Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Российская Академия Медицинских Наук
Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ
Министерство здравоохранения Свердловской области
Управление здравоохранения администрации г. Екатеринбурга
ГОУ ВПО «Уральская Государственная Медицинская Академия Росздрава»
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

Посвящается памяти
проф. И.Д. Прудкова

XVI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОГРЕСС ХИРУРГОВ-ГЕПАТОЛОГОВ СТРАН СНГ «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ»

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

Страны-участнмкм конгресса:
Азербайджан, Армения, Белоруссия, Казахстан,
Кыргызстан, Латвия, Молдова, Россия, Таджикистан,
Туркменистан, Узбекистан, Украина

16 – 18 сентября 2009 года
г. Екатеринбург

I РАЗДЕЛ

НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ И СЕГМЕНТАРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ В СОЧЕТАНИИ С НЕФРЭКТОМИЕЙ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЧЕК И ПЕЧЕНИ. ОЦЕНКА БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Алиханов Р.Б., Панченков Д.Н., Быстров А.А.

Кафедра общей хирургии МГМСУ,
лаборатория минимально-инвазивной хирургии НИМСИ,
Онкологический клинический диспансер № 1, Москва, Россия

Необходимость симультанных вмешательств на печени и почке возникает в клинической практике нечасто, и применима, главным образом, при первично-множественном раке этих органов, с прорастанием рака почки в печень, а также метастазами рака почки в печень.

Целью исследования было оценить ближайшие результаты симультанных нефрэктомий и различных по объему резекций печени у пациентов со злокачественными поражениями почек и печени.

За период 2008 – 2009 гг. оперировано 4 пациента (2 мужчины и 2 женщины, средний возраст составил 54 года), которым были выполнены различные симультанные операции (1-й пациент – с первично множественным раком сигмовидной кишки с метастазом в 6-7-8 сегментах печени, почечно-клеточным раком левой почки – выполнена резекция сигмовидной кишки, левосторонняя нефрэктомия, правосторонняя гемигепатэктомия; 2 пациент – с раком правой почки, с метастазом в 5-6-8 сегменты печени – выполнена правосторонняя нефрэктомия и правосторонняя гемигепатэктомия, 3 пациент – с раком правой почки с прорастанием в 6 сегмент печени – выполнена правосторонняя нефрэктомия и анатомическая сегментарная резекция 6 сегмента печени, 4 пациент – с раком правой почки и прорастанием в 5-6 сегменты печени – была выполнена правосторонняя нефрэктомия и атипичная резекция 5-6 сегментов печени).

Максимальное время операции составило 8 часов 30 минут, минимальное – 2 часа 45 минут. Средняя кровопотеря составила у пациентов с правосторонней гемигепатэктомией – 1000 мл, у пациентов с резекциями сегментов печени – 500 мл.

Летальных исходов не было. У двух пациентов после нефрэктомий в сочетании с лимфаденэктомией развилась длительная лимфорея (больше 3 недель), у двух пациентов отмечен реактивный правосторонний плеврит, у одного пациента нагноение послеоперационной раны.

Комбинированные и симультанные вмешательства на печени и почках при злокачественном их поражении могут выполняться при тщательном отборе пациентов с оценкой их общего соматического состояния и распространенности опухолевого процесса.

ОЦЕНКА ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Алиханов Р.Б., Емельянов С.И., Хамидов М.А., Панченков Д.Н.

Московский государственный
медико-стоматологический университет, Москва, Россия

Целью исследования было оценить показания и противопоказания к лапароскопической эхинококкэктомии (ЛЭ) на основе сравнения ближайших и отдаленных результатов эндовидеохирургической и традиционной эхинококкэктомий у пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени, а также на основе оценки различных интраоперационных факторов.

