – лейомиобластома. В одном из наблюдений у пациентки были обнаружены образования антрального отдела желудка размером до 1,5 см. Вследствие невозможности в дооперационном периоде полностью исключить ГИСО, пациентке было решено выполнить клиновидную резекцию желудка (верифицировали лейомиому). При лейомиомах пищевода и желудка, а также при дупликационной кисте произведена эндоскопия с целью диагностики, пациенты находятся под наблюдением.

Выводы. Подслизистые новообразования требуют серьезного обследования, диагностики и лечения с использованием современных методов. При локализации опухоли в мышечной пластинке слизистой и подслизистом слое целесообразно эндоскопическое удаление. При локализации образования в мышечном слое необходимо выполнение резекции стенки органа, несущего опухоль. Опухоли большого размера, выходящие за пределы органа и имеющие дооперационные признаки высокого риска злокачественности, требуют резекции с соблюдением всех онкологических принципов.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ «ТРУДНОЙ» ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ф.И. Махмадов[1], Ф.Х. Кузратов[1], С.Р. Рафиков[2]

[1]Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино (Душанбе, Таджикистан)

[2]Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров (Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: изучить непосредственные результаты «трудных» лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) у лиц старших возрастных групп.

Материалы и методы. Работа основана на анализе непосредственных результатов 28 «трудных» ЛХЭ пациентов, находившихся на лечении в период с 2010 по 2014 г. в клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абу Али ибн Сино. Мужчин было 7 (25,0%), женщин – 21 (75,0%). Возраст больных – от 63 до 82 лет.

К категории «трудного» желчного пузыря относили: перивезикальный инфильтрат и абсцесс, перихолецистит, рубцово-сморщенный желчный пузырь, интрапаренхиматозно расположенный

желчный пузырь, синдром Мириззи, спаечную болезнь после ранее перенесенной операции на органах брюшной полости, а также сочетание ЖКБ с циррозом печени.

Наш подход к решению вопроса тактики «трудного» желчного пузыря основан на анализе клинических, анатомических и технических факторов риска таких осложнений. Степень готовности пациентов к ЛХЭ определяли на основании нормализации клинико-лабораторных данных и результатов динамического УЗИ, дававшего информацию о состоянии желчного пузыря и окружающих его тканей. Однако у 5 больных данные УЗИ не позволили четко охарактеризовать изменения в области желчного пузыря, печеночно-двенадцатиперстной связки и исключить рубцово-инфильтративный процесс в этой зоне. В этих случаях для визуальной оценки указанной области и выбора вида радикальной операции использовали диагностическую видеолапароскопию.

Результаты. В 5 (17,8%) случаях при разделении спаек и выделении шейки пузыря было заподозрено наличие синдрома Мириззи, для подтверждения которого выполнена интраоперационная холангиография через пузырный проток (n=4), а при невозможности канюлирования пузырного протока – путём пункции гепатикохоледоха (n=1). Синдром Мириззи I типа был диагностирован у 4 (80%), Мириззи II типа – у 1 (25%) пациента.

При синдроме Мириззи I типа была успешно выполнена ЛХЭ. При синдроме Мириззи II типа в случае сформированного холецистохоледохеального свища осуществлена конверсия, традиционная холецистэктомия с интраоперационной холедохоскопией и санацией холедоха растворами антисептиков. Случаев повреждения структур ворот печени у лапароскопически оперированных нами больных не было, чему способствовало скрупулезное и тщательное выполнение ЛХЭ с учетом анатомических изменений.

В 3 (10,7%) наблюдениях у пациентов с «трудным» желчным пузырем отмечена такая сопутствующая патология, как цирроз печени. При этом достичь окончательного гемостаза ложа желчного пузыря удалось с помощью фибрин-коллагенового покрытия Тахокомб.

Субоперационные осложнения при ЛХЭ отмечены в 11,7% случаев в виде кровотечения из ложа желчного пузыря (n=2), которое удалось эффективно остановить с помощью пластин Тахокомба (n=1), аппликацией раствора Тугина (n=1) и подтекания жёлчи по контрольному дренажу (n=1), против 20,6% при традиционных холецистэктомиях. Непродолжительное (в течение 2–3 суток) подтекание желчи по контрольному дренажу, которое наблюдалось у 1 пациента, было остановлено консервативными мероприятиями, не потребовавшими повторных вмешательств. Случаев конверсии не отмечено.

Вывод. При наличии полноценного материального технического оснащения и квалифицированных специалистов выполнение ЛХЭ у этого тяжелого континента больных является эффективным и безопасным.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ф.И. Махмадов, К.М. Курбонов

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: улучшение результатов лечения острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. В исследование вошли 529 пациентов с различными формами острого панкреатита (ОП), пролеченные за последние 17 лет на базе ГКБ СМП г. Душанбе. Мужчин было 212 (40,1%), женщин – 317 (59,9%). Возраст пациентов – от 29 до 82 лет. Наиболее часто причиной ОП являлась желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – у 368 (69,5%) больных, злоупотребление алкоголем – у 96 (18,1%), посттравматические – у 29 (5,5%), идиопатическая – 21 (4,0%), и у 15 (2,8%) пациентов причины развития ОП определить не удалось. Согласно усовершенство-

ванной в клинике классификации больные с ОП были разделены по 4 основным формам: *легкая* форма (отечный панкреатит) – 362 (68,4%); *средней тяжести* (отек и мелкоочаговый некроз) – 93 (17,6%); *тяжелая* форма (крупноочаговый и сливной панкреонекроз) – 45 (8,5%); *крайне тяжелая* (субтотальный и тотальный панкреонекроз) – 29 (5,5%).

Для диагностики ОП применяли клинико-лабораторные исследования с определением уровня прокальцитонина (ПКТ) сыворотки крови, УЗИ, КТ и видеолапароскопию.

Результаты. На сегодняшний день наиболее эффективным методом диагностики ОП и его осложнений является УЗИ. Наличие ОП при УЗИ установили в 498 (94,1%) наблюдениях, при этом данный метод позволил выявить в 56% случаев наличие осложнений ОП.

Необходимым методом диагностики острого деструктивного панкреатита (ОДП) и его осложнений является определение уровня ПКТ сыворотки крови. У больных с ОДП, осложненного перитонитом и абдоминальным сепсисом, наблюдалось критическое его повышение до 6,4±0,04 нг/мл. Диагностическая лапароскопия выполнена в 79 наблюдениях, в 57 случаях ее эффективно трансфомировали в лечебное пособие.

Комплексное консервативное лечение оказалось эффективным у 378 (71,4%) пациентов. Различные варианты хирургических вмешательств выполнены в 94 (17,8%) наблюдениях, и в 57 (10,8%) случаях произведены видеолапароскопические вмешательства.

Различные специфические послеоперационные осложнения из 151 оперированных наблюдали у 34 (22,5%) пациентов. Летальных исходов – 16 (10,6%).

Вывод. Применение видеолапароскопических и открытых классических методов хирургического лечения гнойно-некротических очагов в сочетании с интенсивной инфузионной терапией позволяет улучшить результаты лечения ОДП.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕОТЛОЖНЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ ИЗ ТРЕХ ДОСТУПОВ У ЛИЦ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ф.И. Махмадов[1], К.М. Курбонов[1], Ф.Х. Кузратов[1], С.Р. Рафиков[2]

[1]Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино (Душанбе, Таджикистан)

[2]Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров (Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: выполнение неотложной лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) из трёх доступов у пациентов старших возрастных групп.

Материалы и методы. За период 2009–2014 гг. в отделении эндохирургии ГКБ СМП г. Душанбе выполнено 47 ЛХЭ из трёх доступов. Троакары устанавливали в пупочной, эпигастральной и правой подреберной областях. Инструмент последнего троакара служил как для захвата, так и для тракции желчного пузыря в области дна и кармана Гартмана. Предлагаемый способ выполнения лапароскопической холецистэктомии не усложняет операцию, однако дает хороший косметический эффект за счет уменьшения числа разрезов на брюшной стенке.

Все пациенты – женщины в возрасте от 65 до 79 лет. Случаев конверсии не было. Средняя продолжительность вмешательства составила 65 минут.

Результаты. Способ оперативного вмешательства определяли индивидуально, с учетом определенных критериев, таких как тяжесть состояния пациента, анамнез, объективный статус, данные УЗИ, тяжесть сопутствующих патологий и оценка степени операционного риска. Специальный отбор пациентов для лапароскопического вмешательства не производили. Этапы холецистэктомии не отличались от стандартной.

В послеоперационном периоде все пациенты отмечали незначительность болевого синдрома и высокий косметический результат вмешательства. Больные подвергнуты более ранней активизации: на (1,1±0,3)-е сутки после операции по сравнению с более поздней после традиционных холецистэктомий: на (3,7±0,2)-е сутки. Послеоперационные осложнения выявлены у 3 (6,4%) пациентов, из них у 2 (4,2%) был отмечен острый панкреатит, а у одной пациентки развилась тромбоэмболия мелких ветвей легочной артерии (2,1%). Данные осложнения купированы медикаментозной терапией. Количество и тяжесть послеоперационных осложнений у пациентов, которым были произведены ЛХЭ из трех доступов и стандартная ЛХЭ, приблизительно одинакова.

Продолжительность госпитализации с учетом сопутствующих патологий составила в среднем 4,0 койко-дня.

Вывод. Использование трех троакаров у больных старших возрастных групп позволяет минимизировать доступ при лапароскопической холецистэктомии без ущерба для качества и продолжительности операции, улучшая косметический результат вмешательства.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Ф.И. Махмадов[1], К.М. Курбонов[1], Ф.Х. Кузратов[1], С.Р. Рафиков[2]

[1]Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибн Сино
(Душанбе, Таджикистан)

[2]Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров
(Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: сравнительный анализ лапароскопической и открытой холецистэктомии у больных старших возрастных групп.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 127 историй болезни пациентов, перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) и традиционную холецистэктомию (ТХЭ) по поводу острого калькулезного холецистита (ОКХ) в период с 2006 по 2014 г. в отделении эндохирургии ГКБ СМП г. Душанбе. Пациентов пожилого возраста было 94 (74,0%), раннего старческого возраста – 30 (23,6%), глубокого старческого возраста – 3 (2,4%). Женщин – 105 (82,7%), мужчин – 22 (17,3%). Неотложная ЛХЭ произведена 76 (59,8%) пациентам, ТХЭ – 51 (40,2%). Среди обследованных больных наиболее часто встречались такие сопутствующие заболевания, как гипертоническая болезнь – 71 (66,3%), ишемическая болезнь сердца – 61 (57,0%), сахарный диабет – 29 (27,1%) и ожирение – 21 (19,6%) наблюдение.

Результаты. Среднее время операции во всех случаях составило 56,6 мин (диапазон 39–146), за исключением случаев конверсии (n=3), средняя длительность операции – 50,2 мин.

Деструктивные формы ОКХ отмечены у 49 (38,6%) больных, среди них катаральная форма – у 21 (42,8%), флегмонозная – у 20 (40,8%), гангренозная – у 8 (16,4%).

Средний койко-день составил 10,2%: 13,7% – при ТХЭ и 5,6% – при ЛХЭ. Пациенты после конверсии находились в стационаре в среднем 12,0 дней. Из 76 пациентов, которым выполнялась ЛХЭ, переход на конверсию осуществлен у 3 (3,9%). Причинами конверсии явились выраженный спаечный процесс в области гепатодуоденальной связки в 2 (2,6%) случаях, кровотечение – в 1 (1,3%).

Субоперационные осложнения при ЛХЭ отмечены в 10,5% случаев в виде кровотечения из ложа желчного пузыря (n=5) и подтекания желчи по контрольному дренажу (n=3) против 20,6% при ТХЭ. В послеоперационном периоде после ЛХЭ умер один пациент от тромбоэмболии легочной артерии.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ (ОПУХОЛЕЙ КЛАТСКИНА)

Ю.А. Пархисенко, В.Ю. Пархисенко, Ф.С. Коваленко, Р.С. Калашник
ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России (Воронеж, Россия)

Актуальность. Рак проксимальных желчных протоков составляет 10–-26,5% от всех злокачественных новообразований желчевыводящих путей. До настоящего времени резектабельность при опухолях Клатскина не превышает 20%, в ближайшее время после радикальной операции отмечаются рецидивы опухоли или продолжение ее роста, в результате чего пятилетняя выживаемость таких пациентов составляет 10–25%.

Цель исследования: улучшение диагностики и лечения опухолей проксимальных желчных протоков, осложненных механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 321 пациента в возрасте от 33 до 88 лет, находившегося на лечении в хирургическом отделении № 1 Воронежской областной клинической больницы № 1 с 2000 по 2013 г. по поводу опухолей внепеченочных желчных протоков, из них 126 (39,3%) больных с опухолями Клатскина.

Лечение механической желтухи вследствие опухолей Клатскина производили двухэтапным методом. Для оценки хирургической активности проанализировано соотношение больных, прооперированных радикально – 17 (13,5%) пациентов, паллиативно – 5 (4%), методом наложения холангиостомы под УЗ-контролем – 96 (76,2%) и пролеченных консервативно – 8 (6,3%) к общему числу больных с опухолями Клатскина.

Результаты. Традиционные инструментальные методы обследования таких пациентов дополнял разработанный в клинике способ уточнения уровня обструкции внепеченочных желчных протоков через ранее наложенную холангиостому – гидропрессивная МРХПГ. В период с 2009 по 2013 г. гидропрессивная МРХПГ выполнена 59 больным, у которых при фистулографии обнаруживали высокую стриктуру гепатикуса или его бифуркации. Для достижения результата применяли болюсное введение физиологического раствора в объеме 7–10 мл через холангиостому с последующей МРХПГ. Создание условий искусственной билиарной гипертензии после дренирования желчных путей с помощью гидропрессивной МРХПГ улучшает визуализацию протоковой системы печени, позволяет адекватно оценить распространенность опухолевого процесса и выбрать хирургическую тактику до операции.

Объем радикального оперативного пособия зависит от типа опухоли по классификации H. Bismuth – M.B. Corlette (1975): при *mune I* (4 пациента) производилась мобилизация и удаление новообразования в пределах здоровых тканей и при отсутствии опухолевого роста по линии резекции – наложение бифуркационно-еюнального анастомоза на выключенной петле по Ру. При *mune II* (4 пациента) выполнялась разработанная в клинике операция частичной резекции IV–V сегментов печени с выделением долевых протоков в области резекции и отсечением печеночных протоков в пределах здоровых тканей. При *mune IIIa* 1 пациенту произведена правосторонняя гемигепатэктомия, 3 больным – правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией бифуркации воротной вены и наложением порто-портального анастомоза. При *mune IIIb* 1 пациенту произведена левосторонняя гемигепатэктомия, еще 4 больным, помимо гемигепатэктомии, выполнены резекция бифуркации воротной вены и наложение порто-портального анастомоза.

Послеоперационная летальность, составившая 23,5% (4 пациента из 17), связана с большим объемом оперативного вмешательства, высокой частотой послеоперационных осложнений в виде внутрибрюшных кровотечений.

Выводы. Способ гидропрессивной МРХПГ является оптимальным для предоперационного выбора хирургической тактики у больных с опухолями Клатскина. Применение гемигепатэктомии, а также резекции воротной вены, ее ветвей, ветвей печеночной артерии с последующей их пластикой обеспечивает расширение возможностей хирургического лечения опухолей Клатскина.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

М.И. Прудков, И.В. Кочмашев, Ю.В. Мансуров, С.Д. Чернышов, А.П. Шушанов, С.В. Цап

Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Екатеринбург, Россия)

ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Целью применения эндоваскулярных хирургических вмешательств явилось достижение стойкого клинического эффекта у пациентов с непрерывными рецидивирующими кровотечениями из варикозно-расширенных вен пищевода различной этиологии.

