МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

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

НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского

XXXII КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ,

посвященный 80-летию Победы в Великой Отечественной войне

24-26 СЕНТЯБРЯ 2025 ГОДА

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ

МАТЕРИАЛЫ

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ

ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»,** ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург, 24-26 сентября 2025 г.

МАТЕРИАЛЫ
[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]

Под редакцией
академика РАН Багненко С. Ф.,
проф. Вишневского В. А.,
проф. Степановой Ю. А.,
проф. Королькова А. Ю.

© Багненко С. Ф., Вишневский В. А., Степанова Ю. А., Корольков А. Ю., 2025
© Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2025
© Прима Локо, оформление, 2025

УДК 616.36.006+616.37-089+616.361-089-617 089.844+616.72+612.146.3
ББК 54.13 +54.57+55.6+54.10

Материалы XXXII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии», посвященного 80-летию Победы в Великой Отечественной войне, Санкт-Петербург, 24-26 сентября 2025 г. Под ред. Багненко С. Ф., Вишневского В. А., Степановой Ю. А., Королькова А. Ю. – СПб.: Прима Локо, 2025. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM). – Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM; Windows XP; Adobe Reader 7.0. ISBN 978-5-6054338-1-1

В материалах Пленума XXXII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» представлены вопросы диагностики и лечения заболеваний печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, а также других абдоминальных заболеваний. Представлены материалы, касающиеся лечения травматических повреждений органов брюшной полости в условиях СВО.

Материалы предназначены для специалистов гепатопанкреатобилиарных хирургов, общих хирургов, эндоскопистов, лучевых диагностов и врачей, обучающихся по системе дополнительного профессионального образования по специальности «хирургия».

Технический редактор:
Иванова А. В.

Оригинал-макет подготовлен издательским отделом
ООО «Прима Локо», 191024, Санкт-Петербург,
Владимирский пр., д. 17, лит. А, пом. 32Н
тел./факс: (812) 386-38-31,
e-mail: info@medum.com, www.medum.com
Дизайн, верстка: Альков А. С.

Сдано в набор 22.09.2025, утверждено 24.09.2025
Гарнитура «Калибри», формат 60×84 1/8, 120 стр.
Электронное издание на CD-ROM, 12 см, цв., упаковка – SlimBox, цв. вкл., тираж 100 экз.
Объем 2 Mb

ISBN 978-5-6054338-1-1

© Багненко С. Ф., Вишневский В. А., Степанова Ю. А., Корольков А. Ю., 2025
© Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2025
© Прима Локо, оформление, 2025

СОДЕРЖАНИЕ

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

ПРИРОСТ ОБЪЕМА ТРАНСПЛАНТАТА КАК РАННИЙ МАРКЕР РЕПЕРФУЗИОННЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА
Бабаджанов А. Х., Махмудов У. М., Тургунбоев Э. К., Султанов С. А., Маткаримов Ш. У., Иброхимов С. С., Шарифжонов С. М., Султонова Р. Д. 12

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ ПЛОСКОДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (ПДКТ) В ТРИ РАЗА УЛУЧШАЕТ 3- И 5-ЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫМ РАКОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПДКТ-ТЕХНОЛОГИЙ
Балахнин П. В., Малькевич В. И., Шмелев А. С. 13

ЧРЕСКОЖНАЯ АНГИОГРАФИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННАЯ МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ПЛОСКОДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ: НОВЫЙ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОККУЛЬТНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ
Балахнин П. В., Малькевич В. И., Шмелев А. С., Буровик И. А., Гришко П. Ю., Кулиш А. В., Нестерова В. В., Козубова К. В., Нестеров Д. В., Загайнов Е. В., Карачун А. М., Багненко С. С. 14

ОТКРЫТЫЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
Брицкая Н. Н., Фисенко Д. В., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Соловьев Н. О., Надина И. В., Хегай В. Е., Ефанов М. Г. 15

МОЛЕКУЛЯРНЫЙ КОМПОНЕНТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
Власов А. П., Маркин О. В., Алагулов А. А., Левкин К. И., Делибалтов К. И., Месиков О. И. 16

РЕЦИДИВ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНА ЛИ ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
Габоян А. С., Кочанов Д. А., Кукош М. Ю., Азовская В. В. 17

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
Ефимов Д. Ю., Юркина Е. Г., Примакова Е. А., Назарова Е. А., Романова И. А., Садовский Д. Н., Сазановец В. В., Коротков О. С., Дедюля Н. И., Штурич И. П., Коротков С. В., Кривенко С. И., Щерба А. Е., Руммо О. О. 18

АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ
Кадыров Д. М., Табаров З. В., Кодиров Ф. Д. 19

ВОРОТНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА И ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ «НЕОПРЕДЕЛЕННЫХ» СТРИКТУР ПРИ АНТЕГРАДНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ
Кадыров Д. М., Табаров З. В., Кодиров Ф. Д., Шарипов В. Ш. 20

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА
Каримов Ш. И., Хакимов М. Ш., Рахманов С. У., Хасанов В. Р., Рахимзода Т. Э. 21

ВЕНО-ВЕНОЗНАЯ ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.
Кислицин Д. П., Никитин Д. Ю., Пьянкин А. Б., Урусов Д. А., Букирь В. В., Захаров Н. С., Папинен А. В. 22

ОЦЕНКА КРИВОЙ ОБУЧЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ОСВОЕНИЯ РОБОТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
Коваленко Д. Е., Ефанов М. Г. 23

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ САМООБУЧЕНИИ И В ПРОЦЕССЕ ПРОГРАММЫ МЕНТОРИНГА
Коваленко Д. Е., Ефанов М. Г. 24

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА
Копейкин А. А., Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Рахмаев Т. С., Слободенюк В. П., Ашурова Н. М., Дьячков А. Е. 25

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
Леонов С. Д. 26

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА: ОПЫТ 92 ПАЦИЕНТОВ
Макарчев А. Д., Трифонов С. А., Коваленко Ю. А., Гурмиков Б. Н. 27

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДВУХЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
Мартиросян Т. А., Горин Д. С., Кригер А. Г., Марков П. В. 28

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ
Мянзелин М. Н., Семенцов К. В., Бояринов Д. Ю., Фоменко Е. Е. 29

СТРИКТУРА БИЛИАРНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ
Нартайлаков М. А., Салимгареев И. З., Нуриахметов Р. Р., Погадаев В. В., Иванов И. И., Сохибназаров Д. Н. 30

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН СЕГМЕНТОВ V И VIII ТРАНСПЛАНТАТА
Оспан Ж., Досханов М., Баймаханов Б., Каниев Ш., Тилеуов С., Нагасбеков М., Мукажанов Д., Суйеркулов М., Мархабеков Д., Турсынбай М., Хаджиева А. 31

ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ – ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ
Панченков Д. Н., Иванов Ю. В., Абдулкеримов З. А., Злобин А. И., Лискевич Р. В., Балабеков А. Г., Тупикин К. А. 32

НОВЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ
Панюшкин А. В., Власов А. В. 33

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОДЕСТРУКЦИИ
Сангинов Д. Р., Хужамкулов А. А., Ахматзаде С. М., Ятимов М. М. 34

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛАНГИОСКОПИИ И ПАНКРЕАТИКОСКОПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ
Старков Ю. Г., Вагапов А. И., Замолодчиков Р. Д., Джантуханова С. В. 35

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ РЧА
У 25 ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМАМИ БСДК С ВНУТРИПРОТОКОВЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ
Старков Ю. Г., Вагапов А. И., Бадахова А.Б., Замолодчиков Р. Д., Джантуханова С. В. 37

ОЦЕНКА РАННИХ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ПЕЧЕНИ ДО И ПОСЛЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ
Степанова Ю. А. , Ионкин Д. А. , Чекмарева И. А. , Паклина О. В. , Чжао А. В. 39

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНИРОВАННОЙ МАШИННОЙ ПЕРФУЗИИ
НА ФРАГМЕНТАЦИЮ И ОКИСЛЕНИЕ КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ ГЕПАТОЦИТОВ
ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ
Федорук Д. А., Федорук А. М., Едемичева И. П., Кирковский Л. В., Кухарев Д. Ю.,
Ефимов Д. Ю., Шамрук В. В., Бородин Д.М., Штурич И. П., Щерба А. Е., Руммо О. О. 41

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ
БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ
Федорук А. М., Козак О. Н., Савченко А. В., Бычковский П. А., Кирковский Л. В.,
Федорук Д. А., Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Руммо О. О. 42

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ
ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ
Фисенко Д. В., Брицкая Н. Н., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н.,
Коваленко Д. Е., Соловьев Н. О., Надина И. В., Хегай В. Е., Ефанов М. Г. 44

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОЗА
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ
Халимов Э. В., Михайлов А. Ю., Казанцев В. В., Баранова Т. С., Тихомирова Г. И. 45

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ
Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Руммо О. О. 46

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО
ШУНТИРОВАНИЯ У КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ В ММНКЦ
ИМ. С. П. БОТКИНА: ОПЫТ 100 ОПЕРАЦИЙ
Шабунин А. В., Минина М. Г., Дроздов П. А., Левина О. Н., Астапович С. А.,
Лиджиева Э. А. 47

ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ В ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ
Щерба А. Е., Дзядзько А. М., Сезина Е. И., Коротков С. В., Крачак Д. И.,
Махановский И. А., Штурич И. П., Козак О. Н., Руммо О. О. 48

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ РАДИОТЕРАПИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ
ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ
Щерба А. Е., Зверева Е. Л., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Штурич И. П., Левина Д. И.,
Ермакович-Савчук Ю. В., Козак О. Н., Федорук А. М., Руммо О. О. 49

II. ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫЕ РАНЕНИЯ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА И ОКАЗАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
ПОМОЩИ ПРИ ОСКОЛОЧНЫХ РАНЕНИЯХ ПЕЧЕНИ
Величко Е. А., Анюшин И. Л., Грицун В. Ю., Иванов Ю. В., Станкевич В. Р., Назаров Ю. С. 50

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКИ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ОСКОЛОЧНЫХ
РАНЕНИЙ ПЕЧЕНИ
Величко Е. А., Анюшин И. Л., Грицун В. Ю., Станкевич В. Р., Назаров Ю. С., Иванов Ю. В. 52

ОСТРЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА
Ивануса С. Я., Лазуткин М. В., Иванов Д. Н., Котив Б. Н. 53

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Ивануса С. Я., Лазуткин М. В., Иванов Д. Н., Котив Б. Н. 54

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ И МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЙЦОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ
Трандофилов М. М., Праздников Э. Н., Кошелев И. А. 55

III. ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ

ПАРЕНХИМОСБЕРЕГАЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ
Ахаладзе Г. Г., Балиев З. Э. 56

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ
Бабаджанов А. Х., Махмудов У. М., Иброхимов С. С. 57

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ПЕЧЕНЬ
Диникин М. С., Гуляев Ю. А., Пелипась Ю. В., Иванова А. К. 58

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ИЗОЛИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ 1 СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ
Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Хегай В. Е. 59

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В. 60

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ SI, IVa, VII, VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В. 61

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В. 62

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА
Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В. 63

КОМБИНАЦИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЧРЕСКОЖНЫМ ДОСТУПОМ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ
Ионкин Д. А., Степанова Ю. А., Жаворонкова О. И., Чжао А. В. 64

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ
Каримов М. Р., Беркинов У. Б., Халиков С. А., Саттаров О. Т. 65

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСКОЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЛИТАРНОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ
Хакимов М. Ш., Рахманов С. У., Хасанов В. Р., Рахимзода Т. Э. 66

КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ И МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗАХ
Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Федорук А. М., Кирковский Л. В., Коротков С. В., Руммо О. О. 67

IV. ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ: СВИЩИ, АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ СВИЩ И АРРОЗИОННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Горин Д. С., Кригер А. Г., Гоев А. А., Марков П. В., Мартиросян Т. А., Шукуров К. У. 68

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АРРОЗИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОЛОГИИ
Дарвин В. В., Кан П. Б., Гамидов М. Ж., Онищенко С. В., Лысак М. М. 70

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
Досханов М. О., Тилеуов С. Т., Баймаханов Б. Б., Каниев Ш. А., Оспан Ж. Р., Турсынбай М. К., Хаджиева А. А., Нагасбеков М. С., Мукажанов Д. Е., Суйеркулов М. У., Башатова Ф. А., Мархабеков Д. Е. 71

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРАПИИ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Егоров А. В., Жемерикин Г. А., Алексеев К. И., Ветшев Ф. П., Давудова А. А., Вартанова С. С. 72

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Ионкин Д. А., Степанова Ю. А., Жаворонкова О. И., Чжао А. В. 73

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕН ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Коханенко Н. Ю., Артемьева Н. Н., Зеленин В. В., Данилов С. А., Тепляков Д. В., Глебова А. В., Кашинцев А. А. 74

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПАНКРЕАТИКО-ПЛЕВРАЛЬНЫМ СВИЩЕМ
Коханенко Н. Ю., Артемьева Н. Н., Глебова А. В., Радионов Ю. В., Данилов С. А. 76

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ
Маринова Л. А., Макатова Б. И., Гурмиков Б. Н., Загайнов В. Е., Марков П. В. 77

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С АКТУАЛЬНЫМИ МЕЖДУНАРОДНЫМИ КЛАССИФИКАЦИЯМИ
Марков П. В., Мамошин А. В., Стручков П. В., Двухжилов М. В., Арутюнов О. Р., Бурмистров А.И., Шарапов И. Е. 79

НАРУЖНЫЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ КАК СЛЕДСТВИЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Тарасенко С. В., Копейкин А. А., Зайцев О. В., Рахмаев Т. С. 80

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АРРОЗИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Руммо О. О. 81

V. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОПЫТ 300 ОПЕРАЦИЙ ПО ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В МОСКОВСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ИМ. С. П. БОТКИНА
Шабунин А. В., Дроздов П. А., Минина М. Г., Левина О. Н., Астапович С. А., Макеев Д. А., Лиджиева Э. А. 82

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ: ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ
Коротков С. В., Примакова Е. А., Назарова Е. Г., Ефимов Д. Ю., Штурич И. П., Щерба А. Е., Кривенко С. И., Руммо О. О. 83

VI. ВИДЕОСЕССИЯ

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ICG-НАВИГАЦИИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ
Демин Д. Б. 84

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ, РЕЗЕКЦИЯ S1 ПЕЧЕНИ, РЕЗЕКЦИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ БЕЗ РЕЗЕКЦИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА
Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В. 86

МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ
Трандофилов М. М., Праздников Э. Н., Кошелев И. А. 87

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ V-VI СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ
Фисенко Д. В., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Соловьев Н. О., Надина И. В., Хегай В. Е., Ефанов М. Г. 88

РЕЗЕКЦИЯ ЧРЕВНОГО СТВОЛА И ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГРАФТОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЕГО ВЕТВЕЙ В ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Щерба А. Е., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Чернышов Т. М., Макович В. Н., Ладутько Д. Ю., Руммо О. О. 89

VII. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ): «ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ
Ахмедов А. Н., Никитина Т. О., Паскошева Д. Д. 90

ВЛИЯНИЕ АМИНОДИГИДРОФТАЛАЗИНДИОНА НАТРИЯ НА МОРФОЛОГИЮ ПЕЧЕНИ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ
Ашурова Н. М. 92

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ
Балиев З. Э. 93

ЛОКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ
Вахромкин В. С. 94

ТАРГЕТНЫЙ ГЕМОСТАЗ: НОВАЯ СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА
Дадоходжаев А. А. 95

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ГИБРИДНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА
Дьячков А. Е. 96

ЭКСТРЕННОЕ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ФЛАГМАНСКОГО ЦЕНТРА
Ибрагимов С. А., Фахриев Ж. А., Крючков Г. И. 97

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОСНОВЕ МИКРОБИОМА ЖЕЛЧИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
Курсенко Р. В. 98

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
Надина И. В., Тараканов П. В. 99

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ
Паскошева Д. Д. 100

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ MIRIZZI
Слинько В. Р. 101

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ, РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ И ОТКРЫТОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ
Соловьев Н. О. 102

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ
Сураев Д. Э. 103

ГРАНИЦЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЦЕНКИ ЭТАЛОННОГО РЕЗУЛЬТАТА
Тараканов П. В., Калганов А. А. 104

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ
Тараканов П. В., Калганов А. А. 105

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ
Терясов С. Г. 106

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ, РЕЗУЛЬТАТЫ
Тропин В. Е. 107

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: ДИАГНОСТИКА И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ
Турченко И. А. 109

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭТАЛОННОГО РЕЗУЛЬТАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ
Фисенко Д. В., Тараканов П. В. 110

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ
Фисенко Д. В., Тараканов П. В. 111

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ
Фисенко Д. В., Тараканов П. В. 112

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ – НАВИГАТОР В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ
Фоменко Е. Е., Мянзелин М. Н. 113

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОКОНСЕРВИРОВАННЫХ СОСУДИСТЫХ АЛЛОГРАФТОВ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ
Чистый А. А., Шестель И. В. 114

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ МАЛЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ
Шаталин В. А. 115

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА
Яралиев В. М. 116

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ 117

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

ПРИРОСТ ОБЪЕМА ТРАНСПЛАНТАТА КАК РАННИЙ МАРКЕР РЕПЕРФУЗИОННЫХ И ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Бабаджанов А. Х., Махмудов У. М., Тургунбоев Э. К., Султанов С. А., Маткаримов Ш. У., Иброхимов С. С., Шарифжонов С. М., Султонова Р. Д.

Национальный медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

В исследование включено 44 пациента, перенесших родственную трансплантацию правой доли печени. Средний возраст пациентов составил 41,2 ± 9,2 лет. Среди них было 25 мужчин и 21 женщина. Для оценки динамики объема трансплантата использовались данные мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ), выполненной у донора до операции, а также у реципиента на 5-6 сутки после пересадки. Дополнительно учитывался фактический интраоперационный вес графта после забора. Масса тела реципиентов была использована для расчета индекса GV/BW (г/кг) и GRWR (%), отражающих соотношение объема трансплантата к массе тела пациента. Средний показатель GV/BW составил 10,66 ± 2,52 г/кг, что превышает минимально допустимый порог в 7 г/кг, рекомендованный для предотвращения синдрома малого трансплантата. Эти данные свидетельствуют о том, что у большинства пациентов объём пересаженной правой доли печени был достаточным или даже избыточным по отношению к массе тела реципиента, что снижает риск недостаточной функциональной массы, но может способствовать развитию гиперперфузии, особенно при наличии дополнительных анатомических или технических факторов, ограничивающих отток. Согласно данным МСКТ, средний объем правой доли печени у доноров составил 805 ± 159 мл. Интраоперационно измеренная масса графта после забора в среднем составила 667 ± 128 г, что ожидаемо оказалось ниже объема, рассчитанного по МСКТ, ввиду удаления крови из сосудов, удаления жировой и соединительной ткани и физиологической разницы в плотности тканей. Установлено, что на 5-6 сутки после трансплантации средний объем правой доли печени у реципиентов достиг 1180 ± 226 мл, что превысило как расчетный предоперационный объем, так и массу графта. Распределение прироста объема трансплантата у реципиентов показало следующий характер. У 8 пациентов (17,4 %) увеличение объема печени составило не более 20 %, что может отражать минимальную регидратацию или умеренные реперфузионные изменения. У 14 (30,4 %) пациентов прирост находился в пределах 21-40 %, что соответствует физиологическому диапазону адаптационного увеличения трансплантата. У 10 (21,7 %) реципиентов наблюдалось более выраженное увеличение – от 41 до 60 %. В 7 (15,2 %) случаях прирост составил 61-80 %, и у 5 (10,9 %) пациентов – превысил 80 %, что потенциально может быть связано с гиперперфузией или выраженным отеком. В относительном выражении прирост объема трансплантата по сравнению с массой графта составил в среднем 78,3 ± 29,5 %. Такой прирост отражает, как процессы реперфузии, сопровождающиеся отеком ткани печени, так и возможную гиперперфузию, особенно у пациентов с неблагоприятным соотношением массы графта к весу тела. У части пациентов отмечено превышение объема трансплантата более чем на 100 % по сравнению с изначальной массой графта, что может расцениваться как значимый признак отека.

Заключение. Расхождение между массой графта и объемом трансплантата после операции – закономерное явление, обусловленное физиологическими, гемодинамическими и техническими факторами. Выраженное увеличение объема трансплантата в ранние сроки после пересадки должно рассматриваться как потенциальный маркер гиперперфузии или венозного застоя, особенно при наличии малых трансплантатов (GV/BW <8 г/кг или GRWR <0,8 %).

ВЫПОЛНЕНИЕ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПОД КОНТРОЛЕМ ПЛОСКОДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ (ПДКТ) В ТРИ РАЗА УЛУЧШАЕТ 3- И 5-ЛЕТНЮЮ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПАЦИЕНТОВ С ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫМ РАКОМ ПО СРАВНЕНИЮ С ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЕЙ БЕЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПДКТ-ТЕХНОЛОГИЙ

Балахнин П. В., Малькевич В. И., Шмелев А. С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Суперселективная трансартериальная химиоэмболизация лекарственно-насыщаемыми микросферами (ссТАХЭ) – стандарт лечения промежуточных стадий гепатоцеллюлярного рака (ГЦР). Использование технологий плоскодетекторной компьютерной томографии (ПДКТ), в дополнение к цифровой субтракционной ангиографии (ЦСА), рекомендуется профильными ассоциациями, однако влияние ПДКТ на отдаленные результаты ссТАХЭ изучено недостаточно. В отечественной литературе результаты подобных исследований ранее не публиковались.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты ссТАХЭ нерезектабельного промежуточного ГЦР с использованием только ЦСА в сравнении с проведением ссТАХЭ под контролем визуализационных и навигационных технологий ПДКТ.

Материалы и методы. Начиная с августа 2012 г. по август 2021 г. методом ссТАХЭ пролечен 71 пациент (54 мужчины и 17 женщин в возрасте от 30 до 86 лет, в среднем 65 лет, медиана – 65 лет) с нерезектабельным ГЦР стадии BCLC B1 или BCLC B2. С августа 2012 г. по май 2017 г. все процедуры ссТАХЭ (n=20) выполняли на ангиографической установке Artis Zee Floor (Siemens, Германия) только под контролем ЦСА (ЦСА-ссТАХЭ). После активации на той же установке программного пакета DynaCT 8sDCT Body (в мае 2017 г.) у остальных пациентов (n=51) при проведении ссТАХЭ использовали также возможности ПДКТ-визуализации и внутрисосудистой навигации (без программного пакета автоматического поиска питающих сосудов) (ПДКТ-ссТАХЭ). Всего проведено 199 сеансов ссТАХЭ (от 1 до 11, в среднем 2,6, медиана – 2). Если после ссТАХЭ происходило снижение стадии ГЦР, то выполняли чрескожную абляцию остаточных опухолей под УЗИ-контролем (до мая 2017 г.) или под ПДКТ-контролем (с мая 2017 г.). Всего было проведено 17 сеансов локальной терапии в виде криоабляции (n=6), микроволновой абляции (n=9), РЧА (n=1) и абляции этанолом (n=1). При прогрессировании заболевания начинали системную лекарственную терапию.

Результаты. В настоящее время живы 9 пациентов (12,7 %) в сроки от 43 мес до 118 мес. от первой ссТАХЭ (в среднем 72 мес., медиана – 61 мес.). При этом средняя продолжительность жизни (СПЖ), медиана общей выживаемости (МОВЖ), 1-, 2-, 3- и 5-летняя выживаемость (ВЖ) всех пациентов составили 28 мес, 22 мес, 70,1 %, 47,8 %, 28,4 % и 14,9 %, соответственно. При подгрупповом анализе показатели СПЖ, МОВЖ, 1-, 2-, 3- и 5-летней ВЖ были статистически достоверно ($p < 0,05$) выше в группе ПДКТ-ссТАХЭ по сравнению с ЦСА-ссТАХЭ и составили 30 мес., 28 мес., 74,0 %, 54,0 %, 34,0 %, 18,0 % и 21 мес., 13 мес., 58,8 %, 29,4 %, 11,8 %, 5,9 %, соответственно.

Выводы. Использование визуализационных и навигационных ПДКТ-технологий при проведении ссТАХЭ (даже без программного пакета автоматического поиска питающих сосудов) в три раза улучшает показатели 3- и 5-летней ВЖ пациентов, страдающих промежуточным ГЦР. ПДКТ-ссТАХЭ необходимо рассматривать как новый стандарт регионарной терапии промежуточных стадий ГЦР.

ЧРЕСКОЖНАЯ АНГИОГРАФИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННАЯ МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ ПЛОСКОДЕТЕКТОРНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ: НОВЫЙ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОККУЛЬТНЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Балахнин П. В., Малькевич В. И., Шмелев А. С., Буровик И. А., Гришко П. Ю., Кулиш А. В., Нестерова В. В., Козубова К. В., Нестеров Д. В., Загайнов Е. В., Карачун А. М., Багненко С. С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Чрескожная микроволновая абляция (МВА) под УЗИ и/или МСКТ контролем является общепризнанным методом лечения олигометастазов колоректального рака в печени (МКРРП). Основным недостатком термоабляции считается развитие локального рецидива заболевания (40 % в первые 2 года), связанного с ростом оккультных (не выявленных до и во время абляции) метастазов, что приводит к медиане 3-летней выживаемости в 58 %. Ранее был разработан метод визуализации оккультных МКРРП с использованием плоскодетекторной компьютерной томографии (ПДКТ), который может быть использован при проведении МВА под ПДКТ-контролем.

Цель исследования: оценить возможности чрескожной ангиографически-ассистированной ПДКТ-контролируемой МВА (ЧАА-ПДКТ-МВА) для выявления и лечения оккультных (не визуализируемых по данным предоперационной многофазной МСКТ с внутривенным контрастированием) МКРРП.

Материалы и методы. Процедуру ЧАА-ПДКТ-МВА осуществляли на ангиографической установке Artis Zee Floor (Siemens, Германия). Для визуализации МКРРП в общую печеночную артерию вводили 40 мл рентгенконтрастного препарата со скоростью 2 мл/сек (введение 20 сек) и начинали ПДКТ-сканирование в режиме 6sDCT Body на 22 сек от начала контрастирования (капиллярная фаза инфузионной артериогепатикографии). Таргетирование осуществляли в режиме реального времени с помощью навигационной программы iGuide Needle Guidance. После проведения МВА с использованием системы Surblate (Vison Medical, Китай) осуществляли контрольное ПДКТ-сканирование для визуализации зон абляции. Оценку минимального края абляции производили путем слияния пред- и постабляционных ПДКТ-массивов данных в программе 3D/3D Fusion.

Результаты. За период с 2022 по 2024 гг. 86 пациентам проведено 102 процедуры ЧАА-ПДКТ-МВА. При этом только в одном случае выполнено двухэтапное вмешательство, а остальные 15 повторных процедур выполнены у 14 пациентов по поводу локального прогрессирования (n=2; 2,3 %) и локального рецидива (n=13; 15,1 %) заболевания, возникших в среднем через 5 мес. (медиана 5 мес.) и 8 мес. (медиана 7 мес.) после первой абляции, соответственно. Всего при проведении 102 процедур было выявлено и подвергнуто абляции 193 МКРРП диаметром от 3 мм до 67 мм (в среднем 15 мм; медиана – 12 мм). При этом 41 (21,2 %) метастаз диаметром от 3 до 12 мм (в среднем 7 мм, медиана 6 мм), выявленный при проведении 26 (25,5 %) вмешательств, не был обнаружен по данным предоперационной многофазной МСКТ. У пациентов, достигших 2 лет наблюдения (n=38) 1- и 2-летняя выживаемость составили 97,4 % и 86,8 %, соответственно.

Выводы. Оккультные МКРРП при проведении ЧАА-ПДКТ-МВА выявляются у каждого четвертого пациента и могут быть подвергнуты радикальному лечению в процессе одного вмешательства. Использование ЧАА-ПДКТ-МВА представляется перспективным так как позволяет значительно снизить риск локального рецидива заболевания в печени.

ОТКРЫТЫЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ. АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Брицкая Н. Н., Фисенко Д. В., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Соловьев Н. О., Надина И. В., Хегай В. Е., Ефанов М. Г.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Открытая резекции печени (ОРП) является стандартным и эффективным методом лечения внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК). Накапливается опыт применения лапароскопических (ЛРП) и робот-ассистированных резекций печени (РРП), тем не менее, малое число исследований в настоящее время посвящены сравнительному анализу результатов ОРП и РРП при ВПХК.

Цель исследования: оценить результаты РРП и ОРП у больных ВПХК.

Материалы и методы. В исследование включены 112 больных, перенесшие резекцию печени по поводу ВПХК. ОРП выполнены у 72 больных, ЛРП – у 26, РРП – у 13 больных. Изучены ближайшие и отдаленные результаты ОРП и РРП с использованием псевдорандомизации методом логистической регрессии с оценкой индекса соответствия в соотношении 1:3. Список конфаундеров включал возраст, индекс массы тела, показатель ASA, размер опухоли, мультифокальность, метастатическое поражение лимфатических узлов, билиарную инвазию, проведение НАПХТ, CA 19-9, патогистологический тип ВПХК (крупно- и мелкопротоковый).

Результаты. Обширные резекции печени выполнены у всех больных в группе РРП (100 %), и у 22 (84,6 %) больных в группе ОРП (p=0,135), в том числе с сосудистыми резекциями воротной или нижней полой вены у 3 (23,1 %) пациентов в группе РРП и у 6 (23,1 %) в группе ОРП (p=1,00). Билиарные резекции были выполнены у 6 (46,2 %) больных в группе РРП и у 15 (57,7 %) в группе ОРП (p=0,496). При отсутствии достоверных отличий в длительности операции – при РРП 503 ± 133 мин. и ОРП 522 ± 123 мин. (p=0,613), интраоперационных осложнениях Oslo (Satava) > II – 4 (30,8 %) и 8 (30,8 %) соответственно (p=1,00), частоте тяжелых послеоперационных осложнений – при РРП 5 (38,5 %) и ОРП 16 (61, %) (p=0,173), отмечались достоверные отличия по показателю кровопотери при РРП 250 мл (30-1700) и 600 мл (250-13340) при ОРП соответственно (p=0,005), времени пребывания в реанимации при РРП – 1 (1-5) и при ОРП – 3 (1-16) дня, соответственно (p=0,047). Показатель R0 резекций в группе РРП был достоверно выше и составил 69,2 % (p=0,005). Длительность послеоперационного стационарного лечения составила 12 (6-32) и 16 (7-36) койко-дней после РРП и ОРП (p=0,032). Общая 3-летняя выживаемость в группе РРП составила 52 %, в группе ОРП 45 % (p=0,894). Медиана в группе ОРП составила 29 месяцев, в группе РРП медиана не достигнута.

Заключение. РРП при условии селективного применения обеспечивают лучшие ближайшие результаты при ВПХК по сравнению с ОРП. В связи с чем, необходимо дальнейшее накопления опыта РРП и изучение отдаленных результатов.

МОЛЕКУЛЯРНЫЙ КОМПОНЕНТ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Власов А. П., Маркин О. В., Алагулов А. А., Левкин К. И., Делибалтов К. И., Месиков О. И.

ФГБОУ ВО «Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева», Саранск, Россия

В современной хирургии все большее внимание уделяется вопросу установления характера течения патологического процесса, как в раннем, так и отдаленном периоде острого заболевания живота. С этой целью широко применяются различные критерии и шкалы. Применение их позволяет своевременно определить течение заболевания, на основе чего скорригировать схемы комплексного лечения, в том числе определить показания к повторным хирургическим вмешательствам. В большинстве такие прогностические тесты основываются на различных показателях клиники, рутинных лабораторных и инструментальных данных. Между тем, современная медицинская наука имеет возможности установить характер течения болезни уже на самых ранних стадиях, когда «закладывается» ее программа. Безусловно, такой подход может основываться на установлении характера процессов, происходящих на молекулярном уровне.

Цель исследования: разработка способа прогнозирования течения острого панкреатита с использованием показателей патологических процессов на молекулярном уровне.

Материалы и методы. Разработан способ оценки течения ургентных заболеваний живота. В его основу положен анализ ряда показателей гомеостаза, в том числе катаболических явлений (патент № 2729730). Результативность способа оценена у 35 пациентов острым панкреатитом ранней стадии. Установление характера течения болезни произведена на основе лабораторных исследований эндогенной интоксикации, молекулярных продуктов липопероксидации, липидного состава крови. Сравнительная характеристика клинического течения заболевания и развитие осложнений показала, что при индексе менее 2,4 – благоприятное течение заболевания, от 3,5 до 4,1 – низкая степень, более 4,1 – высокая степень вероятности развития осложнений.

Результаты. При поступлении пациентов в клинику диагноз острый панкреатит верифицирован клинически, лабораторно и инструментально. Зарегистрированы морфологические признаки (УЗИ, КТ) поражения паренхимы поджелудочной железы. На фоне комплексной терапии состояние пациентов протекало по-разному. У большинства пациентов (23) течение заболевания было благоприятным. Вектор лечения находил полную реализацию. Отмечено регрессия болезни и выписка пациентов из стационара (их пребывание составило 9,1+0,4 койко-дней). Ретроспективный анализ показал, что у пациентов этой группы индекс прогнозирования составил 1,9+0,2. У 12 пациентов состояние не улучшалось, зарегистрирован экссудат в животе, при этом жидкостных образований в тканях самой поджелудочной железы, а также парапанкреатических и параколических тканевых образованиях не было. Индекс течения раннего послеоперационного периода составил 3,7+0,3. Установлены показания к хирургическому лечению острого ферментативного перитонита. Произведено эвакуация экссудата, санация брюшной полости под контролем УЗИ. В раннем послеоперационном периоде течение болезни было различным. У 7 пациентов на фоне комплексной терапии состояние улучшалось, количество экссудата из брюшной полости прогрессивно уменьшалось. Индекс течения раннего послеоперационного периода варьировал от 1,3 до 2,4, что соответствовало благоприятной форме течения болезни уже после развившегося осложнения. У 5 больных в раннем периоде после санирования брюшной полости состояние не улучшалось. Несмотря на стандартизированное консервативное лечение и адекватное дренирование брюшной полости, зарегистрировано прогрессирование острого панкреатита, развитие разного рода осложнений, которые нуждались в повторных хирургических вмешательствах. В этой группе пациентов индекс повышался и был более 4,0. Пациенты оперированы с применением малотравматичных методик.

Заключение. Представленный способ, основанный на оценке ряда молекулярных процессов, позволяет с высокой степенью информативности прогнозировать течения острого панкреатита. Способ прост в исполнении, доступен в лечебных учреждениях различного уровня.

РЕЦИДИВ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНА ЛИ ПОВТОРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

Габоян А. С., Кочанов Д. А., Кукош М. Ю., Азовская В. В.

ЦКБ «РЖД-Медицина», Москва, Россия

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов им. Патриса Лумумбы», Москва, Россия

Несмотря на все достижения в хирургическом и лекарственном лечении рака поджелудочной железы, частота локальных рецидивов после проведенного радикального хирургического вмешательства до настоящего времени остается на достаточно высоком уровне. На протяжении многих лет не существовало определённой стратегии в лечении рецидива рака поджелудочной железы. Медиана выживаемости при подтверждении местного рецидива составляет 7 месяцев, а при метастазировании в печень не превышает 3-х месяцев. Основным вариантом были паллиативная химио – и лучевая терапия. В периодической литературе очень мало информации в отношении возможности хирургического лечения рецидивов рака поджелудочной железы. Но в последние годы были проведены ряд исследований, которые продемонстрировали преимущество повторных резекций поджелудочной железы у определенных групп пациентов. При анализе периодической литературы с 2009 по 2024 гг. найдено 9 исследований, в которых проанализированы результаты хирургического лечения при развитии локорегионального рецидива рака поджелудочной железы. Показания к повторной резекции у этих пациентов были: высокая вероятность потенциально резектабельного рецидива и отсутствие признаков дальнейшего распространения болезни. Были проанализированы результаты лечения 1281 пациента с рецидивом рака поджелудочной железы. Средний интервал между первоначальной операцией на поджелудочной железе и выявлением рецидива составил 24,3 месяца (интервал 2–120 месяцев). Перед операцией проводилась химиотерапия или лучевая терапия. Lucia Mo-letta et al., 2019 в проведенном анализе приводят данные общей выживаемости для пациентов с местным рецидивом: среди пациентов с ре-резекцией составил 22 месяца и 10 месяцев у неоперированных повторно больных. Кривые выживаемости показали, что медиана выживаемости в группе с ре-резекциями составила 26,0 месяцев, тогда как в группе неоперированных больных только 14 месяцев (HR: 0,56, 95 % CI: 0,36–0,91; P = 0,012). Кроме того, когда была проанализирована безрецидивная выживаемость, то в группе пациентов с ре-резекциями данный показатель был равен 14,2 месяцам. Главный вопрос, который возникает при анализе приведенных данных – каковы критерии четкого отбора пациентов для повторной резекции рецидивной опухоли остаточной поджелудочной железы? Благодаря достижениям в области оперативных вмешательств и периоперационного ведения, резекция рецидивирующего рака поджелудочной железы в остаточной поджелудочной железе технически возможна и достаточно безопасна. Большинство исследователей указывают, что повторная панкреатэктомия может оказать благоприятный эффект на прогноз у пациентов с изолированным локальным рецидивом в остаточной поджелудочной железе с отсутствием отдаленного метастазирования и, если при повторной панкреатэктомии ожидается резекция R0. В частности, молодой и здоровый пациент с относительно небольшой опухолью, расположенной на небольшом расстоянии от культи поджелудочной железы, может быть лучшим кандидатом на операцию. Более того, профиль безопасности резекции приемлем. Основываясь на обзоре литературы, мы видим, что повторные резекции поджелудочной железы, несмотря на их техническую сложность выполнения, сопровождаются приемлемым уровнем осложнений и летальности, вполне сопоставимым с первичными резекциями поджелудочной.

Заключение. Повторная резекция в руках специалиста представляется возможной и безопасной. Но, учитывая малое количество клинического материала, срочно необходимы дальнейшие рандомизированные контролируемые исследования и метаанализ для определения эффективности и показаний к операции при рецидиве рака поджелудочной железы в соответствии с принципа-ми доказательной медицины.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ НА ОСНОВЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ефимов Д. Ю., Юркина Е. Г., Примакова Е. А., Назарова Е. А., Романова И. А., Садовский Д. Н., Сазановец В. В., Коротков О. С., Дедюля Н. И., Штурич И. П., Коротков С. В., Кривенко С. И., Щерба А. Е., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»**, ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург
24-26 сентября 2025

Введение. Современные доклинические и клинические исследования подтверждают эффективность терапии на основе мезенхимальных стромальных клеток (МСК) при различных патологиях, включая аутоиммунные заболевания, инфаркт миокарда, сахарный диабет, реакцию «трансплантат против хозяина» и печеночную недостаточность. Наши предыдущие пилотные исследования продемонстрировали, что: А) Интраоперационное интрапортальное введение аллогенных МСК при обширных резекциях печени является безопасным и технически выполнимым методом профилактики пострезекционной печеночной недостаточности; Б) Системная внутривенная инфузия плацентарных МСК эффективно стабилизирует состояние пациентов с декомпенсированным циррозом и может служить «мостом» к трансплантации печени у пациентов с ургентными показаниями.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность МСК-терапии: для профилактики пострезекционной печеночной недостаточности (ПРПН) после обширных резекций, а также при коррекции печеночной недостаточности у пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование (2022-2025 гг.) с участием 37 пациентов: группа профилактики ПРПН: интрапортальное введение аллогенных МСК жировой ткани (20×10^6 клеток) во время обширной резекции и группа лечения печеночной недостаточности на фоне декомпенсации цирроза печени: системная внутривенная инфузия плацентарно-пуповинных МСК ($2\text{-}3\times10^6$ клеток/кг) в кубитальную вену. Критерии оценки: биохимические показатели, частота осложнений, выживаемость.