ЛЭ выполнена у 50 пациентов в возрасте от 16 до 68 лет, традиционная эхинококкэктомия у 82 пациентов в возрасте от 16 до 73 лет. Контрольная группа практически не отличалась от основной. ЛЭ выполнена у 50 пациентов в возрасте от 16 до 68 лет, традиционная эхинококкэктомия у 82 пациентов в возрасте от 16 до 73 лет. ЛЭ включала в себя следующие этапы: обзорная лапароскопия, ограничение зоны операции салфетками, смоченными антипаразитарными препаратами, пункция и эвакуация содержимого кист с соблюдением принципов апаразитарности, обработка полости кист до вскрытия фиброзной капсулы, вскрытие фиброзной капсулы и эвакуация содержимого кист в эндоконтейнер, эндовидеоскопия остаточной полости печени, ликвидация остаточной полости печени.

В группе с ЛХЭ осложнения были у 5(10)% пациентов, в контрольной группе – у 21(25,6%). Наиболее частыми осложнениями были: нагноение остаточной полости, желчеистечение, кровотечение, поддиафрагмальный абсцесс, нагноение раны, пневмония.

Летальность в группе с ЛХЭ и в контрольной группе была одинаковой и составила 2%. Рецидив возник в группе с ЛХЭ у одного пациента, в контрольной группе – у двух пациентов.

Опыт позволяет сделать вывод, что любая эхинококкэктомия может рассматриваться к выполнению лапароскопическим способом при отсутствии следующих противопоказаний: 1) глубокорасположенные интрапаренхиматозные кисты, 2) плотные сращения кисты с окружающими тканями, 3) недоступные для манипуляций кисты (расположение в задних сегментах печени), 4) более трех кист, 5) эхинококковые кисты других органов, 6) кисты с толстыми кальцифицированными стенками, трудные для удаления, 7) большие кисты III, IV, V (по классификации Gharbi).

ДИНАМИКА ХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Матмуратов С.К.

НЦХП и ЖВП МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

С целью изучения характера изменений химического состава желчи нами были проанализированы результаты химического исследования желчи у 123 больных с холецистолитиазом в сочетании с холедохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

Материал и методы исследования. Из 123 больных оперировано 113. Во время операции с помощью катетера, введенного через культю пузырного протока, у 95 (84,07%) из 113 оперированных больных удалось определить уровень гидростатического давления в общем желчном протоке (в мм вод. ст.). У 18 пациентов из-за узости диаметра пузырного протока катетеризация не увенчалась успехом.

В послеоперационном периоде гидростатическое давление в общем желчном протоке определяли на 1, 3 и 7 сутки после операции по дренажу Пиковского.

Для оценки химического состава желчи у больных всех групп определяли как абсолютные, так и относительные значения концентрации липидов: коэффициент ЖК/Х, ИЛ, концентрацию холестерина, билирубина, желчных кислот. Желчь исследовали при pH не ниже 7.

Результаты. Химический состав желчи исследовали при разных уровнях гидростатического давления в общем желчном протоке. У 76% из 113 больных в желчи обнаружено увеличение

концентрации холестерина, билирубина, ИЛ желчи и уменьшение концентрации суммарных количеств ЖК, коэффициента ЖК/Х. У 24% больных уровень холестерина, ЖК, билирубина, коэффициент ЖК/Х и ИЛ были снижены.

По мере нарастания гидростатического давления в общем желчном протоке увеличивалась концентрация билирубина и холестерина, а концентрация суммарных ЖК и фосфолипидов, напротив, уменьшалась.

Изучение состава желчи после операции показало, что у 80% из них при отсутствии выраженных изменений функции печени восстановление нормального процесса желчеобразования и оттока желчи привело к постепенной нормализации состава желчных мицелл – 0,75 ммоль/л по сравнению с дооперационным периодом, что, вероятно, может быть обусловлено созданием хорошего оттока желчи.