С мая 2013 г. выполнено 15 эндоваскулярных хирургических вмешательств у 10 пациентов. Все больные имели портальную гипертензию различной этиологии. У 4 отмечен тромбоз воротной вены, у 1 – тромбоз селезёночной вены, 5 пациентов страдали циррозом печени. У всех больных наблюдали непрерывные рецидивирующие кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

Эндоваскулярные вмешательства с целью эмболизации и склерозирования варикозно-расширенных вен пищевода и желудка выполняли через просвет воротной вены. В 6 случаях для доступа к воротной вене использовали чрескожный чреспеченочный доступ, в 2 – чресселезеночный доступ. У 2 пациентов для установки катетера-интрадьюсера была выбрана подвздошно-ободочная вена, доступ к которой осуществляли путем лапаротомии. При удалении интрадьюсера пункционный канал в паренхиматозных органах эмболизировали спиралями или гемостатической губкой.

Через воротную вену выполняли катетеризацию притока воротной вены, чаще левой желудочной, в которую вводили вспененный 3%-ный Этоксисклерол в объёме 2–8 мл раствора (8–32 мл пены). В ряде случаев для обеспечения максимальной экспозиции склерозанта в венах применяли окклюзивный баллон. Эмболизационные спирали использовали для дополнительной проксимальной окклюзии эмболизированной вены с целью профилактики реканализации.

5 пациентам выполнена эмболизация селезеночной артерии по поводу гиперспленизма. Для эмболизации селезеночной артерии применяли бедренный доступ. У 1 пациента ввиду выраженной коагулопатии в качестве доступа была выбрана плечевая артерия. При эмболизации селезеночной артерии выполняли суперселективную катетеризацию сегментарных ветвей селезеночных артерий. В качестве эмболов использовали спирали, микрочастицы поливинилалкоголя. Из кровообращения выключались приблизительно нижние 2/3 селезенки.

Эндоваскулярные вмешательства были технически успешны во всех случаях, что подтверждено контрольными ФГДС и КТ-ангиографии. Рецидивов кровотечений не наблюдали.

Осложнения возникли у 2 пациентов. В одном случае развились геморрагические осложнения после пункции селезенки, после чего потребовалась спленэктомия. У одного пациента возникла кратковременная клиника преходящих нарушений мозгового кровообращения с полным

регрессом неврологической симптоматики в течение 10 мин. Позже по данным УЗИ сердца было доказано наличие у него функционирующего овального окна. При КТ головного мозга в последующем патологии выявлено не было.

Вывод. Эндоваскулярные хирургические вмешательства применимы в профилактике рецидивирующих кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и требуют дальнейшего изучения.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

М.И. Прудков, И.В. Кочмашев, Ю.В. Мансуров, А.П. Шушанов, Б.Б. Гафуров
ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Екатеринбург, Россия)
ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Цель исследования: изучить результаты первого опыта использования эндохирургических способов лечения при кровотечениях из ложных аневризм парапанкреатических сосудов при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. С 2012 г. в нашем отделении было пролечено 14 больных, поступивших из хирургических стационаров области по поводу кровотечений из ложных аневризм сосудов парапанкреатической зоны на фоне хронического панкреатита. Одна пациентка поступала дважды по поводу повторного кровотечения из артериальной ложной аневризмы другой локализации. Все пациенты были госпитализированы в неотложном порядке в тяжелом состоянии или состоянии средней тяжести. Два пациента поступили с клиникой продолжающегося желудочно-кишечного кровотечения, у 2 проявлений желудочно-кишечного кровотечения не было, наблюдался выраженный болевой синдром. Из 13 больных у 2 была механическая желтуха.

При поступлении всем пациентам выполняли ФГДС, УЗИ брюшной полости, КТ-ангиографию и последним этапом – ангиографию с диагностической и лечебной целью.

При этом эндоскопически было выявлено кровотечение у 2 больных с продолжающимся кровотечением. В 10 наблюдениях при компьютерной ангиографии выявлена экстравазация контраста или ложная аневризма. При ангиографическом прямом контрастировании сосудов источник кровотечения выявлен во всех случаях. В тех наблюдениях, когда при КТ-ангиографии предварительно был обнаружен источник кровотечения, время ангиографии значительно сокращалось из-за отсутствия необходимости поиска патологически измененного сосуда.

В 7 случаях наблюдали кровотечение из гастродуоденальной артерии, в 4 – из селезеночной артерии, в 3 – из панкреатодуоденальной артерии.

Результаты. В 13 наблюдениях выполнена эмболизация сосудов микроспиралями, в 1 – стентирование сосуда. Рецидивов кровотечений из зоны остановленного кровотечения мы не наблюдали.

Четыре пациента прооперированы в отсроченном периоде через 6 месяцев. Двум была выполнена продольная панкреатоеюностомия, двум другим – операция Фрея. При этом только у одного пациента имелась остаточная полость кисты в виде склерозированной полости менее 1 см, хотя на этапе остановки кровотечения киста была около 8 см, а сосудистая аневризма – около 3–4 см.

2 пациентам вторым этапом оперативное вмешательство выполнено не было, так как у них уменьшился диаметр главного панкреатического протока до нормальных и субнормальных размеров, полностью купировался болевой синдром. У больных компенсирован дефицит веса,

и жалоб они не предъявляли. Остальные пациенты находятся под наблюдением и готовятся ко второму этапу оперативного лечения.

Возможно, не все больные с сосудистыми осложнениями при хроническом панкреатите требуют повторного оперативного вмешательства. Эндоваскулярные хирургические методы лечения в ряде случаев могут являться окончательным методом хирургического лечения. Второй этап хирургического лечения необходимо выполнять в отсроченном периоде, после стабилизации состояния пациента.

Выводы. Эндоваскулярные хирургические методы лечения являются минимально инвазивным и надёжным способом остановки кровотечения из сосудов парапанкреатической зоны при хроническом панкреатите и являются первым этапом в хирургическом лечении осложненного хронического панкреатита.

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

М.И. Прудков, Ю.В. Мансуров, А.П. Шушанов, В.Г. Ощепков, С.В. Цап, И.Л. Старков, Б.Б. Гафуров

ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России (Екатеринбург, Россия)

ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая больница № 1 (Екатеринбург, Россия)

Цель исследования: изучение применения двухэтапной тактики хронического панкреатита, а также результатов внедрения новых способов лечения и диагностики.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2013 г. прооперировано 205 пациентов по поводу хронического панкреатита.

Первый этап хирургического лечения выполняли, когда более радикальная операция, на наш взгляд, была невыполнима, имела неоправданный риск интра- и послеоперационных осложнений или могла оказаться нецелесообразной, поскольку первый же этап имел шанс оказаться окончательным.

Результаты. Среди 50 пациентов, которым потребовалось двухэтапное хирургическое лечение, первым этапом было выполнено наружное дренирование панкреатической или парапанкреатической кисты – 26 (47%), наружное дренирование главного панкреатического протока – 7 (13%), прошивание кровоточащего сосуда, осложненного кровотечением из ложной панкреатической сосудистой аневризмы, или эндоваскулярная эмболизация аналогичной аневризмы либо приводящего к ней сосуда – 14 (25%), дренирование сальниковой сумки после несостоявшейся радикальной операции из-за крайне сложных местных условий – 8 (15%).

Во всех наблюдениях первый этап оперативного лечения осуществляли с целью улучшения как общего состояния пациента, так и местных условий для выполнения самой операции. Первый этап позволял купировать болевой синдром на фоне сформированного панкреатического свища, восстановить водно-электролитный, белковый балансы, купировать местные воспалительные изменения.

Радикальные хирургические вмешательства выполнены 153 пациентам. Из них панкреатогастродуоденальная резекция – 1 (1%), Бернский вариант резекции головки поджелудочной железы – 4 (2%), операция Фрея – 16 (11%), панкреатикохоледохоеюностомия с выключением двенадцатиперстной кишки – 3 (2%), продольная панкреатоеюностомия, в том числе с частичной резекцией головки поджелудочной железы, – 101 (66%), дистальная резекция поджелудочной железы – 4 (2%). В эту группу не вошли 7 пациентов, которым второй этап оперативного лечения ещё не выполнен.

С 2012 г. мы применяем эндоваскулярные хирургические методы лечения осложнений самого заболевания в качестве первого этапа лечения. Кроме того, при формировании панкреатоеюноанастомоза стали устанавливать разгрузочный дренаж через слепой конец петли тонкой кишки с целью разгрузки анастомоза и капельного введения в просвет анастомоза раствора аминокапроновой кислоты. Также в этот период мы начали выполнять КТ поджелудочной железы с криволинейной реконструкцией по оси главного панкреатического протока и санториниева протока. При необходимости осуществляли трехмерную реконструкцию взаимоотношения с сосудистыми структурами. Все эти мероприятия позволили снизить количество осложнений с 26 (22%) за период 2009–2011 гг. до 3 (8%) в 2012–2013 гг. Из 3 осложнений в период 2012–2011 гг. наблюдали две несостоятельности панкреатоеюноанастомоза и одно кровотечение из зоны анастомоза. Все осложнения были купированы консервативными методами.

Выводы. Этапный подход – эффективное решение проблемы лечения больных осложненным хроническим панкреатитом. Предпочтительный вариант реализации первого этапа – минимально инвазивные и эндоваскулярные технологии. Использование современных методов диагностики позволяет минимизировать риски интраоперационных осложнений и выполнить оперативное лечение в один этап.

ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ: ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

С.М. Ращинский[1, 2], С.И. Третьяк[1], Н.Т. Ращинская[2]

[1]Белорусский государственный медицинский университет (Минск, Беларусь)

[2]Городская клиническая больница скорой медицинской помощи (Минск, Беларусь)

Цель исследования: анализ принципов диагностики и лечения хронической дуоденальной непроходимости (ХДН) как варианта клинических проявлений хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. По нескольким критериям без рандомизации проведен проспективный анализ результатов обследования и выполнения различных вариантов операций у 38 пациентов. Они были оперированы в связи с наличием ХДН на фоне ХП с 1 января 2008 г. по 31 декабря 2011 г. на базе отделения хирургической гепатологии. Оценка результатов проведена с использованием опросника SF-36 v.2тм.

Результаты. В проанализированной группе из 38 пациентов основным синдромом (100% наблюдений), на основании которого пациенты были включены в группу проспективного исследования, являлись клинические признаки стеноза ДПК. Наряду с различной степени выраженности признаками ХДН у 100% больных присутствовал болевой синдром. Виду того, что интрапанкреатическая часть общего желчного протока была окружена рубцовой тканью, дополнительно синдром холестаза отмечен в 33 (86,8%) случаях. Дефицит массы тела более 10% был зарегистрирован в 26 случаях заболевания (68,4%). У 26 (68,4%) пациентов имел место специфический тип инсулиннуждающегося сахарного диабета. Средний возраст пациентов – Me [25%; 75%] = 42,5 [37,0; 50,2] года. Среди них было 35 (92,1%) мужчин и 3 (7,9%) женщины. У 35 (92,1%) больных удалось установить связь развития ХП с употреблением алкогольных напитков и табакокурением.

У 8 пациентов для коррекции осложнений была выполнена пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР) а в 30 случаях – локальная неанатомическая резекция головки поджелудочной железы в одном из вариантов операции Фрея. При выборе метода хирургического вмешательства руководствовались: размерами головки ПЖ, предполагаемой морфологической

картиной заболевания, техническими возможностями коррекции осложнений ХП со стороны близлежащих органов после выполнения различных видов хирургических вмешательств. На первом этапе исследования предпочтение отдавалось ППДР. В последующем единообразие принципов мобилизации головки ПЖ во время выполнения как ППДР, так и операции Фрея, практически одинаковое улучшение показателей качества жизни позволило отдать предпочтение различным вариантам операции Фрея для коррекции ХДН и других осложнений у пациентов, страдающих ХП. Сохранение ДПК благотворно влияет и на метаболизм глюкозы и экзокринную функцию ПЖ, так как в ДПК находится наибольшее количество клеток, продуцирующих холецистокинин и секретин, которые играют важную роль в гуморальной регуляции секреции ферментов поджелудочной железой.

После оперативного лечения у 30 опрошенных респондентов выявлено улучшение всех показателей, характеризующих физический и психоэмоциональный компоненты здоровья ($p<0,01$).

Выводы. Для установления причины ХДН у пациентов, страдающих ХП, следует использовать комплексный подход в диагностике этого осложнения с использованием СКТА ОБП и МРТ ХПГ. На выбор адекватного хирургического пособия при ХДН у пациентов, страдающих ХП, влияет характер осложнений, локализация основного патологического очага в ПЖ, предшествующее лечение и вероятность злокачественной природы поражения ткани ПЖ. Характер хирургического вмешательства не влияет на эндокринную и экзокринную функции ПЖ. ППДР целесообразно использовать в случаях, когда невозможно исключить малигнизацию процесса у пациентов, страдающих ХП, которая приводит к развитию ХДН.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В.А. Самарцев, Д.А. Минеев, П.Я. Сандаков
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера» Минздрава России (Пермь, Россия)

Актуальность. Частота деструктивного панкреатита, который сопровождается наиболее высоким уровнем летальности, достигает 20–30% (Buchler M., 2001; Савельев В.С., 2001; Бурневич С.З., 2003). Для оценки степени тяжести и прогноза течения острого панкреатита (ОП) используют различные компьютерно-томографические и ультразвуковые критерии, основанные на балльной оценке деструктивных изменений в поджелудочной железе (ПЖ) и окружающих тканях. Однако многие из них отличаются большой громоздкостью и не всегда удобны для применения в клинической практике (Федорук А.М., 2005; Frossard J.L. и соавт., 2008).

Цель исследования: оценить возможности комплексного ультразвукового исследования и сравнить его информативность с другими методами лучевой диагностики.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов различных способов ультразвукового обследования больных острым панкреатитом (1 001 чел.), находившихся на лечении в клинике общей хирургии лечебного факультета ПГМА за период с 2007 по 2013 г. с оценкой результатов по оригинальной шкале эхографических признаков характера и распространённости воспалительно-деструктивного процесса в ПЖ (свидетельство на интеллектуальный продукт № 73200700034 от 19.04.2007).

Результаты. У 80% больных отечным панкреатитом отмечалось увеличение ПЖ. Она была неоднородной эхогенной плотности с четкими контурами. Отек парапанкреатической клетчатки наблюдался у каждого 10-го больного, реже выявлялись острые скопления жидкости в сальниковой сумке (3,7%) и брюшной полости (2,1%). Средний балл по шкале эхо-признаков составил 4,3±1,1. По шкале Balthazar – Ranson изменения железы соответствовали категории В.

Стерильный панкреонекроз характеризовался увеличением индекса по шкале эхографических признаков в ПЖ более 14 баллов (чувствительность – 73%, специфичность – 87%). При эндосонографическом исследовании в 91,3% случаев отмечалось утолщение и инфильтрация задней стенки желудка. Соноэластографическая плотность ткани ПЖ по шкале BIRADS при стерильном панкреонекрозе соответствовала 4,2±0,4 балла. Маркером развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде лечения стерильного панкреонекроза считали уровень индекса по шкале эхо-признаков в ПЖ более 17 баллов (чувствительность – 85%, специфичность – 85%).

Индексы по шкале эхографических признаков в ПЖ (23,6±3,9 балла) и по шкале Balthazar–Ranson (9,7±2,3 балла) при инфицированном панкреонекрозе коррелировали между собой (Rs=0,91; p<0,0001) и были выше, чем у пациентов со стерильным панкреонекрозом (p<0,05). Эндосонографические изменения ПЖ не отличались от таковых у пациентов со стерильным панкреонекрозом. Показатели плотности паренхимы ПЖ по шкале Ueno (4,8±0,2 балла; p>0,05) были выше, чем у больных стерильным панкреонекрозом. Маркерами неблагоприятного прогноза послеоперационного периода служили индекс по шкале Balthazar–Ranson выше 10 баллов и индекс по шкале характера и распространённости эхографических признаков воспалительно-деструктивного процесса в ПЖ – более 20 баллов (чувствительность – 77%).