Результаты. В Минском научно-практическом центре хирургии, трансплантологии и гематологии в период с января 2022 по май 2025 года 37 пациентам была выполнена клеточная трансплантация для профилактики либо коррекции печеночной недостаточности. Нежелательных явлений введения зарегистрировано не было. Общая однолетняя выживаемость составила 83 %. В группе профилактики не наблюдалось случаев пострезекционной печеночной недостаточности. Системное внутривенное введение плацентарно-пуповинных МСК привело к повышению показателей выживаемости и увеличению потенциальных сроков ожидания экстренной трансплантации печени. Эти эффекты были достигнуты благодаря значительному снижению уровня общего билирубина, улучшению синтетической и метаболической функции печени и стабилизацией прогрессирования печеночной недостаточности в большинстве случаев.

Выводы. Интрапортальное введение МСК эффективно предотвращает развитие печеночной недостаточности после обширных резекций. Системное применение плацентарных МСК улучшает функциональные показатели и выживаемость при декомпенсации цирроза печени. Разработанные методы демонстрируют хороший профиль безопасности и могут рассматриваться как дополнение к стандартной терапии.

АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Кадыров Д. М., Табаров З. В., Кодиров Ф. Д.

ГУ «Институт гастроэнтерологии» Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Аррозионные кровотечения (АК) являются одним из фатальных осложнений в панкреато-билиарной хирургии и как правило возникает на фоне тяжелого состояния больных, обусловленного панкреонекрозом с нарушением гомеостаза, длительной механической желтухой, травматичностью операций. Летальность от аррозионных кровотечений достигает 40–70 % и не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования: изучение патогенеза и разработка оптимальной тактики лечения АК в панкреато-билиарной хирургии.

Материалы и методы. За последние 5 лет АК после операций на билиарном тракте и поджелудочной железе наблюдали у 11 больных. Среди них мужчин было 7, женщин 4. Распределение по возрасту: 31–40 лет – 2, 41–50 лет – 6, 51–60 лет – 2, старше 60 лет – 1. По поводу острого калькулезного холецистита, осложненного механической желтухой и острым билиарным панкреатитом оперировано 3 больных, хронического панкреатита с билиарной обструкцией и вирсунголитиазом – 3, ятрогенной стриктуры печеночных протоков – 2, рака головки поджелудочной железы – 1 и большого сосочка ДПК – 2. Методы выполненных операций: ХЭ+ХЛТ, дренирование полости малого сальника – 2, ХЭ+резекция ОПП+ГЕС по Ру – 1, ХЭ+резекция гепатикохоледоха, разобщение билиарной и панкреальной систем путем панкреатикоеюностомии и гепатикоеюностомии на одной выключенной петле по Ру – 1, ПДР – 3, реконструктивная ГЕС по Ру – 2, ререзекция панкреатоеюноанастомоза – 1, вирсунготомия с литоэкстракцией – 1.

Результаты. Диагноз наружных аррозионных кровотечений, как правило, не составляет труда. Общеизвестные клинические признаки кровотечения: резкое ухудшение состояния больного, тахикардия, падение артериального давления, выделение крови по дренажам, снижение содержания гемоглобина, эритроцитов, гематокрита – не утратили диагностического значения до настоящего времени. У двух больных, с хроническим калькулёзным панкреатитом до операции наблюдались повторные кровотечения в просвет ЖКТ. Многократные кровотечения из зоны поджелудочной железы останавливались консервативно. АК склонны к рецидивам: однократное аррозионное кровотечение наблюдалось у четырех больных, двухкратное – у 3, трехкратное – у 3, четырехкратное – 1, многократное – у 1. Среди всех больных отмечено 28 случае кровотечений. У 2 больных с внутренним кровотечением истечение крови имело место в просвет ЖКТ через БСДПК. Наружные кровотечения часто носили волнообразный характер, то стихали до минимальных проявлений, то вновь становились профузными. При безуспешности консервативных мероприятий, как правило, прибегали к экстренной релапаротомии, число которых соответствовал числу рецидивов кровотечения. Источниками кровотечения были аррозированные селезеночные (2) панкреатодуоденальные (4), мезентериальные (3), сальниковые (2) сосуды. АК возникают сравнительно поздно с момента заболевания; по нашим данным, в среднем на 2–45$^{-й}$ день. Наблюдали один случай возникновения АК через 6 месяцев после первой операции. Непосредственные результаты лечения АК неутешительны: из 11 больных умерло 4 (36,3 %).

Заключение. В зонах деструкции ПЖ и парапанкреатической клетчатки воспалительные изменения затрагивают окружающие органы и крупные сосуды с возникновением периартериита или артериита, что имеет решающее значение в развитии АК. Классификация ISGPS является достаточно удобной для повседневного применения. Гемостаз в большинстве случаев достигается путем релапаротомии. Повторные кровотечения, нередко, являются непосредственной причиной смерти больных.

ВОРОТНАЯ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМА И ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ «НЕОПРЕДЕЛЕННЫХ» СТРИКТУР ПРИ АНТЕГРАДНОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ

Кадыров Д. М., Табаров З. В., Кодиров Ф. Д., Шарипов В. Ш.

ГУ «Институт гастроэнтерологии» Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Опухоль Клацкина обычно поражает общий печеночный проток на уровне конфлюенса, переходит на правый или левый печеночный проток, что отражено в классификации Bismuth–Corlette. Определение этиологии билиарной стриктуры, стадии опухолевого процесса, распространение его на сосуды ворот и печеночной паренхимы является первостепенной задачей для выбора правильной тактики лечения больных. Нередко возникают ситуации, когда генез стриктуры печеночных протоков остается неустановленным, так называемые «неопределенные стриктуры» (indeterminate strictures). Диагностика воротной холангиокарциномы затруднена на ранних этапах. Сложности возникают при «запущенных» опухолевых стриктурах периампулярной зоны с распространением процесса до проксимальных отделов, напоминая клацкин-мимикрирующих заболеваний (Klatskin-mimicking lesions), которые по своей клинико-рентгенологической картине очень похожи на гилюсную холангиокарциному, но исходят из дистальных отделов, при которых весьма трудно оценить локализацию первоисточника роста.

Цель исследования: оценить возможности дифференциальной диагностики воротной холангиокарциномы от распространенной опухоли периампулярной зоны и стриктур другого генеза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 52 больных с механической желтухой. Основными и оптимальными лучевыми методами диагностики опухоли Клацкина являются УЗИ, КТ, МРТ, при которой можно пространственно оценить состояние всех желчных протоков. В сложных ситуациях, и с целью определения резектабельности опухоли у 7 больных применена компьютерная холангиография и у 10–эндосонография. У 47 больных с целью диагностики и в качестве предварительного этапа лечения применена антеградная холангиография и миниинвазивная билиарная декомпрессия, в том числе, монолобарная – у 19 больных, билобарная – у 28.

Результаты. При холангиографии, согласно классификации Bismuth–Corlette: диагностирован: I тип – опухоль ОПП без инфильтрации слияния долевых протоков – у 12; II тип – распространение опухоли на конфлюенс – у 14; IIIa тип – преимущественная инвазия правого долевого протока – у 6; IIIb тип – преимущественная инвазия левого долевого протока–у 5; IV тип – опухоль распространяется на оба долевых протока–у 5 больных. Антеградная холангиография позволяла с высокой точностью определить локализацию и протяженность билиарной стриктуры, но, к сожалению, в отношении определения этиологического фактора возникают значительные трудности. Сложности возникают при «запущенных» опухолевых стриктурах, когда опухолевый процесс распространяется до проксимальных отделов, напоминая клацкин-мимикрирующих заболеваний, которые по своей клинико-рентгенологической картине очень похожи на гилюсную холангиокарциному, но имеют отличную от нее причину и требуют иных подходов к лечению. КТ, при которых вводят контрастный препарат в протоки по чрескожным чреспеченочным дренажам, позволяет улучшить изображение опухоли, указывает уровень блока, степень блока, выраженность желчной гипертензии, адекватность дренирования желчных протоков. Результаты эндосонографии даёт возможность получить дополнительную информацию о распространенности опухолевого процесса и ее резектабельности.

Заключение. Определение этиологии проксимальной билиарной обструкции является первостепенной задачей для выбора правильной тактики лечения больных. Основным инвазивным методом диагностики, причины и уровня билиарной обструкции является ЧЧХГ которая в сочетании с другими лучевыми методами позволяет оценить протяженность опухоли и точно локализовать ее. КТ с введением контраста и эндосонография позволяют улучшить характеристику опухоли. Антеградная билиарная декомпрессия снижает риск радикальной операции при её необходимости.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Каримов Ш. И., Хакимов М. Ш., Рахманов С. У., Хасанов В. Р., Рахимзода Т. Э.

Ташкентский Государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: расширить возможности выполнения чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) при неоперабельных опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 237 больных с механической желтухой злокачественного генеза, находившихся на стационарном лечении в отделение торакоабдоминальной хирургии клиники Ташкентской Государственного медицинского Университета за период с 2010 по 2025 гг. В зависимости от подхода к выполнению ЧЧЭВ все пациенты были разделены на две группы. В первой группе (114 больных) предпринята традиционная тактика, а во второй группе (123 пациентов) использованы усовершенствованные нами подходы.

Результаты. В зависимости от блока ЖВП предложены различные подходы к выполнению ЧЧЭВ. 1. При поражении дистального отдела холедоха сохраняются наиболее удобные условия для наложения холангиостомы. Выполняется традиционная ЧЧХС. Небольшая протяженность опухолевой стриктуры позволяет произвести реканализацию блокированного участка и установить широкий дренаж в кишечник для внутреннего дренирования. 2. При неоперабельной опухоли головки поджелудочной железы с явлениями дуоденостаза используется метод двойного коаксиального дренирования с заведением катетера небольшого диаметра (5F) в тощую кишку. Внешний катетер служил для сбора желчи, а через внутренний осуществляли ее введение в кишечник. 3. Опухолевое поражение средней части холедоха значительно затрудняет фиксацию дренажа. В этой связи считаем весьма важным использование в этой ситуации катетеров типа «Pig tail» или установку дренажа в виде петли. При безуспешности реканализации стриктуры для безопасного и эффективного дренирования необходимо проведение катетера через зону слияния долевых протоков в левую долю печени. 4. При опухолях с блоком желчевыводящей системы, соответствующим типам IIIA и IIIB по классификации Bismuth H., пункция правого или левого долевых протоков с последующей реканализацией стриктуры позволяет установить дренаж в холедох, тем самым создавая наружно-внутреннее дренирование. 5. При блоках желчевыводящей системы, соответствующим типу IV по классификации Bismuth H. при разобщении желчевыводящей системы для создания условий оптимального дренирования необходима раздельная катетеризации протоковой системы правой и левой долей. 6. При блокировании желчного пузыря с развитием острого обтурационного холецистита использовали три дренажные системы. Такая ситуация требовала раздельного дренирования не только внутрипеченочных протоков обеих долей, но и желчного пузыря, т.е. выполнялась дополнительно чреспеченочная холецистостомия. В первой группе адекватного дренирования билиарного дерева удалось достичь в 61,5 %, во второй группе – 84,5 %.

Заключение. Эффективность применения минимально инвазивных декомпрессивных вмешательств в лечении механической желтухи опухолевого генеза определяется дифференцированным выбором метода дренирования. Выделенные нами виды декомпрессии в зависимости от характера поражения желчных протоков наиболее типичны и позволяют выбрать необходимый и безопасный способ дренирования. Вместе с тем, конечно, они не могут в полной мере охватить все клинические ситуации.

ВЕНО-ВЕНОЗНАЯ ГЕМОФИЛЬТРАЦИЯ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ МЕМБРАННАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В КОРРЕКЦИИ ЭКСТРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.

Кислицин Д. П., Никитин Д. Ю., Пьянкин А. Б., Урусов Д. А., Букирь В. В., Захаров Н. С., Папинен А. В.

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

Использование экстракорпоральных методов лечения (ЭКМЛ) при тяжелом течении острого панкреатита в современных клинических рекомендациях не конкретизировано. В данном аспекте мы хотели поделиться клиническим опытом применения вено-венозной гемофильтрации и экстракорпоральной мембранной оксигенации в коррекции экстрапанкреатических осложнений острого панкреатита.

Клиническое наблюдение. Больная Е., 44 лет, поступила в хирургическое отделение Окружной клинической больницы в экстреннном порядке. С учетом данных клиники, компьютерной томографии (отек, инфильтрация в области тела и хвоста поджелудочной железы), амилаземии 1217.1 U|l, выставлен диагноз острого панкреатита, тяжелое течение, начата интенсивная терапия в условиях реанимации. Состояние пациентки тяжелое. На 2-е сутки стала нарастать дыхательная недостаточность, потребовавшая перевода на ИВЛ. На КТ картина отека легких, двустороннего малого гидроторакса. Начата заместительная почечная терапия (отмечена относительная стабилизация состояния, регресс церебральной и энтеральной недостаточности, восстановление диуреза). Присоединение нозокомиальной флоры (Klebsiella pneumoniae) с развитием двусторонней полисегментарной пневмонии потребовало выполнения трахеостомы на 7-е сутки и пролонгированной ИВЛ. Состояние пациентки тяжелое, стабильное, с отрицательной динамикой по дыхательной недостаточности. Шкала SOFA 8 баллов, шкала CPIS 6 баллов. По шкале Мюррея 3 балла, что свидетельствует о остром респираторном дистресс синдроме, по шкале RESP 1 балл (Класс риска III с выживаемостью 57 %), показано проведения вено-венозного ЭКМО. В асептических условия собран, заполнен и деаэрирован контур ЭКМО, оксигенатор MEDOS HILITE 7000LT. Аппарат DeltaStream III. Системная гепаринизация 5 тыс. ед. гепарина. АСТ 325/304 сек. Рентгенохирургом установлены и фиксированы лигатурами канюли в левую бедренную вену – Medos 22Fr, в правую внутреннюю яремную вену – 16 Fr. Ультразвуковой контроль стояния канюль. Подключен аппарат ЭКМО по ВВ-схеме. ОСП 3,5 л/мин, RPM 7400. FiO2-1,0, Газоток 4 л/минуту. Относительная стабилизация пациентки. На 20-е сутки параметры ЭКМО: поток 3,2 л/минуту, скорость 7400 об/минуту, p1 (261), p2 (220), p3 (-41), ΔP 255 мм. рт. ст. поток кислорода 2,5 л/минуту, FiO2 0,8. Шкала SOFA 6 баллов. Продолжается процедура вено – венозного гемодиализа с регионарной цитратной антикоагуляцией. На 24-е сутки – активное кровотечение из зоны бедренной канюли ЭКМО, при ревизии выявлен пролежень стенки левой бедренной артерии, аррозионное кровотечение из левой бедренной артерии. Проведено удаление (замена) магистрали аппарата ЭКМО, ушивание дефектов стенки левой бедренной вены, циркулярный шов левой бедренной артерии. Констатированы клинически и по данным УЗИ тромбоз левой бедренной вены, тромбозы пальцевых артерий левой кисти. Через 20 суток, в связи с положительной динамикой по дыхательной недостаточности принято решение об прекращении В/В ЭКМО. Пациентка после прохождения реабилитации в стационаре выписана на 45-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Своевременное использование ЭКМЛ при тяжелом течении острого панкреатита, введение ЭКМО в клиническую практику позволяет увеличить эффективность лечения тяжелого ОРДС, сохраняя все достоинства протективной вентиляции. Это обстоятельство ставит новые задачи перед практикующими врачами в многопрофильных стационарах.

ОЦЕНКА КРИВОЙ ОБУЧЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО ОСВОЕНИЯ РОБОТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Коваленко Д. Е., Ефанов М. Г.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. Влияние кривой обучения роботическим резекциям на кривую обучения лапароскопическим резекциям недостаточно изучено.

Цель исследования: оценить кривую обучения лапароскопическим резекциям хирурга, имеющего опыт роботических резекций печени при помощи метода CUSUM.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование пациентов, перенесших в период с 2015 по декабрь 2020 гг ЛРП. Из исследования исключены пациенты, которым выполнена фенестрация простых кист печени или частичная перицистэктомия при эхинококкозе. Оценивалась кривая обучения хирурга, освоившего роботические резекции высокой сложности.

Результаты. В указанный период времени было выполнено 174 ЛРП. При помощи метода CUSUM построены графики изменения индекса сложности оперативных вмешательств и основных результатов РРП. В соответствии с полученными графиками выделено три периода обучения: 1-й (с 1-ой по 20-ую резекцию) – начальный, 2-й (с 21-ой резекции по 100-ую резекцию), и 3-й (со 101-ой по 174-ую резекцию). При выборе границ между периодами обучения в первую очередь ориентировались на характер графиков кривой CUSUM, которые отражали динамику основных интраоперционных событий (время операции, кровопотеря), динамику индекса сложности резекции (IWATE), частоты осложнений в послеоперационном периоде. Совпадающие значимые изменения показателей в этих графиках служили ориентиром для определения длительности периода обучения. Продолжительность второго периода была определена, как 80 оперативных вмешательств. Динамика индекса сложности резекции, время продолжительности операции, объем кровопотери, частота послеоперационных осложнений достоверно не различались между 1-ым и 2-ым передами обучения. В 2-ом периоде обучения отмечено достоверное увеличение анатомических резекций печени (p 0,037), частоты резекции задне-верхних сегментов (p 0,17), оперативных вмешательств с контактом образований с крупным сосудисто-секреторными элементами (p 0,037).

Выводы. Длительность кривой обучения лапароскопическим резекциям оказалась несколько короче по сравнению с опубликованными данными других авторов, причиной чему может быть первоначальное прохождение кривой обучения роботическим резекциям.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ САМООБУЧЕНИИ И В ПРОЦЕССЕ ПРОГРАММЫ МЕНТОРИНГА

Коваленко Д. Е., Ефанов М. Г.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия, Москва, Россия

Введение. Длительность кривой обучения хирурга без опыта лапароскопических резекций печени под руководством самообучившегося хирурга экспертного уровня, недостаточно изучена.

Цель исследования: сравнить кривую обучения лапароскопической резекции печени по программе мониторинга с кривой самообучения экспертного хирурга.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов лапароскопических резекций печени, выполненных в период с 2015-2020 г. хирургом экспертного уровня (далее хирург 1) и хирургом, обучавшийся по программе наставничества (хирург 2). Использован метод кумулятивных сумм для оценки динамики индекса сложности и периоперационных результатов в процессе кривой обучения обоих хирургов. Оценка индекса сложности резекции выполнена согласно критериям IWATE.

Результаты. Общее число резекций, выполненных хирургами 1 и 2 (174 и 37 соответственно) разделено на 3 периода обучения. Продолжительность начального периода у хирургов 1 и 2 составила 1- 20 и 1 -16 резекций, периода расширений показаний с 21 по 40 и с 17 по 37 резекцию, соответственно. В начальном периоде у хирургов не выявлено различий в индексе сложности резекций: 5,5(4,5-9)\4(3-6) (p=0,131), интраоперационной кровопотере: 200(50-350)\150(50-200) мл (p=0,505), и частоте осложнений: 3(15 %)\3(18 %) (p=0,552), соответственно. Время резекции у хирурга 1 было достоверно больше, чем у хирурга 2: 310(255-445)\195(120-275) (p=0,007). При сравнительном анализе 2-го периода у хирурга 1 индекс сложности был достоверно выше: 9(6,5-11)\5(4-7) (p=0,008). Не выявлено отличий в частоте послеоперационных осложнений: 4(20 %)\3(15 %) (p=0,507). У хирурга 2 в периоде расширения показаний отмечена достоверно более низкая интраоперационная кровопотеря: 100(50-200)\300(175-500) (p=0,033) и более низкое среднее время оперативного вмешательства: 190(125-300)\460 (337-570) (p=0,002), соответственно.

Выводы. Длительность кривой обучения лапароскопическим резекциям печени укорачивается в программе наставничества. Отмечена тенденция к уменьшению времени операции и кровопотери в программе наставничества.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Копейкин А. А., Тарасенко С. В., Зайцев О. В., Рахмаев Т. С., Слободенюк В. П., Ашурова Н. М., Дьячков А. Е.

Кафедра госпитальной хирургии ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, Рязань, Россия
ГБУ РО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия

Цель исследования: провести анализ эффективности антеградных, ретроградных доступов для декомпрессии билиарного тракта и их сочетания при механической желтухе опухолевого генеза. Изучить характер осложнений после подобных вмешательств.

Материалы и методы. Ежегодно отмечается рост числа пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. При механических желтухах опухолевого генеза производятся различные методы наружного и внутреннего дренирования, выполняемые как антеградным, так и ретроградным способом. Декомпрессия производится всем пациентам при уровне билирубина выше 100 мкм/л и наличии признаков печеночной недостаточности класса А, В, С. За 2016-2024 гг. антеградный доступ для дренирования желчных протоков выполнен у 515 пациентов, ретроградный – у 173, сочетанный (рандеву) – у 65.

Результаты. Пациентам с низким билиарным блоком оптимальным методом декомпрессии считаем ретроградный доступ: ЭПСТ, транспапиллярное стентирование, назобилиарное дренирование, билиодуоденальное стентирование под эндосонографическим контролем. При отсутствии технической возможности внутреннего желчеотведения при низком блоке, а также в случаях высокого билиарного блока предпочтение отдавали антеградным методам чрескожной декомпрессии. Холангиостомия выполнена в 59 % случаев, в 23 % случаях раздельно левого и правого протоков. Отмечались следующие осложнения после процедуры: кровотечение по дренажу и гемобилия в 6,3 % случаев; частичная или полная транслокация дренажа в послеоперационном периоде 7,1 % случаев; нагноение дренажного канала у 2,6 % больных. Оперировано в связи с осложнениями 9 пациентов. Холецистостомия выполнена у 18 %, наружновнутреннее дренирование выполнено у 45 % пациентов после холангиостомии в случае удачной реканализации стриктуры. Метод использовался как самостоятельный и как предварительный этап перед протезированием или стентированием стриктур. Отмечено возрастание риска инфекционных осложнений (5,3 %) и риск развития панкреатита вследствие блокады главного панкреатического протока (2,4 %). Билиарное протезирование выполнено у 151 пациента. Рассматриваем его как альтернативу билиодигестивному анастомозу при нерезектабельных опухолях, а также как метод выбора в неоперабельных случаях. В группе пациентов с сочетанным применением антеградных и ретроградных доступов для внутреннего желчеотведения получен наименьший процент осложнений.

Выводы. Наилучшие результаты получены при выполении внутреннего желчеотведения, как при самостоятельном применении антеградных и ретроградных доступов, так и при сочетанном их использовании (рандеву).

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ БИОИМПЕДАНСНОГО АНАЛИЗА ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Леонов С. Д.

ФГБУ «Научно-практический центр лазерной медицины им. О. К. Скобелкина ФМБА России», Москва, Россия

Для оценки возможностей биоимпедансного анализа в прогнозировании пострезекционной печеночной недостаточности (ППН) провели обширные резекции печени (ОРП) у крыс на фоне диффузных изменений в печени (ДИП). На 90-е сутки эксперимента 26 крысам, получавшим N-нитроздиэтиламин (4 погибли на 60-е – 80-е сутки) производили лапаротомию и осуществляли биоимпедансометрию печени и селезенки, а затем выполняли обширную резекцию печени. Из 26 животных после оперативного вмешательства на 1-е сутки выжило 10 крыс (38,5 %). Летальность составила 61,5 %. Электрический импеданс печени и селезенки осуществляли на аппарате BIM-II биполярными электродами с ограничителем, диаметром G 20–22 с длиной активной части до 3 мм и расстоянием между электродами 2–3 мм. Измерение производили в трех произвольных зонах на частотах 2 кГц, и 20 кГц с расчетом среднего значения электрического импеданса. Животных разделили на две группы. В первую включили животных, у которых после ОРП на первые сутки наступал летальный исход, либо крысы находились в агональном состоянии. Эти животные имели признаки тяжелой ППН. Во вторую группу включили крыс выживших на 1-е сутки после ОРП. В контрольной группе ОРП производили у животных с интактной печенью. К дооперационному фактору риска развития ППН отнесли увеличение абсолютных значений электрического импеданса паренхимы печени выше 3 кОм, измеренного на частоте 2 кГц. Чувствительность данного прогностического критерия составила 58 %, а специфичность 80 %. К интраоперционному фактору риска развития ППН отнесли снижение абсолютных значений электрического импеданса селезенки сразу после резекции печени относительно значений до резекции. Чувствительность данного прогностического критерия составила 92 %, а специфичность 50 %.

Заключение. Биоимпедансный анализа печени и селезенки после обширнывх резекций печени позволяет прогнозировать риск развития пострезекционной печеночной недостаточности.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА: ОПЫТ 92 ПАЦИЕНТОВ

Макарчев А. Д., Трифонов С. А., Коваленко Ю. А., Гурмиков Б. Н.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. В настоящее время радикальное хирургическое вмешательство при воротной холангиокарциноме является не только целью самой операции, но и является предиктором общей и безрецидивной выживаемости. Наряду с этим не существует универсального определения радикальной резекции и гистопатологической классификации. Также нет единого мнения о том, какие края резекции следует включать в морфологическое исследование хирургического образца для определения статуса резекции.

Цель исследования: изучение отдаленных результатов лечения у пациентов с воротной хаолангиокарциномой.

Материалы и методы. Объектом исследования явились пациенты с установленным диагнозом воротной холангиокарциномы, проходившие лечение в НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского за период с 2011 по 2023 г. В исследование были включены 92 пациента, в возрасте от 18 до 83 лет. Резекции гепатикохоледоха выполнены у 13 (14,1 %) пациентов; гемигепатэктомии с резекцией желчных протоков – 55 (59,7 %); расширенные гемигепатэктомии с резекцией желчных протоков – 23 (25 %); резекции внепеченочных желчных протоков в сочетании с ПДР – 1 (1,1 %). Критерии исключения были следующие: операция вне центра, наличие отдаленных метастазов, в том числе, и в отдаленных лимфоузлах, гепатохолангиоцеллюлярный рак. Объем хирургического лечения определялся в соответствии со стадией и типом заболевания, данными интраоперационной ревизии и УЗИ, гистологии. Группы сравнения включали пациентов с различным статусом резекции.

Результаты. Морфологически исследованы все места возможной инвазии опухоли в истинном крае резекции (6 мест). В 32 (38,5 %) случаях было выявлено наличие опухолевых клеток в регионарных лимфатических узлах.

Согласно нашей классификации статуса резекции (зависимости от количества R+ локуса и поражения лимфоузлов), статус резекции обозначался как RN0 – 7 (8,75 %), RN+1 – 2 (2,5 %), RN+2 – 7 (8,75 %), RN+3 – 3 (3,75 %), RN+4 – 6 (7,5 %), RN+5 – 14 (17,5 %), RN+6 – 21 (25,25 %), RN+7 – 20 (25 %), соответственно. Общая 1-, 3-, 5-, 7-, 10- летняя выживаемость составила 70 %, 30 %, 18 %, 16 % и 16 %, соответственно. Между группами сравнения R0 и R+1-7 резекциями получена статистически достоверная разница в выживаемости.

Выводы. Для объективной оценки радикальности резекции необходимо учитывать так называемый истинный край резекции с позиции учета всех мест инвазии. При статусе R0 или R+1-2 5-летняя выживаемость пациентов достигает 100 %.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДВУХЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Мартиросян Т. А. [1,2], Горин Д. С. [1], Кригер А. Г. [1], Марков П. В. [2]

[1]ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С. С. Юдина ДЗМ»; Москва, Россия
[2]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А. В. Вишневского» Минздрава России; Москва, Россия

Цель исследования: продемонстрировать результаты хирургического лечения инсулиномы поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Оперировано 104 больных инсулиномой ПЖ. Биологическая агрессивность опухоли соответствовала G1 у 81 пациента, G2 — у 23. Средний размер опухоли составил 18 мм. Опухоль располагалась в проксимальном отделе ПЖ в 49 случаях, в дистальном отделе ПЖ — в 55. Множественные очаги выявлены у 5 пациентов с синдромом МЭН1. Энуклеация опухоли выполнена 22 пациентам минимально инвазивными доступами, у 50 пациентов — через лапаротомию. Дистальная резекция ПЖ с сохранением селезёнки проведена в 25 случаях; резекция головки ПЖ или ПДР — в 5 случаях. Дуоденопанкреатэктомия потребовалась 2 пациентам с синдромом МЭН1.

Результаты. После энуклеации опухоли осложнения не возникали у 43 пациентов (59,7 %); панкреатический свищ типа B развился у 18 (25 %), типа C — у 4 (5,5 %); летальный исход зафиксирован у 2 пациентов (2,7 %). После резекции головки ПЖ/ПДР панкреатический свищ типа B наблюдался у 2 пациентов (40 %), типа C — у 1 (20 %); летальность составила 1 пациент (20 %). При дистальной резекции осложнения не регистрировались у 11 пациентов (44 %), свищ типа B возник у 14 пациентов (52 %), типа C не наблюдался. Панкреатэктомия выполнена у 2 пациентов без осложнений.

Заключение. При локализации инсулиномы в проксимальном отделе ПЖ оптимальной операцией является энуклеация. При опухоли в дистальном отделе ПЖ предпочтительна дистальная резекция с сохранением селезёнки.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Мянзелин М. Н., Семенцов К. В., Бояринов Д. Ю., Фоменко Е. Е.

ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Российский Федерация

Введение. Оценка тяжести механической желтухи пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны является важной задачей при определении тактики хирургического лечения: панкреатодуоденальная резекция без дренирования или с предварительным дренированием желчевыводящих путей. Определение клиренса индоцианин зеленого и анализ гемостаза с помощью низкочастотной пьезотромбоэластографии могут быть использованы в качестве дополнительных методов оценки тяжести механической желтухи перед выбором метода оперативного лечения.

Материалы и методы. Изучили показатели клиренс теста индоционин зеленого и низкочастотной пьезотромбоэластографии 127 пациентов с опухолями панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Провели сравнительный анализ изучаемых методов с классическими лабораторными данными.

Результаты. В группе желтухи легкой степени тяжести определены PDR %/мин (Me), 19,2 (± 1,6), R15 % (Me) 10,9 (± 1,8), показывают компенсированные нарушения функции печени. Анализ значений низкочастотной пьезотромбоэластографии (НЧПТЭГ) показал, что гемостаз в состоянии структурной и хронометрической гиперкоагуляции, при этом показатели стандартной коагулограммы в пределах референсных значений. Группа пациентов с механической желтухой средней степени тяжести разнородная: пациенты с PDR>10,2 %/мин, R15<22,6 % имеет субкомпенсированные нарушения функции печени, показатели НЧПТЭГ в пределах нормальных значений. Значения PDR менее 10,2 %/мин, R15 более 22,6 % свидетельствую о декомпенсированных нарушения функции печени, в данной группе показатели НЧПТЭГ характеризуют состояние гемостаза, как гипокоагуляция, полученные результаты исследований являются показанием к минимально-инвазивной декомпрессии желчевыводящих путей и активной медикаментозной коррекции нарушений.

Выводы. Включение в алгоритм предоперационного обследования пациентов с механической желтухой клиренса индоцианин зеленого и низкочастотной пьезотромбоэлатографии позволяется выявить пациентов с нормальными и субкомпенсированными нарушениями функции печени и нормальными показателями гемостаза, котором возможно выполнение одноэтапной панкреатодуоденальной резекции. При декомпенсированных нарушениях функции печени требуется предоперационное дренирование желчевыводящих путей для коррекции нарушений перед радикальной операцией.

СТРИКТУРА БИЛИАРНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ

Нартайлаков М. А. [1], Салимгареев И. З. [2], Нуриахметов Р. Р. [1,2], Погадаев В. В. [2], Иванов И. И. [2], Сохибназаров Д. Н. [1,2]

[1]ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия

[2]ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования: изучить частоту и исходы лечения стриктур билиарных анастомозов после аллотрансплантаций печени (АТП).

Материалы и методы. В РКБ им. Г. Г. Куватова с 2013 г. по настоящее время выполнены 66 АТП. Этап билиарной реконструкции во всех случаях заключался в наложении холедохо-холедохоанастомоза с использованием шовного материала PDS 6.0.

Стриктуры билиарных анастомозов (СБА) развились у 5 (7,6 %) больных, спустя от 18 дней до 7 лет после АТП. Возраст пациентов (М=3, Ж=2) составил от 45 до 62 лет. СБА проявилась развитием механической желтухи, с гипербилирубинемией от 30 до 230 мкмоль/л. Декомпрессия билиарного дерева достигалась рентгенэндобилиарным наружным дренированием (n=3) или эндоскопическим стентированием (n=2) желчных протоков.

Результаты. Реконструктивный этап выполнялся после купирования желтухи спустя 1-3 месяца после декомпрессии. Стриктура у 1 пациента в раннем периоде после АТП была обусловлена анастомозитом, ему выполнена рентгенэндобилиарная дилятация анастомоза. Остальным 4 пациентам в сроки от 8 мес. до 7 лет после АТП выполнена реконструктивная операция: иссечение рубцовой стриктуры, гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на изолированной по Ру петле тонкой кишки. Все больные выписаны с улучшением. 3 пациентов наблюдаются без признаков рецидива механической желтухи. 2 пациентам (после дилятации анастомозита – 1, после ГЕА – 1) в последующем потребовалась процедура повторной баллонной дилятации желчных протоков.

Заключение. Билиарные стриктуры являются достаточно частым и сложным осложнением после трансплантации печени.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН СЕГМЕНТОВ V И VIII ТРАНСПЛАНТАТА

Оспан Ж., Досханов М., Баймаханов Б., Каниев Ш., Тилеуов С., Нагасбеков М., Мукажанов Д., Суйеркулов М., Мархабеков Д., Турсынбай М., Хаджиева А.

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

Реконструкция печеночных вен является наиболее сложным этапом трансплантации печени от живого донора (ТПЖД). Нарушение венозного оттока от трансплантата является одной из основных причин печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. При трансплантации правой доли печени важно рассмотреть возможность реконструкции существенно больших вен сегментов V и VIII (более 5 мм в диаметре), чтобы избежать застоя в переднем секторе трансплантата.

Цель исследования: оценить результаты комплексной реконструкции печеночных вен при трансплантации правой доли печени в нашей клинике.

Материалы и методы. С декабря 2011 по июнь 2025 гг. в Национальном научном центре хирургии имени А. Н. Сызганова было проведено 328 трансплантация печени (ТП) у взрослых и детей. ТПЖД была выполнена 299 (91,2 %) пациентам, включая ТП детям 51 (15,5 %) и ТП от посмертного донора в 29 (8,8 %) случаях. Были использованы следующие типы трансплантатов: правая доля – 225 (68,6 %), левая доля – 31 (9,5 %), задний латеральный сектор – 1 (0,3 %), двойной трансплантат – 1 (0,3 %), левый латеральный сектор – 41 (12,5), целая печень – 29 (8,8 %). Реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегмента при трансплантации правой доли печени была выполнена в 105 (32 %) случаях. Из них реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегмента печени с использованием воротной веной реципиента в 76 (72,3 %) случаях, сосудистым протезом в 11 (10,5 %) случаях, с модифицированной большой подкожной веной в 13 (12,4 %) случаях и сосудами посмертного донора в 5 (4,8 %) случаях. Для оценки функционирования реконструированных вен пациентам проводилась контрольная КТ через – 7 дней, 14 дней, 1 месяц, 3 месяца.

Результаты. Проходимость neo-MHV с использованием воротной вены реципиента на 1 неделе составила 90 %, на 2 неделе – 86,7 %. В группе с реконструкцией с использованием сосудистого протеза проходимость на 1 неделе составила 81,9 %, на 2 неделе – 72,8 %. В группе с реконструкцией с использованием модифицированной БПВ проходимость на 1 неделе составила 100 %, на 2 неделе – 90 %. В группе с реконструкцией с использованием сосудами посмертного донора проходимость на 1 неделе составила 80 %, на 2 неделе – 80 %. У пациентов, которым была выполнена реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегментов печени, осложнений со стороны печеночных вен не было.

Выводы. Реконструкция печеночных вен 5 и 8 сегмента печени с использованием модифицированной большой подкожной вены дают хорошие результаты, а также уменьшают время тепловой и холодовой ишемии и агепатического периода, что в последующем положительно сказывается на реабилитацию в послеоперационном периоде.

ПРОГРАММЫ УСКОРЕННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ – ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ

Панченков Д. Н. [1,2], Иванов Ю. В. [1,2], Абдулкеримов З. А. [1], Злобин А. И. [2], Лискевич Р. В. [1], Балабеков А. Г. [1], Тупикин К. А. [1]

[1]ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия
[2]ФГБУ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, Москва, Россия

В настоящее время необходимость внедрения различных программ ускоренной реабилитации в хирургию не вызывает сомнений. Однако в гепатопанкреатобилиарной хирургии процесс их принятия медицинским сообществом и темп внедрения значительно замедлен, что может быть связано с более высокой степенью консерватизма в этой области и менее прогнозируемым послеоперационным периодом. Тем не менее, отдельным элементам программы ускоренной реабилитации в настоящее время находится место и в хирургии печени и поджелудочной железы.

Цель исследования: исследовать эффективность и целесообразность внедрения элементов программы Fast track в периоперационном периоде при операциях на печени и поджелудочной железе.

Материалы и методы. С января 2019 по декабрь 2024 года была проведена 101 операция. Пациенты были в возрасте от 22 до 78 лет, средний возраст 43,5 года, 57 мужчин (56,4 %), 44 женщины (43,6 %). Объем операций: панкреатодуоденальная резекция (35); дистальная резекция поджелудочной железы (19), энуклеация опухолей поджелудочной железы (11), правосторонняя гемигепатэктомия (5), резекция 2 сегментов печени (9), резекция 3 сегментов печени (7), атипичная резекция печени (15). 43 операции (42,6 %) выполнены лапароскопическим доступом. Элементы ускоренной программы были применены ко всем пациентам.

Результаты. У 81 (80,2 %) пациента послеоперационный период протекал гладко. У 11 (10,9 %) пациентов после панкреатодуоденальной резекции были отмечены признаки гастростаза, разрешившиеся после консервативного лечения, у 8 (7,9 %) – панкреатический свищ BL и B ISGPF, у 6 (5,9 %) – признаки послеоперационного панкреатита, у 5 (4,95 %) – внутрибрюшинное кровотечение, потребовавшее хирургического лечения. После лапароскопических операций пациенты были выписаны в течение 6-8 дней, после открытой операции – в течение 7-16 дней. Продолжительность пребывания в отделении интенсивной терапии в среднем составила 2,2 дня.