Однако в дальнейшем общее количество ЖК вновь уменьшается и не достигает нормы в послеоперационном периоде – ±0,24 ммоль/л. Максимальное увеличение количества ЖК в первые сутки после операции – 13,43±0,13 ммоль/л. В послеоперационном периоде постепенно нарастала концентрация фосфолипидов, и к 14 дню составила в среднем 2,67±. Обнаружено, что уровень холестерина снижался в течение всего послеоперационного периода, что составило 1,41.

Для оценки коллоидной стабильности желчи изучали ИЛ и выявили, что у больных ЖКБ в печеночной желчи ИЛ выше, чем в пузырной (С-1,85+0,195 и В-1,25+0,078). После холецистэктомии ИЛ остается повышенным, составляя 4,1+0,478, независимо от времени, прошедшего после операции. Ликвидация литогенной желчи, а следовательно, и нормализация функции печеночной клетки, у больных этой группы происходит очень медленно и далеко не во всех случаях.

Вывод. Таким образом, при наружном дренировании желчных протоков не всегда обеспечивается стойкое снижение билиарного давления и нормализация литогенности желчи. Сохранившееся нарушение биохимического состава желчи у этих больных создает фон, на котором чаще всего возникают желчные рецидивные камни, так как желчь остается литогенной.

РОЛЬ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ТКАНИ ПЕЧЕНИ В СЕКРЕЦИИ ЛИТОГЕННОЙ ЖЕЛЧИ

Арипова Н.У., Назиров Ф.Н., Исмаилов У.С., Матмуродов С.К.

НЦХПиЖВП МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение литогенного свойства желчи у больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с хроническими изменениями в ткани печени, установление значения тяжести поражения печени для синтеза литогенной желчи и камнеобразования.

Материалы и методы исследования. Желчь исследована у 35 больных с ЖКБ. Взятие желчи осуществлялось непосредственно во время холецистэктомии из общего желчного протока. С целью изучения морфологических изменений одновременно выполнялась биопсия печени. Для изучения литогенных свойств желчи определяли количество билирубина, холестерина и содержание солевой кислоты, а также ИЛ.

Результаты и их обсуждение. Все больные разделены на две группы: 1 – больные с локализацией камней только в желчном пузыре без нарушения оттока желчи в ДПК (18 больных); 2 – больные с холедохолитиазом и, соответственно, нарушением оттока желчи в ДПК (17 больных).

Наиболее существенные различия в изменении литогенности желчи отмечены у второй группы больных с нарушением оттока желчи в ДПК. У первой группы больных с холецистолитиазом и с наличием только дистрофических изменений гепатоцитов ИЛ оставался в пределах 1.5 – 2 ед.

Аналогичные результаты были получены в процессе исследования желчи у 10 больных с ХГ при локализации холестериновых камней в желчном пузыре.

При исследовании желчи в второй группе больных также была выявлена зависимость изменения литогенности желчи от тяжести поражения ткани печени. Однако по сравнению с данными, полученными у больных первой группы, результаты исследования желчи в условиях холедохолитиаза позволили выявить более выраженные изменения инградиента литогенности желчи.

Проведенные исследования позволили установить, что литогенность желчи, и соответственно и физико-химические свойства желчи во многом определяются тяжестью морфологических изменений в ткани печени. По мере нарастания тяжести морфологических изменений было выявлено прогрессивное снижение уровня литогенности желчи от 2 до 1,5. Но, несмотря на это, желчь остается литогенной.

На фоне дистрофических изменений гепатоцитов у 17 больных выявлено незначительное и умеренное нарастание литогенности желчи. Обращает на себя внимание тот факт, что у подавляющего большинства этих больных в желчном пузыре локализовались холестериновые камни.

У 8 больных хроническим гепатитом с явлениями цирроза печени наблюдается резкое снижение количества холестерина и соответственно, литогенности желчи. Характерно преобладание пигментных камней у этой группы больных.

Таким образом, в связи с тем, что процесс камнеобразования патогенетически связан с синтезом желчи и определяется ее физико-химическими свойствами, наличие хронической патологии печени следует рассматривать как угрозу ЖКБ.