Выводы. Разработанный алгоритм ультразвукового обследования больных острым панкреатитом с количественной оценкой изменений по шкале оценки характера и распространенности воспалительно-деструктивного процесса в поджелудочной железе позволяет точно определить степень деструкции железы по баллам, которые тесно коррелируют со значениями индекса шкалы Balthazar–Ranson, и своевременно определить показания к хирургическому лечению.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОПРЕДЕЛЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПОСТНЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

В.А. Самарцев, П.Я. Сандаков,
Д.А. Минеев, Н.В. Ложкина
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

Актуальность. Проблема хронического панкреатита (ХП) является одной из актуальных проблем современной хирургической гепатологии. По данным различных авторов, чувствительность трансабдоминального ультразвукового исследования (УЗИ) при заболеваниях поджелудочной железы (ПЖ) составляет 37–94%, причем многие авторы считают, что результаты эхографии могут учитываться только для предварительного диагноза и являются основанием для применения более сложных методов: МРТ, КТ, РПХГ и эндоскопического УЗИ (Cummar P. и соавт., 1995).

Цель исследования: оценить возможности эндосонографии в диагностике ХП и выявлении его осложнений и влияние его на хирургическую тактику.

Материалы и методы. Представлены результаты обследования и лечения 31 пациента с обострением хронического постнекротического панкреатита, находившегося на лечении в клинике общей хирургии ПГМА за период с 2008 по 2014 г. Женщин было 11 (35,5%), мужчин – 20 (64,5%). Средний возраст больных – 46 лет. Клинические проявления имелись у всех пациентов. После выполнения традиционного УЗИ всем пациентам выполнялось эндосонографическое исследование по стандартной методике.

Результаты. Диагноз хронического панкреатита был подтвержден у всех пациентов; у 28 (90,3%) выявлены осложнения панкреатита, 11 оперированы с использованием мини-инвазивных технологий. Основной задачей эндоУЗИ в таких ситуациях являются дифференциальная диагностика структуры железы и определения показаний к консервативной терапии или активной хирургической тактики. У всех пациентов контуры железы были неровными и нечеткими, гетерогенной структуры. У всех пациентов выявлялись участки фиброза в паренхиме ПЖ от 2 до 4 мм в диаметре, не визуализированные при традиционном трансабдоминальном исследовании. Все участки деструкции локализовались в области головки и тела железы. Наибольшие диагностические трудности испытывали при наличии изоэхогенных участков фиброза в паренхиме ПЖ. Протоковую систему железы удалось лоцировать у 17 (54,8%) пациентов, из них локальные расширения вирсунгова протока выявлены у 12 (38,7%), причем у 11 (91,7%) из них лоцировались кальцинаты в протоке железы. У большинства пациентов при применении допплеровских методик отмечалось уменьшение васкуляризации паренхимы железы; локальный забрюшинный фиброз в виде участков повышенной эхогенности с неоднородной гиперэхогенной эхоструктурой диагностирован у 23 (74,2%).

Мелкие псевдокисты до 1 см в диаметре без связи с протоковой системой выявлены у 15 (48,4%) пациентов, из них у 8 (53,3%) поражение носило множественный характер. У 6 (19,4%) пациентов с большими псевдокистами, выявленными при трансабдоминальном УЗИ и подтвержденными на СКТ, эндоУЗИ выполняли с целью выявления наличия связи образований с протоковой системой железы. При её отсутствии выполняли проекционную мини-лапаротомию под ультразвуковым контролем с последующим наружным дренированием острой псевдокисты. Данный способ, в отличие от крупнокалиберного дренирования, позволяет осуществить более безопасный вход в брюшную полость, визуально и пальпаторно оценить окружающие ткани и полость псевдокисты и выполнить более адекватное её дренирование.

Выводы. Ультразвуковое исследование у пациентов, оперированных по поводу острого панкреатита, несет важную информацию о структуре поджелудочной железы, а эндосонография позволяет выявить осложнения, не визуализированные при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании, и избежать ненужных хирургических манипуляций.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.А. Самарцев, Д.А. Минеев, В.А. Гаврилов, А.С. Осокин
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

Актуальность. Результаты лечения острого панкреатита остаются актуальной проблемой современной хирургии. Уровень общей и послеоперационной летальности, особенно у больных с тяжелыми фоновыми заболеваниями, достигает 10,6–21%. Среди причин летальности одно из ведущих мест занимает эндотоксический шок, прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса и поздняя диагностика гнойно-септических парапанкреатических осложнений.

Цель исследования: определить эффективность метаболической терапии в комплексном лечении синдрома эндогенной интоксикации и профилактике гнойно-септических осложнений при остром панкреатите.

Материалы и методы. Проведен анализ обследования и лечения 1 830 больных острым панкреатитом. При первичном ультразвуковом исследовании интерстициальный панкреатит выявлен у 1 458 (79,6%) больных, острый деструктивный панкреатит – у 276 (15,1%), у 96 (5,2%) человек ультразвуковых признаков патологии поджелудочной железы не обнаружено. С целью выявления особенностей региональной гемодинамики 107 (5,8%) больным проведены дуплексные и триплексные ультразвуковые исследования сосудов чревного ствола и его ветвей. Пункции и дренирования брюшной полости под УЗИ-контролем выполнены 43 (2,4%) больным, из них 25(1,4%) проведено интраоперационное ультразвуковое исследование. Тяжесть состояния пациентов оценивали по шкале SAPS. Ультразвуковые исследования выполнены у 1 630 больных в динамике, от 2 до 9 раз.

Результаты. Метаболическую терапию Актовегином в раннем послеоперационном периоде получали 67 больных. Анализ результатов дуплексного и триплексного сканирования у 43 (2,4%) больных, получавших Актовегин, позволил установить, что при панкреонекрозе в фазе токсемии увеличивается скорость кровотока во всех сосудах системы чревного ствола, верхней брыжеечной артерии и в системе воротной вены в среднем в 1,5 раза и более. Сравнение гемодинамических показателей продемонстрировало, что наибольшая скорость кровотока наблюдается при геморрагическом и смешанном панкреонекрозе (выше в 2 раза и более), что свидетельствует о более выраженных нарушениях микроциркуляции и токсемии при этих формах.

Увеличение кровотока в системе чревного ствола является отражением наступления периода реактивной гиперемии, который следует за периодом ишемии и направлен на поддержание гемоциркуляции в ишемизированных тканях. Сохранение высокой скорости кровотока, признаков эндоваза льной компрессии в увеличенной поджелудочной железе указывает на текущий дегенеративный процесс в ней с распространением его на окружающую клетчатку и отсутствие положительной динамики от проводимого лечения. Актовегин – мощный антигипоксант, применяемый для лечения различных ишемических состояний и их последствий. Механизм действия препарата при остром панкреатите заключается в активации аэробного гликолиза за счет увеличения поступления в клетки и усиления утилизации ими глюкозы и кислорода. Это сопровождается активизацией ферментов цикла Кребса, ускорением распада лактата, уменьшением степени лактоацидоза, стимуляцией АТФ, улучшением лимфодренажной функции интерстиция, обмена веществ и жизнедеятельности панкреатоцита. Кроме того, применение Актовегина существенно уменьшает степень дезинтеграции иммунной системы. На фоне подобной терапии достигается нормализация показателей клеточного и гуморального звена иммунитета. Применение препарата в первую очередь обеспечивает сохранение активности опсоно-фагоцитарной системы.

Выводы. Комплексное лечение больных с острым тяжелым панкреатитом в сочетании с внутривенным введением Актовегина снижают степень эндогенной интоксикации, улучшают реологические свойства крови и стимулируют лимфодренажную функцию интерстиция парапанкреатической клетчатки. Гемодинамические нарушения при остром панкреатите сопровождаются систолической и диастолической миокардиальной дисфункцией, а также снижением фракции выброса.

МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

М.А. Сейсембаев, Д.С. Токсанбаев, Е.Б. Абдрашев, Н.К. Садыков, М.О. Досханов

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

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с кистозными образованиями поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В период с 2008 по 2013 г. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова пролечено 86 пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы. Мужчин 55 (63,9%), женщин – 31 (36,1%) в возрасте от 21 года до 88 лет. У большинства больных – 41 (47,7%) – имелись постнекротические (ложные) кисты поджелудочной железы. Неопластические кисты встречались у 31 (36%), посттравматические кисты – у 14 (16,3%) пациентов. Локализация кисты в головке ПЖ отмечалась у 19 (22,1%) пациентов, в теле – у 33 (38,4%), в хвосте – у 21 (24,4%), и еще у 13 (15,1%) пациентов встречались кисты множественной локализации.

Мини-инвазивные вмешательства при кистозных образованиях ПЖ выполнены у 25 (29,1%) больных, традиционные – у 61 (70,9%). Видеолапароскопическая операция на ПЖ проведена

у 12 пациентов; из них у 5 установлены дренажи в полость кисты с целью проточно-аспирационного наружного дренирования. С целью определения связи между панкреатическим протоком и кистой выполнялась интраоперационная цистография, при этом у 2 пациентов была выявлена связь между кистой и панкреатическим протоком, что явилось показанием к конверсии.

В 1 случае выполнена лапароскопическая центральная резекция ПЖ с дистальной панкреатоеюностомией «выключенной» по Roux петле тощей кишки. Одной пациентке выполнена лапароскопическая корпокаудальная резекция с сохранением селезенки, в 3 случаях – лапароскопический панкреатоцистоеюноанастомоз на Брауновском соустье.

Эндоскопическая цистогастро- или цистодуоденостомия с помощью стентов осуществлена трем пациентам. Показаниями явились постнекротические однокамерные кисты больших размеров (более 20 см в диаметре) при их близком расположении к желудку или двенадцатиперстной кишке.

В 8 случаях выполнено наружное дренирование кист поджелудочной железы под УЗ-контролем. Чрескожные дренирования производились только при постнекротических кистах поджелудочной железы, при этом использовались различные виды дренажной трубки (фирма «СООК» и «МИТ»).

Результаты. Интраоперационная кровопотеря при лапароскопических вмешательствах колебалась от 250,0 до 800,0 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 5 (5,8%) пациентов отмечался неполный наружный панкреатический свищ. На фоне проводимой консервативной терапии свищи самостоятельно закрылись. Летальных исходов не было.

Вывод. В лечении кистозных заболеваний поджелудочной железы необходимо приоритетно рассматривать возможность проведения мини-инвазивных вмешательств. При наличии современной эндоскопической аппаратуры, специальных расходных материалов, а также подготовленных специалистов такие вмешательства являются не менее эффективными по сравнению с открытыми, но менее травматичными, обеспечивая более быструю реабилитацию пациентов.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ МИКРОСФЕРАМИ В ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ПЕЧЕНИ

М.А. Сейсембаев, Д.С. Токсанбаев, Ш.А. Муканова, А.С. Исбамбетов, Б.К. Орманов, Ш.Т. Альпеисова, Р.А. Барлыбай

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

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) занимает 5-е место в мире среди наиболее распространенных злокачественных опухолей у мужчин и 8-е место – у женщин, являясь 3-й причиной смерти от онкологических заболеваний. Ежегодно регистрируют около 560 000 новых наблюдений. При этом радикальное удаление опухоли возможно только у 5–20% больных. Остальным пациентам, как правило, рекомендуется паллиативное лечение.

При нерезектабельном процессе прогноз, как правило, неудовлетворительный и выживаемость составляет несколько месяцев. Для улучшения этого показателя в последние годы все больше используются различные методики эмболизаций ветвей печеночной артерии и воротной вены, в том числе с помощью микросфер, насыщенных химиопрепаратом. Трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) эффективна не более чем в 16–55% случаев. Данный вид терапии может приводить к достоверному уменьшению объема опухоли, что, в свою очередь, предоставляет возможность проведения радикального лечения и значительного увеличения продолжительности жизни больных ГЦК.

Цель исследования: внедрение метода лечения неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномы в Республике Казахстан.

Материалы и методы. С августа 2013 г. в Национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова проведено 6 ТАХЭ пациентам с циррозом печени класса В по Child-Turcotte-Pugh и нерезектабельной гепатоцеллюлярной карциномой, у пяти из них диагностирован цирроз печени вирусной этиологии В и С (83,0%). Пациентам проводились процедуры эмболизации с использованием микросфер, насыщенных доксорубицином (максимальная доза: 150 мг, 100–300 мкм). Последующее наблюдение включало лабораторные исследования и компьютерную томографию, которые проводились через 1, 2 и 3 месяца после ТАХЭ.

Результаты. Непосредственные результаты операций были успешными во всех случаях. 4 больным проведены повторные курсы химиоэмболизации с межкурсовым интервалом 2 месяца. Серьёзных осложнений отмечено не было. Во всех случаях наблюдался постэмболизационный синдром. Технически процедура прошла успешно в 100% случаев: в результате всех проведённых процедур была достигнута полная деваскуляризация опухолей. Проведённая спустя 1 месяц компьютерная томография показала, что, хотя ни в одном случае не было достигнуто полного «ответа» опухоли, у 85% пациентов отмечалась частичная регрессия опухоли (до 50–70% от первоначальных размеров), у 25% пациентов – стабилизация процесса (отсутствие роста образований). Еще в 1 случае пациентка после проведения химиоэмболизации была успешно подвержена центральной резекции печени (Sg IVa, IVb). На данный момент все пациенты, которым проводилась ТАХЭ, наблюдаются в динамике.

Выводы. В настоящее время трансартериальная химиоэмболизация считается ведущим методом терапии в лечении пациентов с неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномой. Уникальные характеристики этой методики в сочетании с минимальной инвазивностью процедуры делают эту методику хорошим выбором в лечении пациентов, у которых ранее практически не было альтернативы.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ МЕДИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ И ОСТРОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ

Н.А. Терёхина, Е.В. Жидко, В.В. Хлебников
ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. ак. Е.А. Вагнера»
Минздрава России (Пермь, Россия)

В возникновении и развитии функциональных и структурных нарушений поджелудочной железы, печени при панкреатитах важную роль играет активация процессов свободнорадикального окисления. Белок острой фазы воспаления, антиоксидант церулоплазмин является главным переносчиком меди в плазме крови. Содержание меди в крови напрямую зависит от концентрации этого белка. Нарушения, возникающие в системе оборота меди в организме, являются причиной патологических процессов, в основном связанных с токсическим действием меди.

Цель исследования: изучить и сравнить содержание меди в плазме крови при обострении хронического панкреатита и острой алкогольной интоксикации. Содержание меди определяли спектрофотометрически в плазме крови 15 больных с обострением хронического панкреатита, 11 – с острым панкреатитом и 13 – с острым отравлением этанолом. Контролем служила кровь 11 здоровых людей.

Результаты. В плазме крови больных при обострении хронического панкреатита концентрация меди повышена в 2 раза (34,06 $\pm$ 3,46 ммоль/л) по сравнению с группой здоровых людей (17,5 $\pm$ 4,15 ммоль/л). При этом уровень меди в плазме крови больных прямо пропорционален тяжести поражений печени. Существенно увеличенным оказалось содержание меди в плазме крови 50 % больных с острым панкреатитом (45,72 $\pm$ 8,0 ммоль/л). В плазме крови остальных больных с острым панкреатитом достоверных изменений в содержании меди не установлено (19,63 $\pm$3,49 ммоль/л). При остром отравлении этанолом количество меди в плазме крови составило 12,97 $\pm$ 3,0 ммоль/л.

Известно, что медь, поступившая с белками-переносчиками в печень, хранится в гепатоцитах, выводится в плазму и желчь. Желчь – главный путь выведения меди из организма. При острых и хронических воспалениях высвобождается большое количество меди. Существует верхний предел концентрации меди, диктуемый физиологическими условиями, поскольку накопление избыточной меди нежелательно для организма. Очевидно, что при хроническом повреждении печени нарушается синтез белков, в том числе и медьтранспортирующих. При остром панкреатите синтез церулоплазмина не всегда нарушен и способен транспортировать медь, что, вероятно, зависит от степени повреждения гепатоцитов. Анализ содержания меди может быть использован для определения степени повреждения гепатоцитов и оценки эффективности лечения больных с панкреатитом.