Заключение. Использование программы ускоренной реабилитации в гепатопанкреатобилиарной хирургии возможно, воспроизводимо и эффективно, может способствовать уменьшению сроков госпитализации. Тем не менее, не все элементы стандартной программы могут и должны быть включены в общий протокол ведения пациентов при операциях на печени и поджелудочной железе. В этой связи оправдано продолжение поиска более четкого алгоритма применения программы ускоренной реабилитации

НОВЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ СПОСОБ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Панюшкин А. В., Власов А. В.

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 им. Е. Л. Березова», Нижний Новгород, Россия
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Травмы желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) наблюдаются в 0,1 % плановых и в 0,3 % экстренных ЛХЭ. Материал и методы. Разработан способ лапароскопической холецистэктомии в условиях высокого риска ятрогений – «сплит-холецистэктомия». Производят попытку выделения шейки и нижней трети тела желчного пузыря. При невозможности достичь «критического взгляда на безопасность» из-за выраженной воспалительной инфильтрации в сочетании со старыми рубцовыми изменениями тканей, производят продольную холецистотомию в средней трети тела желчного пузыря при помощи крючка, конкременты перемещают в контейнер. Затем стенку желчного пузыря циркулярно пересекают крючком на границе средней и нижней трети желчного пузыря, что соответствует верхней границе диссекции между стенкой желчного пузыря и его ложем при достижении «критического взгляда на безопасность». Сначала через «все слои» пересекают часть стенки желчного пузыря, покрытую брюшиной, а пересечение стенки желчного пузыря, прилежащей к его ложу, производят послойно. При помощи диссектора и крючка выделяют и пересекают слизисто-мышечный слой. Затем производят антеградную диссекцию в пузырнопеченочном треугольнике, предпочтительно между слизисто-мышечным слоем и фиброзным слоем. Краниальная тракция за дно желчного пузыря позволяет создавать привычную экспозицию операционного поля. С каждым «шагом» антеградной диссекции в пузырнопеченочном треугольнике, появляется возможность все более свободного перемещения в пространстве отделенной воронкообразной нижней части желчного пузыря, что вместе с постоянным контролем стенки пузыря, позволяет выделить, клипировать и пересечь пузырный проток и артерию, сведя к минимуму вероятность повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов. Затем традиционным способом выделяют верхнюю часть желчного пузыря.

Материалы и методы. В период с ноября 2020 г. по настоящее время лапароскопическая сплит-холецистэктомия выполнена 438 пациентам (основная группа) из 2484, что составило 17 %. Распределение пациентов по возрасту: 25 персентиль – 48,25; 75 персентиль – 67,25. Мужчин было 153, женщин 285. В контрольную группу были включены 535 пациентов из 2675, оперированных за период 2012-2020 гг. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, по степени тяжести острого холецистита согласно Токийским соглашениям от 2013 г. Также группы были сопоставимы по количеству этапных вмешательств у ряда пациентов – чрескожных чреспеченочных дренирований желчного пузыря, общего желчного протока и эндоскопических папиллосфинктеротомий с литоэкстракцией.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила – 68 минут. Время принятия решения на выполнение «сплит-холецистэктомии» – 4,7 минуты. Длительность «сплит»-этапа (вскрытие просвета желчного пузыря, извлечение конкрементов и циркулярное пересечение желчного пузыря) составила – 7,8 минут. Продолжительность диссекции в пузырно-печеночном треугольнике с выделением и клипированием пузырного протока составила – 10,2 минуты. В контрольной группе наблюдались повреждения желчных протоков в 5 случаях и конверсии в 6 случаях. В основной группе повреждений протоков и конверсий не было. Острые жидкостные скопления ложа желчного пузыря, потребовавшие дренирования под ультразвуковым наведением были выявлены у 8 пациентов в контрольной группе и у 5 пациентов основной группы.

Заключение. «Сплит–холецистэктомия» является методом выбора при невозможности достигнуть «критического взгляда на безопасность» (CVS). Может использоваться как альтернатива традиционной технике холецистэктомии, в случаях, когда подобный подход изначально таит в себе опасность повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО И КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАЦКИНА С ПРИМЕНЕНИЕМ КРИОДЕСТРУКЦИИ

Сангинов Д. Р. [1,2], Хужамкулов А. А. [2], Ахматзаде С. М. [3], Ятимов М. М. [2]

[1]Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевого лечения ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

[2]ГУ «Республиканский онкологический научный центр» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

[3]Научно-исследовательский институт гастроэнтерологии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности хирургического и комбинированного лечения, включая использование криодеструкции.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 82 пациентов с морфологически подтверждённой опухолью Клацкина. Пациенты были разделены на две группы: ретроспективную (2010-2017 гг., n=40) и проспективную (2018-2023 гг., n=42).

В основной группе 20-ти пациентам применялась интраоперационная криодеструкция с использованием жидкого азота. Для верификации диагноза использовались УЗИ, КТ, МРТ, ЧЧХГ и морфологические методы.

Результаты. В I группе (2010-2017 гг.) хирургическое лечение опухоли Клацкина проводилось без применения криотехнологий. Радикальные вмешательства были возможны у 26,8 % больных, условно-радикальные у 24,4 % и паллиативные – у 47,6 %. Общая частота рецидивов составила 70 %, из них ранние (в течение года) наблюдались у 32,5 % пациентов, а поздние – у 37,5 %. Одногодичная выживаемость составила 75 %, трёхлетняя – 37,5 %.

Во II группе (2018-2023 гг.), где 20-ти другим пациентам дополнительно применялась интраоперационная криодеструкция. Частота рецидивов составила 61,9 %, с небольшим снижением ранних – 30,9 % и поздних – 31 % форм. Одногодичная выживаемость увеличилась до 83,3 %, а трёхлетняя – до 47,6 %. Таким образом, выживаемость в отдалённом периоде возросла на 15,1 %.

У пациентов наблюдалось улучшение абластичности резекции, а также более мягкое течение послеоперационного периода. Среди них 65 % составили женщины, большинство – в возрасте 44-60 лет. С учётом результатов диагностических исследований у 70 % больных контрольной группы и у 55 % больных основной группы выявлены III-B и IV типы опухоли.

Сравнительный анализ показал лучшие результаты реабилитации в основной группе. Хорошие результаты получены в основной группе – у 36 % больных, в контрольной группе – у 25 %; удовлетворительные результаты – в основной группе – у 12 %, в контрольной группе – у 5 % больных и неудовлетворительные результаты имели место в основной группе – у 52 %, а в контрольной группе – у 70 % больных.

Заживление ран первичным натяжением в основной группе отмечалось чаще на 5 %. Госпитализация в контрольной группе была меньше на 2 дня из-за проведённых менее объёмных операций. Таким образом, основная группа имела преимущества по всем основным критериям эффективности лечения.

Применение криогенных технологий позволило расширить возможности радикального вмешательства, особенно при сложных типах IIIa и IIIb, благодаря локальному контролю опухоли и снижению риска её распространения в операционной зоне. Подобные подходы особенно ценны в условиях ограниченных технических ресурсов и при поздней диагностике.

Выводы. Ранняя диагностика опухоли Клацкина, лучше “уточнённая диагностика УЗИ и МРТ” позволила более точно определить локализацию и степень распространённости опухолевого процесса, а также оценить её резектабельность. Применение сверхнизких температур жидкого азота способствует достижению радикальности операции (R0), снижает риск рецидива заболевания и повышает выживаемость пациентов.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХОЛАНГИОСКОПИИ И ПАНКРЕАТИКОСКОПИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Старков Ю. Г., Вагапов А. И., Замолодчиков Р. Д., Джантуханова С. В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Холангио- или панкреатикоскопия чаще всего используется транспапиллярно во время проведения ЭРХПГ. Однако стоит отметить, что транспапиллярный доступ к протоковым структурам может быть затруднен ввиду измененной анатомии в следствие ранее перенесенных резекционных вмешательств. В таких случаях приходится прибегнуть к выполнению холангиоскопии через антеградный доступ. Основными показаниями к выполнению холангио- и панкреатикоскопии являются аденомы БСДК с внутрипротоковым распространением, опухолевые стриктуры, доброкачественные рубцовые и стриктуры неясной этиологии, холедохолитиаз, вирсунголитиаз.

Применение холангио- и панкреатикоскопии позволяет провести адекватный визуальный осмотр в просвете протока, достаточно точно определить локализацию патологического процесса, а также дифференцировать злокачественный и доброкачественный характер поражения с последующим прицельным выполнением биопсии. При холангиоскопии с целью литоэкстракции возможно применение электрогидравлической ударно волновой или лазерной литотрипсии.

Материалы и методы. В НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского за последние 7 лет 90 пациентам с различными заболеваниями панкреатибилиарной системы выполнены эндоскопические вмешательства с применением холангио- и панкреатикоскопии. Из них 80 (88,9 %) манипуляций осуществлено ретроградным доступом, то есть транспапиллярно, а в 8 (8,9 %) случаях холангиоскопия произведена антеградным способом через ранее сформированный чрескожный чреспеченочный доступ и в 2 (2,2 %) наблюдении холангиоскопия проводилась через антеградный и ретроградный доступ одновременно. Среди оперированных пациентов было 60 (66,7 %) женщин и 30 (33,3 %) мужчин в возрасте от 36–85 лет (средний возраст 58 ± 10 лет). Основными показаниями к выполнению транспапилляной холангио- панкреатикоскопии являлись: аденомы БСДК с протяженным внутрипротоковым ростом в 25 (27,8 %); холедохо- и холангиолитиаз – в 21 (23,3 %) случаях; стриктуры желчных протоков в 16 (17,8 %) наблюдениях ; злокачественные новообразования желчных протоков – 11 (12,2 %); вирсунголитиаз – в 5 (5,6 %); инородные тела протоков (пластиковый стент, фрагмент дренажа по Керу) – в 2 (2,2 %).

Показанием для выполнения холангиоскопии через антеградный доступ в 5 (5,6 %) наблюдениях, являлось наличие стриктуры терминального отдела ОЖП неясного генеза, из-за чего выполнение манипуляций ретроградным доступом не представлялось возможным и у 3 (3,3 %) пациентов с ранее выполненными билиодигестивными вмешательствами – холедохолитиаз. Холангиоскопия одновременно антеградным и ретроградным доступом осуществлялась в 2 наблюдениях по поводу крупного холедохолитиаза. Для выполнения холангио- и панкреатикоскопии как ретроградным, так и антеградным доступом использовалась система SpyGlass и SpyGlass Discover. Холангиоскопия через антеградный доступ выполнялась через ранее сформированный чрескожно чреспеченочный доступ. После завершения холангиоскопии устанавливался наружный или наружно-внутренний дренаж с целью профилактики возможных рисков осложнений.

Результаты. Технический успех при выполнении холангио- и панкреатикоскопии достигнут у всех пациентов. У 7 пациентов в послеоперационном периоде были отмечены клинические проявления постманипуляционного панкреатита. На фоне проводимой консервативной терапии постманипуляционный панкреатит был купирован. Литотрипсия под визуальным контролем холангиоскопии и панкреатикоскопии проводилась 31 пациенту при помощи электрогидравлической литотрипсии. В 26 случаях литотрипсия проводилась ретроградным способом – у 21 пациента холедохо- и холангиолитиаз, в 5 наблюдениях вирсунголитиаз. В 3 наблюдениях литотрипсия производилась антеградным способом.

Еще в 2 наблюдениях по поводу крупных конкрементов в просвете ОЖП, размерами 42×26 мм и 39×28 мм литотрипсия была выполнена антеградным и ретроградным способом одновременно. В 25 наблюдениях транспапиллярная холангиоскопия выполнялась по поводу аденомы БСДК с внутрипротоковым ростом. Из них в 5 наблюдениях, с протяженным (более 20 мм) распространением аденомы на протоки, холангиоскопия выполнялась интраоперационно для оценки полноты деструкции аденомы после внутрипротоковой радиочастотной абляции. Еще 20 пациентам, после ранее перенесенной внутрипротоковой радиочастотной абляции, холангиоскопия осуществлялась при повторной госпитализации также с целью оценки полноты деструкции аденоматозной ткани внутри протока и выполнения биопсии. В результате выполнения внутрипротоковой биопсии в 3 из 20 наблюдений были обнаружены резидуальные аденоматозные ткани, что потребовало повторного выполнения внутрипротоковой радиочастотной абляции. При выполнении прицельной биопсии с помощью холангиоскопических щипцов у 11 пациентов была подтверждена внутрипротоковая злокачественная неоплазия, которую не удавалось подтвердить другими методами исследования. Успешная реканализация облитерирующих стриктур ОЖП под визуальным контролем при помощи холангиоскопа выполнялась в 21 наблюдении – из них в 16 случаях ретроградным доступом и у 5 пациентов антеградным способом. Во всех наблюдениях предварительно выполнялись неоднократные попытки реканализации стриктуры исключительно под рентгенологическим контролем, которые не увенчались успехом.

В одном случае было выполнено удаление проксимально мигрировавшего пластикового стента при помощи холангиоскопической корзинки, а в другом наблюдении, когда имело место наличие фрагмента дренажа по Керу фиксированного лигатурами к стенкам ОЖП в терминальном его отделе, было выполнено удаление лигатуры при помощи биопсийных щипцов Spy Bite с последующим удалением фрагмента дренажа. Все манипуляции производились транспапиллярно

Выводы. Выполнение холангио- и панкреатикоскопии как ретроградным, так и антеградным доступом позволяею более широко использовать современные технологии и расширить спектр лечебных манипуляций, выполняемых под контролем SpyGlass. Внедрение холангио- и панкреатикоскопии в ряде случаев позволяет избежать обширных травматичных реконструктивных вмешательств, сопровождающихся высоким риском осложнений.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ РЧА У 25 ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМАМИ БСДК С ВНУТРИПРОТОКОВЫМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ

Старков Ю. Г., Вагапов А. И., Бадахова А.Б., Замолодчиков Р. Д., Джантуханова С. В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. По данным мировой литературы, из-за высокой склонности к малигнизации все аденомы БСДК подлежат удалению. Однако стоит отметить, что аденомы БСДК, относящиеся к III и IV типу по классификационному типированию (Старков Ю. Г. с соавт., 2022) с наличием внутрипротокового распространения на ОЖП и/или ГПП трудно поддаются эндоскопическому лечению.

Эндоскопические резекционные вмешательства при аденомах с интрадуктальным компонентом сопровождаются высокой частотой рецидива, которая составляет около 50 %. В результате чего, ранее, в качестве основного метода лечения в таких случаях рассматривалась трансдуоденальная папиллэктомия и даже панкреатодуоденальная резекция. Однако, с внедрением технологии внутрипротоковой РЧА эндоскопическое лечение стало рассматриваться в качестве метода первой линии даже при протяженном вовлечении протоков.

Материалы и методы. В период с 2022 по 2025 гг. в Центре выполнено 25 эндоскопических вмешательств с применением внутрипротоковой РЧА. Вмешательства выполнены пациентам (12 мужчин и 13 женщин в возрасте от 24 до 76 лет) с аденомами БСДК, характеризующимися протяженным распространением на терминальные отделы ОЖП и/или ГПП. Клинические проявления в виде эпизодов интермиттирующей желтухи отмечались у 11 пациентов. У 14 пациентов новообразования БСДК выявлены как случайная находка при плановом обследовании по поводу других заболеваний. Всем больным на этапе предоперационного обследования в дополнение к таким рутинным методам диагностики как КТ и МРТ мы выполняли дуоденоскопию с биопсией из экстрапапиллярного и интрадуктального компонентов новообразования и эндосонографию зоны БСДК. В ходе эндоскопического обследования проводилась оценка размеров аденомы, характера ее роста, степени распространения на стенки ДПК или терминальные отделы ОЖП и ГПП.

Критериями отбора пациентов для выполнения внутрипротоковой РЧА новообразований БСДК считали наличие внутрипротокового распространения опухоли на терминальные отделы ОЖП и ГПП, морфологическое подтверждение наличия аденоматозных изменений и отсутствие признаков злокачественного роста.

В 19 наблюдениях аденомы БСДК представлены новообразованиями IV типа: у 12 пациентов отмечено сочетание латерально стелющегося по стенке ДПК компонента опухоли с внутрипротоковым распространением, то есть комбинация II типа с III типом; у 7 пациентов отмечено сочетание I и III типов, то есть опухоли, экстрапапиллярный компонент которых локализуется в пределах БСДК, а также имеет место распространение на протоки. У 6 пациентов аденомы БСДК представлены новообразованиями III типа, то есть отмечен исключительно внутрипротоковый рост аденомы без признаков наличия экстрапапиллярного компонента.

У 14 пациентов отмечено вовлечение только ОЖП. В 2 наблюдениях аденоматозные разрастания отмечены только в просвете ГПП. Еще в 9 случаях-в просвете обоих протоков. Средняя протяженность внутрипротокового распространения по стенкам ОЖП составила 18 мм (от 10-30), а по стенкам ГПП 8 мм (от 3-11).

В 24 наблюдениях внутрипротоковую РЧА выполняли при помощи катетера Habib™ и в 1 наблюдении при помощи катетера ELRA™. В 5 наблюдениях с протяженным распространением аденомы (более 20 мм) после выполнения внутрипротоковой РЧА мы осуществляли визуальный контроль абляционного воздействия на ткани аденомы с оценкой полноты деструкции опухоли в просвете протоков путем выполнения транспапиллярной холангиоскопии. В 4 наблюдениях абляционное воздействие на ткани опухоли в просвете ОЖП мониторировался эндосонографически.

Стентирование протоков с целью профилактики панкреатита и рубцовой стриктуры в зоне абляции проведено во всех наблюдениях.

Результаты. Технический успех при выполнении внутрипротоковой РЧА достигнут у всех пациентов. Всем пациентам для оценки отдаленных результатов проводилась дуоденоскопия, панкреатико- холангиоскопии с биопсией и эндосонографии.

Осложнения в виде постманипуляционного панкреатита отмечены в 5 наблюдениях. Еще у 6 пациентов была отмечена транзиторная амилаземия без клиники панкреатита. Всем пациентам проводилась консервативная терапия с положительным результатом. В 1 наблюдении на фоне выполнения РЧА отмечена стриктура ОЖП, по поводу чего были выполнены ретроградные вмешательства для реканализации ОЖП.

В отдаленном периоде у 4 пациентов при холангио- панкреатикоскопии выявлены резидуальные аденоматозные ткани в просвете ОЖП. Этим пациентам выполнен повторный сеанс РЧА.

В 100 % наблюдений результат гистологического исследования удаленной опухоли был представлен аденомой БСДК. В 17 наблюдениях аденома БСДК характеризовалась дисплазией низкой степени, в 8 наблюдениях – дисплазией высокой степени.

Заключение. Применение методики внутрипротоковой РЧА, предложенной для реканализации металлических стентов при опухолевых стенозах желчных протоков, открыла возможность выполнения эндоскопического лечения пациентов с аденомами большого сосочка двенадцатиперстной кишки, характеризующихся протяженным распространением на общий желчный и главный панкреатический протоки.

Данная методика позволила избежать высокотравматичных оперативных вмешательств и получить стойкий безрецидивный эффект на протяжении периода наблюдения до 2 лет. Дальнейшее исследование позволит дать оценку эффективности метода в отдаленном периоде.

ОЦЕНКА РАННИХ УЛЬТРАСТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ ДО И ПОСЛЕ КРИОВОЗДЕЙСТВИЯ

Степанова Ю. А. [1], Ионкин Д. А. [1], Чекмарева И. А. [1], Паклина О. В. [1], Чжао А. В. [2]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
[2]«Европейский Медицинский Центр (ЕМС)», Москва, Россия

В настоящее время в рекомендациях по применению криодеструкции речь идет только о размере образования для терапии, тип опухоли практически не учитывается.

Знание о микроструктуре различных опухолевых клеток предполагает различную реакцию митохондрий, которые имеют свой собственный геном, не влияющий на всю клетку в целом, однако, данная локальная автономия может отразиться на энергообеспечении (выживаемости) клетки определенной морфологической единицы опухоли, и, как следствие, на результатах криовоздействия. Определение ответа микроокружения опухоли на криовоздействие также может помочь в выработке наиболее эффективного протокола криовоздействия в зависимости от природы опухоли.

Цель исследования: изучение ультраструктурных повреждений ткани на ранних сроках после криодеструкции злокачественных опухолей печени (гепатоцеллюлярный рак (ГЦР), холангиоцеллюлярный рак (ХЦР), метастазы колоректального рака (МКРР).

Материалы и методы. Ультраструктурной оценке подвергли результаты криодеструкции 14 опухолей печени (ГЦР – 5; ХЦР – 4; МКРР – 5). Использовали отечественный криоаппарат «КРИО-01» (Еламед). Размер криогенного аппликатора подбирали в зависимости от размера и формы патологического очага с учетом предполагавшейся зоны деструкции. Методика выполнения криодеструкции была стандартной у всех больных, независимо от локализации опухоли в печени. Заданная температура воздействия –180–187°С. Производили последовательно 3 сеанса быстрой заморозки – медленного оттаивания.

Модель исследования. До и после криовоздействия производили забор фрагментов ткани опухоли (центра опухоли (в зоне визуального перекрещивания перпендикулярных диаметров очага) с последующим электронно-микроскопическим исследованием опухоли и ее микроокружения, направленным на выявление телоцитов с последующим определением среднего количества секретированных телоцитами микровезикул в 1 мкм^2 внеклеточного матрикса, а также проведением морфометрического анализа опухоли с оценкой на ультраструктурном уровне площади митохондрий в клетках опухоли до и после воздействия.

Результаты. До криовоздействия наблюдали расположенные между опухолевыми клетками длинные (60-100 мкм) цитоплазматические отростки телоцитов – телоподии, в которых отмечали митохондрии, профили гранулярной эндоплазматической сети, элементы цитоскелета, кавеолы и микровезикулы.

При сравнении ультраструктурных изменений в клетках ГЦР и МТС после криовоздействия отмечали похожие изменения, которые выражались в комплексе морфологических изменений в ядре (деформация, сморщивание, уплотнение, неравномерная грубая конденсация хроматина), что характерно для кариопикноза, кариорексиса – необратимых деструктивных процессов. Кариолемма не визулизировалась практически на всем протяжении. Гомогенизация цитоплазмы не позволяла дифференцировать митохондрии и другие внутриклеточные органеллы, что стало объективным препятствием для проведения морфометрического анализа.

При криовоздействии на ХЦР в клетках опухоли отмечали выраженный отек митохондрий, вакуолизацию, просветление матрикса и деструкцию крист. Клеточные органеллы не определялись, цитоплазма и нуклеоплазма имели мелкогранулярный вид. В клетках ХЦР отмечали выраженные деструктивные изменения, однако, возможность дифференцировать митохондрии после криодеструкции позволила провести сравнительный морфомертический анализ этих органелл до и после криовоздействия. Средняя площадь митохондрий в клетках после криовоздействия – 0,476 ± 0,01 мкм^2 по сравнению с данными до криодеструкции – 0,152± 0,02 мкм^2, т.е. увеличилась в 3 раза ($p<0,05$).

Факт относительного сохранения ультраструктуры митохондрий при ХЦР возможно объяснить устойчивостью протокового эпителиоцита к факторам внешнего воздействия по сравнению с более специализированными клетками, как гепатоцит или энтероцит. Вероятно, данные биологические свойства клеток сохраняются при их опухолевой трансформации, поэтому чувствительность к криовоздействию клеток ГЦР и МТС выше по сравнению с клетками ХЦР.

Заключение. На основании ультраструктурного исследования показана эффективность воздействия сверхнизких температур на клетки злокачественных опухолей печени, при которых выявлено разнообразие изменений в зависимости от гистогенеза опухоли, что необходимо учитывать в разработке новых терапевтических протоколов.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНИРОВАННОЙ МАШИННОЙ ПЕРФУЗИИ НА ФРАГМЕНТАЦИЮ И ОКИСЛЕНИЕ КЛЕТОЧНОЙ МЕМБРАНЫ ГЕПАТОЦИТОВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКИ-РЕПЕРФУЗИОННОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ТРАНСПЛАНТАТОВ ПЕЧЕНИ

Федорук Д. А., Федорук А. М., Едемичева И. П., Кирковский Л. В., Кухарев Д. Ю., Ефимов Д. Ю., Шамрук В. В., Бородин Д.М., Штурич И. П., Щерба А. Е., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Повреждение трансплантатов печени на этапах ишемии и реперфузии осуществляется за счет выработки активных форм кислорода (АФК), которые приводят к перекисному окислению липидов в неполярной части фосфолипидов мембраны, а также к свободно-радикальной фрагментации (СРФ) и окислению полярной части фосфолипидов мембраны гепатоцитов.

Цель исследования: оценка концентрацию продуктов СРФ у реципиентов трансплантатов печени и ее корреляцию со степенью ИРП в зависимости от метода консервации печени.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 75 реципиентов трансплантата печени, разделенных на 2 группы по способу консервации органов со средним возрастом 55 [39; 61] лет, MELD-Na -16,3 [11,9 ;22,6], доноры соответствовали стандартным критериям. Образцы крови и ткани трансплантатов печени были собраны в течение 2 часов после портальной реперфузии. Продукты СРФ, были идентифицированы в сыворотке крови реципиентов и количественно определены с помощью метода масс-спектрометрии. Группы достоверно различались не только по морфологическим характеристикам, но и по концентрации продуктов СРФ. Медианные значения концентраций продуктов СРФ распределились следующим образом: 1) ИРП минимальной степени тяжести – 3,59[3,01;4,46]; 2) ИРП легкой степени тяжести -5,46[4,33;6,37]; 3) ИРП средней степени тяжести – 12,49[11,18; 13,3;].

Результаты. Исследование показало, что концентрация продуктов СРФ была статистически значимо ниже в группе машинной перфузии по сравнению с статической холодовой консервацией (тест Манна-Уитни U p = 0,02). Более того, было обнаружено, что концентрация этих продуктов была статистически значимо выше среди пациентов, у которых развилось острое клеточное отторжение в раннем послеоперационном периоде (тест Манна-Уитни U p = 0,035).

Выводы. Мы впервые обнаружили, что концентрация продуктов свободно-радикальной фрагметации лизофосфолипидов в сыворотке крови реципиентов трансплантатов печени может быть использована для оценки ИРП трансплантатов печени и тесно связана с методом консервации органов.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Федорук А. М., Козак О. Н., Савченко А. В., Бычковский П. А., Кирковский Л. В., Федорук Д. А., Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Введение. Развитие билиарной гипертензии у пациентов, как правило, сопровождается явлениями холестаза и желтухи, к которым присоединяется холангит, а в тяжелых случаях и проявления печеночной недостаточности различной степени выраженности. Оперативные пособия в таком состоянии являются рискованными и сопровождаются высокими цифрами летальности. Это диктует необходимость разбивать хирургические пособия на этапы, выполняя первым этапом декомпрессию билиарного тракта.

Цель исследования: показать опыт и эффективность минимально инвазивных декомпрессионных технологий в лечении билиарной гипертензии и обструктивного холестаза.

Материалы и методы. В период с 01.01.2008 по 31.12.2024 на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии выполнено 4501 минимально инвазивных декомпрессионных операций при обструктивном холестазе. Объем и характер декомпрессионных операций при обструктивном холестазе определялся наличием холангита и/или гепатодепрессии, а также уровнем и характером механического блока протоковой системы. Опухолевая природа механического блока доказана у 37,3% пациентов.

Результаты. При ретроградном доступе выполняли следующий спектр эндоскопических пособий: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) у 27,06% пациента, ЭПСТ+БП+стентирование + БП ЭПСТ+литэкстракция у 28,9% пациентов, пациентов, эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с балонной пластикой и литэкстракцией (ЭПСТ + литэкстракция) у 9,2% ЭПСТ+БП+литэкстракция+стентирование у 11,72% пациентов. пациентов Чрескожные чреспеченочные холангиостомии (ЧЧХС) под контролем УЗИ выполнены у 25,9% пациента (м:ж = 2,4:1) в возрасте 59±12 с механической желтухой. У 10,9% пациентов в связи сепсисом и бактериальным шоком операции выполняли сразу после стабилизации гемодинамики под эндотрахеальным наркозом. У всех больных выполнялась дозированная декомпрессия билиарного тракта. Среднее время операции составило 20±3 минуты. У 3,7% пациентов выполнено чрескожное чреспеченочное наружно – внутреннее дренирование (ЧЧНВД), а у 0,7% пациентов антеградное стентирование или протезирование. Результаты. ЭПСТ выполнили у 182 пациентов с опухолевым блоком и 580 с доброкачественным (холедохолитиаз и/или стриктуры). В ряде случаев холедохолитиаз сочетался с протоковой неоплазией, что потребовало дополнительной балонной пластики и /или стентирования. Показанием к ЭПСТ + БП + стентированию у 171 пациентов были опухоли, а у 389 различного рода стриктуры, из которых 314 различного рода послеоперационные. Наружное дренирование выполняли как 1-ый этап лечения, диагностики и подготовки к радикальной операции. Наружно – внутреннее дренирование с баллонной дилятацией и стентированием выполнено у 147 пациентов (при высоких гепатикоэнтероанастомоза). доброкачественных стриктурах Антеградное стентирование нитиноловыми стентами выполнено у 62 пациентов с иноперабельной механической желтухой. При использовании эндоскопических пособий в лечении обструктивного холестаза отмечены следующие осложнения: острый интерстициальный панкреатит у 171 пациента, острый некротизирующий панкреатит у 29, перфорация 12-перстной кишки – у 11 и кровотечения у 31 пациентов. При использовании чрескожных чреспеченочных технологий отмечены следующие осложнения: корригируемые транслокации дренажей 42 случаев, гемобилия – 11 и ограниченный желчный затек – 16. Все осложнения своевременно устранены и закончились выздоравлением пациентов.

Выводы. Использование минимально инвазивных декомпрессионных технологий в лечении билиарной гипертензии обструктивного холестаза различного генеза является высокоэффективным. Дифференцированный подход к лечению различных типов механических блоков билиарного тракта позволяет подготовить больных для окончательного лечения, а также увеличить продолжительность и улучшить качество жизни у некурабельных больных.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ

Фисенко Д. В., Брицкая Н. Н., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Соловьев Н. О., Надина И. В., Хегай В. Е., Ефанов М. Г.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Результаты минимально-инвазивных резекций печени при местнораспространенных формах внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК), требующих выполнения обширных резекций, лимфаденэктомии, билиарной и сосудистой реконструкции, представлены малым количеством наблюдений и изучены недостаточно.

Цель исследования: оценка результатов робот-ассистированных резекций печени при местнораспространенных формах внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК).

Материалы и методы. Проанализированы основные периоперационные результаты и выживаемость 13 пациентов, перенесших робот-ассистированную резекцию печени по поводу ВПХЦР с 2015 по 2024 гг.

Результаты. За указанный период радикальные операции выполнили 112 пациентам с ВПХК. У 13 (11,6%) больных выполнена робот-ассистированная резекция. Средний возраст пациентов составил 61 (53-65) год, ИМТ 24,8 (22,2-26,4) кг/м2, размер опухоли 60 (35-95) мм. Во всех наблюдениях выполнили обширную резекцию печени. У 8 (61,5%) пациентов с местнораспространенным ВПХК потребовалась сосудистая и билиарная реконструкция. Резекция средней печеночной вены без реконструкции была у 4 (30,7%) пациентов. В 3 (23%) случаях выполнена резекция и реконструкция воротной вены, что послужило причиной конверсии. У 6 (46,2%) пациентов, перенесших билиарное дренирование, выполнена резекция и реконструкция желчных протоков. Среднее время операции составило 475 (402-640) минут, интраоперационная кровопотеря 250 (125-475) мл. Среднее количество удаленных лимфатических узлов 7 (6-13). R1-резекция была у 4 (30,7%) пациентов. Госпитальной и 90-дн летальности не было. Послеоперационные осложнения Clavien-Dindo ≥3b были у 4 (30,7%) пациентов, у 3 (23%) пациентов отмечена билиарная фистула класс B (ISGL), у 2 (15,4%) пациентов выполнена повторная операция по поводу окклюзионного тромбоза воротной вены и аррозивного кровотечения. Средний койко-день составил 7 (6-20) дней. Общая 3-х летняя выживаемость составила 52%, медиана общей выживаемости не достигнута. Безрецидивная 3-летняя выживаемость составила 42%, медиана – 18 месяцев.

Заключение. Робот-ассистированные операции при местнораспространенном ВПХЦР, требующем обширной резекции печени с билиарной и сосудистой реконструкцией обеспечивают хорошие послеоперационные и онкологические результаты при условии тщательной селекции пациентов.

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Халимов Э. В., Михайлов А. Ю., Казанцев В. В., Баранова Т. С., Тихомирова Г. И.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) остается мультифакторной проблемой ургентной хирургии. Летальность пациентов при инфицированном панкреонекрозе достигает 85,0%. Во II фазу развития ОП прогноз обуславливается верификацией развития осложнения, что подразумевает инвазивную тактику лечения пациентов.

Цель исследования: оценить эндотелиальную дисфункцию при ОП с развитием инфицированности панкреонекроза.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе хирургических отделений БУЗ УР ГКБ №6 г. Ижевска, клинической базе кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России в 2024 г. Обследовано 34 пациента с ОП, разделенных на 2 группы. Группа А (n=20), пациенты с формированием асептического панкреонекроза во II фазу развития ОП и группу В (n=14), пациенты с развитием инфицированного панкреонекроза. Группы были репрезентативны по полу, возрасту, сопутствующей патологии, гендерному составу. Изучали количество и степень окраски десквамированных эндотелиальных клеток (ДЭК) периферической крови. Определение ДЭК проводили дважды, первый раз в течение 48 часов от поступления в стационар, повторно на 7 – 9 сутки. Окраску ДЭК определяли по разработанной методике (патент РФ №216817). В анализе использовали коэффициент окраски ДЭК – Ко, отношение нормохромно окрашенных ДЭК к гиперхромным Ко= N/G.

Результаты. Все пациенты группы А получали курс консервативного лечения, были выписаны из стационара на15,1±3,8 сутки. Пациентам группы В выполнено оперативное лечение на сроках 17,5±5,8 дней при наличии признаков инфицированности панкреатического некроза. У пациентов группы А (n=12) на 7 – 8 сутки проводимого лечения отмечена положительная динамика критериев степени тяжести ОП. Зафиксировано снижение ЛИИ по В. К. Островскому с 3,2 до 2,6 баллов, стабилизация критериев ОП (СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе) с 2 до 1. Также отмечено снижение Ко ДЭК с 1,6 до 0,2 (87,5%). У пациентов группы В (n=8), в динамике выявлено усиление степени тяжести ОП, формирование полиорганной недостаточности. ЛИИ по В. К. Островскому возрос с 4,4 до 9,0 баллов, критерии ОП (СПб НИИ СП им. И. И. Джанелидзе) увеличились с 4 до 5 баллов. Ко ДЭК поднялся с 0,6 до 1,9 (216,7%). Рост нормохромно окрашенных ДЭК, при инфицированности панкреонекроза во II фазу, свидетельствует о прогрессировании эндотоксикоза, возрастании панкреатогенной агрессии. В первые 48 часов заболевания у пациентов в группе А Ко 1,6, у пациентов в группе В Ко 0,6, что свидетельствует о повышенной гиперхромии ДЭК до 59,9% в группе В. Данный феномен свидетельствует о первоначальном агрессивном начале заболевания, подобная реакция может демонстрировать вариант индивидуального форматирования ОП. Повышение Ко на 216% указывает на формировании инфицированности панкреонекроза.

Выводы. Предложенный метод определения десквамированных эндотелиальных клеток у больных с острым панкреатитом, как один из маркеров инфицирования панкреонекроза может быть использован для определения показаний к хирургическому лечению при данной патологии.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ

Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Введение. Воротная холангиокарцинома (ВХ) (опухоль Клацкина; перехилярная холангиокарцинома) отличается неудовлетворительными результатами лечения, обусловленными низкой резектабельностью (30-50%), высокой частотой прогрессирования заболевания (68-76%) и низкой выживаемостью (медиана общей выживаемости 12-15 мес.). Радикальное хирургическое лечение является единственным методом, позволяющим добиться удовлетворительной долгосрочной выживаемости. Особое место в современной хирургии ВХ занимает трансплантация печени.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с воротной холангиокарциномой путем применения трансплантации печени.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2025 гг. на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска (референсный центр по лечению гепатопанкреатобилиарной патологии) пролечено 134 пациента с ВХ. Оценка резектабельности включала стадирование и анализ риска проксимального, радиального и дистального края отсечения по данным МСКТА и МРТ+МРХПГ. 66 (49,3%) пациентам не проводилось хирургическое лечение по причине общей или местной распространенности опухолевого процесса, тяжести общего состояния. У 54 (40,3%) пациентов были выполнены резекции печени. В группе пациентов (n-14) с прогнозируемым маргинальным радиальным и проксимальным краями резекции печени, высокими ожидаемыми хирургическими рисками, после проведения расширенной резекции печени, на основании разработанного и действующего в МНПЦ ХТиГ протокола, выполнена трансплантация печени.

Результаты. Предоперационная стереотаксическая лучевая терапия (SBRT) проводилась в 64,3 % (n-9) случаев. Спектр послеоперационных осложнений составил: лимфорея – 21,4% (n-3), глубокая раневая инфекция – 28,5% (n-4), динамическая кишечная непроходимость – 28,5% (n-4), гемоперитонеум – 14,25% (n-2). Релапаротомии потребовались в 4 (28,5%) случаях. 3 (21,4%) пациента умерли от общей прогрессии заболевания в сроки 22, 16, 3 месяца от выполненной трансплантации печени.

Выводы. Трансплантация печени при ВХ после неоадъювантной SBRT, позволяет добиться удовлетворительной долгосрочной выживаемости у отобранных пациентов с нерезектабельной карциномой.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРАНСЪЮГУЛЯРНОГО ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У КАНДИДАТОВ НА ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ В ММНКЦ ИМ. С. П. БОТКИНА: ОПЫТ 100 ОПЕРАЦИЙ

Шабунин А. В., Минина М. Г., Дроздов П. А., Левина О. Н., Астапович С. А., Лиджиева Э. А.