ОПЫТ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Миржакыпов А.Т., Исбамбетов А.С.

ННЦХ им. А.Н. Сызганова, Алматы,
Департамент здравоохранения
Кзыл-Ординской области, Казахстан

Цель исследования. Анализ и оценка непосредственных результатов резекций печени при первичном и метастатическом раке печени.

Материалы и методы. В ННЦХ им. А.Н. Сызганова опыт резекционных вмешательств на печени по поводу различных очаговых поражений к настоящему времени составляет 262 операции. Изучение клинических результатов основано на результатах хирургического лечения первичного и метастатического рака печени (ПРП) и (МРП) у 62 (23,7%) больных. Пациенты в возрасте от 2 до 74 лет находились на лечении в отделении хирургии печени, желчных путей, поджелудочной железы ННЦХ им. А.Н. Сызганова за период с 1980 по 2009 гг. В течение последних лет (с 2004 года) – с улучшением диагностики и техники выполнения операций с использованием современных технологий резко возросло при раковых заболеваниях печени как общее количество резекций, так и число обширных резекций, в частности.

Экономные резекции (ЭРП) выполнены всего 15 больным, обширные (ОРП) – 47 пациентам. По поводу ПРП высокоспециализированная хирургическая помощь оказана 34 больным, при МРП резекции печени выполнены у 28 больных.

Результаты. Из числа 34 пациентов, оперированных по поводу первичного злокачественного поражения, у 11 (32,3%) больных отмечены различные специфические осложнения в ближайшем и раннем послеоперационном периоде. При этом удельный вес осложнений среди больных с ЭРП (6) и ОРП (28), как правило, отличался друг от друга: у 1 (16,7%) и 10 (35,7%) соответственно.

Среди 28 больных со вторичными злокачественными поражениями печени преимущественно колоректального генеза (26 пациентов) доля ЭРП составила 9, ОРП – 19 пациентов. С выполненными сегментэктомией (7) и бисегментэктомиями (2) послеоперационных специфических осложнений не отмечено. После ОРП у 7 (36,8%) больных послеоперационное течение осложнилось гемо- и желчеистечением из прикультевой зоны.

Показатели летальности, как и частота послеоперационных осложнений, отмечены в прямой зависимости от объема резекции органа, распространенности патологического процесса и сопутствующего «скомпрометированного» циррозом оставшейся левой полупечени у пациента с гепатоцеллюлярным раком и больной с метастатическим метахронным поражением печени после выполненной расширенной левосторонней гемигепатэктомии.

Таким образом, общая летальность среди оперированных с первичным и вторичным раком печени составила 2 (3,2%) больных.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ФАЗЕ НЕКУПИРУЕМОГО ОБОСТРЕНИЯ.

Бахтин В.А., Янченко В.А., Прокопьев В.С.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров

Цель исследования. Изучение результатов оперативного лечения больных хроническим панкреатитом в фазе некупируемого обострения.

Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1998 по 2008 гг. оперировано 110 больных различными формами хронического панкреатита: женщин – 11, мужчин – 99, в возрасте от 32 до 64 лет.

При поступлении всем пациентам выполнены УЗИ и КТ поджелудочной железы. Помимо проведения общеклинического лабораторного обследования выполнялось мониторирование уровня панкреатической амилазы крови и мочи, электролитов крови (K+, Na+, Ca++, Cl-), ЛДГ, С-реактивного белка сыворотки крови с интервалом в одни сутки. Обострение хронического панкреатита выявлено у 68 пациентов.

При поступлении в клинику всем больным проводилась предоперационная подготовка в течение 5 – 7 дней. На фоне проведенной консервативной терапии удалось купировать обострение хронического панкреатита у 43 больных. 25 больных, в связи со стойким некупируемым болевым синдромом на фоне обострения хронического панкреатита и отсутствием гнойно-некротических осложнений, оперированы. У всех пациентов удалось пункционно и у трех больных с помощью интраоперационного УЗ-исследования выявить расширенный панкреатический проток. После продольного рассечения ткани железы выполнен гемостаз и наложен продольный панкреатоеюноанастомоз по Puestow-Gillesby.