Вывод. Определение содержания меди в плазме крови имеет прогностическое значение для определения степени поражения печени при панкреатитах.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

А.М. Тибилов[1, 2], М.С. Байматов[1], А.А. Кульчиев[2], А.А. Морозов[2], С.В. Тигиев[2], А.Г. Тавитова[1]

[1]Республиканская клиническая больница МЗ РСО-Алания (Владикавказ, Россия)

[2]ГБОУ ВПО Северо-Осетинская государственная медицинская академия Минздрава России (Владикавказ, Россия)

Цель исследования: Оценить эффективность чрескожных чреспечёночных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) в лечении механической желтухи (МЖ) опухолевого генеза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 500 больных с МЖ опухолевой этиологии, которым выполнено 1 200 ЧЧЭВ; длительность МЖ составляла от 3 до 120 дней; уровень сывороточного билирубина – от 30 до 650 мкмоль/л.

По уровню блока больные были разделены на две группы: дистальный – 340 больных, проксимальный – 160. У 350 пациентов уровень билирубина был более 200 мкмоль/л. Всем больным на первом этапе выполнялось наружное дренирование желчных протоков (НДЖП), на втором этапе – наружно-внутреннее дренирование (НВДЖП). У 100% с дистальным блоком желчных протоков (ЖП) и у 80% пациентов с проксимальным блоком ЖП на втором этапе выполнено НВДЖП. Больным с адекватной функцией билио-билиарного и билио-дуоденального НВДЖП производилось стентирование желчных протоков.

Результаты. ЧЧЭВ выполнено всем 500 больным; состояние полностью стабилизировалось у 395. Осложнения различной степени тяжести отмечены у 32 больных, из них тяжёлых – 4; умерло 2 пациента.

Выводы. ЧЧЭВ являются относительно безопасными и высокоэффективными методами лечения механической желтухи опухолевого генеза.

Выполнение НВД при дистальном уровне блока возможно практически во всех случаях, при проксимальном блоке – более чем в половине.

ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.С. Токсанбаев, Н.К. Садыков, А.С. Исбамбетов, М.О. Досханов, Е.Б. Абдрашев, Ш.А. Каниев

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

Наружное и внутреннее транспапиллярное дренирование желчных путей с использованием эндоскопической техники в настоящее время рассматривается как неотложное лечебное вмешательство при возникновении нарушения оттока желчи. Метод позволяет быстро и эффективно ликвидировать желтуху и явления холангита. В дальнейшем пациенту может быть проведено радикальное хирургическое лечение, а при наличии распространенного бластоматозного процесса или иных противопоказаний к радикальной операции – может служить альтернативой хирургическому лечению.

Цель исследования: изучить результаты эндобилиарного стентирования как мини-инвазивного способа восстановления оттока желчи при обструкции желчных протоков.

Материалы и методы. В отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» в период с 2009 по 2013 г. выполнено 27 эндобилиарных стентирований пациентам с патологиями поджелудочной железы, сопровождавшимися син-

дромом механической желтухи. Женщин – 9 (33,3%), мужчин – 18 (66,6%). Возраст больных – от 41 до 81 года, более 60% больных составили лица старше 60 лет. Применяли пластиковые или нитиноловые эндопротезы длиной от 5,0 до 12,0 см. Тип и диаметр эндопротеза подбирали индивидуально, в зависимости от уровня обструкции желчных путей и характера их поражения.

Результаты. Непосредственный технический успех при выполнении эндобилиарного стентирования был достигнут в 82% случаев. Осложнения отмечены в 5 (25%) наблюдениях: дислокация стента – 1 (3,7%); острый панкреатит – 3 (11,1%), кровотечение – 1 (3,7%).

Средний срок функционирования пластиковых протезов составил от 4 до 6 месяцев. Данные стенты предпочтительно использовались при планировании в дальнейшем радикального хирургического лечения. При наличии неоперабельных опухолей гепатопанкреатодуоденальной области наиболее эффективное и длительное дренирование желчных протоков обеспечивали нитиноловые стенты, средний срок их функционирования составлял до 1 года.

Вывод. Эндоскопическое эндопротезирование гепатикохоледоха является эффективным методом устранения механической желтухи и может рассматриваться как очередной этап совершенствования паллиативных методов лечения опухолей поджелудочной железы.

ДИСТАЛЬНЫЙ СПЛЕНОРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ КАК ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

П.К. Холматов

Таджикский государственный медицинский университет (Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения больных с циррозом печени (ЦП) и портальной гипертензии (ПГ) после наложения дистального спленоренального анастомоза (ДСРА).

Материалы и методы. Проведен анализ обследования и лечения 41 больного циррозом печени и портальной гипертензией в хирургическом стационаре за период 1993–2010 гг. При поступлении всем пациентам выполнены общеклинические, биохимические обследования с оценкой степени тяжести ЦП по Чайлд-Пью, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) с оценкой степени ВРВ пищевода и желудка по А.Г. Шерцингеру. Показаниями для ДСРА являлись варикозно-расширенные вены пищевода и желудка III степени и степень тяжести ЦП «А» и «В» класса по Чайлд-Пью.

Результаты. Эффективность операции ДСРА оценивали по наличию кровотечений из ВРВ в ближайшем и отдаленном периодах, уменьшении диаметра ВРВ пищевода и желудка. Послеоперационная летальность составила 7,3% (3 пациента). Причиной смерти во всех случаях были тромбоз анастомоза и повторное кровотечение из ВРВ пищевода и желудка в раннем послеоперационном периоде с развитием печеночной недостаточности. Следует отметить, что у этих пациентов во время наложения анастомоза имелись определенные технические трудности.

Выписаны 38 пациентов. У 4 (10,5 %) больных в отдаленном послеоперационном периоде (6 мес.) не отмечено уменьшения диаметра вен пищевода, а также кровотечения, вследствие чего при повторной госпитализации проведены от 1 до 3 сеансов склерооблитерации ВРВ пищевода.

Выводы. Результаты проведенных исследований доказали эффективность операции ДСРА как способа профилактики кровотечений из ВРВ пищевода и желудка при циррозе печени и портальной гипертензии.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

П.К. Холматов, А.А. Каюмов, У.У. Мансуров
Таджикский государственный медицинский университет (Душанбе, Таджикистан)

Цель исследования: оценить результаты комплексного лечения пациентов с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2013 г. в клинике на лечении находились 89 пациентов. Выполнено 47 эндоскопических склерозирований варикозно-расширенных вен пищевода у 26 пациентов. Всем пациентам с кровотечением производили экстренное ФГДС для выполнения эндоскопического склерозирования вен пищевода, а при невозможности остановки кровотечения устанавливали зонд Блэкмора–Сенгстакина. При достижении временного гемостаза выполняли эндоскопическое склерозирование. Паравазальное и эндовазальное склерозирование вен пищевода осуществляли 5–1,0% раствором этоксисклерола с последующей баллонной компрессией варикозно-расширенных вен пищевода. 4 пациентам эндоскопическое склерозирование вен пищевода выполнено на высоте кровотечения.

При стабилизации состояния гемодинамики у пациентов, купировании печеночной недостаточности (А, В класс по Чайлд-Пью), при давлении портальной системы выше 350 мм вод. ст. выполнены спленоренальные шунтирования: 4 проксимальных, 2 дистальных и 5 Н-образных; 4 из них – с применением сосудистого протеза «Gore-Tex» диаметром 8 мм, 1 – Н-анастомоз с применением аутовены. У 10 пациентов причиной портальной гипертензии явился цирроз печени, развившийся на фоне хронического гепатита В или С, у 1 – внепеченочная портальная гипертензия вследствие тромбоза воротной вены.

Результаты. Непосредственным результатом проведения комплексного лечения пациентов с портальной гипертензией явилось снижение летальности с 29,7% в 2011 г. до 12,6% 2013 г. Этапное эндоскопическое склерозирование вен пищевода позволило уменьшить количество пациентов, которым ранее была выполнена экстренная операция М.Д. Пациора. За этот период проведено 7 таких операций.

После спленоренального шунтирования в раннем послеоперационном периоде умер 1 пациент от тромбоза спленоренального анастомоза на фоне послеоперационного панкреатита. Выполнение Н-образного шунтирования позволило уменьшить интраоперационную кровопотерю, травмирование поджелудочной железы и обеспечило сохранение селезенки.

Выводы. Применение комплексного лечения пациентов с синдромом портальной гипертензии, этапные эндоскопические облитерации вен пищевода, выполнение Н-образных спленоренальных шунтирований, не сопровождающихся разрушением уже сформированных портосистемных коллатералей, позволили улучшить результаты лечения данной категории пациентов.

СПЛАНХНИЧЕСКАЯ ВАЗОКОНСТРИКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

С.Н. Чуклин, И.В. Осмиловская, О.Б. Усач
Львовская областная клиническая больница (Львов, Украина)

Острый панкреатит (ОП) характеризуется микро- и макрососудистой недостаточностью, которая может усилить некроз и являться причиной ишемического-реперфузионного повреждения. У больных острым некротическим панкреатитом уменьшается спланхнический кровоток

вследствие редукции сердечного выброса, а панкреатическая перфузия страдает еще и вследствие вазоконстрикции. Исследовать изменения в органном кровотоке можно разнообразными радиологическими методами, в частности ультразвуковым исследованием в режиме дуплексного сканирования.

Материалы и методы. Обследовано 16 больных острым панкреатитом при поступлении в клинику и 10 практически здоровых лиц (группа сравнения), которые были сопоставимы по возрасту и полу. Все пациенты поступили в клинику не позднее 48 часов от начала заболевания. Диагноз острого панкреатита основывался на результатах объективного обследования, биохимических показателях (концентрация панкреатической амилазы и липазы превышала верхнюю границу нормы более чем в три раза), данных ультразвукового обследования и компьютерной томографии. В формулировке диагноза использовали Международную классификацию острого панкреатита, принятую в Атланте (США) в 1992 году, с предложенными изменениями рабочей группы по пересмотру классификации острого панкреатита, принятыми в 2007 и опубликованными в 2008 году. У 7 больных диагностирован отечный ОП (легкий), у 9 – некротический (тяжелый). Ультразвуковое исследование выполняли на аппаратах SSA-660A XARIO (Toshiba Medical System, Япония) и Medison 9900 (Samsung, Республика Корея).

Методика ультразвукового исследования состояла из двух этапов: на первом этапе выполняли ультразвуковое исследование в В-режиме (общее абдоминальное исследование), на втором этапе – исследование кровотока в магистральных артериях (селезеночной, общей печеночной, верхней брыжеечной) по данным дуплексного сканирования (цветового и энергетического картирований и импульсной допплерографии).

На основании оценки спектра допплеровского сдвига частот определяли количественные параметры кровотока в артериальных сосудах:

– пиковую систолическую скорость кровотока ($V_{сист}$) – максимальную скорость кровотока в сосуде в систолу;

– конечную диастолическую скорость кровотока ($V_{диаст}$) – максимальную скорость кровотока в сосуде в конце диастолы;

– индекс периферического сопротивления (ИР – индекс резистентности) – отношение разности пиковой систолической и конечной диастолической скоростей кровотока к пиковой систолической скорости: $ИР = (V_{сист} - V_{диаст})/V_{сист}$.

Результаты. У больных отечным ОП в начале заболевания существенно увеличивалась пиковая систолическая скорость кровотока в общей печеночной и селезеночной артерии: в 1,20 и 1,16 раза соответственно. Одновременно в верхней брыжеечной артерии увеличивалась только конечная диастолическая скорость кровотока в 1,34 раза.

При проведении импульсной допплерографии сосудов у больных тяжелым панкреатитом наблюдали существенно повышенные средние показатели пиковой систолической скорости кровотока и индекса резистентности по сравнению с нормальными показателями и данными больных отечным панкреатитом во всех исследуемых сосудах.

Выводы. Повышение скорости кровотока по спланхническим артериям у больных острым некротическим панкреатитом и увеличение индекса резистентности свидетельствуют, скорее всего, о вазоспазме, а следовательно, и о повышении сопротивления току крови, что может способствовать спланхнической ишемии и усилению патологического процесса.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

А.А. Ширяев[1], Г.Х. Мусаев[1], С.С. Харнас[1], В.Б. Лощенов[2], В.В. Волков[2], В.И. Макаров[2]

[1]Университетская клиническая больница № 1 (Клиника факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко) ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Минздрава России (Москва, Россия)

[2]ФГБУН Институт общей физики им. А.М. Прохорова Российской академии наук (Москва, Россия)

Цель исследования: улучшение результатов лечения и качества жизни больных нерезектабельной холангиокарциномой печени.

Материалы и методы. В период с 2012 по май 2014 г. в Клинике факультетской хирургии на лечении находилось 4 пациента с нерезектабельной холангиокарциномой печени, которым применено комбинированное лечение по следующей программе: первым этапом выполнено чрескожное чреспеченочное желчеотведение под контролем УЗИ и рентгеноскопии; после купирования явлений желтухи, вторым этапом, произведено чресфистульное стентирование опухолевой стриктуры желчных протоков покрытым нитиноловым стентом с последующей антеградной одномоментной фотодинамической терапией под контролем рентгеноскопии. Пациентам внутривенно вводили препарат Фотосенс в дозировке 0,5 мг/кг массы тела за 24 часа до оперативного вмешательства. Сеанс фотодинамической терапии проводили при помощи гибкого оптоволоконного световода с цилиндрическим облучателем на дистальном конце. Подаваемая мощность лазерной системы излучения ЛФТ-675-01-БИОСПЕК с длиной волны 675 нм составила 1,5 Вт при плотности излучения 200 мВт/см^2. Длительность процедуры в среднем составляла 10 мин. По окончании терапии устанавливали страховочный дренаж на 1–2 суток. Перед выпиской всем пациентам выполняли контрольную фистулографию, при которой контрастный препарат свободно поступал через установленный стент в просвет двенадцатиперстной кишки. Осложнений во время операции не выявлено.

Результаты. Эффективность лечения оценивали по продолжительности жизни пациента. Продолжительность жизни первого пациента составила 21 месяц после лечения, второго пациента – 9 месяцев, третий и четвертый пациенты более 6 месяцев находятся под наблюдением.

Выводы. Применение комбинированных минимально инвазивных технологий при лечении больных с нерезектабельной холангиокарциномой печени, включающих чрескожные желчеотводящие методики под контролем УЗИ и рентгеноскопии с последующим стентированием опухолевой стриктуры и фотодинамической терапией последней, даже в однократном использовании является перспективным методом, в некоторых случаях значительно увеличивающим медиану продолжительности жизни.

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ

А.Ч. Шулейко, Ю.Н. Орловский, Ю.И. Вижинис

Белорусская медицинская академия последипломного образования (Минск, Беларусь)

Республиканский центр реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии (Минск, Беларусь)

Актуальность. Операции на поджелудочной железе (ПЖ) имеют специфические осложнения, наиболее опасные из которых – желудочно-кишечные кровотечения из зоны панкреатоеюноанастомозов (ПЕА) и несостоятельность ПЕА, которые зачастую сочетаются. Использова-

ние петли по Ру в плановой хирургии ХП создает уникальные возможности для профилактики и коррекции послеоперационных осложнений. Одной из возможностей является дренирование полости ПЕА.

Материалы и методы. Выполнено дренирование ПЕА 45 больным; из них 35 – через культю пузырного протока и сформированную холедохопанкреатостому (ХПС), 8 – через микроэнтеростомию петли по Ру, 2 – через сформированные кисты ПЖ в случае формирования панкреатоцистоеюноанастомозов. Наиболее часто применяется трансхоледохеальное дренирование через культю пузырного протока и ХПС при выполнении субтотальной резекции головки ПЖ. Данный вид дренирования ПЕА является наиболее востребованным, т.к. нагрузка на ПЕА значительно увеличивается ввиду поступления в анастомоз большого количества желчи. В 8 случаях дренирование проводили через микроэнтеростому петли по Ру с фиксацией дренажа по типу Витцеля, еще в 2 случаях – через псевдокисту с герметизацией катетера ее капсулой.