ГБУЗ «Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С. П. Боткина ДЗМ», Москва, Россия

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»**, ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург
24-26 сентября 2025

Введение. Портальная гипертензия ассоциирована с высоким риском развития потенциально летальных осложнений, таких как кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (ВРВП), рефрактерный асцит и гепаторенальный синдром. Её контроль имеет ключевое значение для стабилизации состояния пациентов с циррозом печени в листе ожидания. Трансъюгулярное внутрипечёночное портосистемное шунтирование (ТИПС) представляет собой эффективный метод декомпрессии портальной системы, позволяющий снижать давление в воротной вене и предупреждать прогрессирование осложнений. Несмотря на широкое распространение ТИПС в клинической практике, его роль в комплексной подготовке к трансплантации печени продолжает обсуждаться.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2025 гг. в ММНКЦ им. С. П. Боткина было выполнено 100 процедур ТИПС у пациентов, находящихся в листе ожидания на трансплантацию печени. Средний возраст пациентов составил 54 года (IQR: 47–61), из них 68 – мужчин (68 %) и 32 – женщины (32 %). Основными этиологическими факторами цирроза были вирусные гепатиты В и С (44/100, 46 %), 32 % – алкогольное поражение печени (32/100), 15 % – неалкольная жировая болезнь печени (15/100), 5 % – первичный билиарный цирроз (5/100), 4 % – другие причины (4/100). По классификации Чайлд–Пью распределение пациентов было следующим: класс А — 17 (17 %), класс В — 58 (58 %) и класс С — 25 человек (25 %). Показаниями к выполнению ТИПС у 57 % (57/100) были рецидивирующее или эпизодическое кровотечение из ВРВП в анамнезе, у 35 % (35/100) – рефрактерный асцит, у 8 % (8/100) – сочетание этих состояний. Исследование носило ретроспективный характер и включало оценку следующих критериев: transplant-free survival (выживаемость пациентов до проведения трансплантации), госпитальную летальность, частоту развития тромбоза внутрипеченочного шунта, прогрессирование печёночной энцефалопатии, динамику баллов по шкале Чайлд–Пью и MELD в течение 6 месяцев после вмешательства.

Результаты. Технический успех процедуры составил 100 %. Госпитальная летальность в связи с декомпенсацией печеночно-клеточной недостаточности составила 4 % (4/100), transplant-free survival – 96 % (96/100). После вмешательства у 10/100 пациентов (10 %) развилась печёночная энцефалопатия II стадии, у 5/100 (5 %) – III стадии, во всех случаях состояние стабилизировалось на фоне консервативного лечения. Нарушение проходимости стента было зафиксировано у 6/100 пациентов (6 %). Через 3 месяца после выполнения ТИПС средний показатель MELD оставался без изменений. Уменьшение выраженности асцита отмечено у 32/35 (91,4 %) пациентов, у 25/35 (71,4 %) с III до II степени, у 7/35 (20 %) – до I степени, у 3/35 без динамики в связи с развитием тромбоза шунта. У пациентов с кровотечениями из ВРВП в анамнезе (57/100) не зафиксировано ни одного случая рецидива кровотечения в течение первых шести месяцев наблюдения.

Заключение. Результаты настоящего исследования демонстрируют высокую клиническую эффективность и безопасность процедуры, наблюдаемая положительная динамика по снижению уровню асцита, снижению риска рецидива кровотечения из ВРВП и баллов по шкале Чайлд–Пью у значительного числа больных после вмешательства свидетельствуют о потенциальной возможности стабилизации состояния до трансплантации. В связи с чем, ТИПС следует рассматривать как важный минимально инвазивный инструмент, позволяющий контролировать основные осложнения портальной гипертензии и увеличивать выживаемость пациентов, находящихся в листе ожидания на трансплантацию печени.

ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ В ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Щерба А. Е., Дзядзько А. М., Сезина Е. И., Коротков С. В., Крачак Д. И., Махановский И. А., Штурич И. П., Козак О. Н., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Нестабильная гемодинамика и рефрактерная гипотензия (РГ) сопровождают ургентные операции при ретрансплантации (ре-ТП), СПОН, синдроме toxic liver, первичном нефункционировании, гипоксемии шунтирования несмотря на исключительные меры анестезиологического обеспечения и технические приемы (временный портокавальный шунт, кавапластика и методика Tzakis), приводят к высокой летальности и не могут быть решены иначе как с применением вспомогательного кровообращения (ВК). В хирургии печени ВК способствует безопасному планированию тотальной сосудистой изоляции (ТСИ) с гипотермической консервацией.

Цель исследования: показать 1) опыт ВК при трансплантации печени пациентам со СПОН и высоким риском РГ, 2) опыт ВК в хирургии печени с ТСИ.

Материалы и методы. В период с 2008 по 06.2025 гг. выполнено 1193 трансплантаций и 1217 резекций печени. Из 142 ургентных ТП – 41(3,4 %) выполнена при фульминантной печеночной недостаточности и 67 (5,6 %) при ре-ТП. Вено-венозный обход планировали у 12 и применили у 7 пациентов. Предварительно в правую бедренную и внутреннею яремную вены устанавливали интродюсеры, заполняли контур обхода (центрифужный насос DP3, DeltaStream – 4 случая; насос BPX80, PBS, Medtronic –1; Medtronic Bioconsole 560–2). При развитии РГ вводили канюли 21-23 Fr и 17-19 Fr соответственно, гепарин 40-60 Ед/кг и инициировали вено-венозный обход из бассейна НПВ в ВПВ с объемной скоростью кровотока 1,6–3,8 л/мин и целевым значением АВС – 160–200 секунд. Методически во всех случаях ТП полностью пережимали ретропеченочный отдел НПВ.

Результаты. Госпитальная летальность при Ре-ТП составила 48 % и 27 % при ФПН (p=0,06). Пациенты группы ФПН имели больший балл MELD – 37 [26;40] чем группы Ре-ТП – 32 [27-40], (p=0,8). Медиана выживаемости в обеих группах была сопоставима 18[1;30] дней при Ре-ТП и 12[3;18] при ФПН (p=0,33). Сосудистая резекция применена в 7,4 % (91/1217) резекций печени (ВВ – 50, НПВ – 34, печеночные вены –7, печеночная артерия – 6; аллографты применены в 17 случаях). Вспомогательное кровообращение применено у 8 пациентов: в 6 случаях при ТП с медианой балла MELD 42,5 (17;44) и в 2 – при РП (ASA I и II). Медиана возраста составила 40 (32;52) лет. Показаниями к ТП явились РеТП (ПНФ, toxic liver, хроническое отторжение) в 4, инвазия альвеококка в правое предсердие – 1 и гигантское кистозное поражение печени весом 26 кг при метастазах NET – 1. ВК при РП применена при ТСИ с гипотермической консервацией в 2 случаях: для обеспечения доступа к удалению забрюшинной рабдомиосаркомы пациентке 14 лет и резекции НПВ со всеми печеночными венами при ХЦК пациенту 38 лет. Канюляция ВВ применена в 4 случаях, ИК без кардиоплегии – 1. Медиана длительности ВК составила 165 (137;205) мин., кровопотери – 2600 (1750;7500) мл, максимального потока крови –2,1 (1,85;3,1) л/мин. 30-дневная летальность составила 25 % (2/8). Рефрактерная гипотензия, СПОН и сепсис были основными периоперационными факторами исхода.

Заключение. Применение ВК во всех случаях способствовало стабилизации гемодинамики, меньшим дозам вазопрессоров и предупредило возникновение или прогрессирование СПОН и в настоящее время рассматривается обязательной тактикой у пациентов со СПОН и риском РГ при ТП.

НЕОАДЪЮВАНТНАЯ РАДИОТЕРАПИЯ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Щерба А. Е., Зверева Е. Л., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Штурич И. П., Левина Д. И., Ермакович-Савчук Ю. В., Козак О. Н., Федорук А. М., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Низкая резектабельность (около 30%), риск R1 (16-30%) и трудности прогнозирования проксимального края отсечения, риск эксплоративной операции (30-50%) при погранично-резектабельном и местно-распространенной воротной ХЦК сформировали нишу неблагоприятного исхода (частота рецидива до 85%, 5-летняя выживаемость 20-38%) и современные показания к трансплантации печени при нерезектабельной воротной ХЦК (масс-эффект до 3 см, N0, риск R1 проксимального края, дистальный край опухоли выше пузырного протока). Опыт клиники Мейо и современные онкологические стандарты показывают необходимость неоадъювантного химиолучевого лечения при планировании трансплантации печени (ТП). Стереотаксическая лучевая терапия (SBRT) предполагает высокоточную, неинвазивную, управляемую по изображениям доставку очень высоких доз ионизирующего излучения к мишени путем экстремального гипофракционирования и в настоящее время рассматривается как альтернатива традиционной брахитерапии.

Цель исследования: показать опыт неоадъювантной стереотаксической радиотерапии хиларной холангиокарциномы при трансплантации печени.

Материалы и методы. В период с 2014 по май 2025 гг. пролечено 127 пациентов с х-ХЦК. Оценка резектабельности включала стадирование, оценку сосудистой инвазии, FLR, анализ риска проксимального и дистального края отсечения по данным МСКТА и МРТ+МРХПГ. Кроме этого выбор вида лечения (резекция или трансплантация) опирался на прогнозирование риска пострезекционной печеночной недостаточности включая как функционально-волюметрические (МСКТа, Limon тест, GPS, ALBI, эластометрия, определение портовенозного градиента давления) так и биологические критерии (ASA, frailty, контаминация MDR флорой). При включении в протокол ТП выполняли ПЭТ с 18-ФДГ, билиарное дренирование или стентирование, стереотаксическую радиотерапию и рестадирование (МСКТа, CA-19-9) через 90 дней. SBRT выполняли на радиотерапевтической системе Radixact X9 (Accuray Inc, 6 MV, FFF); 3 сеанса по 15 Гр, БЭД 84,4 Гр – 112,5 Гр, в соответствии с AAPM и ICRU 50, 62, 83 докладами, в соответствии с установленным процессом IGRT, включая онлайн-визуализацию и оффлайн-контроль.

Результаты. В протокол включены 19 пациентов. ТП выполнена 14 пациентам с х-ХЦК. Один пациент ожидает ТП после SBRT. Троим пациентам отказано в ТП из-за невозможности завершить SBRT (2) вижу холангита и кардиогенного риска (1). ПЭТ с 18-ФДГ для стадирования применена у 11/14 пациентов. В 10/14 случаях применена SBRT, время ожидания ТП у этих пациентов от момента диагностики заболевания составило 4-12 мес. Фиброз (полный радиологический ответ или злокачественный «маскарад») в удаленной печени найден в 30% (3/10), ПСХ – 10% (1/10). Прогрессирование после ТП выявлено всего в 21% (3/14) и у 20% пациентов после SBRT (2/10). Общая летальность составила 28% (4/14). Канцер-ассоциированная летальность составила 21% (3/14), а после SBRT – 10% (1/10). Время наблюдения после ТП составило 7 мес. – 9 лет.

Заключение. SBRT обладает меньшей инвазивностью, большей точностью и эффективностью доставки дозы облучения в сравнении с внутрипросветной брахитерапией. Строгая приверженность современным стандартам диагностики, стадирования и принятия лечебного решения обеспечивает наилучший возможный результат при ТП по поводу х-ХЦК. Дальнейшее накопление опыта покажет, может ли SBRT заменить химиолучевую неоадъювантную терапию или системная терапия будет необходима.

II. ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИЕ МИННО-ВЗРЫВНЫЕ РАНЕНИЯ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

МЕДИЦИНСКАЯ СОРТИРОВКА И ОКАЗАНИЕ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСКОЛОЧНЫХ РАНЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Величко Е. А., Анюшин И. Л., Грицун В. Ю., Иванов Ю. В., Станкевич В. Р., Назаров Ю. С.

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на развитие системы оказания медицинской помощи и появление инновационных методов диагностики и лечения, проблема лечения осколочных и минно-взрывных ранений печения и желчевыводящих протоков остается на сегодняшний день до конца не решенной. Летальность при лечении ранений и травм живота составляет около 10-17 %, а ранения печени и желчевыводящих путей встречаются в 9,1-16,5 %.

Материалы и методы. Проведен анализ оказания хирургической помощи 168 военнослужащим (мужчины), поступившим на этап оказания медицинской помощи (I уровень) за период с сентября 2024 г. по март 2025 г. с осколочными изолированными повреждениями печени и клиникой внутрибрюшного кровотечения. Средний возраст раненых составил 37,9 ± 2,3 лет. Методы исследования: клинико-лабораторный, рентгенография органов брюшной полости в прямой и боковой проекциях, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, лапароцентез.

Результаты. Тяжелые минно-взрывные и осколочные повреждения живота характеризовались особой сложностью раневого канала ввиду обширного разрушения тканевых структур поврежденной области. В 94,3 % случаев у пациентов наблюдались кровотечение и желчеистечение. Общий объем кровопотери на момент операции составил 258 ± 175 мл. Геморрагический шок наблюдали у 18 % раненых. Средний период времени эвакуации от места получения ранения до госпиталя составил 4,3 ± 1,7 часов. Локализация ранений печени была следующей: левой доли печени наблюдали у 26,1 % пациентов, правой – у 60,7 %, обеих долей – у 13,2 %. На первоначальном этапе оказания медицинской помощи (ОмедО) в зависимости от характера раневого канала и объема повреждения ткани печени всем раненым были выполнены следующие оперативные вмешательства: атипичная резекция доли печени – 15, ушивание раны печени – 105, коагуляция раны печени – 48. Во всех случаях старались визуализировать поврежденные желчные протоки: мелкие протоки прошивали или клипировали, крупные – выполняли их наружнее дренирование. С целью гемостаза дополнительно применялись гемостатические губки и порошки, электрокоагуляция и тампонирование раны печени. В конце операции обязательно выполняли дренирование поддиафрагмального, подпеченочного пространств и полости малого таза с целью контроля билио- и гемостаза. На 1-2 сутки после оперативного лечения, при стабильном состоянии и устойчивой гемодинамики, пациенты переводились на этап оказания квалифицированной медицинской помощи. При поступлении на следующий этап оказания медицинской помощи, в 10,1 % случаев были выявлены следующие осложнения послеоперационного периода: гнойно-инфекционные – 4,8 %, гемодинамически значимая кровопотеря – 2,4 %, желчеистечение – 3,0 %. На окончательном этапе оказания медицинской помощи летальный исход наступил у 1,2 % раненых от развившейся острой сердечно-сосудистой недостаточности, остальные были выписаны с улучшением на 10-18 сутки.

Заключение. Исход оказания медицинской помощи пострадавшим с минно-взрывными и осколочными ранениями живота с повреждением печени и жёлчевыводящих протоков напрямую зависит от времени получения ранения до момента госпитализации, характера ранения, объема оказанной первой помощи, и соблюдения принципов этапного лечения боевой хирургической травмы органов брюшной полости (минимально необходимый объем операций, стабилизация общего состояния и профилактика развития осложнений).

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКИ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ОСКОЛОЧНЫХ РАНЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Величко Е. А., Анюшин И. Л., Грицун В. Ю., Станкевич В. Р., Назаров Ю. С., Иванов Ю. В.

ФГБУ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на развитие системы оказания медицинской помощи и появление инновационных методов диагностики и лечения, проблема диагностики осколочных ранений органов брюшной полости остается актуальной и не до конца решенной. Ранения печени и желчевыводящих путей встречаются в 9,1-16,5 %. Основные осложнения при ранениях печени: кровотечение в свободную брюшную полость с развитием геморрагического шока и желчеистечение с развитием желчного перитонита. Своевременная и точная диагностика ранений печени напрямую влияет на результаты операции.

Материалы и методы. Проведен анализ эффективности различных инструментальных методов диагностики осколочных ранений печени у 130 военнослужащих (мужчины), поступивших на этап оказания специализированной медицинской помощи (III уровень) за период с сентября 2024 г. по декабрь 2024 г. с осколочными изолированными повреждениями печени. Средний возраст раненых составил 36,8 ± 2,6 лет. Используемые инструментальные методы диагностики: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерная томография (КТ, нативная фаза), лапароцентез. Оценивали специфичность, чувствительность каждого метода диагностики.

Результаты. Минно-взрывные и осколочные повреждения живота характеризовались особой сложностью раневого канала ввиду обширного разрушения тканевых структур поврежденной области. Основными признаками ранения печени служили: входной проникающий в брюшную полость раневой канал в проекции печени; наличие инородные предметов (осколков, металлических элементов) в паренхиме печени по данным УЗИ или КТ; определяемое по УЗИ или КТ свободная жидкость поддиафрагмально или подпеченочно. Данные признаки служили показанием к хирургическому лечению (лапароскопия или лапаротомия). Входной раневой канал в области печени был выявлен в 83 % случаев, визуализация осколков и других инородных тел в печени по данным УЗИ в 42 %, по данным КТ – в 89 % случаях. Свободная жидкость в брюшной полости (более 200 мл) при УЗИ выявлена в 68 %, при нативной КТ – в 92 %. Лапароцентез оказался эффективен только в 74 %, ложно отрицательный результат наблюдали у 26 % раненых, что было связано со спаечным процессом, небольшом количестве крови в брюшной полости, трудно достижимых поддиафрагмальных пространств брюшной полости, где скапливалось наибольшее количество крови.

Заключение. Анализ результатов диагностики осколочных ранений печени показал, что наиболее оптимальным и эффективным методом диагностики боевых повреждений печени является нативная КТ. УЗИ и лапароцентез по своей чувствительности и специфичности заметно уступают КТ. Выявляемые небольшого размера инородные тела в паренхиме печени по данным КТ без признаков больших гематом и наличия свободной жидкости в брюшной полости, при стабильной общем состоянии и устойчивой гемодинамике, могут не являться показанием к экстренной операции, а подлежать динамическому контролю. Эффективность УЗИ зависит от степени пареза кишечника, индекса массы тела, характеристик УЗИ аппарата и квалификации специалиста. Лапароцентез может быть мало эффектифен при спаечном процессе, ранениях задних отделов печени. Таким образом, нативная КТ может быть методом выбора при диагностике осколочных повреждений печени.

ОСТРЫЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ ПРИ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА

Ивануса С. Я., Лазуткин М. В., Иванов Д. Н., Котив Б. Н.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острый травматический панкреатит (ОТП) – одна из форм острого панкреатита, возникающая вследствие повреждения поджелудочной железы (ПЖ). В мирное время повреждения ПЖ составляют от 2,3 – до 8 % абдоминальных травм, в военное – до 18,3 %. Частота развития ОТП при повреждениях ПЖ может достигать 100 %.

Цель исследования: изучить характер повреждения поджелудочной железы и особенности развития острого травматического панкреатита при огнестрельных ранениях живота.

Материалы и методы. В настоящее исследование включены пациенты с огнестрельными ранениями живота с повреждением ПЖ, поступивших на этапное лечение в клинику общей хирургии Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова в период с 2022 по 2025 гг. Оценивались характер повреждения сочетанных органов брюшной полости и грудной клетки, локализация зоны повреждения ПЖ, степень повреждения по классификации AAST (American association for surgery of trauma), конфигурация раневого канала, его отношение к главному панкреатическому протоку, наличие и распространенность парапанкреатита.

Результаты. Изолированные ранения живота наблюдались в 12 % случаях, сочетанные ранения живота и других анатомических локализаций – в 88 % наблюдениях, в том числе 32 % с торакоабдоминальными ранениями. Степень повреждения железы по шкале AAST оценена следующим образом: повреждение I степени отмечено у 49 % пациентов, II степени – в 25 % случаев, III степени – в 21 % случаев, IV степени – в 5 % наблюдений. По локализации повреждения в 14 % случаев выявлено ранение головки, в 31 % наблюдений – тела, у 55 % пациентов – хвоста. Повреждение главного панкреатического протока диагностировано у 4 % пациентов. Всем пациентам на предыдущих этапах оказания медицинской помощи были выполнены оперативные вмешательства по поводу повреждений органов брюшной полости. Развитие ОТП различной степени тяжести выявлено в 100 % наблюдений. При этом у 49 % пациентов ОТП носил характер отечного панкреатита, у 61 % пациентов отмечено развитие панкреонероза и парапанкреатита. В 77 % случаев парапанкреатит носил местный характер распространенности. Отличительной особенностью ОТП является первичное инфицирование зоны повреждения и, вследствие этого, раннее формирование инфицированного панкреонекроза.

Выводы. Острый травматический панкреатит, возникающий при огнестрельных ранениях живота с повреждением поджелудочной железы, является отдельной формой панкреатита со своими особенностями клинического течения, требующей дифференцированного подхода в диагностике и лечении.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ивануса С. Я., Лазуткин М. В., Иванов Д. Н., Котив Б. Н.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Острый травматический панкреатит (ОТП) – одна из разновидностей острого панкреатита, возникающая при повреждениях поджелудочной железы (ПЖ).

Этиология и патогенез. При закрытых травмах живота повреждения ПЖ возникают вследствие прямого удара с контузией передней поверхности ПЖ, раздавливания ПЖ о позвоночный столб, а также гильотинного разрыва натянутой связкой Трейтца при переразгибании туловища. При огнестрельных ранениях живота повреждение ПЖ может быть обусловлено прямым разрушением паренхимы ранящим элементом, боковым ударом и противоударом. Также ОТП возникает в результате оперативных вмешательств, в том числе после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатикографии. Патогенез ОТП обусловлен формированием травматического некроза вследствие прямого приложения травмирующей силы и ферментативного некроза, возникающего в результате активации панкреатических ферментов и разгерметизации протоковой системы. На тяжесть развивающегося панкреатита влияют объем первичного некроза, калибр поврежденных сосудов железы и степень повреждения протоковой системы, а также наличие хронических патологических изменений в железе, тяжесть травматического шока и острой кровопотери, наличие панкреатической гипертензии. Колото-резанные ранения ПЖ, как правило, редко вызывают массивный некроз, при этом огнестрельные повреждения сопровождаются развитием тяжелых форм ОТП и парапанкреатита. Тяжесть заболевания и характер парапанкреатита зависят от конфигурации раневого канала, в частности его глубины и отношения к главному панкреатическому протоку, а также наличия жизнеспособной паренхимы дистальнее зоны повреждения. Фазовое течение заболевания, характерное для острого панкреатита, в случае ОТП, возникающего при огнестрельных ранениях ПЖ, претерпевает изменения. В частности, формирование инфицированного панкреонекроза может развиваться в течение нескольких суток после повреждения ПЖ в результате первичного инфицирования в момент получения ранения. ОТП чаще носит деструктивный характер и характеризуется высокой частотой некротических форм (70–76 %) и гнойных осложнений (25–30 %).

Заключение. Исследование патогенеза развития острого травматического панкреатита позволяет сформировать алгоритм диагностики и адекватной хирургической тактики лечения пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ И МИННО-ВЗРЫВНЫХ РАНЕНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЙЦОВ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ УНИВЕРСИТЕТСКОЙ КЛИНИКИ

Трандофилов М. М., Праздников Э. Н., Кошелев И. А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Повреждение печени относятся к наиболее тяжелой, сложной для диагностики и лечения абдоминальной травмы. Печень – наиболее часто повреждаемый орган при тупой травме живота. Особенность анатомического строения этого органа, хрупкость его паренхимы, а также множество трубчатых структур обусловливает вероятность развития массивного внутрибрюшного кровотечения в результате травмы. При абдоминальной травме частота повреждения печени достигает 30–40 %, послеоперационная летальность – 9–34 %, частота развития различных специфических осложнений – 17–35 % наблюдений. Консервативное лечение гемодинамически стабильных пациентов с тупой травмой стало стандартом лечения в большинстве травматологических центров. Несмотря на современные технические достижения в области терапии подобных случаев, массивные повреждения печени по-прежнему являются серьезной проблемой. Летальность среди больных с повреждением печени напрямую зависит от сроков оказания специализированной помощи. Выбор хирургической тактики неоднозначен и зависит от степени тяжести разрыва самой печени. Тяжелая травма печени представляет собой как диагностическую, так и лечебно-тактическую проблему. Сложные повреждения печени составляют от 10 до 30 % всех повреждений указанного органа и по-прежнему имеют высокий уровень смертности, колеблющийся в пределах от 40 до 80 %. Диагностика повреждения печени на основе клинических признаков обычно не составляет трудностей, но в ряде случаев становится достаточно сложной задачей. Использование диагностических методов (диагностическая лапароскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография) позволяет более быстро и точно диагностировать травму печени.

Цель исследования: оценить результаты консервативного, хирургического лечения у пациентов с огнестрельными, минно-взрывными ранениями печени.

Материалы и методы. Проанализировано 20 клинических наблюдений ранений и травм печени в университетской клинике: изолированная травма живота отмечена в 20 % наблюдений, чаще выявляли сочетанные торакоабдоминальные ранения (80 %). При изолированной травме живота изолированное повреждение печени диагностировано лишь в 36 % наблюдений. По степени анатомической травмы печени в соответствии с классификацией AAST клинические наблюдения распределились следующим образом: II степень выявлена в 16 % наблюдений, III – в 45 %, IV – в 34 %, V степень – в 5 %. По тяжести повреждения печени в соответствии с критериями WSES с учетом состояния гемодинамики к I степени отнесено 14 % наблюдений, к II – 36 %, к III – 22 %, к IV – 28 %.

Результаты. Консервативное лечение применяли у 12 пациентов, оперативное вмешательство выполнено у 8 пациентов (атипичные резекции – 4, гемостаз ранений печени – 4). Продолжительность оперативного вмешательства в среднем составила 70 ± 28,3 мин; а интраоперационная кровопотеря 350 ± 52,5 мл. Уменьшение объема кровопотери связано с применением аппаратов во время диссекции паренхимы печени.

Выводы. Комплексный подход к лечению такой группы пациентов позволяет определить оптимальную тактику и повышает эффективность лечения.

III. ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ НА ПЕЧЕНИ

ПАРЕНХИМОСБЕРЕГАЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ: ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ

Ахаладзе Г. Г., Балиев З. Э.

ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Имеющаяся тенденция к органосохраняющему подходу в онкологии диктует необходимость более бережного подхода к печеночной паренхиме.

Цель исследования: дать характеристику и оценку методике паренхимосберегающих резекций в отношении непосредственных и отдаленных результатов на основании анализа мировой литературы и собственных данных.

Материалы и методы. В период с 2018 по 2023 гг. в ФГБУ РНЦРР МЗ РФ выполнено 150 резекций печени по поводу метастазов колоректального рака в печени. Проведен анализ результатов 76 резекций печени: 51 паренхимосберегающей и 25 анатомических резекций.

Результаты. Объем кровопотери (300 мл против 500 мл; p = 0,032), послеоперационный койко-день (13 против 17; p = 0,077) и длительность операции (235 мин против 280 мин; p = 0,266) были ниже в группе паренхимосберегающих резекций. Частота послеоперационных осложнений была сопоставима (19,6 % против 20 %; p = 0,968). Послеоперационная печеночная недостаточность (согласно определению ISGLS) была определена в 2 случаях анатомической резекции. Медиана общей выживаемости была незначительно выше в группе паренхимосберегающих резекций (63 месяца против 40 месяцев; p = 0,715). Медиана безрецидивной выживаемости сопоставима (10,8 месяцев против 11 месяцев; p = 0,672). Метаанализ 21 публикации выявил преимущества паренхимосберегающих резекций, которые отличались меньшей длительностью операции (ВРС – -39,11; 95 % ДИ [-64.73, -13.49]; p = 0,003) и кровопотерей (ВРС – -278.86; 95 % ДИ [-465.88, -91.83]; p = 0,003), меньшей продолжительностью госпитализации (ВРС – -1.81; 95 % ДИ [-2.96, -0.67]; p = 0,002). Послеоперационная летальность (ОШ – 0.29; 95 % ДИ [0.18, 0.46];p < 0,00001), частота возникновения послеоперационной печеночной недостаточности (ОШ – 0.17; 95 % ДИ [0.07, 0.38]; p = 0,00001) и частота послеоперационных гемотрансфузий (ОШ – 0.40; 95 % ДИ [0.22, 0.75]; p = 0,004) были выше в группе анатомических резекций. Частота послеоперационных осложнений в группах без статистически значимой разницы (ОШ – 0.77; 95 % ДИ [0.52, 1.14], p = 0.2). Общая (ОР 1.07; 95 % ДИ [0.97, 1.17]; p = 0,2) и безрецидивная (ОР – 1.09; 95 % ДИ [0.98, 1.21]; p = 0,11) выживаемость в сравниваемых группах статистически значимо не отличались. Частота рецидива (ОШ – 1.41; 95 % ДИ [0.94, 2.10]; p = 0,10) и положительный края резекции (ОШ – 1.39; 95 % ДИ [0.97, 1.99]; p = 0,07) достоверно не отличались в сравниваемых группах Среди недостатков стоит отметить низкую частоту применения лапароскопического доступа при паренхимосберегающих резекциях, что связано с отсутствием стандартизации методики ,особенно, при множественных метастазах. Также, паренхимосберегающие резекции представляются трудновыполнимыми при наличии сосудистой инвазии, которая диктует необходимость выполнения анатомических резекций. Биология опухоли также имеет немаловажное значение: применение методики при гепатоцеллюлярном и холангиоцеллюлярном раке остается спорным вопросом. Имеются данные о худших отдаленных результатах у пациентов с KRAS мутацией при метастазах колоректального рака после паренхимосберегающих резекций.

Заключение. Паренхимосберегающие резекции представляются адекватной методикой хирургического лечения пациентов со злокачественными новообразованиями.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПАХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А. Х., Махмудов У. М., Иброхимов С. С.

Национальный медицинский центр, Ташкент, Узбекистан

В проведенном исследовании были проанализированы данные 295 пациентов с эхинококкозом печени, распределённых на три группы в зависимости от типа проведенного оперативного вмешательства. Основная группа включала 47 пациентов, которым была выполнена резекция печени или тотальная цистэктомия. Группа 1 (n=181) представлена пациентами, перенесшими органосохраняющие операции по поводу эхинококкоза печени в учреждениях различного уровня (от районных до республиканского центра). Группа 2 (n=67) аналогично включала пациентов, которым также выполнены органосохраняющие вмешательства, однако их клинико-анатомические характеристики (локализация и размеры кист, их число и стадия) могли бы позволить выполнение более радикальной хирургии, аналогичной таковой в основной группе. Средний возраст пациентов в основной группе составил 38,7 ± 12,6 лет. Мужчин было 55,6 %. В группе 1 средний возраст составил 37,7 ± 13,1 лет. Доля мужчин была 52,5 %. Пациенты группы 2, несмотря на сопоставимую с основной группой морфологию поражения, также были оперированы органосохраняющим способом. Средний возраст составил 39,2 ± 14,5 лет, мужчин было 56,7 %. В основной группе (n=47) общее количество осложнений составило 13 (27,7 %) случаев. Наиболее часто встречались осложнения I-II степени тяжести по Clavien–Dindo – 12 (25,5 %) случаев, среди которых доминировали повышение температуры более 38 °C, боль и локальное воспаление в области раны. Более тяжелое осложнение IIIa степени (подпеченочное скопление жидкости с дренированием) отмечено у 1 (2,1 %) пациента. Случаев IIIб степени (требующих повторного вмешательства) в основной группе не зарегистрировано. В целом, у 72,3 % пациентов основной группы течение послеоперационного периода было неосложненным. В группе 1 (n=181) частота послеоперационных осложнений составила 30,9 % (56 пациентов). Осложнения I-II степени отмечены в 49 (27,1 %) случаев, аналогичные по структуре основной группе. Осложнения III степени зафиксированы у 7 (3,9 %) пациентов, включая подпеченочные скопления, плеврит с чрескожным дренированием и изолированные желчные свищи. В группе 2 (n=67) частота осложнений оказалась существенно выше – 52,2 % (35 пациентов). Осложнения I-II степени наблюдались у 30 (44,8 %) пациентов, осложнения III степени – у 5 (7,5 %), включая 1 случай кровотечения с повторным вмешательством (IIIб степень). Без осложнений протекал послеоперационный период только у 47,8 % пациентов этой группы. В сравнении с основной группой различия по частоте и тяжести осложнений оказались статистически значимыми (χ^2=7,153; p=0,028). Длительность дренирования брюшной полости в основной группе составила в среднем 2,8 ± 1,9 суток. Количество койко-дней в послеоперационном периоде – 7,5 ± 1,8 суток. Сроки дренирования в группе 1 по первому дренажу достигали в среднем 5,5 ± 4,1 суток, по второму (у 83 пациентов) – 11,6 ± 8,1 суток. Продолжительность госпитализации в послеоперационном периоде составила 7,2 ± 2,8 суток. В группе 2 показатели дренирования и госпитализации были выше, чем в группе 1: 7,7 ± 6,4 суток по первому дренажу, 16,4 ± 11,6 – по второму (у 44 пациентов). Госпитализация в послеоперационный период длилась 8,9 ± 3,8 суток.

Заключение. При анатомически подходящих формах эхинококкоза печени выполнение радикальных вмешательств (резекции или тотальной цистэктомии) сопровождается более благоприятным течением послеоперационного периода по сравнению с органосохраняющей тактикой.

ЦИТОРЕДУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ В ПЕЧЕНЬ

Диникин М. С., Гуляев Ю. А., Пелипась Ю. В., Иванова А. К.

ГБУЗ Городской клинический онкологический диспансер, Санкт-Петербург, Россия

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) — вторая по распространенности злокачественная опухоль ЖКТ, характеризующаяся частым метастазированием в печень, что является основным фактором, влияющим на качество жизни и общую выживаемость пациентов. Циторедуктивные вмешательства при метастатическом поражении печени является методом выбора, направленным на потенциальное продление жизни пациентов и улучшения контроля над гормональными симптомами, резистентных к лекарственному лечению. Хирургическая резекция метастазов показана для больных с высокодифференцированными (G1/G2) опухолями, в то время как ее осуществимость и сложность в значительной степени диктуются степенью поражения печени. В результате достижений в хирургических методах за последние десятилетия сложные 1- и 2-этапные или повторные резекции печени выполняются безопасно и эффективно хирургами с опытом лечения НЭО. Лечение метастазов в печени при НЭО (NELM) имеет решающее значение, поскольку печеночная недостаточность является основной причиной смерти. Хирургическая циторедукция является предпочтительным вариантом лечения метастазов в печени и должна рассматриваться для всех пациентов G1 и G2. К сожалению, непонимание операционных критериев привело к значительному недоиспользованию хирургической циторедукции для этих пациентов. Хирургическое лечение метастатических НЭО является уникальным, поскольку у многих больных наблюдается диффузное, билобарное поражение печени, которое было бы признано неоперабельным при других типах рака. Однако резекция R0 не требуется для достижения сопоставимых онкологических результатов выживаемости пациентов. NELM характеризуются не инфильтративным, а экспансивным ростом, оттесняя окружающую паренхиму печени. Эта особенность позволяет широко применять паренхимосберегающие технологии при резекции метастазов, а эквивалентные результаты выживаемости пациентов после R0 и R1 дали возможность широко внедрить циторедукцию при NELM. 5- и 10-летняя выживаемость после циторедукции составляет до 74 % и 51 % соответственно, а медиана выживаемости в 3 раза выше, чем у пациентов с нелечеными NELM. Хотя резекция (R0-R1) является идеальным вариантом, она возможна только у 5–15 % пациентов, поскольку у большинства пациентов имеются множественные билобарные метастазы, которые не поддаются полной резекции. Таким образом, когда условно радикальная резекция невозможна, циторедуктивная хирургия предлагает альтернативный подход к лечению, поскольку она может снизить риск печеночной недостаточности из-за прогрессирования заболевания печени и обеспечить облегчение гормональных симптомов у пациентов с функциональными опухолями. Ранее операции по уменьшению опухолевой нагрузки (debulking) печени считались применимыми только для пациентов, у которых можно было удалить не менее 90 % макроскопически видимых метастазов печени, и для тех, у кого не было внепеченочных проявлений заболевания. Однако, если использовать пороговое значение необходимости удаления 90 % метастазов печени, то от 67 % до 90 % пациентов с NELM будут исключены из хирургического лечения. Если этот порог снизить до 70 %, то до 76 % пациентов с NELM смогут рассчитывать на циторедукцию. Недавно проведенная серия исследований с критериями использования 70 % порога уменьшения опухолевой нагрузки, допуская внепеченочное распространение, используя паренхимосберегающую хирургию в комбинации с интраоперационной абляцией труднодоступных метастазов, сделала значительно больше пациентов подходящими для debulking операций, при этом по-прежнему обеспечивая отличные показатели выживаемости.

Заключение. Паренхимосберегающие операции наиболее оправданы при метастазах нейроэндокринных опухолей в печень.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ИЗОЛИРОВАННЫХ РЕЗЕКЦИЙ 1 СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ

Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Хегай В. Е.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Актуальность. Изолированная резекция 1 сегмента (S1) печени является технически сложным оперативным вмешательством ввиду особенностей анатомии S1 печени, а именно расположения S1 на дорсальной поверхности печени между нижней полой веной, воротами печени и устьями печеночных вен. В современной литературе описано около 220 резекций S1 печени лапароскопическим доступом, при этом существует не более 10 сравнительных исследований, опыт которых редко превышает 15 пациентов.

Цель исследования: сравнение ближайших результатов лапароскопических и открытых изолированных резекций S1 печени.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с различными нозологическими поражениями S1 печени которым выполнялась изолированная резекция S1 печени с 2015 по 2024 гг., из исследования исключены пациенты которым выполнялись симультанные вмешательства, а также резекции других сегментов печени. Оценивалось основные интра и послеоперационные параметры.

Результаты. В исследование включено 20 пациентов, у 11 (55 %) пациентов отмечались злокачественные новообразования (ЗНО), у 9 (45 %) доброкачественные. 15 (75 %) пациентов оперированы лапароскопическим доступом и 5 (25 %) открытым. Обе группы пациентов были сопоставимы по полу (p=0.075), возрасту (p=0.290), ИМТ (p=0.956), ASA статусу (p=1.000), размеру опухоли (p=0.338), а также по числу ЗНО (p=0.56). Сегментэктомия S1 выполнена в лапароскопической группе 10 (66.7 %) пациентам и 2 (40 %) пациентам в открытой группе, p=0.347. Прием Прингла – 4 (26.7) и 1 (20), в лапароскопической и открытой группах соответственно, p=1.000. Кровопотеря – 124 ± 150 и 154 ± 95, p=0.953. Время операции – 262 ± 105 и 220 ± 57, p=0.413. R1 резекции – 1 (10 %) и 0, p=0.920. Продолжительность госпитализации – 6.6 ± 1.8 и 6.2 ± 1.9, p=0.678. Тяжелые послеоперационные осложнения по Clavien-Dindo отсутствовали, отмечено 2 (10 %) осложнения 2 класса по Clavien-Dindo.

Выводы. Лапароскопические резекции S1 печени демонстрируют положительные ближайшие результаты, обладая преимуществами минимально инвазивного доступа.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: сравнить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических (ЛРП) и открытых резекций печени (ОРП) различной сложности у пациентов с метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В исследование включены 334 пациентов, перенесших ОРП и ЛРП по поводу метастазов КРР с 2014 по 2024 гг. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общая (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) в обеих группах. Критериями исключения из исследования являлись: наличие реконструкции желчных протоков и магистральных сосудов, симультанные вмешательства за исключением холецистэктомии, радиочастотная абляция, число очагов более 3 (> 75 процентиля по выборке). С целью сопоставления групп выполнена псевдорандомизация 1:1 по следующим параметрам: возраст, оценка физического статуса по ASA, уровень РЭА, неоадьювантная химиотерапия, размер наиболее крупной опухоли, число метастазов, количество баллов IWATE 7 и более, синхронное метастазирование. Следующим этапом для подгруппового анализа выбраны пациенты, которым выполнялись обширные резекции (3 и более сегментов печени).