Результаты. В послеоперационном периоде в группе больных, оперированных в стадии обострения, при мониторировании панкреатической амилазы крови и мочи выявлена нормализация показателей к концу 5-7 суток, отчетливое снижение болевого синдрома. Прогрессирование панкреатита и его осложнений, связанных с оперативным лечением, не выявлено.

Выводы. Таким образом, наш опыт лечения больных в фазе некупируемого обострения с выраженным болевым синдромом позволяет сделать заключение о возможности оперативного вмешательства с минимальным риском осложнений в послеоперационном периоде.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ УНИВЕРСАЛЬНОГО СВАРОЧНОГО КОМПЛЕКСА ЕК-300М1 ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Белоглядов И.А., Иванов Ю.В., Воробьев В.Н.

ФГУЗ «Клиническая больница № 83» ФМБА России, Москва

Впервые в России в Клинической больнице № 83 начато выполнение лапароскопических холецистэктомий с использованием нового универсального сварочного комплекса ЕК-300М1. Всего было выполнено 62 операции по поводу острого и хронического калькулезного холецистита.

Данный аппарат имеет три рабочих режима: резание, коагуляция и сваривание мягких тканей. Нами отмечены следующие особенности лапароскопической холецистэктомии при использовании сварочного комплекса ЕК-300М1: 1) вся операция выполняется с помощью одного рабочего инструмента, заменяющего эндоножницы, диссектор, коагуляционный электрод и клип-аппликатор; 2) отсутствует задымление операционного поля; 3) пузырный проток и пузырная артерия надежно перекрываются в режиме аппарата «сваривания», что не требует наложения клипс; 4) концентрация электрической энергии на строго локальных участках позволяет надежно избегать повреждения трубчатых структур – артериальных и венозных сосудов, желчных протоков; 5) при использовании аппарата ЕК-300М1 удалось на 15 – 20% сократить продолжительность операций за счет более надежного гемостаза при рассечении тканей, желчестаза из ложа удаленного пузыря в печени, облегчения манипулирования; 6) отмечен менее выраженный болевой синдром после операций с использованием сварочного комплекса ЕК-300М1 благодаря отсутствию во время операции коагуляционного некроза тканей, что существенно ускорило процесс реабилитации пациентов.

Каких-либо осложнений во время операций и после них, связанных с применением новой методики, не было. Сам аппарат достаточно компактен, надежен в применении. Процесс обучения работе с прибором несложен и доступен. Рабочие детали аппарата устойчивы к воздействию стандартных дезинфицирующих средств и не требуют сложной или специальной стерилизации.

Таким образом, использование сварочных технологий при лапароскопической холецистэктомии позволяет сократить продолжительность оперативного вмешательства, выполнить надежный гемо- и желчестаз, а также дать экономический эффект за счет экономии шовного материала и лапароскопических инструментов.

Внедрение и овладение данным методом позволит хирургам перейти на качественно новый уровень оказания медицинской помощи хирургическим больным.

СПОСОБ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Бойко В.В., Скорый Д.И., Тищенко А.М., Малоштан А.В., Воробьев Ф.П., Малоштан А.А.

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», Харьков, Украина

Цель исследования. Разработать способ, позволяющий снизить риск интраоперационной кровопотери при обширных резекциях печени.

Материалы и методы исследования. Нами разработан оригинальный способ обширных резекций печени, позволяющий уменьшить дефицит циркулирующей крови пациента. Пациентам придавали положение Тренделенбурга, выполняли лапаротомию, после чего катетеризировали и перевязывали на катетерах долевую воротную вену и долевую печеночную артерию, в зависимости от удаляемой части органа. Центральное венозное давление поддерживали на уровне 5 см водного столба на протяжении всей операции. После чего по катетерам осуществляли инфузию кристаллоидов и одновременно выполняли мобилизацию печени и выделение печеночных вен. При этом афферентный кровоток отсутствовал, а оставшаяся кровь удаляемой части печени «вымывалась» инфузионным раствором в нижнюю полую вену. После этого производили перевязку печеночных вен удаляемой доли и прекращали инфузию. Разделение паренхимы осуществляли одним из известных малотравматичных способов.