Результаты. Осложнений при постановке и извлечении дренажей ПЕА не было. В ряде случаев в связи с хорошей фиксацией в зоне ПЕА пациенты выписывались без их удаления, с последующим извлечением в амбулаторных условиях. При формировании ХПС в 35 случаях проведено трансхоледохеальное дренирование ПЕА с выведением дренажа через культю пузырного протока. Это дренирование выполняло роль стентирования зоны ХПС и обеспечивало дренирование зоны ПЕА в условиях увеличенного «дебита» продуцируемого содержимого за счет поступления в анастомоз всего объема желчи на период 1–4 суток до времени восстановления работы тонкой кишки Ру-петли. При использовании дренирования области ПЕА случаев его несостоятельности не отмечено. Несостоятельность ПЕА отмечена в двух наблюдениях у пациентов без дренирования зоны ПЕА. У 1 больного выявлено развитие панкреатической фистулы, которая зажила самостоятельно через 14 дней после операции. Ввиду несостоятельностей ПЕА выполнено его дополнительное ушивание с дренированием петли по Ру. В 7 случаях дренажи области ПЕА использовали для обеспечения энтерального питания в раннем послеоперационом периоде у пациентов со сниженным нутритивным статусом.

Предлагаем классификацию методов дренирования ПЕА:

1. По назначению:
   1.1. Профилактическое.
   1.2. Лечебное.
   1.3. Для организации энтерального питания.
   1.4. Диагностическое.
2. По методу выведения:
   2.1. Через петлю по Ру.
      2.1.2. Через отводящую,
      2.1.3. Через приводящую.
   2.2. Через культю пузырного протока.
   2.3. Через псевдокисту головки ПЖ.
   2.4. Через псевдокисту хвоста и вирсунгов проток.
   2.5. Через ДПК и назогастральный зонд.

Выводы. Дренирование полости ПЕА является важным компонентом системы профилактики развития послеоперационных осложнений у больных с ХП, а при несостоятельности ПЕА – важнейшим компонентом лечебного пособия. Дренирование ПЕА предоставляет диагностические возможности для контроля эффективности выполненной операции по ликвидации панкреатической протоковой гипертензии, а также контроля развития осложнений (кровотечения, несостоятельности). Немаловажное значение имеет возможность перехода от дренирования к введению медицинских препаратов в просвет анастомоза или петли по Ру, в том числе для энтерального питания.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Bismuth Henri. 10
Esposito I. 28
Абалян А.К. 196
Аббасова С.С. 62
Абдрашев Е.Б. 228, 231
Абдульянов А.В. 213
Абрамов Е.И. 65
Абызов И.Н. 198
Авдей Е.Л. 76, 77
Авдосьев Ю.В. 15
Авезов С.А. 214
Агапитов Ю.Н. 108
Агапов М.А. 22, 161
Адамович Д.М. 89, 123
Ажибеков С.Ж. 190
Азизов З. 97
Айдемиров А.Н. 116, 185, 186, 196
Акбаров М.М. 3, 49, 50, 134
Акилов Х.А. 4
Алейникова Е.С. 193
Алексанян Г.Б. 162
Алиджанов Ф.Б. 111
Алиев А.К. 132
Алиханов Р.Б. 5, 30, 31,32
Аллазаров У.А. 163, 183
Альпеисова Ш.Т. 229
Аминов И.Х. 41
Амонов Ш.Н. 187
Амонов Ш.Ш. 187
Андон Л.Г. 100
Андреев А.В. 110, 141
Андрианов А.В. 164
Анисимов А.Ю. 5
Анисимова О.В. 144, 148
Анищенко В.В. 7
Антюфриева Д.А. 164
Анюров С.А. 198
Аргучинский И.В. 154
Арипова М.У. 7, 78, 79, 97
Арипова Н.У. 7, 48, 78, 79, 111
Арсютов В.П. 198
Артемьев А.И. 19, 20, 21
Артемьева Н.Н. 127
Арутюнов С.Э. 15, 196
Асакеев Н.А. 191
Асраров А.А. 104
Астанков Р.А. 136
Аутлев К.М. 112
Ахаладзе Г.Г. 80
Ахмедов С.М. 8, 9, 81, 188, 189, 214
Ахмедов С.М. 49
Бабаджанов А.Х. 50
Бабаджанов Ж. 7
Бадалова Ж.Э. 34
Баженова О.В. 126
Байматов М.С. 231
Барлыбай Р.А. 229
Баттаев А.И. 161
Бахнивский В.С. 91, 92, 124, 152, 153, 210
Бебезов Б.Х. 190, 191
Бебуришвили А.Г. 82, 113, 192, 193
Бекшоков А.Б. 49
Бекшоков А.С. 148
Белоконев В.И. 114
Беркинов У.Б. 115, 143
Бернштейн М.А. 127
Беспалов А.А. 83
Бессонова Е.Н. 56
Благитко Е.М. 83
Благов Д.А. 108
Богомолов Н.И. 11, 84, 116
Болонкин Л.С. 76
Болотина Л.В. 194
Большов А.В. 157
Бордаков В.Н. 23
Борисов Д.Л. 56
Борлаков В.Р. 140
Боровик В.В. 54
Бородач А.В. 195
Бородач В.А. 195
Бородин М.А. 84
Бочко В.Н. 23
Бражникова Н.А. 98, 133
Брехов Е.И. 12, 13, 145
Бронштейн П.Г. 159
Будаев А.В. 178
Будзинский С.А. 158
Булынин В.В. 101
Бурлаченко Е.П. 33, 34

Бурнышев И.Г. 126, 146
Бутра Ю.В. 18
Бушуев А.В. 39
Важенин А.В. 70
Ванькович А.Н. 29, 30
31,32
Вафин А.З. 116, 185
186, 196
Вахеева Ю.М. 121
Веденин Ю.И. 82, 113,
192
Велигоцкий Н.Н. 15, 196
Ветшева Н.Н. 16
Вижинис Е.И. 52
Вижинис Ю.И. 18, 235
Вильдеман В.Э. 58
Винников С.В. 209
Виноходова Е.М. 61
Вовк А.В. 114
Войновский А.Е. 17, 197
Волков А.Н. 198
Волков В.В. 198
Волков В.В. 235
Воробей А.В. 18, 52
Ворончихин В.В. 198
Восканян С.Э. 19, 20, 21
Гаврилов В.А. 58, 226
Гайнулин Ш.М. 117
Галимзянов А.Ф. 207
Галимзянов Ф.В. 22, 85,
147, 199
Гальперин Э.И. 80, 119
Гараев М.Р. 86, 99
Гасанова Г.А. 62
Гаус А.А. 88
Гафуров Б.Б. 22, 85,
147, 199,
221, 222
Гаюров У.Х. 87
Генюк В.Я. 101
Глебова А.В. 127
Голубь Я.Я. 160
Гольбрайх В.А. 200, 208
Голяновский О.В. 47
Гомозов Г.И. 128
Гончаров С.А. 102
Горовиц Э.С. 60
Горохов А.В. 168
Горский В.А. 22
Гранов Д.А. 54, 156
Грицаенко А. И. 86, 99, 138
Гришин И.Н. 23, 25, 120
Гришина Е.Е. 176
Губарев К.К. 21
Губина И.А. 51
Гулахмадов А.Д. 97
Гульмурадов Т.Г. 187
Гусев А.В. 121
Давлатов Дж. 97
Давлиев М.К. 207
Дану М.И. 100
Дарвин В.В. 88, 201
Девятов А.В. 50, 134
Делибалтов К.И. 116, 174
Демин Д.Б. 202
Дерябина Е.А. 65
Джамалов С.И. 111
Джафаров С.М. 125
Дзидзава И.И. 94
Дзядзько А.М. 76
Добровольский А.А. 38, 93
Довбенко О.В. 122
Дорофеев В.Д. 86, 99
Дорофеева Т.Е. 65
Досханов М.О. 228, 231
Драч Л.Л. 174, 206
Дроздов П.А. 165
Дронов А.И. 122
Дуберман Б.Л. 64
Дубровский А.В. 5
Дуйсебеков М.О. 139
Дундаров З.А. 26, 89
123, 203
Дурлештер В.М. 110, 141
Дустов А.Д. 9
Дутка Я.Р. 27
Дымников Д.А. 209
Дюжева Т.Г. 80, 119
Дюков А.К. 33, 34
Егоров А.В. 144, 148
Егоров В.И. 28, 29, 30
Елькин А.В. 205
Еремеев А.Г. 12, 13
Еремеев В.А. 117
Ермаков Н.А. 39
Ермолаева Н.К. 208
Ершов К.Г. 107, 205
Ершова А.И. 166
Ефанов М.Г. 30
Ефремов А.В. 121
Ефремов А.П. 65
Жаворонкова О.И. 16, 74

Жемерикин Г.А. 72
Жеребцов Ф.К. 54
Живица С.Г. 109
Жидко Е.В. 230
Забежинский Д.А. 19, 20, 21
Завьялов А.А. 136
Загидов М.З. 149
Загидова А.М. 149
Загородских Е.Б. 71
Замалеев А.З. 207
Заривчацкий М.Ф. 59, 90, 126, 150
Захлевный А.И. 21
Земляной В.П. 33, 34 205, 206
Зимагулов Р.Т. 207
Зинченко О.А. 88
Зубарева Н.А. 60
Зубик Н.В. 201
Зыблев С.Л. 26, 89, 123
Зюбина Е.Н. 82, 113
Ибадильдин А.С. 151
Иваненков И.М 167
Иванов А.С. 174, 205, 206
Иванов В.В. 112
Иголкина Л.А. 208
Ильина У.Б. 88
Имамова А.М. 84
Индейкин А.В. 17, 197
Ионин В.П. 93
Ионкин Д.А. 16, 35, 36, 74
Исбамбетов А.С. 139, 229, 231
Кабанов М.Ю. 209
Каганов О.И. 212
Кадощук Т.А. 91, 92, 124, 152, 153, 210
Казаков И.В. 30, 31, 32
Калашник Р.С. 168, 219
Калинников В.В. 12, 13, 145
Калонов А.Н. 3
Каниев Ш.А. 139, 231
Каниковский О.Е. 91
Каримов Ш.И. 125
Кармацких А.Ю. 66
Карпов А.А. 170
Карпунина Т.И. 60
Карсанов А.М. 129
Катайкин А.Н. 198
Кашкин Д.П. 94
Каюмов А.А. 233
Ким П.П. 30, 31, 32
Кипшидзе А.А. 109
Кириллов Ю.В. 205
Кирилюк А.А. 138
Кирковский Л.В. 76
Кислицин Д.П. 38, 93
Климова Н.В. 88
Ковалев В. А. 181
Ковалева З.В. 114
Коваленко З.А. 39
Коваленко Ф.С. 219
Козлов А.В. 211
Козлов А.М. 212
Козлов С.В. 108, 212
Козырин И.А. 39
Кокин Е.Ф. 101
Колеватов А.П. 150
Колмаков А.А. 208
Колмачевский Н.А. 38, 93
Колыванова М.В. 90, 150
Колышев И.Ю. 19, 21
Кондаков В.И. 192, 193
Кондрашин С.А. 144
Корниецкая А.Л. 194
Коробов М.В. 145
Королева А.А. 36
Коротков С.В. 76, 77
Косяк А.А. 150
Котельникова Л.П. 126
Котенко К.В. 20, 21
Котив Б.Н. 94
Котиева А.Ю. 158
Коханенко Н.Ю. 127
Кочатков А.В. 39
Кочмашев И.В. 220, 221
Кошелева О.К. 28
Кравцов В.И. 151
Красильников Д.М. 84, 213
Краснов А.О. 40, 41
Краснов К.А. 39, 40, 41, 178
Краснов О.А. 41
Красюк О.Н. 203
Кубышкин В.А. 5
Кугаев М.И. 42,63, 75
Куданкин Р. 150
Куджева Ф.А. 196

Кузратов Ф.Х. 215, 217, 218
Кузьменко В.В. 136
Кукош М.В. 128
Кулезнева Ю.В. 95
Кульчиев А.А. 129, 231
Кунгурцев С.В. 35, 74
Курбонов К.М. 42, 87, 97, 130, 131, 137, 216, 217, 218
Курбонов Х.Х. 214
Куркин А.В. 53
Кучумов А.Г. 58
Лагодич Н.А. 18
Лагодич С.Н. 23
Лайков А.В. 202
Лапуда О.Д. 17
Лебедев А.К. 121
Лебедев С.В. 12, 13
Левешко А.И. 110
Левченко Н.В. 43, 45
Леднева А.В. 61, 62
Леоненко И.В. 22
Ли Э.А. 4
Лим В.Г. 78,79, 97
Лин В.В. 26
Логинов Е.В. 201
Ложкин М.В. 194
Ложкина Н.В. 225
Лой А.В. 23
Лощенов В.Б. 235
Лубянский В.Г. 154
Лысак М.М. 201
Лядов В.К. 39
Лярский С.П. 42, 75
Магзумов И.Х. 48, 78, 79
Мадатов К.А. 78
Майоров В.М. 26, 89, 123, 203
Майстренко Н.А. 132
Макаров В.И. 235
Маланка М.И. 116
Малова И.И. 213
Мамашев Н.Д. 190, 191
Мамчич В.И. 47
Мандриков В.В. 82
Мансуров В.Х. 188
Мансуров У.У. 233
Мансуров Ю.В. 220, 221, 222
Маскин С.С. 200
Маслов В.Г. 56, 103
Матмуратов С.К. 7, 48
Матюхин В.В. 200, 208
Матякубов Х.Н. 4
Махмадов Ф.И. 42, 130, 215,216, 217, 218
Махожев А.М. 140
Машурова Е.В. 196
Мелехина О.В. 30, 31, 32
Мерзликин Н.В. 98, 133
Мешков М.В. 105
Мизгирев Д.В. 64
Минеев Д.А. 224, 225, 226
Минов А.Ф. 76
Миргасимова Д.М. 213
Михеев Ю.А. 109
Михин С.В. 192, 193
Мнацаканян Э.Г. 116
Мозговой П.В. 82, 192, 193
Морозов А.А. 129, 231
Мугатаров И.Н. 90, 126, 150
Муканова Ш.А. 229
Мурадов Г.Г. 206
Мурашов И.Ю. 21
Мусаев Г.Х. 49, 72, 144, 148, 235
Мусатов А.В. 95
Мыльников А.Г. 158
Набиев А.Н. 7
Нагловская Т.П. 47
Надвикова Е.А. 70
Назирбоев К.Р. 57, 171
Назиров Ф.Н. 111
Назыров Ф.Г. 49, 50, 134
Найденов Е.В. 19, 20, 21
Налбандян А.Г. 7
Налетов В.В. 117
Нартайлаков М.А. 99
Насташенко А.И. 122
Насташенко И.Л. 122
Натрошвили И.Г. 135
Негардинов А.З. 39
Некрасова Т.П. 72
Николаев Н.М. 117
Никонов С.Д. 62
Никулина С.А. 136, 155