Результаты. В исследование включено 20 пациентов: 9 группа ЛРП и 11 группа ОРП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ), неоадъювантной химиотерапии, уровню РЭА, количеству метастазов, числу синхронных и билобарных метастазов, по сложности резекции печени по шкале IWATE, по числу оперативных вмешательств на органах брюшной полости и печени, а также по ASA статусу. Не было выявлено различий по объему кровопотери, продолжительности операции, числу гемотрансфузий, числу R0 резекций, времени пребывания в стационаре, а также по количеству и структуре послеоперационных осложнений. Достоверных различий в общей и безрецидивной выживаемости не выявлено, однако отмечена тенденция к улучшению общей выживаемости в группе ЛРП. Общая 3-летняя выживаемость ЛРП- 65 %, ОРП- 39 %. Медиана ОВ после ЛРП не достигнута, после ОРП- 26мес. (p-0,133). Медиана БРВ после ЛРП- 24 мес., после ОРП- 20мес. (p-0,546).

Заключение. Лапароскопический доступ не уступает открытому доступу и может быть применен для выполнения обширных резекций при метастазах КРР.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ SI, IVA, VII, VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»**, ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург
24-26 сентября 2025

Цель исследования: сравнить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических (ЛРП) и открытых резекций печени (ОРП) различной сложности у пациентов с метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В исследование включены 334 пациентов, перенесших ОРП и ЛРП по поводу метастазов КРР с 2014 по 2024 гг. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общая (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) в обеих группах. Критериями исключения из исследования являлись: наличие реконструкции желчных протоков и магистральных сосудов, симультанные вмешательства за исключением холецистэктомии, радиочастотная абляция, число очагов более 3 (> 75 процентиля по выборке). С целью сопоставления групп выполнена псевдорандомизация 1:1 по следующим параметрам: возраст, оценка физического статуса по ASA, уровень РЭА, неоадьювантная химиотерапия, размер наиболее крупной опухоли, число метастазов, количество баллов IWATE 7 и более, синхронное метастазирование. Следующим этапом для подгруппового анализа выбраны пациенты, которым выполнялись резекции повышенной сложности (сегментэктомии SI, IVa, VII, VIII).

Результаты. В исследование включено 69 пациентов: 26 группа ЛРП и 23 группа ОРП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, неоадъювантной химиотерапии, уровню РЭА, количеству метастазов, числу синхронных и билобарных метастазов, по сложности резекции печени по шкале IWATE, по числу операций на печени. Сохранялись различия по числу оперативных вмешательств на органах брюшной полости в анамнезе в пользу открытой группы – 27 (100 %) и 17 (65 %), p=0.002, ИМТ 27 ± 3,5 в группе ОРП, против 24,7 ± 4,6в группе ЛРП, p=0,022, а также по ASA статусу -ASA 0-2 3 (13 %) в группе ОРП, против 11 (42.3 %) в группе ЛРП, p=0,024. Не было выявлено различий по продолжительности операции, объему кровопотери, числу гемотрансфузий, числу R0 резекций, времени пребывания в стационаре, а также по времени пребывания в стационаре. В группе ЛРП отмечалась меньшая частота послеоперационных осложнений 3 (11,5 %) против 8 (34,8 %), p-0,052, а также билиарных осложнений 0 (0 %) против 5 (21,7 %), p-0,012. Продолжительность применения маневра Прингла была больше в группе ЛРП 42,0 ± 46,3 мин., против 17,9 ± 19,6 мин. в группе ОРП, p=0.025. Достоверных различий в общей и безрецидивной выживаемости не выявлено. Общая 5-летняя выживаемость ЛРП – 58 %, ОРП – 31 %. Медиана ОВ после ЛРП не достигнута, после ОРП – 43 мес. (p-0,343). Медиана БРВ после ЛРП – 16 мес., после ОРП – 19 мес. Безрецидивная 5-летняя выживаемость после ЛРП – 10 %, ОРП – 25 % (p-0,349).

Заключение. Применение лапароскопических технологий при выполнении операций повышенной сложности обеспечивают лучшие непосредственные и сопоставимые отдаленные результаты по сравнению с ОРП при метастазах КРР.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: сравнить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических (ЛРП) и открытых резекций печени (ОРП) различной сложности у пациентов с метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В исследование включены 334 пациентов, перенесших ОРП и ЛРП по поводу метастазов КРР с 2014 по 2024 гг. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общая (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) в обеих группах. Критериями исключения из исследования являлись: наличие реконструкции желчных протоков и магистральных сосудов, симультанные вмешательства за исключением холецистэктомии, радиочастотная абляция, число очагов более 3 (> 75 процентиля по выборке). С целью сопоставления групп выполнена псевдорандомизация 1:1 по следующим параметрам: возраст, оценка физического статуса по ASA, уровень РЭА, неоадьювантная химиотерапия, размер наиболее крупной опухоли, число метастазов, количество баллов IWATE 7 и более, синхронное метастазирование. Следующим этапом для подгруппового анализа выбраны пациенты, которым выполнялись сегментэктомии.

Результаты. В исследование включено 69 пациентов: 34 группа ЛРП и 35 группа ОРП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ), неоадъювантной химиотерапии, уровню РЭА, количеству метастазов, числу синхронных и билобарных метастазов, по сложности резекции печени по шкале IWATE, по числу операций на печени. Сохранялись различия по числу оперативных вмешательств на органах брюшной полости в анамнезе в пользу открытой группы – 35 (100 %) и 22 (64.7 %), p<0.001, а также по ASA статусу -ASA 0-2 6 (17.1 %) в группе ОРП, против 15 (71.4 %) в группе ЛРП, p=0,015. В группе ЛРП отмечалась меньшая величина интраоперационной кровопотери – 271.9 ± 190 мл., против 462.9 ± 417 мл в группе ОРП, p=0.018. Продолжительность применения маневра Прингла была больше в группе ЛРП 36,4 ± 43,7 мин., против 18,8 ± 19,9 мин. в группе ОРП, p=0.038. В группе ЛРП отмечено меньшее число билиарных осложнений 0 (0 %), против 5 (14,3 %) в группе ОРП, p-0,022. Не было выявлено различий по продолжительности операции, числу гемотрансфузий, числу R0 резекций, времени пребывания в стационаре, а также по количеству послеоперационных осложнений. Достоверных различий в общей и безрецидивной выживаемости не выявлено, однако отмечена тенденция к улучшению общей выживаемости в группе ЛРП. Общая 5-летняя выживаемость ЛРП – 58 %, ОРП – 36 %. Медиана ОВ после ЛРП не достигнута, после ОРП – 32 мес. (p-0,114). Медиана БРВ после ЛРП – 16 мес., после ОРП – 15 мес. Безрецидивная 3-летняя выживаемость после ЛРП – 19 %, ОРП – 41 % (p-0,846).

Заключение. Применение лапароскопических технологий при выполнении сегментэктомий обеспечивают лучшие непосредственные и сопоставимые отдаленные результаты по сравнению с ОРП при метастазах КРР.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ **«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»**, ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург
24-26 сентября 2025

Цель исследования: сравнить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических (ЛРП) и открытых мультисегментарных резекций печени (ОРП) у пациентов с множественными метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В исследование включены 103 пациента, перенесших ОРП и ЛРП по поводу метастазов КРР с 2014 по 2024 гг., у которых отмечалось 3 и более метастатических очага в печени и которым выполнена мультисегментарная резекция печени. Из исследования, исключены пациенты, которым выполнялась резекций 3 и более смежных сегментов печени. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от количества очагов: 3-5 очагов и 6 и более очагов. Оценивались демографические характеристики пациентов, периоперационные показатели, общая (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) в обеих группах.

Результаты. В группе пациентов с количеством очагов 3-5 ЛРП выполнены 32 пациентам, ОПР 41 пациенту. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела, неоадъювантной химиотерапии, уровню РЭА, размеру наибольшей опухоли, количеству метастазов, числу синхронных и билобарных метастазов, по сложности резекции печени по шкале IWATE и IMM, числу сегментарных резекций печени и резекций сложных сегментов печени (SI, IVa, VII, VIII), по числу симультанных вмешательств. Также вне зависимости от доступа в 30 % случаев пациентам как в группе ОРП, так и ЛРП выполнялась радиочастотная абляция (РЧА), различий в частоте РЧА не выявлено, p = 1.000. Отмечены незначительные различия по числу оперативных вмешательств на органах брюшной полости в анамнезе – 33 (80.5 %) в ОРП и 19 (59.4) ЛРП, p = 0.068, а также по ASA 0-2 статусу – 12 (29.3 %) в группе ОРП, против 16 (50 %) в группе ЛРП, p = 0.015. Вне зависимости от доступа были схожи следующие результаты: величина интраоперационной кровопотери, число R0 резекций, число использования приема Прингла, частота и структура послеоперационных осложнений и частота достижения эталонного результата. Отмечены различия по длительности оперативного вмешательства: ЛРП 405.8 ± 167 мин., ОРП 330.3 ± 88 мин., p = 0.016, а также по продолжительности стационарного лечения в пользу ЛРП: 7 ± 2 против 9 ± 5, p = 0.033. Достоверных различий в общей (ОВ) и безрецидивной выживаемости (БРВ) не выявлено, отмечена тенденция к улучшению БРВ в группе ЛРП. Медиана ОВ после ЛРП 31 мес., после ОРП- 25 мес., p = 0.517. Медиана БРВ после ЛРП 13 мес., после ОРП 9 мес., p = 0.075. В группе пациентов с количеством очагов 6 и более отмечалось большее число ОРП – 24 пациента и 6 пациентов ЛРП. Пациенты в зависимости от доступа были сопоставимы по всем перечисленным выше демографическим и периоперационным параметрам. Отмечено достоверно большее время оперативного вмешательства у пациентов ЛРП: 479 ± 147 мин., против 373 ± 96 мин., p = 0.054.

Заключение. Применение лапароскопических технологий при выполнении мультисегментарных резекций печени демонстрирует сопоставимые ближайшие и отдаленные результаты по сравнению с ОРП при метастазах КРР за исключением большей продолжительности оперативного вмешательства. Наличие билобарных метастазов и необходимость выполнения РЧА не являются противопоказанием для лапароскопического доступа. Условными ограничениями лапароскопического доступа могут являться предшествующие неоднократные вмешательства на органах брюшной полости и количество метастатических узлов более 6.

КОМБИНАЦИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ И РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ЧРЕСКОЖНЫМ ДОСТУПОМ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Ионкин Д. А. [1], Степанова Ю. А. [1], Жаворонкова О. И. [1], Чжао А. В. [2]

[1]ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
[2]«Европейский Медицинский Центр (ЕМС)», Москва, Россия

Актуальность. Первичный и метастатический рак печени занимают одно из ведущих мест по частоте выявления среди онкологических заболеваний. Их резектабельность не превышает 15-25 %. Продолжительность жизни пациентов без лечения остается низкой. В связи с этим в лечении данной категории пациентов целесообразно применение различных методов локальной и их комбинации.

Цель исследования: улучшение результатов лечения, качества и продолжительности жизни у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. В НМИЦ хирургии в 2022 г. была разработана новая методика комбинированного применения РЧА и КД при злокачественном поражении печени. Методика была применена у 5 пациентов (мужчин – 3, женщин – 2). Средний возраст больных – 68 ± 6,4 года. Размеры опухолей – 2,5 от до 6,0 см.

В условиях операционной под анестезией при помощи УЗИ находилась безопасная трасса до опухоли. Через 2-мм разрез в брюшную полость до печени вводился сосудистый интрадьюсер диаметром 5F, длиной 11 см. Через него в опухоль вводилась игла-аппликатор для выполнения криодеструкции. Длина рабочей части иглы-аппликатора выбиралась в зависимости от размеров очага. Под УЗИ проводился сеанс быстрой заморозки, затем проходил период пассивной разморозки. Выполнялись 3 подобных сеансов: быстрая заморозка-пассивное оттаивание. После извлечения иглы-аппликатора под УЗ-контролем через тот же интрадьюсер в опухоль вводилась игла-электрод для РЧА соответствующего размера рабочей части. Проводилась дополнительная термообработка опухолевого узла. Затем постепенно подтягивая интродьюсер и иглу-электрод проводилась термообработка пункционного канала. При УЗ-контроле оценивались возможные проявления интраоперационных осложнений. Если по данным УЗИ-контроля создавалось впечатление о неполной термообработке опухолевого узла было возможно повторить всю комбинацию заново по другой трассе.

В послеоперационом периоде УЗ-контроль осуществлялся на 1-е, 3-и сутки, далее в соответствии с разработанным нами протоколом послеоперационного контроля. МРТ выполнялась в 1-е сутки после вмешательства.

Результаты. Осложнений в интраоперационном и ближайшем послеоперационном периодах отмечено не было. Во всех случаях (МРТ) область термовоздействия полностью перекрывала опухоль. Средний койко-день после операции составил 2,5 дня. Всем больным в проводилась адьювантная химиотерапия. Все больные живы. Признаков продолженного роста злокачественного новообразования не отмечено.

Выводы. Комбинированное термовоздействие при первичном и метастатическом злокачественном поражении печени у нерезектабельных больных является операцией выбора, в значительной степени улучшающем качество жизни онкологических пациентов и общую выживаемость.

ЭНДОВИЗУАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Каримов М. Р., Беркинов У. Б., Халиков С. А., Саттаров О. Т.

Ташкентский Государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить клиническую эффективность лапароскопических вмешатенльств при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. Под наблюдением находились и исследовано 82 больных с подтверждённым диагнозом эхинококкоза печени, которым в стационарных условиях была выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия. Предварительно все больные в плане подготовки к операции подвергались УЗИ и КТ исследованию. В отличие от предыдущих исследований, ограничений к выполнению лапароскопических вмешательств в зависимости от размера кисты, не было. Кроме того, наше исследование было расширено выполнением лапароскопической эхинококкэктомии при осложненном течении заболевания и множественных кистах (в 5 случаях операция выполнена при нагноении эхинококковой кисты, в 3 наблюдениях – при прорыве кисты в желчные протоки с развитием явлений механической желтухи после ретроградной санации билиарного дерева, в 4 случаях при наличии киста от 2 до 4 штук). В ходе операции производилась предварительно пункция и аспирация содержимого кисты, обработка полости 100 % раствором глицерина и санация. Больным после операции назначена химиотерапия (Альбендозол) в течении 1 месяца и они наблюдались в послеоперационном периоде в течение 6 месяцев.

Результаты. Лапароскопическая эхинококкэктомия практически у всех больных прошла успешно, без конверсии. Послеоперационные осложнения отмечены у 5 больных (6,1 %) в виде желчеистечение из дренажной трубки, оставленной в полости кисты. Средняя койко-день составляла 4,2 ± 1,1 дня. Рецидивов заболевания в течение периода наблюдения не выявлено. Большинство больных восстановили свою работоспособность к 10 дню после операции.

Выводы. Лапароскопическая эхинококкэктомия является наиболее безопасным и эффективным методом лечения эхинококкоза печени. При соблюдении всех правил профилактики диссеминации паразита и правильной хирургической тактики данный метод показывает наилучшие клинические результаты и может рассматриваться как предпочтительный способ лечения при соответствующих показаниях.

ВОЗМОЖНОСТИ ЧРЕСКОЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЛИТАРНОЙ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ

Хакимов М. Ш., Рахманов С. У., Хасанов В. Р., Рахимзода Т. Э.

Ташкентский Государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность усовершенствованной методики этапного чрескожного дренирования при лечении солитарной эхинококковой кисты печени в сравнении с традиционными методами PAIR и MoCat.

Материалы и методы. В исследование включены 135 пациентов с солитарной эхинококковой кистой печени, поступивших на лечение в отделение торакоабдоминальной хирургии многопрофильной клиники Ташкентского Государственного медицинского Университета в период с 2008 по 2021 гг. Больные были разделены на две группы: 1) основная группа (n=63) получала лечение по разработанному протоколу, включающему предоперационную химиотерапию альбендазолом, дренирование кисты без возвратно-поступательных движений, фрагментацию хитиновой оболочки и удаление дренажной трубки после полной редукции полости кисты, которую мы назвали «этапное катетерное дренирование»; 2) контрольную группу (n=72) составили пациенты, лечившиеся по общепризнанным чрескожным методам PAIR и MoCat. Анализ включал оценку клинического выздоровления, темпов редукции остаточной полости, частоты осложнений (анафилаксия, нагноение, рецидив), эффективности химиотерапии и длительности госпитализации.

Результаты. Клиническое излечение достигнуто у 100 % пациентов обеих групп, однако в основной группе полная редукция остаточной полости наблюдалась в течение 3 месяцев у всех пациентов, тогда как в контрольной группе – лишь у 54–73 % случаев ($p<0,001$). Частота осложнений также была ниже в основной группе: анафилаксия – 1,6 % против 5,6 % ($p<0,05$), рецидивы и нагноения отсутствовали, тогда как в контрольной группе они составили по 2,8 %. Альбендазол обеспечил полную инактивацию сколексов в основной группе (0 % жизнеспособных паразитов по цитологии, $p<0,001$). Средняя длительность госпитализации составила 6,2 дня против 4,3 дня в контрольной группе ($p<0,01$).

Заключение. Предложенная методика чрескожного этапного дренирования является высокоэффективной и безопасной альтернативой традиционным методам PAIR и MoCat при лечении солитарной эхинококковой кисты печени. Она обеспечивает быстрое восстановление, полную редукцию полости, минимизирует риск осложнений и может применяться даже при наличии цистобилиарных свищей. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный подход к более широкому внедрению в клиническую практику.

КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ И МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗАХ

Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Федорук А. М., Кирковский Л. В., Коротков С. В., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Республика Беларусь

Введение. Заболеваемость колоректальным раком (КРР) продолжает расти ежегодно. И хоть смертность от КРР продолжает снижаться, он является причиной 10 % случаев смерти при онкологических заболеваниях. Метастазы колоректального рака в печень (КРМП) развиваются примерно у 50 % пациентов. Современное химиотерапевтическое лечение и резекционная хирургия печени позволяет достичь хороших показателей общей выживаемости (5-ти летняя – 44-47 %). При этом 5-ти летняя безрецидивная выживаемость, в зависимости от объема поражения печени, составляет 7 %-46 %. Сочетание резекционных методик и микроволновой абляции (МВА) позволяет сохранить паренхиму печени, что может улучшить прогнозы при рецидиве заболевания.

Цель исследования: проанализировать и улучшить результаты лечения пациентов с КРМП при помощи комбинированных хирургических методик.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2025 гг. на базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» Минска (референсный центр по лечению гепатопанкреатобилиарной патологии) выполнено 1203 резекции печени. Из них 257 (21,36 %) по поводу КРМП. Средний возраст пациентов, перенесших резекцию печени составил 58 ± 11,7 года (125 (48,7 %) женщины, 132 (51,3 %) мужчины). Оценка резектабельности включала стадирование заболевания и анализ риска R1-края по данным МСКТА и МРТ. Комбинированные методики (резекции печени+МВА) применялись в лечении 24 (9,3 %) пациентов. Спектр резекций печени при комбинированных операциях включал: «простые» сегментэктомии – 6 (24,9 %), «сложные» сегментэктомии – 4 (16,6 %), секционэктомии – 2 (8,3 %), гемигепатэктомия – 12 (50,2 %).

Результаты. В группе пациентов с комбинированной хирургической методикой 3 (12,45 %) пациентам резекционный этап выполнялся лапароскопически («простые» сегментэктомии – 2, секционэктомия – 1). Послеоперационые осложнения включали 2 (8,3 %) случая желчеистечения (Clavien-Dindo – IIIb), 3 (12.45 %) случая кровотечения (Clavien-Dindo – IIIb) и 1 (4,15 %) случай ТЭЛА (Clavien-Dindo – II). Интрооперационной, послеоперационной летальности не наблюдалось. Интрооперационная кровопотеря была значительно ниже в группе пациентов у которых применялась комбинированная методика [100 ± 200 мл. против 200 ± 400, p=0.005]. Прингл-маневр в группе с применением комбинированной методики так же применялся реже [20,75 % против 36,4 %, p=0.005]. 3-х летняя общая и безрецидивная выживаемость составили соответственно 75,2 % и 47,3 %. Рецидив в зоне МВА наблюдался у 2 (8,3 %) пациентов.

Выводы. Комбинированные методики хирургического лечения КРМП сопоставимы по показателям безопасности и эффективности с обычными резекциями печени, отличаются невысокой частотой осложнений, приемлемой частотой рецидивов в зоне МВА и общей/безрецидивной выживаемостью.

IV. ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ: СВИЩИ, АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ СВИЩ И АРРОЗИОННОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Горин Д. С., Кригер А. Г., Гоев А. А., Марков П. В., Мартиросян Т. А., Шукуров К. У.

ГБУЗ «Городская клиническая больница имени С. С. Юдина ДЗМ», Москва, Россия
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: демонстрация результатов хирургического лечения больных опухолями поджелудочной железы (ПЖ) и мер предупреждения панкретического свища (ПС) и аррозионного кровотечения.

Материалы и методы. За период 2016-2025 гг. нами были радикально оперировано 668 больных опухолями ПЖ, что позволило создать концепцию, позволяющую уменьшить количество и тяжесть течения ПС в послеоперационном периоде. В настоящем сообщении приводим результаты 66 операций, выполненных по поводу опухолей ПЖ за период с мая 2024 по июнь 2025 гг. ГБУЗ «ГКБ имени С. С. Юдина ДЗМ». По поводу рака головки ПЖ, большого сосочка двенадцатиперстной кишки и терминального отдела общего желчного протока произведено 25 ПДР. При «мягкой» ПЖ у 11 пациентов расширяли объем резекции за счет удаления проксимальной части тела органа с учетом расположения дорсальной панкреатической артерии. В 6 случаях выполнен вариант реконструкции на 2-х кишечных петлях с изоляцией панкреатоеюнального анастомоза. Дистальная резекция ПЖ выполнена 17 пациентам по поводу протоковой аденокарциномы, кистозных опухолей, нейроэндокринных опухолей. Энуклеация осуществлена в 24 наблюдениях, вмешательство выполнялось при НЭО и СППО ПЖ.

Результаты. Панкреатический свищ (ПС) после ПДР возник у 3 пациентов. В двух случаях имел место ПС тип В, закрывшийся самостоятельно на фоне консервативной медикаментозной терапии на 18 и 32 сутки после операции соответственно. В одном наблюдении на фоне тяжелого послеоперационного панкреатита возник ПС тип С В одном наблюдении у пациента без предшествующего ПС возникло послеоперационное кровотечение смешанного типа – внутрибрюшное и кишечное на 5 сутки после ПДР с реконструкцией на 2 петлях и инвагинационным панкреатоеюноанастомозом. На фоне консервативной терапии, а также дренирования лизированной гематомы под контролем УЗИ наступило выздоровление пациента. После дистальной резекции ПЖ лапаротомным доступом ПС возник у 3 из 8 пациентов. Аррозионных кровотечений не было. После 9 лапароскопических дистальных резекций ПЖ ПС возник у 5 человек. У 2 пациентов на фоне ПС возникло аррозионное кровотечение из культи селезеночной артерии, что в одном наблюдении потребовало незамедлительного выполнения лапаротомии и прошивания культи селезеночной артерии на 20 сутки после операции; во втором наблюдении лапаротомия выполнена после безуспешной попытки эндоваскулярного вмешательства. Дальнейшее благополучное течение послеоперационного периода. После энуклеации опухоли панкреатический свищ отмечен у 10 пациентов. Все свищи тип В. В 5 наблюдениях ПС не требовал дополнительного лечения и закрылся самостоятельно. В одном наблюдении свищ закрылся на фоне консервативной противовоспалительной и антибактериальной терапии. У 4 пациентов потребовалось дополнительное дренирование под контролем УЗИ. Аррозионное кровотечение на фоне ПС возникло у одного пациента на 8 сутки после операции.

При КТ выявлены признаки состоявшегося кровотечения, выполнение прямой ангиографии также не показало признаков продолжающегося кровотечения. На фоне консервативной гемостатической терапии рецидивов кровотечения не отмечено.

Заключение. Исключить возникновения ПС после резекционных операций на ПЖ зачастую не удается. Мероприятия, направленные на уменьшение вероятности возникновения этого осложнения, являются оправданной мерой.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ АРРОЗИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОЛОГИИ

Дарвин В. В., Кан П. Б., Гамидов М. Ж., Онищенко С. В., Лысак М. М.

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

Аррозионные кровотечения при деструктивном панкреатите и после операций на поджелудочной железе являются тяжелыми, нередко даже фатальными осложнениями, при этом не имеющими единой тактики лечения. Частота возникновения аррозионных послеоперационных кровотечений достигает 3-20 %, а у больных с панкреонекрозом их частота составляет 1-5 %. За последние годы существенно изменились концептуальные подходы к лечению этого осложнения, выражающиеся, прежде всего, в возрастании роли рентгенэндоваскулярного лечения (РЭЛ), независимо от типа и тяжести кровотечений. Данная технология гемостаза является оптимальной, так как не только обеспечивает выключение из кровотока компрометированного сосуда «на протяжении» и уменьшение вероятности рецидива, но и значительно снижает риск постишемических осложнений органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. При краевых дефектах артерий использование стент-графтов позволяет не только обеспечить надежный гемостаз, но и избежать стенозирования просвета сосуда, которое неизбежно возникает при прошивании сосудистой стенки во время релапаротомии. Существенным преимуществом РЭЛ при послеоперационных кровотечениях является отсутствие необходимости разобщения панкреатобилиодигестивных анастомозов. Особой эффективностью данная технология отмечена у пациентов с высоким хирургическим риском. Выбор эмболизирующего материала и тактики зависит от локализации и характера кровотечения. При своевременном рентгенэндоваскулярном гемостазе летальность снижается до 10-20 %.

Цель исследования: проанализировать опыт применения рентгенэндоваскулярного гемостаза при аррозионных кровотечениях в хирургической панкреатологии.

Материалы и методы. В течении последних 5 лет в хирургической панкреатологии при аррозионных кровотечениях рентгенэндоваскулярный гемостаз применен у 10 пациентов. Мужчин было 6, женщин – 4. Средний возраст 50,8 лет, то есть у пациентов молодого и среднего социально активного возраста. Кровотечение у всех было тяжелым, средний уровень Нв к моменту выполнения рентгенэндоваскулярного гемостаза составлял 68,4 г/л. У 6 кровотечение было послеоперационным (рак головки ПЖ – у 5, хронический головчатый панкреатит – у 1), у 4 обусловлено тяжелым панкреонекрозом во второй фазе (септической). Этапы выполнения – компьютерная томография с контрастным препаратом органов брюшной полости – выявление источника кровотечения, определение тактики и объема лечения, эмболизация сосуда – введение эмболизирующего материала (микросферы, спирали, губка, клей) для закупорки повреждённого сосуда, контроль эффективности – повторная ангиография для подтверждения остановки кровотечения. Аррозированные сосуды: гастродуоденальная артерия – у 6, панкреатодуоденальная артерия – у 2, чревный ствол – у 1, правая желудочно-сальниковая артерия – у 1.

Результаты. У всех пациентов был достигнут оптимальный результат, осложнений рентгенэндоваскулярного гемостаза не отмечено. Умерло 2 больных (с панкреонекрозом – 1 и с послеоперационным кровотечением – 1), госпитальная летальность 20,0 %.

Заключение. Наш опыт свидетельствует о том, что рентгенэндоваскулярный гемостаз является эффективной технологией лечения аррозионных кровотечений, особенно у пациентов с высоким хирургическим риском.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Досханов М. О., Тилеуов С. Т., Баймаханов Б. Б., Каниев Ш. А., Оспан Ж. Р., Турсынбай М. К., Хаджиева А. А., Нагасбеков М. С., Мукажанов Д. Е., Суйеркулов М. У., Башатова Ф. А., Мархабеков Д. Е.

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

Актуальность. Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) представляет собой одно из наиболее сложных хирургических вмешательств в абдоминальной хирургии, широко применяемое при лечении опухолей периампуллярной зоны. Несмотря на совершенствование хирургических технологий и развитие периоперационного ведения, частота послеоперационных осложнений остаётся высокой и значительно влияет на исходы лечения и госпитальную летальность.

Цель исследования: проведение анализа послеоперационных осложнений пациентов со злокачественным образованием периампулярной зоны перенесших операцию ГПДР.

Материалы и методы. В период с 2016 по июнь 2025 г. в Национальном Научном Центре Хирургии им. А. Н. Сызганова 338 пациентам было выполнено ГПДР с диагнозом – опухоль периампулярной зоны. Из них 29 (8,6 %) пациентам было выполнено лапароскопическим путем. Возраст больных варьировал от 41 до 70 лет (средний возраст – 55 лет). Из 29 лапароскопических ГПДР преобладало женский пол в 21 (72,4 %) случаях, мужской пол в 8 (27,6 %) случаях. Все пациенты были распределены по двум группам в зависимости от плотности паренхимы поджелудочной железы, в мягкой консистенции 176 (52,0 %), в плотной консистенции 162 (48,0 %). Также в зависимости от диаметра панкреатического протока пациенты были распределены на 2 группы: в первой группе до 5 мм – 192 (56,8 %) больных, во второй группе равен и больше 5 мм – 146 (43,2 %) больных. По локализации больше пациентов наблюдалось в области головки 196 (58,0 %) пациентов, БДС 117 (34,6 %), ТОХ 18 (5,3 %), ДПК (2,0 %) пациентов. Предоперационное дренирование желчных протоков было выполнено 172 (50,8 %) больным. Резекция ВВ и ВБВ наблюдалось у 47 (14,0 %) пациентов.

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила 360 мин. Средняя кровопотеря составило 340,6 мл. Средний размер опухоли составило 2,2 см. Среднее время пребывание в стационаре составило 17,2 дней. Среднее число удаленных лимфоузлов составило 16. Панкреатоеюноанастомоз в 301 (89 %) случаее выполняли протоково-слизистом методом, инвагинационным методом – в 37 (11 %) случаях. Каркасное дренирование панкреатоеюноанастомоза выполнялось у 238 (70,4 %) пациентов, без каркасного дренирования у 100 (29,6 %) пациентов. Послеоперационные осложнения наблюдались у – 172 (50,8 %) пациентов: из них клинически значимый панкреатической свищ степени В и С – 65 (19,2 %), лимфорея – 17 (5,0 %), эвентрация раны – 24 (7,1 %), релапаротомия – 20 (6,0 %), кровотечение – 22 (6,5 %), перфорация желудка – 1 (0,92 %), желчный свищ – 8 (2,3 %), гастростаз – 18 (5,3 %) и Госпитальная летальность – 19 случаев (5,6 %). Общая 5-х летняя выживаемость составляет 37,8 % (БДС – 51,1 %, протоковая аденокарцинома – 22,1 %). Кроме того, была анализирована выживаемость пациентов в зависимости от наличия панкреатического свища, где 5-летняя выживаемость со свищем составила 26,4 %, без свища – 33,0 %.

Заключение. Консистенция поджелудочной железы и диаметр её протока являются ключевыми факторами риска послеоперационных осложнений после ГПДР. Прогноз можно улучшить за счёт выбора техники анастомоза с учётом анатомических особенностей железы, а ранний контроль уровня амилазы в дренажной жидкости может служить надёжным индикатором риска послеоперационного панкреатического свища.

ЭВОЛЮЦИЯ ТЕРАПИИ НАРУЖНЫХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров А. В., Жемерикин Г. А., Алексеев К. И., Ветшев Ф. П., Давудова А. А., Вартанова С. С.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, Россия

Актуальность. Послеоперационный панкреатит и наружные панкреатические фистулы являются наиболее частыми осложнениями после хирургических вмешательств на поджелудочной железе (ПЖ). Наиболее часто они развиваются после операций по поводу нейроэндокринных опухолей (НЭО) ПЖ.

Цель исследования: оценить результаты комплексной терапии наружных панкреатических свищей.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии им. Н. Н. Бурденко Сеченовского университета оперативные вмешательства по поводу НЭО ПЖ выполнены 356 пациентам. С 1997г. до операции проводили анализы факторов риска деструктивного панкреатита и использовали комплекс профилактических мероприятий его развития. С 2022 г. в профилактических и лечебных целях в профилактических и лечебных применяли стентирование панкреатического протока (ПП) – 30 пациентам или гастропанкреатостомию под контролем ЭУС (6 пациентам).

Результаты. Частота развития фистул у пациентов, оперированных до 1997 г., после 1997г. и с предварительным стентированием ПП составили соответственно 11,5 %, 5,2 % и 7 %. В первой группе частота фистул типа С составила 19 %. Во второй группе фистулы типа С не наблюдали, а в третьей группе все фистулы были типа А. Средние сроки закрытия панкреатического свища в первой группе составили 21,8 ± 8,5 суток, во второй 10,5 ± 5,2 суток. После эндоскопического стентирования ПП или гастропанкреатостомии под ЭУС наружная фистула перестала функционировать через 1-3 дня.

Заключение. Оценка риска развития осложнений и комплекс мер, направленных на их предотвращение значительно снижает риск развития послеоперационных панкреатических фистул. При возникновении панкреатического свища показана комплексная противопанкреатическая терапия с использованием препаратов приводящих к рубцеванию свищевого хода. Крайне перспективным является профилактическое и лечебное эндоскопические стентирование ПП и гастропанкреатостомия под ЭУС.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ионкин Д. А. [1], Степанова Ю. А. [1], Жаворонкова О. И. [1], Чжао А. В. [2]

[1]ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
[2]«Европейский Медицинский Центр (ЕМС)», Москва, Россия

Актуальность. Результаты лечения злокачественных новообразований (ЗНО) поджелудочной железы (ПЖ), особенно у нерезектабельных больных остаются неудовлетворительными, что требует поиска новых методов лечения.

Цель исследования: выявить вероятность развития послеоперационного панкреатита (ПОП) и меры профилактики после локальной деструкции (ЛД) при ЗНО ПЖ.

Материалы и методы. Только порядка 20 % пациентов с ЗНО ПЖ подлежат радикальной операции на момент установления клинического диагноза. В остальных случаях первично диагностируют метастатические (35 %) или местнораспространенные (45–50 %) формы опухоли, при которых может быть показано выполнение альтернативных методов локального воздействия. При НЗО ПЖ используются термические методы ЛД (РЧА, МВА, лазерная (ЛА) и криоабляция (КД), HIFU) и нетермические методы (необратимая электропарация (НЭ), стереотоксическая лучевая терапия (СТЛТ), фотодинамическая терапия (ФДТ)). Проанализированы собственные результаты выполнения КД и данные мировой литературы использования различных метолдов ЛД.

Результаты. Методы ЛД при ЗНО ПЖ у нерезектабельных больных носят паллиативный характер, позволяют улучшить качество жизни, а в сочетании с химиотерапией – увеличить показатели выживаемости. На осложнения в послеоперационном периоде обращено внимание лишь в единичных работах. Однако, любые вмешательства на ПЖ сопровождаются значительным количеством послеоперационных осложнений, в первую очередь, ПОП, вплоть до деструктивных форм. Которые сами могут привести даже к летальному исходу, либо быть причиной развития острого кровотечения. После РЧА п/о панкреатит развивается до 50 %, После МВА – 40-50 %, после ЛА – до 20 %, плосле HIFU – до 20 %. После НЭ послеоперационный панкреатит развивается до 2 %, после СТЛТ – до 15 % после ФДТ – до 10 %.

Причины послеоперационнывх осложнений при применении методов ЛД у больных ЗНО ПЖ, начальные этапы освоения ЛД, расширение показаний при отборе больных, недообследование больного перед ЛД, несоблюдение протокола проведения ЛД, не применение мер профилактики ПОП.

Заключение. Внедрение в медицинскую практику новых методов ЛД позволило расширить возможности паллиативного лечения больных ЗНО ПЖ поздних стадий. Все вмешательства на ПЖ, особенно термические, несут в себе риск развития острого п/о панкреатита. Необходимо применять меры профилактики развития острого п/о панкреатита. Следует адекватно проводить отбор больных. Необходимо четко соблюдать протоколы проведения методов ЛД. Следует широко применять предложенную классификацию G. Marchegiani (2022) острого послеоперационного панкреатита.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕН ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Коханенко Н. Ю. [1,2], Артемьева Н. Н., Зеленин В. В. [3], Данилов С. А. [1,2], Тепляков Д. В. [2], Глебова А. В. [1,3], Кашинцев А. А. [1]

[1]Кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
[2]СПбГБУЗ Городская Покровская больница, Санкт-Петербург, Россия
[3]СПб ГБУЗ Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Кровотечение осложняет хронический панкреатит (ХП) в 5–17 % случаев. Деструкция панкреатических протоков, особенно при наличии панкреатической гипертензии, приводит к формированию псевдокист (ПК), частота которых при ХП составляет 50-60 %. Высокая протеолитическая активность панкреатического сока способствует аррозии мелких или крупных артериальных сосудов в стенке ПК, формированию ложных аневризм.

Цель исследования: проанализировать геморрагические осложнения (ГО) хронического панкреатита (ХП) и показать преимущества современного рентгенэндоваскулярного лечения (РЭЛ).

Материалы и методы. В период с 2000 по 2024 гг. оперировны 534 больных ХП в возрасте 23 – 73 года. Треть пациентов ранее перенесли операции по поводу осложнений острого и хронического панкреатита. В 63,5 % случаев (339 больных) – выявлены псевдокисты (ПК) ПЖ, среди них у 61 (18,0 %) определялись ГО и еще у 2 пациентов имелась только ложная аневризма панкреатодуоденальной артерии, осложнившаяся тяжелым желудочно-кишечным кровотечением.

Результаты. Различали следующие варианты ГО. Первую группу составили больные с кровоизлиянием в просвет ПК без нарушения целостности капсулы – 27, вторую – прорывом ПК в полый орган – 22, третью – прорывом ПК в брюшную полость – 9, четвертую – прорывом ПК в забрюшинную клетчатку в сочетании с подкапсульной гематомой селезенки – 3, печени – 1, из них экстренно оперированы 32 (50,8 %) больных.

Наиболее сложны в плане диагностики и определения лечебной тактики больные с псевдоаневризмами (ПА) в бассейне гастродуоденальной артерии – 23 (36,5 %) пациента. ПК после прорыва в них артериального сосуда превращались в ПА.

Ввиду неожиданности и массивности кровотечения ангиография при ПА оказывалась не всегда возможной (всего выполнили 19 больным). Хотя 4 (21,1 %) больных после эмболизации кровоточащей артерии оперированы не были. Оперированы в плановом порядке до возникновения кровотечения 3 (15,8 %) пациента. Была выполнена дистальная резекция ПЖ вместе с ПА с хорошим результатом.

Остальные 12 (63,2 %) больных были оперированы экстренно. Осложнения ПА были следующие: прорыв в двенадцатиперстную кишку (ДПК) – 9, в холедох – 1, в желудок – 1, в брюшную полость – 1.