Предложенный способ применен у трех пациентов, находившихся на лечении в клинике института с марта 2008 по май 2009 года по поводу гемангиом печени крупных размеров. Пациентам выполнены одна правосторонняя гемигепатэктомия и две левосторонние гемигепатэктомии. Pringle-маневр для сосудистого контроля не использовался. Оценка объема кровопотери проводилась анестезиологом и в каждом случае состояла из количества крови, накопленной в емкости для сбора (за вычетом раствора для диссекции), и объемом в использованном материале (перевязочный материал). Необходимость переливания крови согласовывалась оперирующим хирургом и анестезиологом во время операции и ближайшие 24 часа.

Результаты. Применение предложенной техники не оказало существенных трудностей во время резекции и не требовало дополнительных навыков. Средний объем кровопотери составил 712±231мл, среднее количество перелитой эритроцитарной массы составило 398±124 мл. Данное исследование имеет существенный недостаток ввиду применения у незначительного количества пациентов, однако даже первые результаты позволяют рекомендовать разработанный способ для более широкого применения. Пациенты с опухолевой патологией, по нашему мнению, являются ограничением для предложенной техники из-за высокого риска гематогенного метастазирования.

Выводы. Первые выводы проведенного анализа – значительное снижение дефицита циркулирующей крови и как следствие необходимости гемотрансфузии.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Боровский С.П., Эгамов Н.Э., Рахманов С.У., Адылходжаев А.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных неоперабельными периампулярными опухолями путем обоснования эффективности масляной химиоэмболизации гастродуоденальной артерии.

Материал и методы лечения. Проанализированы результаты масляной химиоэмболизации гастродуоденальной артерии и панкреатических ветвей у 12 больных. Все пациенты, получившие лечение данным способом, были больны неоперабельным местнораспространенным раком головки поджелудочной железы (T4NxM0). Кроме химиотерапевтического воздействия на опухоль в трех случаях эмболизация успешно использована для остановки или профилактики рецидива кровотечения из опухоли, прорастающей в просвет двенадцатиперстной кишки.

Метод основан на селективном введении в сосуды головки поджелудочной железы смеси антибластомного препарата гемзара на йодолиполе, что обеспечивает масляную химиоинфильтрацию новообразования. Для этого в дистальный отдел гастродуоденальной артерии устанавливали спираль, блокирующую кровоток. Лишь после этого вводили химиоэмболизат: сухой препарат гемцитабин (400 – 600 мг) на 5 мл йодолипола. Затем окклюзировали питающую опухоль гастродуоденальную артерию для предотвращения быстрого смывания препарата. При этом происходит резкое замедление регионарного кровотока в опухоли, медленная диффузия препарата непосредственно в ткани. Это создает условия для пролонгированного контакта опухоли с высокой концентрацией введенного химиоэмболизата.

Результаты. В отдаленном периоде после ЭГДА у 10 из 12 больных отмечено клиническое улучшение в виде уменьшения или исчезновения болевого синдрома и слабости, увеличения массы тела. По данным компьютерной томографии, уменьшение максимального размера образования поджелудочной железы с 5 и 4 см до 4 и 3 см было отмечено у 2 пациентов, у 8 больных размеры очагов остались без изменений, а в одном случае было увеличение размеров опухоли с 5 до 6 см. Из 12 пациентов умер один больной через 9 месяцев. Живы 11 пациентов со сроками наблюдения от 4 до 16 мес. Данный способ лечения обеспечивает значительное повышение лечебного противоопухолевого эффекта без увеличения суммарной дозы химиопрепарата и токсической нагрузки на организм больного в целом.