Нишанов М.Ш. 49, 134
Нурыев А.А. 176
Ованисян Д.Р. 174
Овсяник Д.М. 172
Олевская Е.Р. 51, 65
Онищенко С.В. 201
Орлов О.Г. 56, 187
Орловский Ю.Н. 18, 52, 235
Орманов Б.К. 229
Осипов Н.Г. 17
Осмиловская И.В. 233
Осокин А.С. 58, 226
Отдельнов Л.А. 173
Ощепков В.Г. 222
Павленко П.П. 51
Павлов Ю.В. 174
Павлюк Г.В. 100
Пайков И.А. 57
Пайчадзе А.А. 194
Пак В.Н. 133
Палатова Л.Ф. 71
Панафидин И.С. 103
Панюшкина Г.М. 53
Парадкар Н. 176
Парнова В.А. 148
Пархисенко В.Ю. 219
Пархисенко Ю.А. 53, 101, 219
Пащина С.Н. 83
Пельц В.А. 39, 40, 41
Петрик С.В. 127
Петров В.Н. 197
Петров Л.О. 194
Петров Р.В. 28, 29, 30
Петрушенко В.В. 91, 92, 124, 152, 153, 210
Пимкин С.М. 192, 193
Писаренко С.С. 100
Пискун А.Б. 68, 106
Плюта А.В. 108
Погадаев В.В. 138
Погосян Г.А. 116, 174
Погребняков В.Ю. 102
Подгорнов В.Ф. 98, 133
Подольский Е.Н. 55
Поздеев В.Н. 64
Поздеев С.С. 64
Полехин А.С. 54
Поликарпов А.А. 54, 156, 211
Полуэктов В.Л. 55, 136, 155
Поляков И.С. 175
Пранкевич Н.Н. 136, 155
Пропп А.Р. 136, 155
Прудков М.И. 22, 56, 66, 85, 135, 147, 187, 199, 220, 221, 222
Прядко А.С. 132
Пугачев А.Н. 138
Пышкин С.А. 51, 56, 103
Раджабов А.М. 81
Раздрогин В.А. 138
Рамазон Мухаммад Исо. 42
Расулов Н.А. 42, 81, 131 137, 188
Ратникова Н.К. 28
Рафиков С.Р. 215, 217, 218
Рахимов Р.Р. 176
Рахманов С.У. 104, 125, 143
Рачабов А.М. 57
Ращинская Н.Т. 157, 223
Ращинский С.М. 157, 223
Рой С.В. 185
Романенков С.Н. 201
Ромащенко П.Н. 132
Рудаков В.С. 21
Руденок В.В. 23
Руммо О.О. 76, 77
Рыбачков В.В. 138
Саатов Р.Р. 3
Савченко А.В. 69
Садыков Н.К. 139, 228, 231
Саенко Д.С. 98
Сайдазимов Е.М. 3, 49, 134
Саидмуродов А.С. 8, 9, 189
Саипов М.Б. 98
Сайфутдинов И.М. 207
Самарцев В.А. 58, 126, 224, 225, 226
Самоходов С.Ю. 138
Сангаджиев С.Б. 207
Сандаков П.Я. 224, 225
Сафаров Б.Д. 8, 9, 81, 188, 189
Сахибоев Д.П. 104, 143
Сахно В.Д. 141

Свиридова М.Г. 53
Свистунов И.О. 12, 13
Сейсембаев М.А. 139, 228, 229
Семенов С.А. 7
Семенцов К.В. 209
Сероус Ю.В. 49
Сероштанов В.В. 154
Сигуа Б.В. 33, 34
Сидоров Д.В. 194
Силаев М.А. 65
Силина Т.Л. 28
Ситников В.А. 62
Славин Л.Е. 207
Сметанин Д.В. 150
Смирнов Е.А. 95
Смоленцев С.В. 150
Смольков А.А. 90, 150
Солдатенко Н.В. 59
Солдатов С.А. 94
Солодов Ю.Ю. 202
Соснин Д.Ю. 60
Сохарев А.С. 41, 178
Спиридонов В.И. 128
Спиридонов Е.Г. 82, 193
Спиридонов С.И. 84
Старков И.Л. 222
Старостин С.А. 105
Старостина Н.С. 28, 29, 30
Старцев А.Б. 40, 41
Степанова Ю.А. 16, 36
Стрижков Н.А. 179
Струсский Л.П. 3
Стукан С.С. 91, 92, 124, 152, 153, 210
Стяжкина С.Н. 61, 62, 73
Суворова Ю.В. 156
Сугак Т.В. 146
Султанова М.В. 61, 62
Суров Э.А. 190, 191
Сушков А.А. 42, 75
Сычев А.В. 145
Сятковский А.Р. 42, 63, 75
Табаров З.В. 8, 9, 81, 188, 189
Тавитова А.Г. 231
Тагаева А.А. 49
Тарабукин А.В. 64
Таразов П.Г. 54, 156, 211
Тарасов А.Н. 65
Татаринов А.П. 12
Татаршаов М.Х. 140
Терёхина Н.А. 59, 230
Тетерин Г.В. 107
Тибилов А.М. 231
Тигиев С.В. 129, 231
Тихонов П.А. 180
Тишанский В.С. 198
Ткачев М.В. 212
Токаренко Е.В. 110, 141
Токсанбаев Д.С. 139, 228, 229, 231
Толкаева М.В. 98
Томцев Д.А. 66
Торопов А.В. 155
Трапезников Е.В. 103
Третьяк С.И. 157, 223
Туракулов У.Н. 3
Уметалиев Т.М. 190, 191
Усач О.Б. 67, 233
Уткин И.Ю. 61
Фадин Б.В. 56
Федерякин Д.В. 12, 13
Федоров Е.Д. 158
Федоровский В.В. 105, 142
Федорук А.М. 68, 69, 106
Федун О.В. 94
Федюнин А.А. 21
Фелештинский Я.П. 47
Филатов А.А. 181
Филиппцов А.В. 53
Фомин В.С. 117
Фомина М.Н. 117
Хавень Б.Н. 102
Хаджибаев Ф.А. 115, 125, 143
Хакимов М.Ш. 104, 115, 125, 143
Хакимов Ю.У. 49
Хальзов В.Л. 107, 205
Харнас С.С. 235
Харьков Д.П. 69, 76, 77, 106
Хасанов В.Р. 104, 125, 143
Хлебников В.В. 230
Хлебникова Ю.А. 133
Холматов П.К. 232, 233
Холматов Ш.Т. 143
Хорев А.Н. 108

Хорев И.А. 182
Хорева М.В. 22
Хряков Е.В. 155
Хрячков В.В. 38, 43, 45, 93
Хункуй И. 114
Цап С.В. 220, 222
Цвиркун В.В. 30, 31, 32
Ценев А.А. 155
Цхай В.Ф. 98, 133
Чайченко Д.В. 70
Чевокин А.Ю. 80, 119
Черкасов В.А. 71
Черноусов А.Ф. 72
Чернышов С.Д. 220
Чернышова Т.Е. 73
Чжао А.В. 16, 35, 74
Чуклин С.Н. 27, 67, 233
Шабалин А.Ю. 17, 197
Шабалин М.В. 21
Шавалиев Р.Р. 45
Шамиров Х.Г. 214
Шаповальянц С.Г. 158
Шарашкина Л.В. 113
Шаропов А.Н. 183
Шах Б.Н. 209
Шахназарян А.М. 186
Шахназарян Н.Г. 186
Швец Д.С. 212
Шелепов С.В. 133
Шелкопляс Э.Н. 54
Шепелев А.А. 110
Шестопалов С.С. 65
Ширяев А.А. 235
Ширяев Ю.Н. 127
Шкурин Д.А. 55
Шляхова М.А. 159
Шмакова Е.А. 7
Шмидков Н.В. 53
Шнейдер В.Э. 160
Шрайнер И.В. 39
Штофин С.Г. 7
Штурич И.П. 42, 75
Шукуров Б.М. 192
Шулейко А.Ч. 18, 52, 235
Шуракова А.Б. 36, 74
Шутов В.Ю. 55
Шушанов А.П. 220, 221, 222
Щастный А.Т. 42, 63, 75
Щёкотова А.П. 71
Щерба А.Е. 76, 77
Эпштейн А.М. 64
Эсенгулов Ч.Т. 190
Юдин А.В. 116
Юриченко Ю.Ю. 72
Яковец Н.М. 106
Яковлева Д.М. 209
Якупов А.Ф. 207
Янин Е.Л. 112
Ярешко В.Г. 109
Яхин Р.Р. 207

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел I
НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ
И ПАНКРЕАТОЛОГИИ 3

Эндобилиарное стентирование при рубцовых стриктурах
внепеченочных желчных путей и наружных желчных свищах 3
Акбаров М.М., Саатов Р.Р., Струсский Л.П.,
Туракулов У.Н., Сайдазимов Е.М., Калонов А.Н.

Современные подходы к диагностике и лечению
кистозной трансформации холедоха у детей 4
Акилов Х.А., Матякубов Х.Н., Ли Э.А.

Реконструкция печеночных вен при резекциях печени. Техника
и оценка возможности профилактики послеоперационной
печеночной недостаточности 5
Алиханов Р.Б., Кубышкин В.А., Дубровский А.В.

Возможности инфракрасной термографии в диагностике
синдрома портальной гипертензии 5
Анисимов А.Ю.

Опыт использования водоструйного диссектора
при резекции печени 7
Анищенко В.В., Штофин С.Г., Налбандян А.Г.,
Семенов С.А., Шмакова Е.А.

Эндобилиарные вмешательства при механической желтухе
злокачественной этиологии 7
Арипова Н.У., Набиев А.Н., Матмуратов С.К.,
Арипова М.У., Бабаджанов Ж.

Панкреатодуоденальная резекция в лечении опухолей
билиопанкреатодуоденальной зоны 8
Ахмедов С.М., Сафаров Б.Д., Табаров З.В., Саидмуродов А.С.

Радиолимфосцинтиграфия – критерий радикальности оперативного
лечения местно-распространенного рака печени 9
Ахмедов С.М., Дустов А.Д., Сафаров Б.Д.,
Табаров З.В., Саидмуродов А.С.

Surgical management of colorectal liver metastases 10
Bismuth Henri

Surgical treatment of hilar cholangiocarcinoma 10
Henri Bismuth

Атипичное отхождение собственной артерии печени 11
Богомолов Н.И.

Совершенствование алгоритма выбора между одно- и двухэтапным
хирургическим лечением пациентов с калькулезным
холециститом и холангиолитиазом 12
Брехов Е.И., Калинников В.В., Лебедев С.В.,
Еремеев А.Г., Федерякин Д.В., Свистунов И.О., Татаринов А.П.

Совершенствование диагностики билиопанкреатодуоденальной
зоны у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом 13
Брехов Е.И., Калинников В.В., Лебедев С.В.,
Еремеев А.Г., Федерякин Д.В., Свистунов И.О.

Мини-инвазивные методы декомпрессии в лечении опухолей панкреатодуоденальной зоны 15
Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Авдосьев Ю.В.

Ультразвуковой мониторинг криодеструкции первичного и метастатического рака печени. Особенности проведения на различных этапах лечения 16
Ветшева Н.Н., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Чжао А.В.

Первый опыт контактной оптической лазерной литотрипсии при внутрипеченочном холангиолитиазе 17
Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Индейкин А.В., Лапуда О.Д., Осипов Н.Г.

Концепция хирургичекого лечения хронического панкреатита 18
Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Орловский Ю.Н., Вижинис Ю.И., Бутра Ю.В., Лагодич Н.А.

Первый опыт «*in situ split*» резекции печени 19
Восканян С.Э., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю.

Пути улучшения отдаленных результатов хирургического лечения протоковой аденокарциномы поджелудочной железы 20
Восканян С.Э., Котенко К.В., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А.

Трансплантация печени в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ФМБА России 21
Восканян С.Э., Котенко К.В., Артемьев А.И., Губарев К.К., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Захлевный А.И., Федюнин А.А., Мурашов И.Ю.

Этапное минимально инвазивное лечение больных обширными панкреатогенными флегмонами 22
Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Гафуров Б.Б.

Влияние терапии лорноксикамом на экспрессию МРНК TLR2, TLR4 у больных с системными осложнениями тяжелого острого панкреатита 22
Горский В.А., Агапов М.А., Хорева М.В., Леоненко И.В.

Новые технологии органосохраняющих операций при лечении пилородуоденальных стенозов язвенной этиологии (ПДСЯЭ) 23
Гришин И.Н., Бочко В.Н., Бордаков В.Н., Руденок В.В., Лагодич С.Н., Лой А.В.

Регургитационный синдром при билиодигестивных анастомозах 25
Гришин И.Н.

Медиальная резекция поджелудочной железы в лечении панкреатических свищей 26
Дундаров З.А., Майоров В.М., Зыблев С.Л., Лин В.В.

Особенности хирургического лечения синдрома Мириззи 27
Дутка Я.Р., Чуклин С.Н.

Внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль на фоне кальцификатов поджелудочной железы 28
Егоров В.И., Старостина Н.С., Силина Т.Л., Кошелева О.К., Ратникова Н.К., Петров Р.В.

Внутрипротоковая тубулопапиллярная карцинома, осложненная массивным желудочно-кишечным кровотечением и желтухой 28
Егоров В.И., Esposito I., Ратникова Н.К., Старостина Н.С., Петров Р.В., Кошелева О.К.

Панкреассохраняющие резекции двенадцатиперстной кишки при парадуоденальном панкреатите. Зачем, когда и как? 29
Егоров В.И., Ванькович А.Н., Петров Р.В., Старостина Н.С.

Результаты тотальной дуоденопанкреатэктомии при злокачественных опухолях поджелудочной железы 30
Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С.

Анализ ближайших результатов робот-ассистированных резекций задних сегментов правой доли печени 30
Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ванькович А.Н., Ким П.П.

Резекции печени с тотальным удалением 1-го сегмента 31
Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Мелехина О.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ким П.П.

Робот-ассистированная радикальная резекция при воротной холангиокарциноме. Первый российский опыт 32
Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ванькович А.Н., Ким П.П.

Математическое обоснование конструкции двухбаллонного эндокавального катетера для сосудистой изоляции печени 33
Земляной В.П., Сигуа Б.В., Дюков А.К., Бурлаченко Е.П.

Оперативные доступы к «труднодоступным» сегментам печени 34
Земляной В.П., Сигуа Б.В., Дюков А.К., Бадалова Ж.Э., Бурлаченко Е.П.

Применение лапароскопической криодеструкции при злокачественных новообразованиях печени 35
Ионкин Д.А., Чжао А.В., Кунгурцев С.В.

Тактики хирургического лечения при кистозной трансформации желчных протоков: первичные и повторные операции 36
Ионкин Д.А., Королева А.А., Шуракова А.Б., Степанова Ю.А.

Лапароскопические и робот-ассистированные вмешательства при очаговых поражениях печени 38
Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Добровольский А.А., Колмачевский Н.А.

Опыт двухэтапной методики резекции печени (ALPPS) в одном центре 39
Козырин И.А., Ермаков Н.А., Лядов В.К., Коваленко З.А., Кочатков А.В., Шрайнер И.В., Негардинов А.З., Бушуев А.В.

Опыт выполнения тотальной панкреатэктомии (ТПЭ) в Кузбасском областном гепатологическом центре 39
Краснов К.А., Пельц В.А.

Первый опыт выполнения резекции «*split in situ*» при гепатоцеллюлярной карциноме в исходе HCV 40
Краснов К.А., Старцев А.Б., Пельц В.А., Краснов А.О.

Первый опыт трансплантации печени в Кузбассе 41
Краснов К.А., Краснов О.А., Пельц В.А., Краснов А.О., Старцев А.Б., Сохарев А.С., Аминов И.Х.

Взаимосвязь патоморфологических изменений
в головке поджелудочной железы с интенсивностью
болевого синдрома и качеством жизни 42
Кугаев М.И., Щастный А.Т., Сятковский А.Р.,
Сушков А.А., Лярский С.П., Штурич И.П.

Современные методы диагностики и лечения
послеоперационного желчеистечения 42
Курбонов К.М., Расулов Н.А., Махмадов Ф.И.,
Рамазон Мухаммад Исо.

Выполнение лапароскопической холецистэктомии
через единый доступ 43
Левченко Н.В., Хрячков В.В.

Лазерная интраоперационная антеградная папиллотомия 45
Левченко Н.В., Хрячков В.В., Шавалиев Р.Р.

Лазерная интраоперационная холедохолитотрипсия..... 45
Левченко Н.В., Хрячков В.В.

Острый холецистит у беременных. Особенности
диагностики и лечебной тактики 47
Мамчич В.И., Фелештинский Я.П.,
Голяновский О.В., Нагловская Т.П.

Малоинвазивная хирургия при патологиях
желчевыделительной системы 48
Маттмуратов С.К., Магзумов И.Х., Арипова Н.У.

Дифференциальная диагностика кистозных опухолей печени 49
Мусаев Г.Х., Ахмедова С.М., Бекшоков А.Б.,
Тагаева А.А., Сероус Ю.В.

Современные кровосберегающие технологии
при анатомических резекциях печени 49
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш.,
Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

Тотальная панкреатэктомия в спектре радикальных операций
у больных с периампулярными опухолями 50
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М.,
Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.

Способ оценки риска кровотечения
из варикозно-расширенных вен пищевода..... 51
Олевская Е.Р., Павленко П.П., Пышкин С.А., Губина И.А.

Современная тактика в лечении осложнений
после реконструктивных операций на желчевыводящих путях 52
Орловский Ю.Н., Воробей А.В., Вижинис Е.И., Шулейко А.Ч.