Надежный гемостаз удалось осуществить только при радикальной перевязке сосудов, питающих ПА. У 5 пациентов при этом пришлось прибегнуть к пережатию аорты. У одного больного выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Прошивание сосудов в слепую и тампонирование давало лишь временный гемостатический эффект, кровотечение рецидивировало. Двое больных умерли от повторного кровотечения. Среди 19 больных, оперированных экстренно, умерли 4 (21,1 %).

В первой группе часто применяли вмешательства на ПЖ (наружное или внутреннее дренирование ППЖ со вскрытием ПК и гемостазом – 9), дистальная резекция – 3, ГПДР – 1. В остальных случаях после прошивания видимых кровоточащих сосудов выполняли тампонирование или дренирование полости ПК. Пациентов второй группы оперировали в экстренном или неотложном порядке (11 больных (50,0 %). Все пациенты 3 группы были экстренно оперированы. Одному пришлось выполнить ГПДР, двум – дистальная резекция ПЖ. У пациентов четвертой группы с подкапсульной гематомой селезенки последняя была удалена, а в случаях подкапсульной гематомы печени после ее опорожнения она была тампонирована. Если общая летальность у больных ХП не превышала 2 %, то при ГО она составила 14,3 % (умерли 9 больных).

В последнее 15 лет при ХП, осложненном наружным (даже если больной ранее оперирован) или желудочно-кишечным кровотечением выполняем эмболизацию артерии, являющейся источником кровотечения. Ее при ХП применили у 19 пациентов. Это была ложная аневризма селезеночной артерии в 5 случаях, панкреатодуоденальной – в 7, у остальных больных было кровотечение из ветвей этих сосудов. Умер 1 (5,2 %) больной.

Выводы. Наиболее щадящим и надежным способом остановки кровотечения при ХП является рентгенэндоваскулярное лечение (РЭЛ), которое не исключает необходимости последующей операции по поводу других осложнений ХП.

При невозможности осуществить РЭЛ показана операция, направленная в первую очередь на остановку кровотечения и профилактику его рецидива.

Радикальным способом устранения ГО является резекция ПЖ вместе с ПК или ПА.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПАНКРЕАТИКО-ПЛЕВРАЛЬНЫМ СВИЩЕМ

Коханенко Н. Ю. [1,2], Артемьева Н. Н., Глебова А. В. [1,3], Радионов Ю. В. [1,2], Данилов С. А. [1,2]

[1]Кафедра факультетской хирургии им. проф. А. А. Русанова ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
[2]СПбГБУЗ Городская Покровская больница, Санкт-Петербург, Россия
[3]СПб ГБУЗ Мариинская больница, Санкт-Петербург, Россия

Относительно редким осложнением хронического панкреатита (ХП) является панкреатико-плевральный свищ (ППС). Он встречается примерно в 0,4 % случаев ХП. Вследствие клинической картины, в которой доминирует синдром дыхательной недостаточности, диагностика ППС нередко сопровождается серьезными трудностями.

Цель исследования: разработать принципы диагностики и лечения ППС при ХП.

Материалы и методы. По поводу ППС нами оперированы 14 больных (11 мужчин в возрасте от 25 до 54 лет и 3 женщины 35-68 лет) хроническим панкреатитом. Всего по поводу ХП нами оперированы 643 пациента, таким образом, частота ППС, по нашим данным, составила 2,2 % . Почти у всех этих больных имелся хронический кальцифицирующий алкогольный панкреатит, только у одной больной 68 лет причина хронического панкреатита оказалась иной. Внутреннее устье свища в 13 случаях локализовалось в области тела, и лишь в одном наблюдении оно находилось в области хвоста поджелудочной железы (ПЖ).

Результаты. Клиническая картина у больных с панкреатико-плевральными свищами характеризовалась рецидивирующим накоплением в плевральныой полости жидкости с высоким содержанием амилазы (от 2900 до 11800 Ед/мл). Почти все пациенты поступали в торакальное или пульмонологическое отделение, только один больной сразу поступил в общехирургическое отделение с эмпиемой плевры. У половины больных заболевание началось с клиники острой дыхательной недостаточности и экссудативного плеврита. Несколько раз пациентам производили плевральные пункции, существенного эффекта при этом не отмечалось, жидкость быстро накапливалась. И только после определения в этой жидкости активности амилазы становилось ясно, что у пациента имеется панкреатико–плевральный свищ. Пяти больным выполнили дренирование плевральной полости, и дренаж перестал функционировать только после дренирующих вмешательств на панкреатическом протоке. Поскольку у всех пациентов был анамнез панкреатита, имелись признаки панкреатической протоковой гипертензии (часто весьма умеренные, так как имелся панкреатический свищ), основное вмешательство было направлено на ее устранение. В связи с острым воспалительным процессом у 8 больных было выполнено только наружное дренирование главного панкреатического протока. У 4 пациентов оно явилось окончательной операцией (свищ закрылся через 2–5 месяцев), а четырех других больных через 2–4 месяца был наложен продольный панкреатикоеюноанастомоз. В 6 случаях был сразу сформирован панкреатикоэнтероанастомоз. У 3 пациентов в связи с сопутствующей желчной гипертензией пришлось осуществить вмешательства на билиарной системе (холецистостомия и холедохоеюностомия). Сразу после устранения панкреатической гипертензии у всех оперированных явления плеврита прекратились.

Заключение. Диагностика ППС несложна. Нужно определять уровень амилазы в плевральной жидкости, особенно в сомнительных случаях. Хороший лечебный эффект может быть достигнут лишь после вмешательства на протоке поджелудочной железы.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Маринова Л. А. [1], Макатова Б. И. [1], Гурмиков Б. Н. [1], Загайнов В. Е. [2], Марков П. В. [1]

[1]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
[2]ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Хирургическая операция является методом выбора в лечении доброкачественных и злокачественных опухолей поджелудочной железы и одним из ключевых компонентов в комплексной терапии хронического панкреатита. Технические трудности манипуляций на поджелудочной железе обусловливают высокий уровень осложнений, достигающих 30-50 %. Специфическими осложнениями, взаимосвязанными между собой, являются панкреатит, панкреатический свищ, аррозивное кровотечение. В отдаленном послеоперационном периоде отмечаются кисты поджелудочной железы, стриктуры гепатикоеюноанастомоза, стриктуры интрапанкреатического отдела холедоха, холангиолитиаз. Ввиду оперативного изменения анатомии верхних отделов желудочно-кишечного тракта возможности эндоскопических вмешательств с целью коррекции возникших осложнений могут быть ограничены.

Цель исследования: изучить возможности эндоскопических методов лечения у пациентов с ближайшими и отдаленными осложнениями после операций на поджелудочной железе.

Материалы и методы. В период с 05.2017 по 07.2025 в НМИЦХ им. А. В. Вишневского по поводу вышеуказанных осложнений после операций на поджелудочной железе пролечено 54 пациента, выполнена 141 эндоскопическая манипуляция (некоторые манипуляции сочетались в одном или нескольких вмешательствах у одного пациента):

1. назопанкреатическое дренирование, панкреатическое стентирование – 38;
2. цистогастростомия – 1;
3. некрсеквестрэктомия – 4;
4. вирсунготомия – 10;
5. баллонная дилатация гепатикоеюноанастомоза – 6;
6. баллонная дилатация холедоходуоденоанастомоза – 3;
7. баллонная дилатация панкреатикодуоденоанастомоза – 1;
8. баллонная дилатация интрапанкреатического отдела холедоха – 17;
9. билиарное стентирование – 31;
10. холангиолитоэкстракция – 16;
11. вирсунголитоэкстракция – 2;
12. эндоскопический гемостаз – 8;
13. клипирование перфоративных отверстий ЖКТ – 4.

Ранее перенесли панкреатодуоденальную резекцию16 пациентов, операцию Фрея – 12, операцию Бегера – 2, энуклеацию нейроэндокринной опухоли – 11, резекцию ПЖ – 3, ДПК, ХДА, ПДА, некрсеквестрэктомию – 2, наружное дренирование острых жидкостных скоплений – 8.

Результаты. Эндоскопическое вмешательство предпринято у 61 пациента с послеоперационными осложнениями. У 23 больных была оперативно изменена анатомия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (формирование анастомозов на одной длинной петле, петле по Ру), у 7 из них дойти до зоны гепатико-, панкреатико- либо еюноанастомозов (что являлось целью манипуляций) не удалось из-за недостаточной длины аппарата. У остальных больных поставленные задачи были выполнены. Таким образом, технический успех составил 88,5 %, клинический – 82 %. Осложнений эндоскопических лечебно-диагностических вмешательств отмечено не было.

Заключение. Эндоскопические вмешательства являются эффективным способом коррекции осложнений после операций на поджелудочной железе, позволяющим добиться поставленных задач в 82 %. Однако оперативно измененная анатомия верхних отделов желудочно-кишечного тракта является значимым фактором, снижающим технический успех. Создание и внедрение нового оборудования и инструментария позволило бы улучшить результаты лечения послеоперационных осложнений миниинвазивным методом.

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В СООТВЕТСТВИИ С АКТУАЛЬНЫМИ МЕЖДУНАРОДНЫМИ КЛАССИФИКАЦИЯМИ

Марков П. В., Мамошин А. В., Стручков П. В., Двухжилов М. В., Арутюнов О. Р., Бурмистров А.И., Шарапов И. Е.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на значимое снижение послеоперационной летальности после выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР), частота развития послеоперационных осложнений остается высокой. Стандартизированная оценка этих осложнений согласно международным консенсусам важна для объективизации показателей и возможности проведения сравнительной оценки.

Цель исследования: проанализировать частоту осложнений у пациентов, перенесших ПДР, с использованием актуальных международных классификаций.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 103 последовательных пациентов перенесших ПДР с января 2022г. по июнь 2025г. Мужчин было 45 (43,7 %), женщин – 58 (56,3 %), медиана возраста составила 63 года. Показаниями к выполнению ПДР явились: рак ПЖ – 48 (46,6 %) пациентов, аденокарцинома большого дуоденального сосочка, терминального отдела холедоха – 18 (17,5 %), кистозные опухоли ПЖ (солидно-псевдопапиллярная опухоль, муцинозная цистаденома, внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль (ВПМО), серозная цистаденоома) – 20 (19,4 %), нейроэндокринные опухоли – 8 (7,8 %), панкреатит – 5 (4,9 %), аденома большого дуоденального сосочка – 2 (1,9), метастаз колоректального рака – 1 (0,9 %), аденокарцинома двенадцатиперстной кишки – 1 (0,9 %). Послеоперационные осложнения оценены согласно классификации Clavien-Dindo, а анализ специфических послеоперационных осложнений проведен по актуальным классификациям международной исследовательской группы по изучению хирургии поджелудочной железы (ISGPS) по следующим группам: послеоперационный панкреатит (ПП), панкреатический свищ (ПС), послеоперационное кровотечение (ПКР), гастростаз (ГС). При наличии у одного пациента более одного осложнения, оценка их тяжести производилась по более клинически значимому осложнению.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у – 42 (40,8 %) пациентов. Согласно классификации Clavien-Dindo осложнения I степени наблюдались у 7 (6,8 %) пациентов, II – у 8 (7,8 %) пациентов, IIIa – у 6 (5,8 %) пациентов, IIIb – у 8 (7,8 %) пациентов, IVa – у 6 (5,8 %) пациентов, IVb – у 3 (2,9 %) пациентов. Летальный исход развился у – 4 (3,9 %) пациентов. Неспецифические осложнения наблюдались у 24 (23.3 %) пациентов, специфические осложнения развились у 33 (32 %) пациентов. ПП развился у 18 (17,5 %) пациентов. Из них ПП тип B – у 10 (9,7 %) пациентов, ПП тип C – у 5 (4,9 %). Клинически значимый ПС развился у 17 (16,5 %) пациентов. Из них ПС тип B – у 11 (10,7 %); ПС тип B1 – у 2 (1,9 %), ПС тип B2 – у 2 (1,9 %), ПС тип B3 – у 7 (6,9 %), ПС тип C – у 6 (5,8 %). ПКР развились у 14 (13,6 %) пациентов, из них ПКР тип B – у 4 (3,9 %) пациентов, ПКР тип C – у 10 (9,7 %). ГС развился у 17 (16,5 %) пациентов, из них ГС тип A – у 5 (4,9 %) пациентов, ГС тип B – у 8 (7,8 %), ГС тип C – у 4 (3,9 %). Релапаротомия выполнена 13 (13,5 %) пациентам, основными показаниями для ее выполнения были кровотечение и ПС тип C.

Заключение. Использование классификаций Clavien-Dindo и ISGPS позволяет точно описать структуру и тяжесть послеоперационных осложнений после ПДР, что является основой для корректного сравнения результатов различных исследований.

НАРУЖНЫЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЕ СВИЩИ КАК СЛЕДСТВИЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Тарасенко С. В., Копейкин А. А., Зайцев О. В., Рахмаев Т. С.

Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России, Рязань, Россия

Число резекционных и дренирующих операций на поджелудочной железе (ПЖ) увеличивается ежегодно, но частота развития осложнений, связанных с несостоятельностью панкреатодигестивного анастомоза (ПДА) остается высокой (достигает 33 %). Несостоятельность наиболее часто развивается при «проблемных» ПДА, когда имеется рыхлая или воспаленная ткань ПЖ, а также имеются трудности с визуализацией главного панкреатического протока.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 133 пациентов, оперированных за период 2009 – 2019, 2024 гг., перенесших резекционные вмешательства на ПЖ, у которых отмечался проблемный ПДА. Выбор способа анастомозирования определялся дифференцированно в зависимости от особенностей культи ПЖ.

Результаты. При наличии рыхлой («мягкой») паренхимы ПЖ (n=119) и в случае панкреатического протока более 3 мм в диаметре (n=70) выполнялся анастомоз Блюмгардта в сочетании с потерянным стентом или модификация анастомоза Блюмгардта (n=19). Панкреатическая фистула развилась у 20 (14.3 %) пациентов. При наличии узкого протока (меньше 3 мм) и мягкой паренхимы (n=49) формировали однорядный анастомоз с захватом паренхимы ПЖ выше среза, либо инвагинационно-кисетный. Фистулы возникли у 12 (24,4 %) пациентов. В случае инфильтративного воспаления паренхимы (n=14) и диаметре главного панкреатического протока больше 3 мм выполнялся однорядный анастомоз со срезом ПЖ на каркасе, либо наружный дренаж ПП. Фистула отмечалась в 75 % случаев. При наличии узкого протока и воспаленной паренхимы (n=6) формировался однорядный анастомоз со срезом ПЖ, но фистулы отмечены в 100 % случаев. Таким образом. панкреатические фистулы сформировались у 44(33 %) пациентов с сложной культей при любом способе анастомозирования, но оперативное лечение потребовалось только у 5 пациентов (аррозионное кровотечение развилось в 4 случаях).

Выводы. Избежать формирования фистулы в условиях формирования «проблемного» ПЕА невозможно. При правильном выборе способа панкреатодигестивного соустья частота панкреатической фистулы типа С минимальна. Адекватное дренирование, включая минимально инвазивные технологии, создают достаточные условия для самостоятельного закрытия свища. Релапаротомии, при развитии данного осложнения, показана при развитии разлитого перитонита или аррозивного кровотечения

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АРРОЗИВНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Чернышов Т. М., Щерба А. Е., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Введение. Несмотря на существенное снижение в последние годы послеоперационной летальности после резекций поджелудочной железы (ПЖ) (5,2–15 % при панкреатодуоденальных резекциях (ПДР) и около 5 % после дистальных резекций) послеоперационные панкреатические фистулы (ППФ) до сих пор остаются причиной большинства тяжелых хирургических осложнений (внутрибрюшная инфекция, тяжелый сепсис и массивные кровотечение) и летальности после ПДР.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с аррозиоными кровотечениями на фоне панкреатической фистулы после ПДР.

Материалы и методы. Проведено моноцентровое ретроспективное исследование. Проанализированы результаты лечения пациентов с геморрагическими осложнениями после операций на поджелудочной железе в период с 2014 по 2025 гг..

Результаты. На базе ГУ «МНПЦ ХТиГ» г. Минска (референсный центр по лечению гепатопанкреатобилиарной патологии) выполнено 382 резекции поджелудочной железы. Аррозионные кровотечения на фоне панкреатической фистулы наблюдались у 14 (3.6 %) пациентов. Всем им были выполнены различные варианты панкреатодуоденальной резекции. Пациенты были оперированы по поводу злокачественных опухолей: поджелудочной железы – 7 (50 %), дистального отдела общего желчного протока – 4 (28,5 %), двенадцатиперстной кишки – 2 (14,25 %), нейроэндокринные опухоли – 1 (7,25 %). Сторожевые кровотечения наблюдалось у 8 (57,25 %) пациентов, Массивное кровотечение с шоком – 6 (42,75 %). В 9 случаях источником кровотечения была общая печеночная артерия (ПА), в 2 – воротная вена; левая ПА, правая ПА, псевдоаневризма селезеночной артерии – по 1. Выбранная тактика гемостаза и исходы были следующими: гемостаз путем релапаротомии по поводу массивного кровотечения выполнен у 5 (35,75 %) пациентов (4 (28,5 %) умерли), стентирование выполнено у 5 (35,75 %) пациентов, комбинация релапаротомии и стентирования выполнена у 4 (28,5 %) пациентов (умер 1 (7,25 %).

Выводы. Аррозионные кровотечения на фоне панкреатической фистулы остаются грозным осложнением ПДР с высокой летальностью. Своевременный взвешенный выбор тактики лечения, с использованием современных методов рентгеноэндоваскулярной хирургии, позволяет снизить количество летальных случаев в группе критических пациентов.

V. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ОПЫТ 300 ОПЕРАЦИЙ ПО ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В МОСКОВСКОМ МНОГОПРОФИЛЬНОМ НАУЧНО-КЛИНИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ ИМ. С. П. БОТКИНА

Шабунин А. В., Дроздов П. А., Минина М. Г., Левина О. Н., Астапович С. А., Макеев Д. А., Лиджиева Э. А.

ГБУЗ Московский многопрофильный научно-клинический центр им. С. П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения заболеваний печени в терминальной стадии. Высокий спрос на данную операцию приводит к необходимости открытия новых программ трансплантации, в частности на базе многопрофильных научно-клинических центров Российской федерации.

Цель исследования: обобщить и продемонстрировать результаты 300 трансплантаций печени, выполненных в ММНКЦ им. С. П. Боткина.

Материалы и методы. В период с июля 2018 г. по апрель 2025 г. в нашем центре было выполнено 300 трансплантаций печени от посмертного донора с констатированной смертью головного мозга. Медиана возраста реципиентов составила 52 (IQR: 48-56) лет, медиана MELD-Na – 18 (IQR: 13-22) балла. Медиана возраста доноров составила 48 (IQR: 42-53) лет, ИМТ – 25,2 (IQR: 22,0-31,0) кг/м2. Медиана времени холодовой консервации составила 5,5 (IQR: 4,5-7,0) часов. В 114/300 (38 %) наблюдений донор был отнесен к категории расширенных критериев согласно Eurotransplant. За время функционирования программы коллективом центра были разработаны и внедрены в клиническую практику ряд инновационных технологий, в числе которых гипотермическая оксигенированная перфузионная консервация и флуоресцентная ангиография гепатикохоледоха.

Результаты. Медиана времени оперативного вмешательства составила 5,2 (IQR: 3,5-8,2) часов. Медианы времени вторичной тепловой ишемии – 35 (IQR: 35-45) минут, билиарной ишемии – 40 (IQR: 40-50) минут. Объем интраоперационной кровопотери составил 1100 (IQR: 500-4300) мл. Медиана длительности нахождения пациента в ОРИТ составила 3 (IQR: 2-4) суток, общей длительности госпитализации – 14 (IQR: 12-25) койко-дней. Ранняя дисфункция трансплантата печени развилась в 76 наблюдениях (25,3 %), при этом в 3 наблюдениях (1 %) имело место развитие первично нефункционирующего трансплантата. Однолетняя выживаемость реципиентов печени составила 96,2 %, пятилетняя – 79,4 %.

Заключение. Развитие программы трансплантации печени в условиях многопрофильного стационара привело к достижению результатов на уровне ведущих мировых центров трансплантации.

ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ: ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПОЧЕЧНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Коротков С. В., Примакова Е. А., Назарова Е. Г., Ефимов Д. Ю., Штурич И. П., Щерба А. Е., Кривенко С. И., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Введение. Трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения терминальных стадий печеночной недостаточности. Основу современных протоколов иммуносупрессии составляют ингибиторы кальцинейрина (ИКН), среди которых Такролимус занимает лидирующие позиции. Однако его применение сопряжено с выраженной нефротоксичностью, что приводит к развитию острого почечного повреждения и хронической болезни почек у значительной части пациентов.

Цель исследования: оценка влияния системного применения мезенхимальных стволовых клеток (МСК) на уровень ИКН и функцию почек у пациентов после трансплантации печени.

Материалы и методы. Проведено проспективное рандомизированное исследование влияния системного введения МСК на концентрацию Такролимуса и функцию почек у пациентов после трансплантации печени. В исследование включено 30 пациентов: 15 в основной группе (с применением МСК) и 15 в контрольной группе (стандартная иммуносупрессивная терапия). МСК вводились внутривенно двукратно: интраоперационно (2×106 клеток/кг) и на 4-е сутки после операции (2×106 клеток/кг). Оценивались функция трансплантата, концентрация Такролимуса, почечная функция и частота отторжения.

Результаты. Более быстрое восстановление функции трансплантата было в группе МСК, что подтверждалось статистически значимо более низкими уровнями АСТ, АЛТ и билирубина на 7-е и 10-е сутки. Концентрация такролимуса в группе МСК поддерживалась на более низком уровне (3,1 нг/мл против 4,7 нг/мл на 7-е сутки, MW, p=0,04) без увеличения частоты отторжения. Отмечено более быстрое восстановление почечной функции в группе МСК с достоверно более низкими уровнями мочевины и креатинина к 7-м суткам.

Выводы. Системное применение МСК является безопасным методом, позволяющим снизить дозу Такролимуса при сохранении эффективной иммуносупрессии, что способствует уменьшению нефротоксического эффекта и улучшению функции почек после трансплантации печени.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ICG-НАВИГАЦИИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ДОПОЛНЕННОЙ РЕАЛЬНОСТИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Демин Д. Б.

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург, Россия
ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница им. В. И. Войнова», Оренбург, Россия

Введение. Развитие современной хирургии сопряжено с внедрением концепции «умной» цифровой операционной с интеграцией в процесс оперативного вмешательства инновационных технологий интраоперационной навигации, в том числе дополненной реальности (AR) и ICG-флуоресценции. Эти технологии улучшают пространственное понимание сложной анатомии и патологии органа, что особенно актуально для высокотехнологичной лапароскопической хирургии (резекция печени, поджелудочной железы, адреналэктомия и т.д.), где вмешательство выполняется в сложной анатомической зоне и необходима четкая идентификация анатомических структур в зоне оперативного действия.

Цель исследования: представить первый опыт комбинированного применения технологий интраоперационной AR и ICG-навигации при лапароскопической резекции печени по поводу гигантского гидатидного эхинококка.

Материалы и методы. У пациента 41 года выявлена многокамерная эхинококковая киста 126×135×134 мм в S V, VI, VIII с фрагментарным обызвествлением капсулы. По данным МСКТ произведено предоперационное планирование с созданием виртуальной 3D-модели правой доли печени с ее сосудистой архитектоникой и эхинококковой кистой. Сегментация анатомических структур зоны вмешательства и создание их трехмерных моделей в виде STL-файлов осуществлено в программе «Инобитек DICOM-Просмотрщик PRO». Трехмерная голографическая реконструкция выполнена в программе 3D-моделирования Blender. 12.03.2025 г. произведена операция – лапароскопическая эхинокэктомия с атипичной резекцией SVI-VIII печени. Вмешательство выполнено на 4К-эндовидеохирургическом комплексе с модулем флуоресцентной визуализации. За 1 час до оперативного вмешательства пациенту внутривенно болюсно введено 10 мг индоцианина зеленого растворенного в 5 мл стерильной воды для инъекций. В качестве AR-гарнитуры применены очки дополненной реальности «Microsoft HoloLens 2» с программой визуализации 3D-моделей IF 3D Viewer.

Результаты. В процессе оперативного вмешательства последовательно применены AR-навигация, ICG-навигация и их комбинация. Интраоперационное применение AR-технологии создало эффект «прозрачной» хирургической анатомии с визуализацией сосудистых структур в паренхиме печени и их синтопии, в том числе с капсулой кисты. Режим ICG-навигации, в том числе на этапе краевой резекции печени позволил четко дифференцировать паренхиму органа и капсулу кисты для определения оптимальной границы резекции. Совместное применение двух технологий навигации позволило объединить оба вышеуказанных эффекта и создать трехмерное анатомическое понимание объема резекции печени. Кроме того, благодаря ICG-режиму удалось интраоперационно выявить два цистобилиарных свища (выделение из свищей флуоресцирующей желчи) и ушить их, добившись герметичности билиарной системы. Следует отметить, что при оперативном вмешательстве по поводу гидатидного эхинококка следует стремиться к максимально возможной краевой резекции печени для минимизации и уплощения остаточной полости кисты с целью ее скорейшей ликвидации. Ключевым «ограничителем» этого процесса являются магистральные трубчатые структуры печени.

Интраоперационная комбинация визуализации сосудистой архитектоники (AR) и границы резекции по линии свечения (ICG) позволяет достичь необходимого баланса и повысить безопасность оперативного вмешательства.

Заключение. Представленный случай хирургического вмешательства показывает эффективность комбинированного применения технологий AR- и ICG-навигации при лапароскопической резекции печени по поводу гидатидного эхинококка.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ, РЕЗЕКЦИЯ S1 ПЕЧЕНИ, РЕЗЕКЦИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ БЕЗ РЕЗЕКЦИИ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Ефанов М. Г., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Фисенко Д. В., Соловьев Н. О., Калганов А. А., Хегай В. Е., Надина И. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Хирургическое лечение является основным методом радикальной терапии у пациентов с внутрипеченочной холангиокарциномой. В настоящее время известно ограниченное количество случаев успешных радикальных хирургических вмешательств с использованием роботизированного доступа у пациентов с местнораспространенным заболеванием.

Результаты. У пациентки 75 лет диагностирована внутрипеченочная холангиокарцинома 4-го сегмента печени T2N0M0. По данным компьютерной томографии (КТ) с внутривенным контрастированием, выявлена гиповаскулярная опухоль 4 сегментов печени размером 2,5 см, с развитием билиарной гипертензии и атрофии левой доли печени, а также с развитием билиарной гипертензии печени S5.8. Особенностью анатомии было низкое впадение желчных протоков S6,7 в печень. Пациентке была выполнена роботизированная гепатэктомия слева, регионарная лимфодиссекция, резекция первого сегмента печени и резекция желчных протоков 5,8 сегментов печени с формированием билиодигестивного анастомоза, при этом желчные протоки S6,7 были без опухолей и не требовали резекции. Операция длилась 8 часов, кровопотеря составила 100 мл. После операции у пациента развился правосторонний гидроторакс, который потребовал дренирования, а также артериальная гипертензия. Продолжительность стационарного лечения составила 14 дней.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует потенциал использования роботизированного доступа для хирургического лечения местнораспространенной холангиокарциномы, отражает важность анатомии желчных протоков

МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ

Трандофилов М. М., Праздников Э. Н., Кошелев И. А.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. НКП являются актуальной проблемой современной хирургии. Это связано с постоянным ростом заболеваемости, высокой частотой рецидивов, поздней диагностикой и риском осложнений. Непаразитарные кисты печени зачастую протекают бессимптомно и неспецифично. Диагностируются НПК чаще всего случайно при обследовании по поводу сочетанной патологии, либо как казуистическая находка при профилактических медицинских осмотрах. В большинстве случаев клинические проявления кист печени наступают после 40 – 60 лет, преимущественно у женщин. По мере увеличения размеров образования, к возрасту 70 – 80 лет обнаруживаются тяжелые клинические формы заболевания. В настоящее время, в литературных источниках отсутствует четкая концепция лечения НКП. Лечение непаразитарных кист печени с использованием микроволновой абляции при чрескожном доступе на данный момент является новой методикой и в научной литературе представлены единичные статьи по данной теме.

Цель исследования: изучить эффективность МВА у пациентов с НКП.

Материалы и методы. В исследование включено 11 больных: 4 (36.36 %) мужчины и 7 (63.64 %) женщин в возрасте от 38-81 год с непаразитарными кистами печен диаметром от 38 до 85 мм. Исследование проводилось с 2020 г. с использованием сверхвысокочастотного (СВЧ) генератора SURBLATE, производитель Vison Medical (Китай), максимальной мощностью 120 Вт при постоянной частоте микроволнового излучения 2,45 ГГц и аппликаторов диаметром от 1,6 до 3,0 мм, с системой активного жидкостного охлаждения с непрерывной циркуляцией, а также новые аппликаторы с аспирационным каналом. Целевая температура —110 °С. Время воздействия — от 3 до 30 мин.

Результаты. МВА использовали, как самостоятельный метод во всех случаях чрескожным доступом под УЗИ контролем под под внутривенной анестезией (пропофол® 150 мг). Выполнялась микроволновая абляция полости кисты после визуализации аппликатора под УЗИ и аспирации содержимого кисты через аспирационный канал аппликатора (SURBLATE) с частотой 2,45 ГГц от 3 до 7 минут, при этом транзиторная гиперэхогенная зона покрыла все поле спавшейся кисты на аппликаторе, максимальная температура составила 110ºс. В послеоперационном периоде осложнения не наблюдались, среднее время госпитализации составило 2 суток. В послеоперационном периоде пациентам рекомендовано ограничение физических нагрузок, контрольные узи через 1, 3 месяцев, далее каждые 12 месяцев.

Выводы. СВЧ-термодеструкция в хирургическом компоненте лечения непаразитарных кист печени говорит о ее практической перспективности и требует продолжения исследования данной методики и проведение комплексных сравнительных исследований, позволяющих оценить эффективность технологии в лечении больных с НКП, а также определить алгоритм применения МВА в данной нозологии с формированием клинических рекомендаций и алгоритмов.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ V-VI СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ

Фисенко Д. В., Тараканов П. В., Королева А. А., Ванькович А. Н., Коваленко Д. Е., Соловьев Н. О., Надина И. В., Хегай В. Е., Ефанов М. Г.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Кавернозная гемангиома является наиболее распространенным доброкачественным образованием печени. Выполнение лапароскопической резекции печени при гемангиомах крупных размеров сопряжено с техническими трудностями ввиду недостаточного пространства для манипуляций, риска кровотечения, контакта с соседними органами и сосудистыми структурами.

Цель исследования: представление клинического случая резекции печени при крупной гемангиоме V сегмента и фокальной нодулярной гиперплазии 6 сегмента печени лапароскопическим доступом.

Материалы и методы. Пациентка Ш., 37 лет, впервые гемангиома печени размером около 1,5 см выявлена в 2013 г., пациентка находилась на динамическом наблюдении по месту жительства. В динамике отмечался постепенный рост образования без клинических проявлений. Обратилась в МКНЦ им. А. С. Логинова в январе 2025 г. с жалобами на постоянные тупые ноющие боли в области правого подреберья, беспокоящие пациентку около 3 месяцев. По данным КТ с внутривенным контрастированием в V сегменте печени определяется гемангиома печени размером 9 см, в VI сегменте печени диагностирована фокальная нодуллярная гиперплазия размером 4 см. Также по данным УЗИ в желчном пузыре определяется два конкремента 11 и 12 мм.

Результаты. Пациентке выполнена лапароскопическая периопухолевая резекция V, VI сегментов печени, холецистэктомия. Интраоперационно отмечено тесное прилежание опухоли к правой полуокружности гепатодуоденальной связки, нижней полой вене и задне-секторальной Глиссоновой ножке. Резекция выполнялась с использованием водоструйного деструктора. Время операции составило 270 минут. Кровопотеря 150 мл. В послеоперационном периоде проводилась диагностическая пункция жидкостного скопления зоны резекции печени. Пациентка выписана на 5 сутки. Патоморфологическое заключение – кавернозная гемангиома, фокальная нодулярная гиперплазия печени.

Заключение. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует возможность применения лапароскопического доступа в резекционной хирургии печени при тесном прилежании образований к крупным сосудисто-секреторным элементам.

РЕЗЕКЦИЯ ЧРЕВНОГО СТВОЛА И ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГРАФТОВ ДЛЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЕГО ВЕТВЕЙ В ХИРУРГИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Щерба А. Е., Коротков С. В., Кирковский Л. В., Чернышов Т. М., Макович В. Н., Ладутько Д. Ю., Руммо О. О.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Прогресс в понимании биологии рака поджелудочной железы (ПЖ) и эффективность новых схем и перспективы неоадювантного химиотерапевтического лечения, частая инвазия (25-35 %) опухоли в воротную, верхнюю брыжеечную и селезеночную вены, общую печеночную, верхняя брыжеечную артерии, чревный ствол (ЧС), сделали повышение резектабельности и агрессивности хирургического лечения современной тактикой лечения местно-распространенного рака поджелудочной железы.

Цель исследования: показать опыт резекции ЧС и реконструкции его ветвей с применением артериальных бифуркационных аллографтов.

Материалы и методы. Опыт центра составляет 406 резекций ПЖ. ПДР и тотальных панкреатэктомий – 283, тотальных панкреатэктомий – 25/283, из них по Nakao – 42/283. Сосудистая резекция применена в 92/283 (32 %) случаях, аллографты – 19. Методически во всех случаях выполняем мезопанкреатэктомию, лимфодиссекцию D3 и скелетирование артерий (ПА, СА, ЧС), панкреатикоеюноанастомоз в 92 % случаев. ПОПФ развилась в 27 % (POPF-B/C – 8 %). Летальность составила 6 %.

Результаты. Артериальная резекция выполнена в 12 случаях, резекция ЧС при дистальной (2) и тотальной (1) панкреатэктомии – в 3. Планирование данных операций включало неоадъювантную системную терапию mFOLFIRINOX (8-12 циклов), стадирование методом МРТ ОБП (печени) и ПЭТ-18-ФДГ, планирование сосудистой резекции по данным МСКТа. Для реконструкции правой и левой ПА применены бифуркационные артериальные плече-луче-локтевые алографты. Во всех случаях резекции ЧС выполнены спленэктомия, резекция желудка и ножек диафрагмы. Все 3 пациентов выписаны в сроки 12-14 суток после операции. У одного пациента через 6 мес выявлен локальный парааортальный рецидив подвергнутый SBRT с полным радиологическим ответом и отсутствием прогрессирования через год после операции.

Заключение. Место хирургии и сосудистой резекции в системе лечения местно-распространенного рака поджелудочной железы определено особой биологией рака (молекулярный и иммунный подтип, мутации) и чувствительностью к неоадьювантной терапии. Сосудистые, в общем, и бифуркационные аллографты, в частности, расширяют возможности сосудистой резекции, необходимой для достижения резектабельности. Сосуществование программ трансплантации, хирургии печени и поджелудочной железы повышают общую эффективность лечения данной категории пациентов. Применение сосудистых аллографтов является средством повышения резектабельности, планирования и спасительного решения в хирургии печени, поджелудочной железы и трансплантологии.

VII. СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ): «ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Ахмедов А. Н., Никитина Т. О., Паскошева Д. Д.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) остается одним из самых распространенных ургентных хирургических заболеваний в специализированных стационарах, и доля пациентов с этой патологией с каждым годом только возрастает. Большинство случаев ОП (80 %) протекает в легкой форме, но у каждого пятого пациента диагностируется некроз поджелудочной железы. Стентирование ГПП является доказанной технологией, которая позволяет предотвратить усугубление течения ОП и снизить вероятность развития гнойно-некротических осложнений, однако четкие показания и сроки для его выполнения не определены.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени путём выполнения раннего стентирования ГПП.

Материалы и методы. В НИИ хирургии и неотложной медицины ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова за период с 2015 по 2025 гг. и было пролечено 63 пациента с диагнозом «острый панкреатит тяжелой степени». Ведущими этиологическими факторами заболевания были: алиментарные – у 21 (33,3 %) чел., билиарные – у 42 (66,7 %) чел. Пациентов разделили на две группы: I группа – стентирование ГПП было выполнено у 45,2 % больных; II группа – без стентирования ГПП пролечено 54,8 %. В обеих группах произведен анализ показателей: динамика уровня С-реактивного белка и прокальцитонина (ПКТ), динамика течения органной дисфункции (шкала SOFA), динамика течения распространенности парапанкреатита по данным МСКТ брюшной полости, средний койко-день, частота гнойно-некротических осложнений, летальность.

Результаты. При сравнении динамики течения воспалительной реакции (С-реактивный белок, ПКТ), органной дисфункции (по шкале SOFA) и динамики течения распространенности парапанкреатита у стентированных (I группа) и нестентированных пациентов (II группа) было отмечено, что у пациентов, которым было выполнено ранее стентирование ГПП в среднем быстрее регрессировали показатели С-реактивного белка и ПКТ ($p<0,05$), через 48 часов отмечался регресс синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), в большинстве случаев (81,5 %) отсутствовало прогрессирование распространенности парапанкреатита, а в некоторых случаях отмечены КТ признаки регресса, что ассоциируется с меньшей частотой развития гнойно-некротических осложнений и длительностью койко-дня (14,2 ± 3,4 против 28,7 ± 4,2; $p<0,05$) по сравнению с группой нестентрованных пациентов. При этом также стоит отметить, что пациентам, которым было выполнено эндоскопическое вмешательство в первые 48 часов, интраоперационно отмечалось меньше технических сложностей ввиду отсутствия отека в зоне БДС. Помимо этого, у пациентов стентированных более чем через 48 часов от момента начала заболевания отмечалось, что чаще всего СПОН сохранялась более 48 часов (персистирующая), отмечено прогрессирование распространенности парапанкреатита по данным КТ в 71,4 % случаев, и у 57,1 % больных развились гнойно-некротические осложнения, которые потребовали оперативных вмешательств.

Заключение. При стентировании ГПП у пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени отмечается более быстрое регрессирование воспалительной реакции и органной дисфункции. В большинстве случаев отсутствовало прогрессирование распространенности парапанкреатита, что ассоциируется с меньшей длительностью койко-дня и частотой развития гнойно-некротических осложнений. Проведение стентирования ГПП в первые 48 часов с момента госпитализации, ассоциировано с меньшими техническими трудностями при выполнении эндоскопического вмешательства и приводит к значительному улучшению клинического течения острого панкреатита.

ВЛИЯНИЕ АМИНОДИГИДРОФТАЛАЗИНДИОНА НАТРИЯ НА МОРФОЛОГИЮ ПЕЧЕНИ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Ашурова Н. М.

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Россия
ГБУ РО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия

Механическая желтуха является фактором риска печеночно-клеточной недостаточности и иммуносупрессии. При этом степень тяжести гепатодепрессии коррелирует со степенью иммунологической дисфункции. Воспроизводимая в работе экспериментальная модель представляет собой логичную поэтапную структуру: моделирование холестаза – декомпрессия – иммуномодулирующая терапия – оценка результатов.