Вывод. Таким образом, эндоваскулярные вмешательства являются эффективным методом паллиативного лечения при нерезектабельных опухолях головки поджелудочной железы, позволяющим существенно улучшить отдаленные результаты данной категории больных.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕСТНЫХ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Вазанов А.А., Катанов Е.С., Анюров С.А.

МУЗ «Городская клиническая больница № 1», Чебоксары, Россия

Одним из осложнений после холецистэктомий является внутрибрюшное желчеистечение. Источниками осложнений после холецистэктомий в раннем послеоперационном периоде могут быть поврежденные мелкие желчные протоки ложа желчного пузыря, несостоятельность пузырного протока и повреждение внепеченочных желчных протоков. Осложнения чаще развиваются после операций по поводу острого холецистита. Причиной служит воспалительный инфильтрат, технические трудности во время операции и более высокая функциональная активность печени.

Цель исследования. Определить эффективность профилактики желчеистечения из ложа пузыря после холецистэктомий по пово-

ду острого холецистита различными местными гемостатическими средствами.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 126 больных, перенесших холецистэктомию по поводу острого холецистита. Пациенты были разделены на 4 группы. В 1-й группе у 29 пациентов после термокоагуляции ложа желчного пузыря уложена губка с канамицином (ООО фирма «Печеры»), во 2-й группе у 28 пациентов – губка гемостатическая коллагеновая (ОАО «Лужский завод «БЕЛКОЗИН») в 3-й группе у 30 пациентов – абсорбирующее раневое покрытие «ТахоКомб» (Nycomed). В 4-й группе 38 пациентам раневые покрытия не использовались. Подпеченочное пространство дренировалось полихлорвиниловой трубкой. На 1, 3, 7 сутки после операции выполнялось ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости.

Результаты исследования. Желчеистечение возникло у 2 больных в 4 группе. Источник желчеистечения был из ложа желчного пузыря. Желчеистечение прекратилось самостоятельно.

При контроле УЗИ получены следующие данные. У пациентов 3 и 4 группы область ложа желчного пузыря «без особенностей», в 1 и 2 группе начиная с первых суток после операции уложенная губка люцируется в виде гиперэхогенной полоски, самостоятельно рассасывается к седьмым суткам после операции. При использовании методов непараметрической статистики (Хи-квадрат) имеется достоверная разница развития осложнений при использовании местного гемостатического средства или без использования его ($p = 0,02$).

Выводы: использование местного гемостатического средства достоверно снижает риск развития желчеистечений из ложа желчного пузыря после холецистэктомии по поводу острого холецистита.

ПОВТОРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ. СРАВНЕНИЕ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Актуальность. Резекция печени остается ведущим методом лечения, обеспечивающим лучшие отдаленные результаты у больных злокачественным опухолями. Продолжает обсуждаться роль и место наиболее сложных в техническом исполнении повторных резекций печени при первичном и метастатическом раке печени.

Цель. Оценить ближайшие результаты повторных резекций печени при метастатическом колоректальном раке печени.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 115 больных метастатическим колоректальным раком печени, оперированных с 1995 по 2007 год. Повторные резекции печени выполнены 22 больным. Из них трехкратные вмешательства перенесли 4 больных. Повторные большие резекции выполнены 4 больным. Распространенность метастатического поражения печени оценивали по классификации mTNM. Сравнение провели между группой повторных резекций и пациентами, перенесшими однократные вмешательства в объеме сегментарных (40) и больших резекций (53).