Панкреатэктомия по поводу аденокарциномы головки
поджелудочной железы на фоне тотальной эндокринной
опухоли поджелудочной железы 53
Пархисенко Ю.А., Куркин А.В., Свиридова М.Г.,
Филиппцов А.В., Шмидков Н.В., Панюшкина Г.М.

Использование билиарного манометрического теста в оценке
эффективности баллонной пластики стриктур желчных протоков
после ортотопической трансплантации печени..... 54
Поликарпов А.А., Гранов Д.А., Таразов П.Г., Жеребцов Ф.К.,
Боровик В.В., Полехин А.С., Шелкопляс Э.Н.

Новые методы хирургического лечения больных с альвеококкозом печени 55
Полуэктов В.Л., Шутов В.Ю., Подольский Е.Н., Шкурин Д.А.

Результаты трансплантации печени у больных с циррозом печени в г. Екатеринбурге 56
Прудков М.И., Орлов О.Г., Бессонова Е.Н., Фадин Б.В.

Фокальная нодулярная (фибронодулярная) гиперплазия печени 56
Пышкин С.А., Маслов В.Г., Борисов Д.Л.

Особенности диагностики и хирургической коррекции при синдроме механической желтухи 57
Рачабов А.М., Пайков И.А., Назирбоев К.Р.

Современные технологии шва в хирургии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны 58
Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Вильдеман В.Э., Осокин А.С., Кучумов А.Г.

Биохимический анализ слезной жидкости в дифференциальной диагностике механической желтухи 59
Солдатенко Н.В., Терехина Н.А., Заривчацкий М.Ф.

Оценка интенсивности воспалительного процесса в билиарной системе по результатам биохимического исследования желчи 60
Соснин Д.Ю., Зубарева Н.А., Горовиц Э.С., Карпунина Т.И.

Новые возможности в экспресс-диагностике острого панкреатита 61
Стяжкина С.Н., Уткин И.Ю., Виноходова Е.М., Леднева А.В., Султанова М.В.

Сепсис в гепатологии и панкреатологии 62
Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Никонов С.Д., Леднева А.В., Виноходова Е.М., Султанова М.В., Гасанова Г.А., Аббасова С.С.

Лапароскопические проксимальные дуоденомсохраняющие резекции у пациентов с хроническим панкреатитом 63
Сятковский А.Р., Щастный А.Т., Кугаев М.И.

Выбор способа декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе опухолевого генеза: проспективное одноцентровое исследование 64
Тарабукин А.В., Эпштейн А.М., Дуберман Б.Л., Мизгирев Д.В., Поздеев В.Н., Поздеев С.С.

Протокол хирургического лечения злокачественных новообразований гепатопанкреатодуоденальной области 65
Тарасов А.Н., Шестопалов С.С., Силаев М.А., Абрамов Е.И., Дорофеева Т.Е., Олевская Е.Р., Дерябина Е.А., Ефремов А.П.

Лапароскопическая фенестрация забрюшинной клетчатки у больных некротизирующим панкреатитом в период панкреатогенного шока и асептического некроза поджелудочной железы 66
Томцев Д.А., Кармацких А.Ю., Прудков М.И.

Дисбиоз толстого кишечника у больных острым панкреатитом 67
Усач О.Б., Чуклин С.Н.

Микроволновые абляции: первый опыт использования в Республике Беларусь у пациентов с очаговыми поражениями печени 68
Федорук А.М., Пискун А.Б.

Новая малоинвазивная методика лечения хронических псевдокист поджелудочной железы 69
Харьков Д.П., Федорук А.М., Савченко А.В.

Возможности хирургического лечения больных с обширным метастатическим поражением печени (ALPPS) 70
Чайченко Д.В., Важенин А.В., Надвикова Е.А.

Новые ориентиры в тактике ведения больных острым деструктивным панкреатитом 71
Черкасов В.А., Щёкотова А.П., Палатова Л.Ф., Загородских Е.Б.

Первый опыт чрескожной микроволновой абляции гемангиом печени под контролем УЗИ 72
Черноусов А.Ф., Мусаев Г.Х., Жемерикин Г.А., Юриченко Ю.Ю., Некрасова Т.П.

Синдром эмоционального выгорания как барьер профессиональной самореализации врачей-хирургов 73
Чернышова Т.Е., Стяжкина С.Н.

Применение комбинации методов локальной деструкции при первичном и метастатическом раке печени 74
Чжао А.В., Ионкин Д.А., Жаворонкова О.И., Шуракова А.Б., Кунгурцев С.В.

Взаимосвязь поражения нервной ткани и фиброзных изменений в головке поджелудочной железы с болевым синдромом и качеством жизни пациентов при хроническом панкреатите 75
Щастный А.Т., Сятковский А.Р., Кугаев М.И., Сушков А.А., Лярский С.П., Штурич И.П.

Резекция печени в условиях *in situ* гипотермической консервации 76
Щерба А.Е., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Харьков Д.П., Авдей Е.Л., Болонкин Л.С., Минов А.Ф., Дзядзько А.М., Руммо О.О.

Сосудистая резекция и реконструкция в хирургии печени 77
Щерба А.Е., Коротков С.В., Харьков Д.П., Авдей Е.Л., Руммо О.О.

Раздел II
АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ 78

Возможности малоинвазивной технологии при лечении абсцессов печени 78
Арипова Н.У., Магзумов И.Х., Арипова М.У., Лим В.Г., Мадатов К.А.

Чрескожно-чреспеченочные методы лечения нагноившихся остаточных полостей печени 79
Арипова Н.У., Магзумов И.Х., Арипова М.У., Лим В.Г.

Хирургическое лечение абсцессов печени 80
Ахаладзе Г.Г., Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Чевокин А.Ю.

Место резекции в комплексном лечении абсцессов 81
Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Сафаров Б.Дж., Раджабов А.М., Табаров З.В.

Сочетание интервенционных методов в лечении холангиогенных абсцессов печени у пациентов с механической желтухой 82
Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И., Мандриков В.В., Мозговой П.В., Спиридонов Е.Г.

Абсцессы печени: динамика причин и исходов 83
Благитко Е.М., Пащина С.Н., Беспалов А.А.

Редкие причины абсцессов печени 84
Богомолов Н.И.

Малоинвазивные вмешательства у больных с абсцессами печени 84
Бородин М.А., Красильников Д.М., Спиридонов С.И., Имамова А.М.

Криптогенные абсцессы печени: хирургическая тактика и результаты лечения 85
Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Гафуров Б.Б.

Современный взгляд на возбудителей инфицированных полостных образований печени 86
Гараев М.Р., Грицаенко А.И., Дорофеев В.Д.

Диагностика и тактика лечения холангиогенных абсцессов печени 87
Гаюров У.Х., Курбонов К.М.

Особенности лучевой диагностики абсцессов печени у больных СПИДом 88
Дарвин В.В., Климова Н.В., Гаус А.А., Ильина У.Б., Зинченко О.А.

Холангиогенные абсцессы печени у больных с послеоперационными рубцовыми стриктурами желчных протоков 89
Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Зыблев С.Л.

Оптимизация диагностики и лечения абсцессов печени 90
Заривчацкий М.Ф., Колыванова М.В., Мугатаров И.Н., Смольков А.А.

Комплексная терапия и хирургическое лечение холангиогенных абсцессов печени 91
Кадощук Т.А., Каниковский О.Е., Петрушенко В.В., Стукан С.С., Бахнивский В.С.

Хирургическая тактика в комплексном лечении перивезикальных и холангиогенных абсцессов печени 92
Кадощук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С., Бахнивский В.С.

Хирургия абсцессов печени в эндемическом очаге описторхоза 93
Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Добровольский А.А.

Минимально инвазивные методики в лечении абсцессов печени 94
Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Федун О.В., Солдатов С.А.

Мини-инвазивные методы лечения абсцессов паренхиматозных органов брюшной полости ... 95
Кулезнева Ю.В., Смирнов Е.А., Мусатов А.В.

Мини-инвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при эхинококковом абсцессе печени ... 97
Курбонов К.М., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Азизов З.

Клиническая значимость ультразвукового исследования в диагностике и лечении абсцессов печени ... 97
Лим В.Г., Арипова М.У.

Описторхозные абсцессы печени ... 98
Мерзликин Н.В., Бражникова Н.А., Цхай В.Ф., Саипов М.Б., Подгорнов В.Ф., Толкаева М.В., Саенко Д.С.

Улучшение результатов лечения пациентов с инфицированными полостными образованиями печени путем комбинации малоинвазивного оперативного вмешательства и местного применения озонированного антисептического раствора ... 99
Нартайлаков М.А., Гараев М.Р., Грицаенко А.И., Дорофеев В.Д.

Особенности хирургического лечения абсцессов печени паразитарного происхождения ... 100
Павлюк Г.В., Дану М.И., Писаренко С.С., Андон Л.Г.

Комбинированное лечение абсцессов печени ... 101
Пархисенко Ю.А., Генюк В.Я., Кокин Е.Ф., Булынин В.В.

Особенности рентгенохирургического лечения абсцессов печени ... 102
Погребняков В.Ю., Гончаров С.А., Хавень Б.Н.

Абсцессы печени ... 103
Пышкин С.А., Маслов В.Г., Трапезников Е.В., Панафидин И.С.

Чрескожные чреспеченочные вмешательства в лечении абсцессов печени ... 104
Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Хасанов В.Р., Сахибоев Д.П.

Результаты лечения больных с абсцессами печени ... 105
Федоровский В.В., Старостин С.А., Мешков М.В.

Абсцессы печени: опыт использования ультразвукового исследования в диагностике и лечении в трансплантологическом центре ... 106
Федорук А.М., Пискун А.Б., Яковец Н.М., Харьков Д.П.

Опыт лечения абсцессов печени ... 107
Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Тетерин Г.В.

Возможности хирургического лечения абсцессов печени и брюшной полости под контролем ультразвука ... 108
Хорев А.Н., Козлов С.В., Агапитов Ю.Н., Плюта А.В., Благов Д.А.

Особенности диагностики и лечения холангиогенных абсцессов печени ... 109
Ярешко В.Г., Михеев Ю.А., Живица С.Г., Кипшидзе А.А.

Раздел III
«СВЕЖИЕ» ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ 110

Чрескожные минимально инвазивные вмешательства под контролем лучевых методов в лечении ятрогенных повреждений желчных протоков 110
Андреев А.В., Дурлештер В.М., Токаренко Е.В., Левешко А.И., Шепелев А.А.

Ятрогенные повреждения желчных протоков 111
Арипова Н.У., Алиджанов Ф.Б., Назиров Ф.Н., Джамалов С.И.

Опыт и результаты реконструктивных операций после интраоперационных внепеченочных повреждений желчных протоков 112
Аутлев К.М., Янин Е.Л., Иванов В.В.

Современные подходы к лечению пациентов со «свежими» ятрогенными повреждениями желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии 113
Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Веденин Ю.И., Шарашкина Л.В.

Хирургическая тактика при травмах и стриктурах гепатикохоледоха 114
Белоконев В.И., Ковалева З.В., Хункуй И., Вовк А.В.

Пути профилактики повреждений желчных протоков 115
Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Хаджибаев Ф.А.

Опыт восстановления «свежих» повреждений желчных протоков 116
Богомолов Н.И., Юдин А.В.

Хирургическое лечение «свежего» ятрогенного повреждения желчевыводящих протоков 116
Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Погосян Г.А., Делибалтов К.И., Мнацаканян Э.Г., Маланка М.И.

Повреждение внепеченочных желчных протоков в эру лапароскопической хирургии. Анализ результатов 117
Гайнулин Ш.М., Николаев Н.М., Налетов В.В., Фомин В.С., Еремеев В.А., Фомина М.Н.

Хирургическое лечение и классификация «свежих» повреждений желчных протоков 119
Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Дюжева Т.Г.

Неотложная и срочная первичная коррекция повреждений желчевыводящих путей 120
Гришин И.Н.

Повреждения внепеченочных желчных протоков и причины желчеистечения после лапароскопической холецистэктомии 121
Гусев А.В., Ефремов А.В., Лебедев А.К., Вахеева Ю.М.

Диагностическая и лечебная эндоскопия при «свежих» повреждениях желчных протоков 122
Дронов А.И., Насташенко И.Л., Довбенко О.В., Насташенко А.И.

Хирургическое лечение «свежих» повреждений
внепеченочных желчных протоков 123
Дундаров З.А., Майоров В.М.,
Адамович Д.М., Зыблев С.Л.

Реконструктивно-восстановительные операции
при «свежих» ятрогенных повреждениях
внепеченочных желчных путей 124
Кадощук Т.А., Петрушенко В.В.,
Бахнивский В.С., Стукан С.С.

Чреспеченочные эндобилиарные вмешательства в лечении
рубцовых стриктур желчных протоков
и билиодигестивных анастомозов 125
Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У.,
Хаджибаев Ф.А., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.

Результаты оперативного лечения «свежих» повреждений
внепеченочных желчных протоков 126
Котельникова Л.П., Заривчацкий М.Ф., Бурнышев И.Г.,
Самарцев В.А., Баженова О.В., Мугатаров И.Н.

Хирургическая тактика при «свежих» повреждениях
желчных протоков 127
Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Ширяев Ю.Н.,
Петрик С.В., Бернштейн М.А., Глебова А.В.

К вопросу о ятрогенных травмах желчевыводящих путей 128
Кукош М.В., Гомозов Г.И., Спиридонов В.И.

Восстановительные и реконструктивные операции
при «свежих» повреждениях желчных протоков 129
Кульчиев А.А., Морозов А.А.,
Тигиев С.В., Карсанов А.М.

Коррекция ранних послеоперационных осложнений
билиодигестивных анастомозов 130
Курбонов К.М., Махмадов Ф.И.

Особенности нарушений цитокинового профиля
при «свежих» повреждениях желчных протоков 131
Курбонов К.М., Расулов Н.А.

Диагностика и лечение ранних (свежих) ятрогенных
повреждений желчевыводящих протоков 132
Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н.,
Прядко А.С., Алиев А.К.

Особенности коррекции свежих травм желчных протоков
при хроническом описторхозе 133
Мерзликин Н.В., Цхай В.Ф., Бражникова Н.А.,
Хлебникова Ю.А., Подгорнов В.Ф., Пак В.Н., Шелепов С.В.

Хирургическое лечение больных со «свежими»
повреждениями магистральных желчных протоков 134
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В.,
Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М.

Повреждения желчных протоков при выполнении
малоинвазивных вмешательств по поводу острого
калькулезного холецистита 135
Натрошвили И.Г., Прудков М.И.

Результаты лечения ятрогенных повреждений
внепеченочных желчных протоков 136
Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Никулина С.А., Астанков Р.А.,
Кузьменко В.В., Завьялов А.А., Пранкевич Н.Н.

Комбинированные повреждения желчных протоков
при холецистэктомии 137
Расулов Н.А., Курбонов К.М.

К оценке результатов лечения «свежих» ятрогенных
повреждений внепеченочных желчных протоков 138
Рыбачков В.В., Раздрогин В.А.,
Кирилюк А.А., Пугачев А.Н.

Тактика хирургического вмешательства
при артифициальных повреждениях гепатикохоледоха
в городских и районных больницах 138
Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И., Погадаев В.В.

Результаты лечения повреждений желчных протоков
при лапароскопической холецистэктомии 139
Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К.,
Дуйсебеков М.О., Исбамбетов А.С., Каниев Ш.А.

Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях
внепеченочных желчных протоков 140
Татаршаов М.Х., Борлаков В.Р., Махожев А.М.

Хирургическое лечение «свежих» ятрогенных повреждений
и стриктур внепеченочных желчных протоков
с применением малоинвазивных чрескожных технологий 141
Токаренко Е.В., Андреев А.В., Дурлештер В.М., Сахно В.Д.

Результаты лечения больных с повреждениями желчных протоков 142
Федоровский В.В.

Выбор хирургической тактики при «свежих» повреждениях
желчных протоков 143
Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Беркинов У.Б., Хаджибаев Ф.А.,
Хасанов В.Р., Холматов Ш.Т., Сахибоев Д.П.