Цель исследования: изучить влияние иммуномодулирующей терапии на морфологию печени и иммунологические показатели после адекватной декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе в эксперименте на мини-пигах.

Материалы и методы. Работа проведена на базе WetLab РязГМУ в период с 2022 по 2024 гг. Было задействовано 25 лабораторных животных (свиней), которые случайным образом были разделены на 2 группы: группа контроля (12 свиней), основная (13 свиней) – с назначением иммункорригирующей терапии (аминодигидрофталазиндион натрия). Исследование включало три этапа: I – воспроизведение экспериментальной модели механической желтухи путем видеолапароскопического лигирования общего желчного протока; II – снятие установленной ранее лигатуры на 7 сутки после моделирования; III – эвтаназия на 14 сутки от начала эксперимента. На каждом из этих этапов проводились морфологические, биохимические, общеклинические, иммунологические исследования.

Результаты. Для объективизации морфологии печени учитывались 4 стандартных признака: склероз септальных перегородок, лимфоцитарная инфильтрация, степень пролиферации желчных протоков, печеночные дольки. В основной группе признаки морфологической деструкции, явления склерозирования портальных трактов оказались менее выраженными. Отмечалась лучшая динамика восстановления биохимических и общеклинических показателей. Интерпретацию данных биопсии группы сравнения можно свести к стабилизирующему действию иммуномодулятора на клеточные мембраны гепатоцитов. Под влиянием иммуномодулятора смягчается “ответ желтухи на декомпресиию”, что проявляется уменьшением выраженности склеротических и фибротических процессов в печеночной ткани. Анализ иммунограммы животных выявил явления иммуносупрессии у больных обеих групп, выражающиеся в угнетении лимфоцитарного звена иммунитета за счет общего количества лимфоцитов, зрелых Т-лимфоцитов и Т-хелперов. Отмечалось снижение процента фагоцитоза, индекса завершенности фагоцитоза. Сниженное содержание Ig G крови почти у половины животных в группах исследования также является проявлением вторичного иммунодефицита при холестазе. На 7-е сутки после декомпрессии в основной группе была отмечена стимуляция В-клеточного иммунитета с увеличением содержания В-лимфоцитов крови, стимуляция гуморального иммунитета с повышением концентрации всех классов иммуноглобулинов крови, а также нормализация уровня циркулирующих иммунных комплексов.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии аминодигидрофталазиндиона натрия на морфологию печени и состояние иммунологической реактивности при холестазе в эксперименте на лабораторных животных.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Балиев З. Э.

ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Множественное метастатическое поражение печени остается актуальной проблемой при колоректальном раке. Выбор метода хирургического вмешательства является предметом дискуссий.

Цель исследования: оценить различные методики хирургического лечения множественного метастатического поражения посредством оценки опыта ФГБУ РНЦРР МЗ РФ и данных мировой литературы.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2024 гг. в ФГБУ РНЦРР МЗ РФ выполнено 150 оперативных вмешательств по поводу множественного метастатического поражения печени: 115 резекций и 35 термоабляций.

Результаты. При сопоставлении в группе резекций печени значимых отличий выживаемости между анатомическими и паренхимосберегающими резекциями выявлено не было. Однако, непосредственные результаты были лучше в группе паренхимосберегающих резекций. В группе термоабляций микроволновая абляция продемонстрировала лучшие результаты по сравнению с лазерной: характерна меньшая частота локального рецидива при сопоставимых непосредственных результатах. Симультанные резекции при множественном метастатическом поражении также показали сопоставимые результаты с этапным подходом. Мутационный статус пациента имеет важное значение в определении хирургического подхода: пациенты с RAS мутацией больше склонны к локальным рецидивам, однако, выживаемость у этих пациентов не зависит от типа резекции.

Заключение. Определение тактики хирургического лечения пациентов с множественным метастатическим поражением печени остается важной проблемой, требующей дальнейшего исследования и анализа результатов лечения.

ЛОКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ

Вахромкин В. С.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) – первичная опухоль, составляющая 80-90 % от всех злокачественных образований печени. Заболеваемость ГЦК увеличивается в последние десятилетия и в настоящее время составляет в России 4-5 случаев на 100 тыс. населения в год. Летальность занимает 3 место среди всех злокачественных опухолей в мире, уступая раку легких и желудка, с 5-летней выживаемостью менее чем 20 % и частотой рецидива – 88 %. У 60 % пациентов ГЦК выявляется на поздних стадиях, что связано с отсутствием клинических симптомов вначале заболевания. Основными радикальными методами лечения больных с ГЦК являются резекция и трансплантация печени. Однако, не всем пациентам возможно выполнить оперативное вмешательство из-за цирротически измененной печени и высокого риска развития пострезекционной печеночной недостаточности. Рецидив заболевания после резекции составляет 35 % в течение 1 года и 70 % в течение 5 лет. Только 15 % пациентов с рецидивами ГЦК могут быть повторно прооперированы. Трансплантация печени, по мнению некоторых авторов, является золотым стандартом лечения ГЦК и имеет преимущества в сравнении с резекцией печени, так как устраняется как первичная опухоль печени, так и лежащий в основе цирроз, а также позволяет избежать послеоперационные осложнения, связанные с небольшим объемом оставшейся паренхимы печени. Однако, сдерживающими факторами активного применения данного метода являются острый дефицит донорских органов и высокая частота послеоперационной прогрессии. Методы локальной деструкции могут быть выполнены пациентам, которым невозможно произвести оперативное вмешательство, а также с целью сдерживания прогрессирования ГЦК и лечения рецидивов. Абляционные методики обеспечивают надлежащее лечение пациентов с множественными полисегментарными повреждениями печени и, по сравнению с оперативным вмешательством, могут быть повторно использованы при возникновении новых очагов или по мере роста продолжения роста обработанной опухоли. По данным некоторых авторов, термическая абляция не уступает резекциям печени при образованиях не более чем 2-3 см

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ лечения 119 больных с гепатоцеллюлярной карциномой, средний возраст составил 61,3 ± 8,5 года, мужчин – 84 (71 %), женщин – 35 (29 %). Радиочастотная абляция (РЧА) выполнена у 25 пациентов, микроволновая абляция (МВА) – 26 пациентов, лазерная абляция (ЛА) – 8 пациентов, трансартериальная химиоэмболизация – 60 пациентов.

Результаты. При ЛРТ средняя продолжительность воздействия при РЧА составила 12 ± 2,8 мин, при МВА – 7 ± 2,3 мин, при ЛА – 6 мин, продолжительность жизни при выполнении РЧА опухолей печени однолетняя составила 81 %, двухлетняя – 62 %, трехлетняя – 39 %, пятилетняя – 28 %. При выполнении МВА опухолей печени продолжительность жизни однолетняя составила 83 %, двухлетняя – 67 %, трехлетняя – 42 %, пятилетняя – 31 %. ЛА – однолетняя 88 %, двухлетняя – 71 %, трехлетняя – 43,5 %.

Заключение. Комплексный подход к лечению пациентов с ГЦК позволяет определить оптимальную тактику, что повышает эффективность лечения, увеличивает продолжительность жизни и повышает ее качество, делает возможным применение локальных методов у соматически отягощенных больных.

ТАРГЕТНЫЙ ГЕМОСТАЗ: НОВАЯ СТРАТЕГИЯ КОНТРОЛЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Дадоходжаев А. А.

Кафедра неотложной медицинской помощи и симуляционной медицины Центра медицины и фармации Высшей школы медицины Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Казань, Россия

Актуальность. Остановка острого кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода представляет сложную клиническую задачу. Современный стандарт начальной терапии сочетает компрессионный гемостаз с вазоактивными препаратами. Однако традиционные методы механической тампонады (зонд Sengstaken-Blakemore, саморасширяющийся стент Danis) сопряжены с риском серьезных осложнений (10-15 %), включая миграцию устройств, повреждение слизистой, перфорацию и аспирационные нарушения. Это подчеркивает необходимость разработки инновационных биосовместимых и безопасных гемостатических материалов, обеспечивающих надежный гемостаз без ятрогенных повреждений.

Цель исследования: сравнительный анализ клинической эффективности традиционных методов компрессионного гемостаза и поиск современных альтернативных подходов.

Материалы и методы. На первом этапе (ретроспективно-проспективное контролируемое исследование) проанализированы результаты лечения 59 пациентов: группа сравнения А (n=44) — зонд Sengstaken-Blakemore (средний срок тампонады 2,2 ± 1,2 суток), основная группа (n=15) — стент Danis (срок установки 6,4 ± 1,4 суток). На втором этапе проведен систематический обзор публикаций 2015–2024 гг., (PubMed, eLibrary, WIPO, Google Patents) по ключевым терминам «портальная гипертензия», «гемостаз», «хитозан». Дополнительно инициирована экспериментальная фаза на модели варикозного кровотечения у кроликов для оценки эффективности инновационных гемостатических материалов.

Результаты. Сравнение выявило преимущество стента Danis: надежный гемостаз достигнут в 86,7 % случаев против 75,0 % у зонда (p=0,05). Применение зонда сопровождалось высокой частотой осложнений: дыхательные нарушения (100 %), гиперсаливация (43,2 %), загрудинные боли (41,0 %), трофические изменения слизистой (27,2 %), аспирационная пневмония (11,4 %), рецидивы кровотечений (25 %). Группа Danis имела иные ограничения: миграция стента (19,4 % в раскрытом состоянии), технические сложности при недостаточности кардии (6,5 %), локальные повреждения слизистой (25,8 %). Систематический обзор выявил перспективные альтернативы: хитозановые аэрогели (остановка кровотечения за 2-7 минут, эффективность 93 %, отсутствие рецидивов у 89 % в течение месяца), каолиносодержащие составы (снижение объема кровопотери на 40 %), композиты с нанобиостеклом (снижение на 74 %), синтетические полимеры, усиливающие стабилизацию фибриновых сгустков. Экспериментальные данные подтверждают возможность интеграции инновационных материалов в алгоритм лечения варикозных кровотечений. Однако текущие результаты требуют верификации в рамках многоцентровых рандомизированных исследований, как отмечено в рекомендациях Baveno VII.

Выводы. Несмотря на соответствие существующих методов компрессионного гемостаза при варикозных кровотечениях пищевода актуальным клиническим рекомендациям, их применение сопряжено со значительными ограничениями и высоким риском ятрогенных осложнений и рецидивов. Это обуславливает актуальность разработки альтернативных стратегий, базирующихся на принципах биосовместимости и миниинвазивности. Внедрение инновационных гемостатических материалов, таких как хитозановые композиты и синтетические полимеры, открывает перспективы для повышения эффективности экстренной помощи. Ключевым условием для интеграции этих технологий в клинические алгоритмы является их строгая научная верификация посредством многоцентровых рандомизированных контролируемых исследований с оценкой отдаленных исходов. Реализация данного этапа позволит сформировать надежную доказательную базу для обновления международных протоколов (включая консенсус Baveno VII), оптимизации терапевтических подходов с акцентом на персонализацию и, в конечном итоге, снижения летальности у пациентов с портальной гипертензией.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО И ГИБРИДНОГО МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Дьячков А. Е.

ФГБОУ ВО Рязанский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова, Рязань, Россия
ГБУ РО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань, Россия

Актуальность. Холецистохоледохолитиаз (ХХЛ) традиционно лечили открытой холецистэктомией с холедохотомией, но развитие минимально инвазивных технологий позволило внедрить лапароскопический и гибридный подходы, снижающие травматичность вмешательств.

Цель исследования: улучшение лечения холецистохоледохолитиаза лапароскопческим и гибридным доступом.

Материалы и методы. В исследование включено 200 пациентов с ХХЛ (2014–2025 гг.), разделенных на две группы: Лапароскопический доступ (n=80): холецистэктомия с холедохолитотомией. Гибридный доступ (n=120): холецистэктомия с одномоментной ЭПСТ и литоэкстракцией. Критерии сравнения: частота осложнений, конверсий, продолжительность операции.

Результаты. В лапароскопической группе у 13 пациентов выявлена обструкция терминального отдела холедоха, потребовавшая наложения билиодигестивного анастомоза «бок-в-бок». Конверсия в открытый доступ выполнена у 3 пациентов из-за атипичной анатомии. В гибридной группе у 2 пациентов потребовалась холедохотомия из-за невозможности канюляции. Осложнения: несостоятельность культи пузырного протока (2 случая в обеих группах), послеоперационные кровотечения (2 случая в лапароскопической группе). Средняя продолжительность операции: Лапароскопический доступ: 118 ± 5 минут Гибридный доступ: 110 ± 4 минут ($p < 0,05$).

Выводы. Гибридный метод демонстрирует меньшую продолжительность операции по сравнению с лапароскопическим доступом, что может быть связано с оптимизацией этапов вмешательства. Оба метода обладают сопоставимой безопасностью, но гибридный доступ позволяет сократить время хирургического вмешательства без увеличения риска осложнений.

ЭКСТРЕННОЕ МИНИМАЛЬНОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ФЛАГМАНСКОГО ЦЕНТРА

Ибрагимов С. А., Фахриев Ж. А., Крючков Г. И.

ГБУЗ Городская клиническая больница №15 им О. М. Филатова ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на прогресс в медикаментозных и хирургических методах лечения, острые кровотечения из варикозно-расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка продолжают оставаться критически важной проблемой современной гепатологии. Высокая летальность (до 60 % при первом эпизоде и до 90 % при рецидиве) обусловлена тяжестью основного заболевания, сопутствующими нарушениями гемостаза и высоким риском ранних повторных кровотечений. Это диктует необходимость совершенствования тактики неотложной помощи, вторичной профилактики и стратификации риска у пациентов с циррозом печени. Особую сложность представляют больные с декомпенсированным циррозом (Child-Pugh C), у которых стандартные подходы часто оказываются недостаточно эффективными.

Материалы и методы. Всего с 2019 по 2025 гг. эндоваскулярное трансяремное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (операция TIPS) было выполнено 82 пациентам в возрасте от 28 до 78 лет (44 мужчин и 38 женщин; средний возраст 51,8 ± 9,4). Цирроз печени у всех пациентов был диагностирован на основании клинических и лабораторных показателей. Подавляющее большинство пациентов – 95 % (78 человек) – имели в анамнезе кровотечения, а у 86,6 % (71 больной) наблюдался асцит разной степени тяжести. Распределение по шкале Child-Pugh показало, что большинство больных имели тяжелые формы патологии: класс C (35 пациентов) и класс B (33), тогда как класс A был диагностирован лишь у 14 человек. В ходе исследования оценивались эффективность выполнения процедуры, частота осложнений и случаев повторных кровотечений.

Результаты. Все процедуры (100 %) были выполнены технически успешно. На фоне прогрессирования основного заболевания летальность на госпитальном этапе зафиксирована у 10 больных (12,2 %), тогда как 87,8 % больных (72 пациента) были успешно выписаны. Средний срок пребывания больных в стационаре после проведенного оперативного лечения составил 4-5 суток. Среди выписанных пациентов в сроки от 1 до 60 месяцев у 8 человек отмечены нарушения проходимости портокавального шунта: стеноз печеночных вен у 3 больных и тромботические окклюзии у 5. Все случаи были успешно корригированы при повторных эндоваскулярных вмешательствах с достижением оптимальных ангиографических и клинических исходов.

Выводы. TIPS демонстрирует высокую эффективность как в экстренных случаях (быстрый гемостаз при активных кровотечениях), так и в плановом лечении (долгосрочная профилактика рецидивов и осложнений), сохраняя минимальную травматичность даже у пациентов с декомпенсированным циррозом печени.

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИИ ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОСНОВЕ МИКРОБИОМА ЖЕЛЧИ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ: ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Курсенко Р. В.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Частота инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) при панкреатодуоденальной резекции (ПДР) – 11-48 %. Частота бактериобилии, фактора ИОХВ при предоперационном билиарном дренировании (ПБД) – 80 %. Патогены желчи и ИОХВ резистентны к стандартной периоперационной антибиотикопрофилактике (ПАП). Представляется актуальным поиск альтернативы стандартной ПАП, в том числе подбор персонализированной ПАП на основе микробиома желчи из билиарного дренажа.

Цель исследования: снижение частоты ИОХВ при бактериобилии путем персонализированной ПАП.

Материалы и методы. Проанализированы промежуточные результаты исследования ПАП при ПДР по поводу периампулярных опухолей на фоне чрескожного ПБД. Ретроспективно применялась стандартная ПАП, проспективно-ПАП по посеву желчи из билиарного дренажа. Первичная контрольная точка-частота ИОХВ.

Результаты. Ретроспективно и проспективно включено n=28 и n=12 пациентов. Патогены из билиарного дренажа: Escherichia coli 36,2 %, Klebsiella pneumoniae 36,4 %, Enterobacter spp 14,3 %. У 52,1 % – полимикробная флора. Антибиотикочувствительность к цефалоспоринам 1-2 поколения – 21,2 % штаммов, к амоксиклаву – 83,4 %, ампициллину/сульбактаму – 81,2 %, цефтриаксону – 82,4 %. В группе контроля использованы: цефазолин 61,9 %(n=17), цефуроксим 19,04 %(n=5), амоксиклав 19,08 %(n=5); в основной – амоксиклав 62,5 %(n=8), цефтриаксон 12,5 %(n=2), ванкомицин 8,3 %(n=1). В основной и контрольной группах общая частота ИОХВ: 25 %(n=3) против 28,5 %(n=8). Частота раневой ИОХВ: 25 %(n=3) против 28,5 %(n=8); внутрибрюшной (в том числе послеоперационного панкреатита, инфицированной панкреатической фистулы) – 16,6 % (n=2) против 23,8 % (n=7). Частота ИОХВ в обеих группах статистически не различалась (p=0,39). Совпадение спектра и антибиотикочувствительности микробиома билиарного дренажа и ИОХВ – 64,8 %. В большинстве случаев патогены ИОХВ были представлены продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра (БЛРС), карбапенемрезистентными Enterobacteriacae, неферментирующими грамотрицательными бактериями (НФГОБ) (P. aeruginosa, Acinetobacter spp.). При гистологическом исследовании холедоха по краю резекции в составе операционного материала выявлены морфологические признаки хронического бактериального холангита в стадии обострения в 51,06 % случаев в обеих группах.

Выводы. В исследуемой когорте частота ИОХВ при ПДР – высокая. Микробиом желчи, а также ИОХВ после ПДР резистентен к широко применяемым для ПАП цефалоспоринам 1-2 поколения. Применение стандартных защищенных пенициллинов, несмотря на чувствительность микробиома желчи из билиарного дренажа к ним, не снижает частоту ИОХВ. Бактериологический посев желчи из предоперационного билиарного дренажа в должной степени не совпадает с мультирезистентным спектром патогенов последующей ИОХВ после ПДР, и неэффективен в подборе соответствующей схемы ПАП. Требуется дальнейшее исследование эффективности персонализированной ПАП на большей выборке и дальнейшее совершенствование методов профилактики ИОХВ у данной когорты пациентов, в том числе продленное применение антибиотиков ввиду вероятного субклинического холангита. Целесообразно применение антибиотиков расширенного спектра, учитывающих высокий риск мультирезистентных возбудителей ИОХВ после ПДР.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ И ОТКРЫТЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Надина И. В., Тараканов П. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: сравнить непосредственные и отдаленные результаты минимально инвазивных и открытых операций при раке желчного пузыря.

Материалы и методы. Исследование основано на данных 59 пациентов, перенесших минимально инвазивные (МИРП) и открытые (ОРП) резекции по поводу рака желчного пузыря с 2014 по 2025 годы. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общую выживаемость (ОВ) в обеих группах.

Результаты. Анализированы данные 59 пациентов, включая 30 больных после МИРП и 29 после ОРП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, ASA статусу.

В группе МИРП по сравнению с группой ОРП выявлены достоверно более высокие значения следующих показателей: 1) ИМТ – 29,3 ± 5,2 против 25,9 ± 3,5 (p = 0,005); 2) число пациентов с ранними стадиями заболевания (pT1-2b) – 16 (53,3 %) против 8 (27,6 %) (p = 0,064); 3) число пациентов с инцидентным раком желчного пузыря – 15 (50 %) против 6 (20,7 %) (p = 0.029); 4) частота операций в объеме резекции в объеме 4,5 сегментов печени с лимфаденэктомией – 23 (76,7 %) против 12 (41,4 %) (p = 0.008). Механическая желтуха чаще отмечена в группе ОРП: 16 (55,2 %) против 3 (10 %) (p = 0,001). Обширные резекции печени с резекцией желчных протоков чаще выполнялись в группе ОРП: 17 (58,6 %) против 7 (23,3 %) (p = 0,008). Местное метастазирование, лимфоваскулярная, периневральная инвазии, степень дифференцировки опухоли были сопоставимы в группах.

Группы достоверно не различалась по величине кровопотери, продолжительности операции, числу R0 резекций. Число удаленных лимфатических узлов было больше в группе МИРП: 7 ± 3 против 5 ± 3 (p = 0,024). Продолжительность применения маневра Прингла была больше в группе ЛРП: 10 ± 16 мин., против 4 ± 11 мин. (p=0.070). Частота тяжелых осложнений (> II степени по Clavien-Dindo) была ниже в группе МИРП: 6(20 %) против 15 (51 %), однако различия не достоверны (p = 0,150). Продолжительность госпитализации была меньше в группе МИРП: 8 ± 5 дней против 19 ± 17 дней (p = 0,001).

В группе МИРП отмечена лучшая общая выживаемость: медиана ОВ после МИРП не достигнута, после ОРП- 15 мес. Общая 5-летняя выживаемость после МИРП составила 80 %, после ОРП- 30 % (p = 0,001).

Заключение. Лапароскопические резекции чаще выполняются при инцидентном раке желчного пузыря, в связи с чем демонстрируют лучшие по сравнению с открытым доступом ближайшие и отдаленные результаты. В этой связи основным критерием отбора для лапароскопического доступа является ранняя стадия опухоли, включая отсутствие инвазии опухоли в желчные протоки.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ У БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Паскошева Д. Д.

ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И. П. Павлова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Осложнения желчекаменной болезни занимают второе место после острого аппендицита среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости у беременных. Как показывает анализ отечественной и зарубежной литературы, до настоящего времени отсутствует единое мнение относительно хирургической тактики при подозрении на холедохолитиаз у беременных и рожениц.

Цель исследования: разработать лечебно-диагностический алгоритм для беременных и рожениц с подозрением на холедохолитиаз.

Материалы и методы. За период с 2019 по 2024 годы в ПСПБГМУ им. акад. И. П. Павлова в экстренном порядке было госпитализировано 183 беременных с желчекаменной болезнью. Все пациентки изначально поступали в приемный покой клиники акушерства и гинекологии, где они были осмотрены акушерами-гинекологами и исключена патология беременности. Затем они переводились в стационарное отделение скорой медицинской помощи, где им выполнялись стандартные лабораторные исследования: клинический , биохимический (АЛТ, АСТ, Билирубин и его фракции, ЩФ, амилаза) анализы крови, инструментальные исследования: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) при подозрении на холедохолитиаз. При недостоверности результатов МРХПГ выполнялась эндоскопическая ультрасонография. В зависимости от полученных результатов и клинической картины выбиралась дальнейшая тактика в лечении.

Результаты. Из 183 пациенток, госпитализированных в экстренном порядке с желчекаменной болезнью, у 45 (24,6 %) было подозрение на холедохолитиаз. Всем им была выполнена МРХПГ, по результатам которой у 15 (33,3 %) выявлены конкременты холедоха диаметром от 4 до 6 мм, при этом у 30 пациенток (66,7 %) конкременты в холедохе не визуализировались. С учетом наличия таких клинико-лабораторных данных как повышение амилазы, повышение трансаминаз и щелочной фосфотазы, уровня прямого билирубина этим 30 пациенткам для исключения конкрементов диамтером до 3 мм было выполнено ЭндоУЗИ. По результатам исследования у 22 пациенток (73,3 %) выявлены мелкие конкременты холедоха диаметром до 3 мм, а также билиарный сладж. При этом стоить отметить, что у 19 из них (86,3 %) конкременты локализовались в зоне БДС и не были доступны для визуализации при выполнении МРХПГ. Пациенткам с доказанным холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, острым холангитом или острым билиарным панкреатитом выполнялись одномоментные гибридные оперативные вмешательства (n=25): 6 (24,0 %) – одномоментное ЛХЭ+ЭПСТ по методике «pre-cut», у 8 (32,0 %) – ЛХЭ+ЭПСТ по методике «Рандеву» и у 3 (12,0 %) беременных на поздних сроках – открытая холецистэктомия и ЭПСТ. При этом все эндоскопические вмешательства выполнялись без использования рентгенологической установки, для исключения влияния излучение на плод. 4 пациенткам (16 %) со сроком гестации более 38 недель первым этапом было выполнено родоразрешение, а вторым одномоментная ЛХЭ+ЭПСТ. Пациентки наблюдались и получали лечение в послеоперационном периоде в условиях хирургического отделения, после чего для дальнейшего наблюдения переводились в акушерский стационар.

Заключение. В большинстве случаев при выявлении холедохолитиаза у беременных и рожениц конкременты имеют размер менее 3 мм (73,3 %), и в 86,3 % локализуются в области БДС. Лечебно-диагностический алгоритм должен включать в себя эндоскопическую ультрасонографию, так как чувствительность метода составляет 96,3 %.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ MIRIZZI

Слинько В. Р.

ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Среди пациентов с желчнокаменной болезнью попадаются пациенты с синдромом Мириззи, выявленным как до, так и во время операции. Пациенты с синдромом Мириззи встречаются от 0.3 до 5 % среди пациентов с желчнокаменной болезнью, однако на данный момент еще не разработано общепринятого стандарта оперативного пособия при данной патологии.

Цель исследования: обосновать рациональный подход к обследованию, срокам оперативных вмешательств, выборе метода оперативного пособия в зависимости от типа Синдрома Мириззи. В настоящее время нет единого мнения о выборе тактики лечения: какие показания к лапароскопической холецистэктомии, является ли это сдерживающим фактором для выполнения операции, выбрать лапароскопический/лапаротомный или комбинированный с эндоскопическим метод лечения, а также возможно ли и каким методом лучше диагностировать данную патологию? Стоит ли рутинно прибегать к обследованию всех пациентов с желчнокаменной болезнью перед операцией радиологическими методами, если нет – то в каких случаях это требуется? Какая тактика лечения пациентов с синдромом Мириззи, в случае если вы столкнулись с ним во время операции?

Материалы и методы. На базе ГБУЗ Ленинградской областной клинической больницы с 2020г по настоящее время пролечено более 2600 больных с ЖКБ, из них мы располагаем опытом лечения 46 пациентов с синдромом Мириззи, что составило 1.76 %. Среди данной группы больных были исследованы как пациенты, обратившиеся в хирургическое отделение для выполнения плановой холецистэктомии, так и пациенты,госпитализированные по экстренным показаниям, в том числе переведенных из стационаров 2 уровня. В настоящем исследовании представлен анализ лечения 46 пациентов с синдромом Мириззи всех типов, как с механической желтухой,так и без нее.

Результаты. Изучение результатов диагностики и лечения больных с синдромом Мириззи позволило установить, что рутинное выполнение перед операцией МРХПГ не гарантирует стопроцентную визуализацию синдрома Мириззи, но из всех методов дооперационного исследования данный метод является высокочувствительным, по сравнению с остальными,выявлено,что у всех больных синдром диагностируется интраоперационно. В зависимости от типа синдрома Мириззи рассмотрены тактики лечения: использование ЭРХПГ-методов у пациентов с ЖКБ и холедохолитиазом с последующей холецистэктомией, что наиболее характерно для II и III типов, лапароскопическая холецистэктомия выполнена всем пациентам, за исключением пациентов с III и IV типом, где в 21 % (III тип) и в 33 % (IV тип) потребовалось наложение гепатикоеюноанастомоза. А также получены результаты, что в 78 % пациентов со III типом и у 33 % пациентов с IV типом выполнено наружное дренирование желчных протоков. Пациентам с синдромом Мириззи, выполненным ЭРХГ с билиарным стентированием наружное дренирование желчных протоков не требовалось. Использование интраоперационной холангиографии выполнено всем пациентам, что позволило выявить синдром Мириззи в тех случаях, когда до операции данный диагноз установлен не был, что профилактировало интраоперационные осложнения и повреждения желчных протоков из-за анатомических особенностей желчевыводящих путей.

Заключение. С целью своевременного выявления при подозрении на синдром Мириззи необходимо выполнение МРХПГ. ЭРХГ, эндоскопическое билиарное стентирование позволяет избежать наружного дренирования желчных протоков во время операции. Интраоперационно всем пациентам необходимо выполнять холангиографию с целью визуализации желчных протоков, их дифференцировки, исключения холедохолитиаза интраоперационно в случае отсутствия об этом данных до операции, а также для предупреждения повреждения желчных протоков.

ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ, РОБОТ-АССИСТИРОВАННОЙ И ОТКРЫТОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Соловьев Н. О.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: оценка качества жизни (КЖ) и эталонного результата (ЭР) у больных раком головки поджелудочной железы после лапароскопической, робот-ассистированой и открытой панкреатодуоденальной резекций (ПДР)

Материалы и методы. В проспективное исследование КЖ включено 29 больных раком головки поджелудочной железы, которым была выполнена ПДР с 2023 по 2024 г. Использованы специфичные опросные листы EORTC QLQ-C30 и EORTC QLQ-PAN26, изучено КЖ на до- и послеоперационном этапе.

В ретроспективное исследование ЭР включено 184 пациента, которым по поводу рака головки поджелудочной железы была выполнена ПДР с 2017 по 2023 г. Эталонный результат оценивали в соответствии определению DPCG (Dutch Pancreatic Cancer Group).

Результаты. В проспективное исследование КЖ вошли 18 ЛПДР и 11 ОПДР. Группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, а также большинству интра- и послеоперационных показателей. Пациенты после ЛПДР отмечали статистически значимое улучшение эмоционального благополучия (EF) через 6 мес. в сравнении с ОПДР (p=0,004). Удовлетворенность медицинской помощью (SA) быстрее нарастала с 1 по 3 мес. в группе ЛПДР (p=0,0015), данные различия нивелировались через 6 мес. после операции. Боль (PA) сильнее нарастала в группе ОПДР с 1 по 3 мес., (p=0,004), и достоверно снижалась к 6 мес. (p=0,004). Снижение веса, слабость и метеоризм в первый месяц после операции статистически значимо больше беспокоили пациентов после ОПДР (p= 0.039), данные различия нивелировались к 6 мес. (p=0.015). В группе ОПДР пациенты сообщали о достоверно более высокой тревожности (FU) до операции в сравнении с ЛПДР (p<0,001). Общее состояние здоровья в 1 мес. после операции было достоверно лучше в группе ЛПДР.

При анализе КЖ в общей группе, было выявлено достоверное (p<0,001) улучшение показателей общего состояния здоровья (QL) с 1 по 6 мес. после операции. Панкреатогенная боль (PP) и метеоризм (FL), достоверно снижались с 1 по 6 мес. после операции (p=0,04, p=0,02). Так же пациенты сообщали о достоверном уменьшении тревожности в 1 месяц ПО (p=0,003). Удовлетворенность медицинской помощью и показатели личной жизни достоверно возрастали через 6 мес. после операции (p=0,04, p=0,003).

В ретроспективное исследование ЭР вошли 42 ОПДР, 112 ЛПДР и 30 РПДР, эти группы были сопоставимы по демографическим характеристикам, а также большинству интра- и послеоперационных показателей. ЭР удалось достичь в 57 % ОПДР, 67 % ЛПДР, 63 % РПДР, указанные показатели статистически не различались. Плотность ткани поджелудочной железы и диаметр главного панкреатического протока были достоверно ассоциированы с достижением ЭР, p<0,001.

Медиана ОВ была выше в группе пациентов, у которых удалось достичь ЭР 28 мес. против 21 мес., однако данные различия не были статистически значимы, p=0.691. При подгрупповом анализе было выявлено достоверное увеличение ОВ при достижении ЭР, p<0,001 у пациентов с благоприятной биологией опухоли (G1,2, N0, достоверное отсутствие сосудистой инвазии).

Заключение. В большинстве случаев удается добиться улучшения или возвращения КЖ на дооперационный уровень в течение 6 мес. после ПДР. Лапароскопический доступ имеет определенные преимущества в отношении качества жизни, наиболее выраженные в 1 мес. после операции. Данные различия с открытыми операциями нивелируются к 6 мес. послеоперационного периода. Достижение эталонного результата имеет потенциал в увеличении медианы выживаемости после ПДР, особенно у пациентов с «благоприятной биологией опухоли».

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ И ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ НЕОПЛАЗИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Сураев Д. Э.

ГБУЗ Московская городская онкологическая больница №62 ДЗМ, Москва, Россия

Актуальность. Стенозы внепеченочных желчных протоков (ВЖП) являются значимой диагностической проблемой в клинической практике. Несмотря на комплексные подходы к диагностике, причина стенозов ВЖП в 50 % случаев остается нераспознанной в виду анатомических особенностей гепатобилиарной зоны, а также трудностей гистологической оценки биоптатов, полученных при тонкоигольной биопсии ВЖП.

Цель исследования: изучить морфологические и иммуногистохимические (ИГХ) характеристики эпителиальных неоплазий ВЖП.

Материалы и методы. В исследование были включены 104 пациента, проходивших обследование и лечение по поводу механической желтухи в НМИЦ хирургии имени А. В. Вишневского с 2014 по 2014 гг. Всем пациентам была выполнена биопсия ВЖП. Согласно морфологическим изменениям, было выделено VI групп. I – «воспаление» (ВП) – 60 человек, II – билиарная интраэпителиальная неоплазия низкой степени (BIIIN LG) – 14 чел., III – билиарная интраэпителиальная неоплазия высокой степени (BIIIN HG) – 2 чел., IV – внутрипротоковая папиллярная неоплазия низкой степени (IPNB LG) – 3 чел., V – внутрипротоковая папиллярная неоплазия высокой степени (IPNB HG), VI – холангиокарцинома (ХЦР) – 21 чел. В биоптатах оценивали гистоархитектонику (ГА), воспалительная инфильтрацию (ВИ), клеточная атипию (КА), щеточная каемку, ядерный полиморфизм (ЯП), полярность ядер (ПЯ). Дополнительно были проведены иммуногистохимические исследования с антителами (АТ) к MUC1, MUC2, MUC5AC, MUC6, CD10. При статистической обработке полученных данных использовали двусторонний критерий $\chi 2$ Пирсона ($p<0,05$).

Результаты. При оценке морфологических и ИГХ-характристик в биоптатах ВЖП были выявлены значимые статистические различия между всеми исследуемыми группами по отдельным признакам. Наиболее выраженные изменения были выявлены между I и V гр.: ГА (p=0,0020), КА (p=0,0000), ЩК (p=0,0019), ЯП (p=0,0010), ПЯ (p=0,0000), MUC1 (p=0,0390); I и VI гр.: ГА (p=0,0000), ВИ (p=0,0452), КА (p=0,0000), ЩК (p=0,0000), ЯП (p=0,0000), ПЯ (p=0,0000), MUC1 (p=0,0000), MUC2 (p=0,0001), MUC5AC (p=0,0079), MUC6 (p=0,0004), CD10 (p=0,0024); II и VI гр.: ГА (p=0,0000), КА (p=0,0000), ЩК (p=0,0000), ЯП (p=0,0000), ПЯ (p=0,000), MUC1 (p=0,0316), MUC2 (p=0,0038), MUC6 (0,0001), CD10 (p=0,0021); IV и VI гр.: ГА (p=0,0010), ВИ (p=0,0209), КА (p=0,0000), ЩК (0,0008), ЯП (p=0,0007), ПЯ (p=0,0000), MUC1 (p=0,0291), MUC2 (p=0,0024), MUC6 (p=0,0058), CD10 (p=0,0335). Специфичность и чувствительность для MUC1 составили 83 % и 7 % соответственно, для MUC2 – 51 % и 95 %, для MUC5AC – 33 % и 33 %, для MUC6 – 66 % и 76 %, для CD10 – 81 % и 53 %. На основании показателей специфичности и чувствительности сформирована ИГХ-панель для диагностики «воспаление-дисплазия-рак»: MUC1, MUC2, CD10. ИГХ-панель для определения типа и подтипа неоплазии представлена АТ: MUC1, MUC2, MUC5AC и MUC6.

Выводы. На основании выявленных морфологических и ИГХ-характеристик выявлены отличительные дифференциальные черты для каждого типа неоплазий. Согласно полученным показателям специфичности и чувствительности сформированы диагностические ИГХ-панели. Для дифференциальной диагностики «воспаление-дисплазия-рак» рекомендовано использовать АТ MUC1, MUC2, CD10, а для дифференциальной диагностики типа/подтипа неоплазий – MUC1, MUC2, MUC5AC и MUC6.

ГРАНИЦЫ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОЦЕНКИ ЭТАЛОННОГО РЕЗУЛЬТАТА

Тараканов П. В., Калганов А. А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: оценка эталонного результата (textbook outcome), его предикторов и влияния на выживаемость после открытых (ОРП) и лапароскопических резекций печени (ЛРП) у пациентов с метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В ретроспективное когортное исследование включено 342 больных с метастазами КРР, которым выполнены ОРП и ЛРП с 2014 по 2024 гг. Эталонный результат (ЭР) оценивали по критериям, предложенным Görgeç B. и соавторами (2019). Изучены демографические и периоперационные показатели, частота достижения ТО и, влияющие на это факторы, а также общая выживаемость (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ).

Результаты. Проанализированы результаты 167 ОРП и 175 ЛРП, группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ), числу метастазов, а также сложности резекции по шкале IWATE. В группе ОРП отмечены значимо большие показатели по следующим параметрам: средний размер наиболее крупной опухоли (p=0,019), число метастазов >2 (p<0,001), ASA>3 (p=0,023), оперативное вмешательство на органах брюшной полости (p=0,047) и на печени (p<0,001) в анамнезе. У пациентов в группе ОРП чаще выполнялись обширные резекции печени (p=0,010) и симультанные вмешательства (p=0,008).

После ЛРП частота достижения ТО была достоверно выше: 62,6 %, против 50,3 % в группе ОРП (p=0,023). Наиболее частыми причинами недостижения ЭР были тяжелые послеоперационные осложнения (≥3а по Clavien-Dindo) в группах ОРП и ЛРП: 59 (65,9 %) и 19 (45,2 %), положительный край резекции 15 (25,4 %) и 19 (45,2 %), послеоперационные желчеистечения 13 (22 %) и 5 (22 %) соответственно. Медиана ОВ была статистически значимо выше в группе пациентов, достигших ЭР: 42 мес. против 29 мес. (p=0,026), общая 5-летняя выживаемость при достижении ЭР составила 37 %, при недостижении ЭР – 24 %. Достижение ТО не оказывало влияния на БРВ (14 мес., 17 мес., p=0,485).

Предикторами недостижения ТО являлись: возраст (p=0.033), неоадъювантная химиотерапия (p=0.031), близость опухоли к сосудисто-секреторной ножке печени (p=0.034), продолжительность операции (p=0.021), кровопотеря (0.015).

Заключение. Достижение ТО приводит к достоверному улучшению показателей ОВ у данной категории больных. Минимально инвазивный доступ у таких пациентов имеет потенциал в улучшении ОВ, поскольку оказывает статистически значимое влияние на достижение эталонного результата при условии селекции пациентов.

СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДА ПСЕВДОРАНДОМИЗАЦИИ

Тараканов П. В., Калганов А. А.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Цель исследования: сравнить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопических (ЛРП) и открытых резекций печени (ОРП) различной сложности у пациентов с метастазами колоректального рака (КРР).

Материалы и методы. В исследование включены 334 пациентов, перенесших ОРП и ЛРП по поводу метастазов КРР с 2014 по 2024 годы. Оценивали демографические характеристики, периоперационные показатели, общая (ОВ) и безрецидивная выживаемость (БРВ) в обеих группах. Критериями исключения из исследования являлись: наличие реконструкции желчных протоков и магистральных сосудов, симультанные вмешательства за исключением холецистэктомии, радиочастотная абляция, число очагов более 3 (> 75 процентиля по выборке). С целью сопоставления групп выполнена псевдорандомизация 1:1 по следующим параметрам: возраст, оценка физического статуса по ASA, уровень РЭА, неоадьювантная химиотерапия, размер наиболее крупной опухоли, число метастазов, количество баллов IWATE 7 и более, синхронное метастазирование.

Результаты. В исследование включено 140 пациентов: 70 группа ЛРП и 70 группа ОРП. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, индексу массы тела (ИМТ), ASA статусу, неоадъювантной химиотерапии, уровню РЭА, количеству метастазов, числу синхронных и билобарных метастазов, по сложности резекции печени по шкале IWATE, а также по числу обширных резекций и резекций задне-верхних сегментов (S1,4a,7,8). Сохранялись различия по числу оперативных вмешательств на органах брюшной полости и на печени в анамнезе в пользу лапароскопической группы – 65 (92.9 %), 55 (78.6 %), p=0.028 и 29 (41.4 %), 12 (17.1 %), p=0.003, а также по размеру наибольшей опухоли – 45 ± 24,2 в группе ОРП, против 37,4 ± 22,3 в группе ЛРП, p=0,055. В группе ЛРП отмечалась меньшая величина интраоперационной кровопотери – 267 ± 405мл., против 457 ± 479мл в группе ОРП, p=0.014. Продолжительность применения маневра Прингла была больше в группе ЛРП 25 ± 31,1 мин., против 15,2 ± 19,8 мин. в группе ОРП, p=0.002. Не было выявлено различий по продолжительности операции, числу гемотрансфузий, числу R0 резекций, а также по количеству и характеристике послеоперационных осложнений. Время спребывания в стационаре было меньше в группе ЛРП – 7 ± 3,5 дней, против 9 ± 5,7 дней в группе ОРП, p=0,021. Достоверных различий в общей и безрецидивной выживаемости не выявлено, однако отмечена тенденция к улучшению общей выживаемости в группе ЛРП. Общая 5-летняя выживаемость ЛРП – 50 %, ОРП – 35 %. Медиана ОВ после ЛРП – 48 мес., после ОРП – 32 мес. (p-0,13). Медиана БРВ после ЛРП – 20 мес., после ОРП – 16 мес. (p-0,13). Безрецидивная 3-летняя выживаемость после ЛРП – 21 %, ОРП – 34 % (p-0,753).

Заключение. ЛРП обеспечивают лучшие непосредственные и сопоставимые отдаленные результаты по сравнению с ОРП при метастазах КРР. Основными ограничениями лапароскопического доступа у пациентов с числом опухолевых очагов до трех, являются предшествующие операции на органах брюшной полости а также крупный размер опухоли.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРНОЙ АБЛЯЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Терясов С. Г.

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия

В мире отмечается рост больных с колоректальным раком, синхронным и метахронным метастатическим поражением печени. У половины пациентов заболевание выявляется на поздних стадиях, что значительно уменьшает возможности лечения. Основным методом лечения пациентов с метастатическим раком печени является хирургический. По данным различных авторов операбельность больных метастатическим раком печени не превышает 20-25 %.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с метастатическими опухолями печени путем использования метода лазерной абляции.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 27 пациентов с метастатическим поражением печени с применением лазерной деструкции за период с марта 2017 по январь 2023 гг. Лазерной абляции подвергались опухоли размером от 10 мм до 40 мм, средний размер 29,8 ± 1,7 мм. Лазерная деструкция выполнялась: чрескожно, лапароскопическим и открытым доступом под контролем ультразвукового сканирования. Для лазерной абляции был использован аппарат ECHO LASER X4 производства Италии. Контроль эффективности воздействия осуществлялся ультразвуковым исследованием, компьютерной томографией с внутривенным болюсным усилением и МРТ в динамике.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде в одном случае наблюдалось образование подкапсульной гематомы в области стояния световода, не потребовавшее хирургического вмешательства. Средний койко-день составил 4 дня. Однолетняя выживаемость составила 88 %, двухлетняя – 71 %, трехлетняя – 43,5 %.

Заключение. Применение лазерной абляции показано при недостаточном функциональном объеме печени у больных с ранее выполненными обширными резекциями печени, у соматически отягощенных больных, которым невозможно выполнить резекцию печени.

СПОСОБЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ, РЕЗУЛЬТАТЫ

Тропин В. Е.

ГАУЗ Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург
24-26 сентября 2025

Введение. Ежегодно прогрессирует рост заболеваемости очаговыми образованиями печени. В связи с этим вопросы лечения рака, доброкачественных образований печени по настоящее время остаются актуальными. Для достижения высоких показателей 5-летней выживаемости существует единственный эффективный и радикальный метод лечения: хирургический. Нередко для достижения радикального объема лечения необходимо выполнять долевые резекции печени. В клинических ситуациях с малым объемом ремнанта, сниженным функциональным статусом печени выполнение безопасного одноэтапного хирургического лечения невозможно, ввиду высокого риска развития послеоперационной печеночной недостаточности. С целью минимизации риска развития послеоперационной печеночной недостаточности и создания условий для реализации безопасной и радикальной резекции печени существуют методики, позволяющие создать условия для формирования викарной гипертрофии.

Цель исследования: провести анализ результатов применения методов формирования викарной гипертрофии печени с целью профилактики пострезекционной печеночной недостаточности, оценить результаты.

Материалы и методы. За последние 10 лет в ГАУЗ ККБСМП им. М. А. Подгорбунского пролечены 90 пациентов с очаговыми образованиями печени, которым выполнена двухэтапная резекция печени. Критерием для выполнения двухэтапной резекции печени использовали широко известную догму гепатопанкреатобилиарных хирургов о необходимом остатке печени после резекции: более 30 % здоровой паренхимы печени и более 40 % при скомпрометированной. Мужчин было 26 (28.9 %), женщин 64 (71.1 %), средний возраст составлял 54.58 ± 4.07 лет. По этиологии очагового образования печени следующее распределение: метастазы колоректального рака – 58 (63.2 %), печеночно-клеточный рак – 15 (15.5 %), гемангиома – 6 (6.9 %), внутрипеченочная холангиокарцинома – 2 (2.2 %), фокальная нодулярная гиперплазия – 3 (3.2 %), гепатоаденома – 6 (6.9 %), метастазы рака молочной железы – 1 (1.1 %). По результатам волюметрии печени объем ремнанта составлял 232.7 ± 41.6 мл (11.2 % от общего объема печени), что являлось недостаточным для выполнения одноэтапной радикальной резекции печени. Пациенты распределены на четыре группы: 1 группа-лигирование правой ветви воротной вены 2 группа-воротно-кавальное разобщение (патент на изобретение №2819517 Способ воротно-кавального разобщения кровотока правой доли печени с целью формирования условий для ее резекции заявл. 06.10.2023) 3 группа-лапароскопическая изоляция воротного кровотока(патент на изобретение №2798133 Способ профилактики пострезекционной печеночной недостаточности заявл.15.09.2022) 4 группа-операция ALLPS.

Результаты. Осложнения и результаты оценивались после первого этапа по шкале Clavien-Dindo. В первой, второй и четвертой группах были зафиксированы осложнения, которые требовали интенсивной терапии (2,2 и 4 случая соответственно). В четвертой группе в двух случаях развилась полиорганная недостаточность, закончившиеся летальным исходом. В третье группе значимых осложнений не отмечено. Через четыре недели после первого этапа выполнена динамическая волюметрия, по результату которой отмечена сниженная скорость прироста ремнанта во второй группе, что требовало увеличение времени формирования викарной гипертрофии и соответственно к смещению сроков второго этапа оперативного лечения у 9 пациентов до 8 недель и у 4 более 8 недель. Прогрессирование основного заболевания в данной группе значимого увеличения не отмечено. Второй этап выполнен 75 (83 %) пациентам, после которого проявлений пострезекционной печеночной недостаточности не отмечено.

Выводы. Разработанные методы в ГАУЗ ККБСМП им. М. А. Подгорбунского по результативности и эффективности сравнимы с традиционными методами и обладают рядом преимуществ. Операция лапароскопической изоляции воротного кровотока имеет все преимущества лапароскопических операций. Она также позволяет обойти некоторые ограничения, которые характерны для рентгенэндоваскулярных методов. Порто-кавальное разобщение ввиду полной сосудистой изоляции правой доли печени предотвращает метастазирование, что позволяет смещать сроки второго этапа.

РАК ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: ДИАГНОСТИКА И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Турченко И. А.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А. В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: изучение современных алгоритмов диагностики и отдаленных результатов лечения рака желчного пузыря.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ 52 пациентов с гистологически подтвержденным раком желчного пузыря. На дооперационном этапе заболевание было выявлено у 31 (60 %) пациентов, в 18 (35 %) случаях были установлены диагнозы воротной холангиокарциномы, холангиоцеллюлярного и гепатоцеллюлярного рака. Онкологический диагноз был установлен на дооперационном этапе в 46 (89 %) случаях.

Резекционные вмешательства были выполнены у 34 (66 %) пациентов, в остальных случаях операции носили паллиативный и эксплоративный характер. Было выполнено 28 холецистэктомии с резекцией IV, V сегментов печени, в 9 случаях объем вмешательства был дополнен резекцией гепатикохоледоха и реконструктивной гепатикоеюностомией, в 5 наблюдениях холедох дренировался по Холстеду-Пиковскому.

Среди выполненных операций следует отметить 3 объемных вмешательства: расширенная левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией большого сальника; комбинированная резекция I, IVб, V, VI сегментов печени, холецистэктомия, правосторонняя гемиколэктомия, резекция большого сальника и передней брюшной стенки; анатомическая резекция сегментов печени (IVб, V, VI). Удаление кисты (тератомы?) левого яичника. Дренирование брюшной полости.

R0 резекции удалось достичь в 13 (25 %) наблюдениях, R1 – в 17 (33 %).

Результаты. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 15,6 (1-71) дней. Структура послеоперационных осложнений не носила специфического характера. Число осложнений Clavien-Dindo (1-3a) составило 25 (48 %) наблюдений, количество тяжелых осложнений Clavien-Dindo (3b-5) – 10 пациентов (18 %). Медиана выживаемости составила 10,5 месяцев, наибольшая выживаемость – 35 месяцев.

Заключение. Проведенный анализ продемонстрировал трудности в дифференциальной диагностике рака желчного пузыря со злокачественными новообразованиями печени и внепеченочных желчных протоков. Выявление и лечение рака желчного пузыря сопряжено с определенными сложностями. Первостепенным направлением развития должно стать обеспечение ранней и точной диагностики и радикальной хирургической помощи. С учетом агрессивного характера опухоли, определенный потенциал могут иметь исследования биологических особенностей данного типа рака.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЭТАЛОННОГО РЕЗУЛЬТАТА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Фисенко Д. В., Тараканов П. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Резекции печени при внутрипеченочной холангиокарциноме (ВПХК) сопряжены с высоким риском осложнений, в связи с чем актуальной является разработка модели эталонного результата (ЭР), включая оценку предикторов достижения ЭР.

Цель исследования: определить факторы, влияющие на достижение ЭР, разработать уравнение бинарной логистической регрессии с оценкой вероятности достижения ЭР.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с ВПХК, оперированные в период с 2015 по 2024 годы. Достижение ЭР считалось при одновременном отсутствии интраоперационных осложнений ≥2 класса, осложнений ≥3 по Clavien-Dindo, желчной фистулы класса B и C (ISGLS), госпитальной летальности, повторной госпитализации в течение 30 дней, R1 резекции. С использованием бинарной логистической регрессии оценивались факторы, влияющие на достижение ЭР. По результатам совокупности факторов, выявлена наиболее чувствительная и специфичная модель логистической регрессии.

Результаты. Изучены данные 104 пациентов. ЭР был достигнут у 40 (38,5 %) больных. При однофакторном логистическом анализе выявлены факторы, достоверно влияющие на не достижение ЭР: размер опухоли (p=0,022), желтуха (p=0,05), открытый вариант доступа (p=0,016). При проведении многофакторного логистического регрессионного анализа выявлена комбинация четырех факторов, достоверно оказывающих негативное влияние на достижение ЭР: размер опухоли (p=0,024), кровопотеря (p=0,046), желтуха (p=0,001) и открытый вариант доступа (p=0,010). При построении ROC кривой AUC модели составил 0.885. На основании указанных факторов построено уравнение логистической регрессии по прогнозированию вероятности достижения ЭР. P=1/(1+e^(-z)) e = 2,71828 (основание натурального логарифма), Z = - 2,694 x (1 – если желтуха / 0 – если нет) – 0,021 x размер опухоли (мм.) – 0,002 x интраоперационная кровопотеря (мл) + 1,558 x (1 – минимально инвазивный доступ / 0 – открытый доступ).

Заключение. Прогностическая модель, включающая кровопотерю, размер опухоли, желтуху и вариант доступа является надежным инструментом для прогнозирования не достижения ЭР у пациентов с ВПКХ.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Фисенко Д. В., Тараканов П. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Эффективность методов лечения рецидивной внутрипеченочной холангиокарциномы (РВПХК) оценивается противоречиво и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: оценить результаты лечения больных РВПХК.

Материалы и методы. В исследование включены 104 больных, перенесших резекцию печени по поводу ВПХК. Проанализированы частота и сроки возникновения РВПХК, результаты комбинированного лечения.

Результаты. РВПХК возник у 57 (54,8 %) больных. Структура рецидивов включала внутрипеченочные у 30 (52,6 %) пациентов, внепеченочные у 12 (21,1 %), сочетанные рецидивы у 15 (26,3 %) больных. Среди рецидивов связь с зоной резекции имела место у 7 (12,3 %) пациентов. Рецидив в сроки до 6 месяцев возник у 16 (15,4 %), от 6 месяцев до 1 года – у 16 (15,4 %), более 1 года – у 25 (24 %) больных. Комбинированный метод лечения включал варианты локального лечения: повторная операция/радиочастотная абляция (РЧА)/трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) совместно с химиотерапией/иммунотерапией – у 24 (42,6 %) пациентов. Локорегионарное лечение в качестве единственного или комбинированного варианта проводились только пациентам с внутрипеченочным рецидивом. У 7 (23,3 %) больных были выполнены повторные резекции печени. Критериями отбора для резекций считали: безрецидивный период >12 месяцев, отсутствие метастазов в лимфоузлы, отсутствие внепеченочных рецидивов. Другие методы локального лечения (РЧА и ТАХЭ) были применены у 12 (40 %) пациентов. Достоверной разницы между частотой резекции и применением других локальных методов не отмечено (p=0,165). Всем пациентам проводилась системная химиотерапия, в том числе иммунотерапия (35,3 %). Пятилетняя общая выживаемость при РВПХК независимо от локализации рецидива составила 26 % (медиана 53 месяца), у пациентов с комбинированным лечением – 40 % (57 месяца), у пациентов только с системной химиотерапией – 19 % (53 месяца).

Заключение. Комбинированное лечение с применением местных методов улучшает общую выживаемость пациентов с РВПХК. Локальное лечение – наиболее эффективный вариант, который следует использовать по возможности.

ЭТАЛОННЫЙ РЕЗУЛЬТАТ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Фисенко Д. В., Тараканов П. В.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А. С. Логинова ДЗМ», Москва, Россия

Введение. Растет количество исследований, в которых предлагаются модели эталонного результата (ЭР) для резекций печени. Оценка достижения ЭР после резекции печени по поводу внутрипеченочной холангиокарциномы (ВПХК) изучена недостаточно.

Цель исследования: оценить частоту достижения ЭР после резекций печени у больных ВПХК, влияние факторов на достижение ЭР, влияние ЭР на выживаемость.

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с ВПХК, оперированные в период с 2015 по 2024 годы. Оценка достижения ЭР печени проводилась с использованием критериев, предложенными B. Görgec и соавт.: отсутствие интраоперационных осложнений ≥2 класса, осложнений ≥3 по Clavien-Dindo, желчной фистулы класса B и C (ISGLS), госпитальной летальности, повторной госпитализации в течение 30 дней, R1 резекции. Оценивалось влияние ЭР на выживаемость, а также методом бинарной логистической регрессии оценивалось влияние факторов на достижение ЭР.

Результаты. В исследование включено 104 пациента. ЭР был достигнут у 40 больных (38,5 %). Факторами, достоверно влияющими на недостижение ЭР (нЭР) были: размер опухоли (p=0,024), кровопотеря (p=0,046), желтуха (p=0,001) и открытый вариант доступа (p=0,010). Показатель достижения ЭР у больных с ВПХК при резекциях печени без сосудистых и билиарных реконструкций составил 57,2 %. Медиана общей выживаемости для ЭР и нЭР составила 53 и 25 месяцев соответственно. Несмотря на отсутствие достоверно значимых различий выживаемости, отмечается тенденция к улучшению общей выживаемости у больных достигших ЭР (p=0,076).

Заключение. Модель ЭР, предложенная B. Görgec и соавт., является эффективным инструментом для оценки качества хирургического вмешательства по поводу ВПХК. Качество оценки может быть улучшено путем анализа ЭР у пациентов с/без сосудистой и билиарной резекции и реконструкции.

ФЛУОРЕСЦЕНТНАЯ ХОЛАНГИОГРАФИЯ – НАВИГАТОР В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Фоменко Е. Е., Мянзелин М. Н.

ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Лапароскопическая холецистэктомия является одним из самых часто выполняемых оперативных вмешательств в мире. Соблюдение критериев безопасности во избежание повреждения желчных протоков – ключевая задача оперирующего хирурга. Не смотря на широкую популярность ЛХЭ, повреждение внепеченочных желчных протоков и по сей день остается одной из ключевых причин инвалидизации и летального исхода после операции. Причина повреждений внепеченочных желчных путей в основном связана с неправильной идентификацией билиарных структур вследствие врожденных анатомических особенностей или рубцово-спаечного процесса. С целью достижения лучшего профиля безопасности операции сегодня существуют дополнительные интраоперационные методы визуализации. ICG-холангиография – это простой, безопасный, легкий в освоении метод, позволяющий полноценно оценить билиарную анатомию.

Материалы и методы. Провели сравнение результатов лечения пациентов, оперированных в объеме лапароскопической холецистэктомии с использованием флуоресцентной холангиографии и без нее. Также проводился подбор оптимальной методики введения. Подбор доз осуществлялся на выборке пациентов (n=71) с острым и хроническим холециститом от 18 до 98 лет. Предварительно разведенный раствор (25 мг на 10 мл воды для инъекций) индоцинанина зеленого 2,5 мг вводился внутривенно в разные интервалы времени до начала лапароскопии. Разброс составил от 30 до 210 минут. Для каждого случая проводилась оценка визуализации в ближнем инфракрасном свете желчных протоков, а также степени свечения печени. Далее проводилось сравнение результатов лечения двух группа пациентов: основной группе выполнялась холецистэктомия с флуоресцентной навигацией, контрольной группе выполнялась стандартная холецистэктомия. За 2023 г. 71 пациенту была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием индоцианин зеленого. Контрольная группа оценивалась ретроспективно, в нее вошло 98 пациентов.

Результаты. Оптимальное время введения по нашим данным за 110-210 минут до начала лапароскопии. Медианное время введения ICG за 82 минуты. Также при отсутствии блока желчного пузыря возможно использовать прямое внутрипузырное введение индоцианин зеленого 25 мг, разведенного на 10 мл желчи пациента. Визуализация в ближнем инфракрасном свете проводилась перед началом диссекции, перед клипированием протоков и во время диссекции от ложа желчного пузыря с целью исключения аберрантных желчных протоков. Билиарная анатомия была идентифицирована во всех случаях. При сравнении результатов лечения в основной группе не было летальных исходов, конверсии доступа, повреждений внепеченочных желчных путей.

Выводы. Использование флуоресцентной холангиографии позволяет улучшить результаты оперативного лечения пациентов с желчнокаменной болезнью. В случае заранее прогнозируемой трудной холецистэктомии авторы считают оптимальным внутривенное введение индоцианин зеленого 2,5 мг за 1,5-4 часа до начала лапароскопии. В случае столкновения с выраженными топографо-анатомическими изменениями билиарной зоны интраоперационно, авторы рекомендуют использовать методику прямого внутрипузырного введения 25 мг индоцианин зеленого, разведенного в 10 мл желчи пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИДРОКОНСЕРВИРОВАННЫХ СОСУДИСТЫХ АЛЛОГРАФТОВ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Чистый А. А., Шестель И. В.

ГУ «Минский научно-практический центр хирургии, трансплантологии и гематологии», Минск, Беларусь

Введение. Прогресс медицины расширил возможности хирургического лечения заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Тем не менее, остается актуальной проблема лечения осложненных форм сосудистой патологии, где камнем преткновения стал выбор подходящего пластического материала, ввиду неудовлетворительных результатов применения таких классических вариантов, как синтетические сосудистые протезы и недоступность аутологичные сосудов подходящей конфигурации. Альтернативным вариантом может стать применение сосудистых аллографтов при условии качественно выполненной эксплантации сосудов у умершего донора.

Цель исследования: проанализировать опыт применения сосудистых аллографтов при оперативных вмешеательствах на гепатопанкреатобилиарной зоне и увеличить их эффективность путем разработки и внедрения нового метода проведения операции эксплантации сосудистых аллографтов во время мультиорганного забора.

Материалы и методы. Исследование охватывает промежуток времени с 1 января 2010 года по 31 декабря 2022 года, и включает данные обо всех выполненных операциях эксплантации и имплантации сосудистых аллографтов в Республике Беларусь.

Результаты. За исследуемый промежуток времени в Республике Беларусь были выполнены эксплантации 1668 сосудистых аллографтов у 744 умерших доноров. Из эксплантированных сосудистых аллографтов 576 (34,53 %) были применены для имплантаций, 1092 (65,46 %) были утилизированы. На основании анализа опыта выполненных эксплантаций сосудистых аллографтов был разработан и внедрен в клиническую практику метод эксплантации сосудистых аллографтов во время мультиорганного забора.

Выводы. В течение всего периода исследования практики трансплантации сосудистых аллографтов в Республики Беларусь наблюдался как прирост абсолютного числа ежегодно выполняемых эксплантаций, так и прирост абсолютного число ежегодно выполняемых имплантаций сосудистых аллографтов. Внедрение и применение разработанного метода эксплантации сосудистых аллографтов во время мультиорганного забора позволило увеличить доступность высокотехнологичной медицинской помощи для населения Республики Беларусь, что было доказано увеличением эксплантационной активности на 28,99 % (с 676 до 872 операций), имплантационной активности на 559,72 % (с 72 до 475 операций), доли эффективных эксплантаций сосудистых аллографтов на 43,8 % (95 % ДИ 39,6-48,0) за сопоставимые временные периоды.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО МЕТОДА ГЕМОСТАЗА ПРИ МАЛЫХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Шаталин В. А.

ГАУЗ «Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского», Кемерово, Россия

Актуальность. Современные методы диагностики и лечения позволяют выполнять атипичные резекции первичных опухолей печени с использованием комбинированного гемостаза как при заболевании печени первичными опухолями, так и при метастатическом поражении. Ключевым аспектом резекции является способ рассечения тканей для выделения сосудисто-протоковых структур. В последние годы в специализированных клиниках активно применяются ультразвуковые и водоструйные диссекторы-аспираторы, а также аргон-усиленная электрокоагуляция, что ускоряет операции, снижает интраоперационную кровопотерю и время достижения гемостаза.

Материалы и методы. В «Кузбасском областном гепатологическом центре» с 2018 по 2025 гг. было проведено 163 операции у пациентов с различными патологиями печени. Пациенты были разделены на три группы: 1-я группа – резекции без маневра Прингла и местного гемостаза; 2-я группа – резекции с местным гемостазом без маневра Прингла; 3-я группа – резекции с местным гемостазом и маневром Прингла, интраоперационной визуализацией под УЗ-контролем и комбинированной электрокоагуляцией. Для гемостаза использовали различные методы, включая прецизионную электрокоагуляцию и аргон-усиленную коагуляцию.

Результаты. В 1-й группе среднее время операции составило 247 ± 34 минуты, кровопотеря — 508 ± 54 мл. Во 2-й группе время операции — 220 ± 22 минуты, кровопотеря — 308 ± 62 мл. В 3-й группе время операции составило 117 ± 5 минут, а кровопотеря была минимальной. В 1-й группе отмечено 5 специфических осложнений (3 биломы, 5 гематом), во 2-й и 3-й группах осложнений не было. Билиарные осложнения купировали пункционно под УЗ-контролем, в одном случае потребовалась санационная релапароскопия. Все операции прошли успешно, без летальных исходов и необходимости переливания крови. Дренажи удалялись на 3–5-е сутки, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 4 (± 2) дня. Важно отметить, что в группах с местными гемостатическими композициями и маневром Прингла было меньше специфических осложнений. Полученные данные могут быть использованы для оптимизации результатов хирургического лечения заболеваний печени.

Выводы. Применение комбинированного местного гемостаза при хирургическом лечении печени существенно сокращает время операции, снижает кровопотерю и минимизирует риск осложнений, что улучшает восстановление пациентов и сокращает время их пребывания в стационаре

ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Яралиев В. М.

ФГБУ «Федеральный научно-клинический центр физико-химической медицины им. академика Ю. М. Лопухина Федерального медико-биологического агентства», Одинцово, Россия

Актуальность. Хронический панкреатит (ХП) – неинфекционное воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), которое часто сопровождается выраженным болевым синдромом и в некоторых случаях требует хирургического вмешательства. Оценка качества жизни (КЖ) пациентов с ХП играет ключевую роль в определении эффективности проведенного хирургического лечения и зачастую становится основным критерием его успешности.

Цель исследования: изучить КЖ больных основными формами ХП до и после хирургического лечения при помощи различных опросников и провести их сравнительный анализ.

Материалы и методы. В исследование включены 87 пациентов, оперированные на клинических базах кафедры факультетской хирургии ВМедА в период 2016–2018 гг. Согласно модифицированной Марсельско-Римской классификации пациенты были стратифицированы на основные формы ХП: обструктивный (ОХП) – 16, кальцифицирующий (КХП) – 36, воспалительный (ВХП) – 36. Пациентам было выполнено 126 хирургических вмешательств (резекционные – 35, дренирующие – 91). КЖ оценивали с помощью опросников SF-36, SF-12, GIQLI, PANQOLI до операции и через 12 месяцев после нее.

Результаты. Оценка КЖ по опросникам SF-36 и его краткой версии SF-12 до и после хирургического вмешательства выявила заметное его улучшение у пациентов с всеми формами ХП. Сравнительный анализ показал, что наиболее высокие показатели КЖ по всем шкалам SF-36 отмечены у пациентов с ОХП, тогда как самые низкие — у пациентов с ВХП. При детальной оценке подгрупп установлено, что лучшее общее здоровье как до, так и после операции зафиксировано у пациентов с ОХП без кистообразования, а худшее — в предоперационном периоде у пациентов с КХП с протоковой гипертензией, а после операции в подгруппе КХП с ППГПЖ. Для более детального анализа КЖ были использованы специфические опросники GIQLI и PANQOLI, который был особенно эффективен, так как включает вопросы, наиболее значимые и максимально учитывающие физические, социальные, экономические и эмоциональные аспекты здоровья больных с ХП. Для сравнительного анализа всех методик, был проведён ROC-анализ. Были оценены чувствительность и специфичность каждого из опросников, относительно успешности хирургического лечения. Эффективность методик анализируется визуально по кривым и через сравнение площадей под ними. Опросник PANQOLI признан наиболее точным инструментом для оценки качества жизни у пациентов с ХП. Статистический анализ показал, что пороговое значение в 84,5 балла позволяет достоверно прогнозировать исход лечения: при показателе ниже 84,5 неудовлетворительный результат ожидается с вероятностью 93 %, тогда как превышение этого значения гарантирует успешный исход с вероятностью 100 %. Этот порог отражает наилучший баланс между чувствительностью и специфичностью метода. Неудовлетворительные результаты хирургического лечения хронического панкреатита выявлены у 23 % пациентов, что сопровождалось снижением качества жизни по PANQOLI. Основными причинами стали неверный объем операции (n=16) и несоблюдение рекомендаций после лечения (n=10), что способствовало прогрессированию болезни. Повторные операции в большинстве случаев (n=14) улучшили результаты, повысив общую эффективность лечения с 77 % до 93 %.

Выводы. Хирургическое лечение значительно улучшает КЖ пациентов с ХП, что зависит от формы заболевания, состояния поджелудочной железы и корректности вмешательства. Опросник PANQOLI признан наиболее эффективным инструментом оценки КЖ, а порог в 84,5 балла служит индикатором успешности лечения и эффективности используемых методов.

ИМЕННОЙ УКАЗАТЕЛЬ

Абдулкеримов З. А. 32
Азовская В. В. 17
Алагулов А. А. 16
Алексеев К. И. 72
Анюшин И. Л. 50, 52
Артемьева Н. Н. 74, 76
Арутюнов О. Р. 79
Астапович С. А. 47, 82
Ахаладзе Г. Г. 56
Ахматзаде С. М. 34
Ахмедов А. Н. 90
Ашурова Н. М. 25, 92

Бабаджанов А. Х. 12, 57
Багненко С. С. 14
Бадахова А.Б. 37
Баймаханов Б. 31
Баймаханов Б. Б. 71
Балабеков А. Г. 32
Балахнин П. В. 13, 14
Балиев З. Э. 56, 93
Баранова Т. С. 45
Башатова Ф. А. 71
Беркинов У. Б. 65
Бородин Д.М. 41
Бояринов Д. Ю. 29
Брицкая Н. Н. 15, 44
Букирь В. В. 22
Бурмистров А.И. 79
Буровик И. А. 14
Бычковский П. А. 42

Вагапов А. И. 35, 37
Ванькович А. Н. 15, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88
Вартанова С. С. 72
Вахромкин В. С. 94
Величко Е. А. 50, 52
Ветшев Ф. П. 72
Власов А. В. 33
Власов А. П. 16

Габоян А. С. 17
Гамидов М. Ж. 70
Глебова А. В. 74, 76
Гоев А. А. 68
Горин Д. С. 28, 68
Грицун В. Ю. 50, 52
Гришко П. Ю. 14
Гуляев Ю. А. 58
Гурмиков Б. Н. 27, 77

Давудова А. А. 72
Дадоходжаев А. А. 95
Данилов С. А. 74, 76
Дарвин В. В. 70
Двухжилов М. В. 79
Дедюля Н. И. 18
Делибалтов К. И. 16
Демин Д. Б. 84
Джантуханова С. В. 35, 37
Дзядзько А. М. 48
Диникин М. С. 58
Досханов М. 31
Досханов М. О. 71
Дроздов П. А. 47, 82
Дьячков А. Е. 25, 96

Егоров А. В. 72
Едемичева И. П. 41
Ермакович-Савчук Ю. В. 49
Ефанов М. Г. 15, 23, 24, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88
Ефимов Д. Ю. 18, 41, 83

Жаворонкова О. И. 64, 73
Жемерикин Г. А. 72

Загайнов В. Е. 77
Загайнов Е. В. 14
Зайцев О. В. 25, 80
Замолодчиков Р. Д. 35, 37
Захаров Н. С. 22
Зверева Е. Л. 49
Зеленин В. В. 74
Злобин А. И. 32

Ибрагимов С. А. 97
Иброхимов С. С. 12, 57
Иванова А. К. 58
Иванов Д. Н. 53, 54
Иванов И. И. 30
Иванов Ю. В. 32, 50, 52
Ивануса С. Я. 53, 54
Ионкин Д. А. 39, 64, 73

Кадыров Д. М. 19, 20
Казанцев В. В. 45
Калганов А. А. 60, 61, 62, 63, 86, 104, 105
Каниев Ш. 31
Каниев Ш. А. 71
Кан П. Б. 70
Карачун А. М. 14
Каримов М. Р. 65
Каримов Ш. И. 21
Кашинцев А. А. 74
Кирковский Л. В. 41, 42, 46, 49, 67, 81, 89
Кислицин Д. П. 22
Коваленко Д. Е. 15, 23, 24, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88
Коваленко Ю. А. 27
Кодиров Ф. Д. 19, 20
Козак О. Н. 42, 48, 49
Козубова К. В. 14
Копейкин А. А. 25, 80
Королева А. А. 15, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88
Коротков О. С. 18
Коротков С. В. 18, 46, 48, 49, 67, 81, 83, 89
Котив Б. Н. 53, 54
Коханенко Н. Ю. 74, 76
Кочанов Д. А. 17
Кошелев И. А. 55, 87
Крачак Д. И. 48
Кривенко С. И. 18, 83
Кригер А. Г. 28, 68
Крючков Г. И. 97
Кукош М. Ю. 17
Кулиш А. В. 14
Курсенко Р. В. 98
Кухарев Д. Ю. 41

Ладутько Д. Ю. 89
Лазуткин М. В. 53, 54
Левина Д. И. 49
Левина О. Н. 47, 82
Левкин К. И. 16
Леонов С. Д. 26
Лиджиева Э. А. 47, 82
Лискевич Р. В. 32
Лысак М. М. 70

Макарчев А. Д. 27
Макатова Б. И. 77
Макеев Д. А. 82
Макович В. Н. 89
Малькевич В. И. 13, 14
Мамошин А. В. 79
Маринова Л. А. 77
Маркин О. В. 16
Марков П. В. 28, 68, 77, 79
Мартиросян Т. А. 28, 68
Мархабеков Д. 31
Мархабеков Д. Е. 71
Маткаримов Ш. У. 12
Махановский И. А. 48
Махмудов У. М. 12, 57
Месиков О. И. 16
Минина М. Г. 47, 82
Михайлов А. Ю. 45
Мукажанов Д. 31
Мукажанов Д. Е. 71
Мянзелин М. Н 29
Мянзелин М. Н. 113

Нагасбеков М. 31
Нагасбеков М. С. 71
Надина И. В. 15, 44, 60, 61, 62, 63, 86, 88, 99
Назарова Е. А. 18
Назарова Е. Г. 83
Назаров Ю. С. 50, 52
Нартайлаков М. А. 30
Нестерова В. В. 14
Нестеров Д. В. 14
Никитина Т. О. 90
Никитин Д. Ю. 22
Нуриахметов Р. Р. 30

Онищенко С. В. 70
Оспан Ж. 31
Оспан Ж. Р. 71

Паклина О. В. 39
Панченков Д. Н. 32
Панюшкин А. В. 33
Папинен А. В. 22
Паскошева Д. Д. 90, 100
Пелипась Ю. В. 58
Погадаев В. В. 30
Праздников Э. Н. 55, 87
Примакова Е. А. 18, 83
Пьянкин А. Б. 22

Радионов Ю. В. 76
Рахимзода Т. Э. 21, 66
Рахмаев Т. С. 25, 80
Рахманов С. У. 21, 66
Романова И. А. 18
Руммо О. О. 18, 41, 42, 46, 48, 49, 67, 81, 83, 89

Савченко А. В. 42
Садовский Д. Н. 18
Сазановец В. В. 18

Салимгареев И. З. 30
Сангинов Д. Р. 34
Саттаров О. Т. 65
Сезина Е. И. 48
Семенцов К. В. 29
Слинько В. Р. 101
Слободенюк В. П. 25
Соловьев Н. О. 15, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88, 102
Сохибназаров Д. Н. 30
Станкевич В. Р. 50, 52
Старков Ю. Г. 35, 37
Степанова Ю. А. 39, 64, 73
Стручков П. В. 79
Суйеркулов М. 31
Суйеркулов М. У. 71
Султанов С. А. 12
Султонова Р. Д. 12
Сураев Д. Э. 103

Табаров З. В. 19, 20
Тараканов П. В. 15, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88, 99, 104, 105, 110, 111, 112
Тарасенко С. В. 25, 80
Тепляков Д. В. 74
Терясов С. Г. 106
Тилеуов С. 31
Тилеуов С. Т. 71
Тихомирова Г. И. 45
Трандофилов М. М. 55, 87
Трифонов С. А. 27
Тропин В. Е. 107
Тупикин К. А. 32
Тургунбоев Э. К. 12
Турсынбай М. 31
Турсынбай М. К. 71
Турченко И. А. 109

Урусов Д. А. 22

Фахриев Ж. А. 97
Федорук А. М. 41, 42, 49, 67
Федорук Д. А. 41, 42
Фисенко Д. В. 15, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88, 110, 111, 112
Фоменко Е. Е. 29, 113

Хаджиева А. 31
Хаджиева А. А. 71
Хакимов М. Ш. 21, 66
Халиков С. А. 65
Халимов Э. В. 45
Хасанов В. Р. 21, 66
Хегай В. Е. 15, 44, 59, 60, 61, 62, 63, 86, 88
Хужамкулов А. А. 34

Чекмарева И. А. 39
Чернышов Т. М. 42, 46, 67, 81, 89
Чжао А. В. 39, 64, 73
Чистый А. А. 114

Шабунин А. В. 47, 82
Шамрук В. В. 41
Шарапов И. Е. 79
Шарипов В. Ш. 20
Шарифжонов С. М. 12
Шаталин В. А. 115
Шестель И. В. 114
Шмелев А. С. 13, 14
Штурич И. П. 18, 41, 48, 49, 83
Шукуров К. У. 68

Щерба А. Е. 18, 41, 42, 46, 48, 49, 67, 81, 83, 89

Юркина Е. Г. 18

Яралиев В. М. 116
Ятимов М. М. 34

XXXII МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»,
ПОСВЯЩЕННЫЙ 80-ЛЕТИЮ ПОБЕДЫ В ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЕ

Санкт-Петербург, 24-26 сентября 2025 г.

[ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗДАНИЕ]:
МАТЕРИАЛЫ / под редакцией академика РАН Багненко С. Ф.,
проф. Вишневского В. А., проф. Степановой Ю. А., проф. Королькова А. Ю.

ISBN 978-5-6054338-1-1

СПб.: Прима Локо, 2025
1 электрон. опт. диск (CD-ROM)
Мин. систем. требования: Pentium 100 МГц; 16 Мб RAM;
Windows XP; Adobe Reader 7.0

© Багненко С. Ф., Вишневский В. А., Степанова Ю. А., Корольков А. Ю., 2025
© Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, 2025
© Прима Локо, оформление, 2025