Раздел IV
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ 144

Факторы, определяющие частоту послеоперационного
панкреатита, при оперативных вмешательствах по поводу
инсулинпродуцирующих опухолей поджелудочной железы 144
Анисимова О.В., Егоров А.В.,
Кондрашин С.А., Мусаев Г.Х.

Послеоперационный панкреатит как одна из причин
развития постхолецистэктомического синдрома 145
Брехов Е.И., Калинников В.В.,
Сычев А.В., Коробов М.В.

Послеоперационный панкреатит
при панкреатодуоденальных резекциях 146
Бурнышев И.Г., Сугак Т.В.

Хирургическая тактика при лечении больных
панкреатогенными флегмонами при обширных поражениях
забрюшинных клечаточных пространств 147
Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Гафуров Б.Б.

Профилактика и лечение послеоперационного панкреатита
при хирургических вмешательствах на поджелудочной железе 148
*Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Бекшоков А.С.,
Анисимова О.В., Парнова В.А.*

Комплексное лечение посттравматического панкреатита..... 149
Загидов М.З., Загидова А.М.

Острый панкреатит после оперативных вмешательств
на органах гепатопанкреатобилиарной зоны..... 150
*Заривчацкий М.Ф., Смоленцев С.В., Мугатаров И.Н.,
Колеватов А.П., Колыванова М.В., Куданкин Р.,
Косяк А.А., Смольков А.А., Сметанин Д.В.*

Сроки релапаротомии при послеоперационном панкреатите..... 151
Ибадильдин А.С., Кравцов В.И.

Показания к сегментарной резекции поджелудочной железы
с целью профилактики развития сахарного диабета..... 152
*Кадощук Т.А., Петрушенко В.В.,
Стукан С.С., Бахнивский В.С.*

Хирургическая тактика при постпанкреаторезекционном синдроме..... 153
*Кадощук Т.А., Петрушенко В.В.,
Стукан С.С., Бахнивский В.С.*

Профилактика осложнений после резекции
поджелудочной железы..... 154
*Лубянский В.Г., Аргучинский И.В.,
Сероштанов В.В.*

Послеоперационный панкреатит после резекционных
вмешательств на поджелудочной железе..... 155
*Пропп А.Р., Полуэктов В.Л., Никулина С.А.,
Пранкевич Н.Н., Ценев А.А., Хряков Е.В., Торопов А.В.*

Массивное артериальное кровотечение вследствие панкреатита
после панкреатодуоденальной резекции:
роль рентгеноэндоваскулярных вмешательств 156
Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А., Суворова Ю.В.

Панкреатит после выполнения резекционно-дренирующих
операций на поджелудочной железе 157
*Третьяк С.И., Ращинский С.М.,
Ращинская Н.Т., Большов А.В.*

Эндоскопическая профилактика и лечение острого панкреатита
после транспапиллярных ретроградных вмешательств..... 158
*Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д.,
Мыльников А.Г., Котиева А.Ю.*

Исследование концентрации интерлейкина-6,
малонового диальдегида и сиаловых кислот в острых
жидкостных скоплениях при остром панкреатите..... 159
Шляхова М.А., Бронштейн П.Г.

Влияние тактических ошибок при травмах поджелудочной
железы на развитие послеоперационного панкреатита 160
Шнейдер В.Э., Голубь Я.Я.

Раздел V
ТРУДЫ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ.....161

Новая модель панкреонекроза у крыс 161
Агапов М.А., Баттаев А.И.

Оценка параметров операционного стресса после лапароскопических и открытых резекций печени 162
Алексанян Г.Б.

Возможности ретроградных вмешательств при резидуальном холедохолитиазе 163
Аллазаров У.А.

Первый опыт лапароскопических дренирующих операций при хроническом панкреатите 164
Андрианов А.В.

Эффективность применения шкал оценки тяжести острого панкреатита и общего состояния больного 164
Антюфриева Д.А.

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография в определении остающегося функционирующего объема печени перед обширной резекцией 165
Дроздов П.А.

Оптимизация алгоритма ранней стратификации тяжести острого панкреатита 166
Ершова А.И.

Хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза с применением гемодиафильтрации 167
Иваненков И.М.

Значение гидропрессивной магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в диагностике доброкачественных и злокачественных стриктур желчных протоков 168
Калашник Р.С., Горохов А.В.

Интраоперационная лучевая терапия «интрабим» в комбинированном лечении злокачественных опухолей печени и поджелудочной железы 170
Карпов А.А.

Модифицированный способ холедоходуоденостомии при холедохолитиазе 171
Назирбоев К.Р.

Обоснование показаний к применению антибактериальной терапии при остром панкреатите 172
Овсяник Д.М.

Выбор метода операции при псевдокистах поджелудочной железы 173
Отдельнов Л.А.

Основные проблемы внедрения малоинвазивных вмешательств при лечении пациентов с механической желтухой в городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Твери 174
Павлов Ю.В., Иванов А.С., Драч Л.Л.

Проблемы качества жизни у пациентов, перенесших оперативные вмешательства по поводу ятрогенного повреждения желчных протоков 174
Погосян Г.А., Делибалтов К.И., Ованисян Д.Р.

Робот-ассистированные и лапароскопические резекции печени 175
Поляков И.С.

Опыт лечения острого панкреатита 176
Рахимов Р.Р., Гришина Е.Е., Нурыев А.А., Парадкар Н.

Ишемически-реперфузионное повреждение печени
при консервации 178
Сохарев А.С., Краснов К.А., Будаев А.В.

Респираторная тактика и интенсивная терапия
при деструктивных формах панкреатита 179
Стрижков Н.А.

Лапароскопическая холецистэктомия у больных
после коронарных вмешательств 180
Тихонов П.А.

Диагностика рака головки поджелудочной железы:
возможности дополнительного анализа КТ-изображений
и оценки анизотропии тканей 181
Филатов А.А., Ковалев В.А.

Качество жизни пациентов после холецистэктомии 182
Хорев И.А.

Информативность магнитно-резонансной томографии
при очаговых образованиях печени 183
Шаропов А.Н., Аллазаров У.А.

Раздел VI
ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ
ХИРУРГИИ 185

Особенности хирургической тактики у больных
с деструктивными формами острого панкреатита 185
Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Рой С.В.

Совершенствование инфузионной терапии у больных
механической желтухой различного генеза 186
Айдемиров А.Н., Вафин А.З., Шахназарян Н.Г., Шахназарян А.М.

Способ минимально инвазивного хирургического
лечения эхинококкоза печени 187
Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Гульмурадов Т.Г.,
Орлов О.Г., Амонов Ш.Н.

Особенности диагностики и хирургичсекого лечения туберкулеза печени 188
Ахмедов С.М., Сафаров Б.Дж., Расулов Н.А.,
Табаров З.В., Мансуров В.Х.

Панкреатодуоденальная резекция в лечении опухолей
билиопанкреатодуоденальной зоны 189
Ахмедов С.М., Сафаров Б.Д.,
Табаров З.В., Саидмуродов А.С.

Альвеококкоз печени с прорастанием
в магистральные сосуды 190
Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д.,
Суров Э.А., Ажибеков С.Ж., Эсенгулов Ч.Т.

Осложненный альвеококкоз печени у детей 191
Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д.,
Белекбаев Т.М., Суров Э.А., Асакеев Н.А.

Повторная рентгеноэндоваскулярная эмболизация
селезёночной артерии в лечении портальной гипертензии 192
Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В.,
Шукуров Б.М., Кондаков В.И., Веденин Ю.И., Пимкин С.М.

Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование в профилактике и лечении кровотечений при циррозе печени 193
Бебуришвили А.Г., Михин С.В., Мозговой П.В., Кондаков В.И., Спиридонов Е.Г., Пимкин С.М., Алейникова Е.С.

Роль периоперационной лекарственной терапии в комбинированном лечении больных генерализованным колоректальным раком (ГКРР) с изолированными условно резектабельными метастазами в печени/легких 194
Болотина Л.В., Пайчадзе А.А., Корниецкая А.Л., Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Петров Л.О.

Компьютерная томохолангиография в диагностике холедохолитиаза 195
Бородач В.А., Бородач А.В.

Эффективность Галавита в комплексном лечении эхинококкоза печени 196
Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Машурова Е.В., Куджева Ф.А., Абалян А.К.

Дифференцированный подход к выбору панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции 196
Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э.

Мини-инвазивные вмешательства при эхинококковых кистах печени 197
Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Индейкин А. В., Петров В.Н.

Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного ложными аневризмами артерий чревного ствола 198
Ворончихин В.В., Арсютов В.П., Волков А.Н., Тишанский В.С., Абызов И.Н., Анюров С.А., Катайкин А.Н., Волкова В.В.

Этапное минимально инвазивное лечение больных обширными панкреатогенными флегмонами 199
Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Гафуров Б.Б.

Возможности лучевой диагностики в оценке распространенности деструктивного панкреатита 200
Гольбрайх В.А., Маскин С.С., Матюхин В.В.

Стентирование главного панкреатического протока при панкреонекрозе 201
Дарвин В.В., Логинов Е.В., Романенков С.Н., Зубик Н.В., Онищенко С.В., Лысак М.М.

Применение малоинвазивного доступа под ультразвуковой навигацией в хирургическом лечении панкреонекроза 202
Демин Д.Б., Лайков А.В., Солодов Ю.Ю.

Хирургическое лечение больных панкреатогенной портальной гипертензией 203
Дундаров З.А., Майоров В.М., Красюк О.Н.

Принципы коррекции гипотаргии у хирургических больных 205
Ершов К.Г., Хальзов В.Л.

Лапароскопическая спленэктомия и резекция 2-го сегмента печени по поводу эхинококкоза печени и селезенки 205
Земляной В.П., Елькин А.В., Иванов А.С., Кириллов Ю.В.

Ретроспективный анализ характера первичной операции у больных со стриктурами гепатикохоледоха IV типа по BISMUTH 206
Земляной В.П., Иванов А.С., Мурадов Г.Г., Драч Л.Л.

Комплексное лечение больных с синдромом портальной гипертензии 207
Зимагулов Р.Т., Сангаджиев С.Б., Славин Л.Е., Сайфутдинов И.М., Давлиев М.К., Галимзянов А.Ф., Яхин Р.Р., Якупов А.Ф., Замалеев А.З.

Применение экстракорпоральных методов детоксикации организма при инфицированном панкреонекрозе 208
Иголкина Л.А., Гольбрайх В.А., Ермолаева Н.К., Матюхин В.В., Колмаков А.А.

Мини-инвазивные дренирующие вмешательства в лечении механической желтухи опухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста 209
Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Семенцов К.В., Дымников Д.А., Шах Б.Н., Винников С.В.

Показания и выбор способа резекции поджелудочной железы при осложненном хроническом панкреатите 210
Кадощук Т.А., Петрушенко В.В., Стукан С.С., Бахнивский В.С.

Анализ осложнений при транс- и супрапапиллярном методах чрескожного чреспеченочного стентирования желчных протоков у больных механической желтухой опухолевой этиологии 211
Козлов А.В., Поликарпов А.А., Таразов П.Г.

Применение радиочастотной термоабляции в лечении больных с множественными метастазами колоректального рака в печени 212
Козлов С.В., Каганов О.И., Ткачев М.В., Козлов А.М., Швец Д.С.

Выбор метода оперативного лечения больных с рефлюкс-холангитом после холедоходуоденостомии 213
Красильников Д.М., Малова И.И., Абдульянов А.В., Миргасимова Д.М.

Диагностика образований верхних отделов желудочно-кишечного тракта 214
Курбонов Х.Х., Ахмедов С.М., Авезов С.А., Шамиров Х.Г.

Хирургическое лечение подслизистых новообразований гастродуоденальной зоны 214
Курбонов Х.Х., Ахмедов С.М., Авезов С.А., Шамиров Х.Г.

Анализ результатов «трудной» лапароскопической холецистэктомии у больных старших возрастных групп 215
Махмадов Ф.И., Кузратов Ф.Х., Рафиков С.Р.

Комплексное лечение острого деструктивного панкреатита 216
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М.

Применение неотложных лапароскопических холецистэктомий из трёх доступов у лиц старших возрастных групп 217
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Кузратов Ф.Х., Рафиков С.Р.

Сравнительный анализ лапароскопической и открытой холецистэктомии у больных старших возрастных групп 218
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Кузратов Ф.Х., Рафиков С.Р.

Аспекты диагностики и хирургического лечения опухолей проксимальных желчных протоков (опухолей Клатскина) 219
Пархисенко Ю.А., Пархисенко В.Ю., Коваленко Ф.С., Калашник Р.С.

Эндоваскулярные хирургические вмешательства в лечении рецидивирующих кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода. Первый опыт. 220
Прудков М.И., Кочмашев И.В., Мансуров Ю.В., Чернышов С.Д., Шушанов А.П., Цап С.В.

Эндоваскулярные хирургические вмешательства в лечении хронического панкреатита. Первый опыт. 221
Прудков М.И., Кочмашев И.В., Мансуров Ю.В., Шушанов А.П., Гафуров Б.Б.

Этапное хирургическое лечение хронического панкреатита 222
Прудков М.И., Мансуров Ю.В., Шушанов А.П., Ощепков В.Г., Цап С.В., Старков И.Л., Гафуров Б.Б.

Хроническая дуоденальная непроходимость: принципы диагностики и лечения у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом 223
Ращинский С.М., Третьяк С.И., Ращинская Н.Т.

Возможности ультразвукового исследования при остром панкреатите 224
Самарцев В.А., Минеев Д.А., Сандаков П.Я.

Возможности эндоскопического ультразвукового исследования в диагностике и определении хирургической тактики при обострении хронического постнекротического панкреатита 225
Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Минеев Д.А., Ложкина Н.В.

Метаболическая коррекция нарушений микроциркуляции в комплексном лечении острого панкреатита 226
Самарцев В.А., Минеев Д.А., Гаврилов В.А., Осокин А.С.

Мини-инвазивные вмешательства при кистозных образованиях поджелудочной железы 228
Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Абдрашев Е.Б., Садыков Н.К., Досханов М.О.

Опыт внедрения химиоэмболизации печеночной артерии микросферами в лечении неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномы печени 229
Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Муканова Ш.А., Исбамбетов А.С., Орманов Б.К., Альпеисова Ш.Т., Барлыбай Р.А.

Прогностическое значение определения содержания меди при панкреатите и острой алкогольной интоксикации 230
Терёхина Н.А., Жидко Е.В., Хлебников В.В.

Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи опухолевого генеза 231
Тибилов А.М., Байматов М.С., Кульчиев А.А., Морозов А.А.,Тигиев С.В., Тавитова А.Г.

Эндобилиарное стентирование в лечении опухолевых поражений поджелудочной железы 231
Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Исбамбетов А.С., Досханов М.О., Абдрашев Е.Б., Каниев Ш.А.

Дистальный спленоренальный анастомоз как профилактика кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени 232
Холматов П.К.

Комплексные подходы к лечению синдрома портальной гипертензии 233
Холматов П.К., Каюмов А.А., Мансуров У.У.

Спланхническая вазоконстрикция у больных острым панкреатитом 233
Чуклин С.Н., Осмиловская И.В., Усач О.Б.

Минимально инвазивное лечение нерезектабельной холангиокарциномы, осложненной механической желтухой 235
Ширяев А.А., Мусаев Г.Х., Харнас С.С., Лощенов В.Б., Волков В.В., Макаров В.И.

Способы дренирования панкреатоеюноанастомозов 235
Шулейко А.Ч., Орловский Ю.Н., Вижинис Ю.И.

АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ 237

Научно-практическое издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Материалы XXI Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

Редактор Н.А. Щепина
Корректор Е.В. Егорова

Подписано в печать 25.08.2014 г.
Формат 60×90/8. Усл. печ. л. 33.
Тираж 400 экз. Заказ №

Редакционно-издательский отдел
ГБОУ ВПО ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России
614990, г. Пермь, ул. Попова, 58

Отпечатано в издательско-полиграфическом комплексе «ОТ и ДО»
614094, г. Пермь, ул. Овчинникова, 19
тел./факс (342) 224-47-47