Результаты. Ближайшие результаты после повторных резекций печени оценены по следующим показателям и составили: средняя длительность операции – 285±93 мин., средняя кровопотеря 1426±1156 мл, средняя длительность послеоперационного стационарного лечения 20±13 дней, частота осложнений – 38%, в том числе специфических – 19%, в том числе острая печеночная недостаточность – 7%, госпитальная летальность – 6% (1 больная). По перечисленным параметрам не получено достоверных отличий при сравнении с ближайшими результатами однократных сегментарных резекций. При однократных больших резекциях печени достоверно большой была частота специфических осложнений (34%), в том числе острая печеночная недостаточность (14%), по сравнению с повторными резекциями печени.

Заключение. Повторные резекции печени при метастатическом колоректальном раке, являясь технически более сложными операциями, не являются более травматичными и не приводят к достоверному увеличению частоты осложнений и госпитальной летальности.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ

Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А.,Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Актуальность. С начала 90-х годов прошедшего столетия растет заболеваемость эхинококкозом, расширяются географические границы болезни, увеличивается число больных осложненным и резидуальным эхинококкозом печени.

Цель работы. Изучить особенности течения заболевания, ближайшие и отдаленные результаты лечения эхинококкоза с поражением центральных сегментов печени.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 128 больных эхинококкозом печени, оперированных в Институте хирургии с 1995 по 2007 год. К резекции центральных сегментов (изолированной или в сочетании с любыми другими сегментами) относили различные варианты перицистэктомиии с атипичной резекцией 4, 5 сегментов одновременно или 8 сегмента. Резекции центральных сегментов выполнены у 65 (51%) больных.

Результаты. Не получено отличий по частоте осложненного течения эхинококкоза центральных и латеральных сегментов печени. При эхинококкозе с поражением центральных сегментов достоверно чаще имели место множественные кисты (55 против 24%) и поражение более 2 сегментов (67 против 25%) ($p < 0.05$). При эхинококкозе с поражением центральных сегментов печени тотальная перицистэктомия выполнена у 54% больных. В остальных случаях, как правило, выполнялись субтотальные перицистэктомии и комбинированные вмешательства (сочетание тотальной и субтотальной перицистэктомии с эхинококкэктомией из других сегментов). Не получено достоверных отличий между эхинококкозом центральных и латеральных сегментов по следующим периоперационным параметрам, которые при центральном эхинококкозе составили: средний объем кровопотери – 930±1357 мл, средний объем кровопотери при тотальной перицистэктомии – 971±931 мл, средний объем кровопотери при субтотальной перицистэктомии и комб. операциях – 500±347 мл, средняя длительность операции – 215±90 мин., частота рецидивов – 3% (2 больных). При центральном эхинококкозе по сравнению с эхинококкозом латеральных сегментов достоверно чаще имели место осложнения (57 против 24%), специфические осложнения (31 против 17%) и большая средняя длительность послеоперационного стационарного лечения (23± 2 к/д против 17±9 к/д) ($p < 0.05$).

Заключение. Эхинококкоз печени с поражением центральных сегментов характеризуется большей распространенностью. Радикальные операции (тотальные и субтотальные эхинококкоэктомии) при эхинококкозе центральной локализации, являясь более травматичными, не приводят к увеличению числа рецидивов по сравнению с операциями по поводу эхинококкоза латеральных сегментов печени.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ ПРИ ГЕПАТОБЛАСТОМЕ

Волобуев А.В., Комаров И.Г., Рябов А.Б., Керимов П.А., Антонов Н.Н., Рыбакова Д.В., Патютко Ю.И.

НИИ детской онкологии и гематологии ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

Цель. Определить возможности лапароскопии при опухолевом поражении печени у детей.

Материалы и методы. Впервые в России в НИИ детской онкологии и гематологии им. Н.Н. Блохина РАМН выполнено: 4 лапароскопических правосторонних гемигепатэктомии, 4 лапароскопических сегментэктомии II и III, лапароскопическая сегметэктомия V – VI.

При выполнении правосторонней гемигепатэктомии эндоскопический инструмент LigaSure позволял осуществлять надежный гемостаз при пересечении коротких печеночных вен, выполнять поэтапное рассечение паренхимы печени, интрапаренхиматозное пересечение ветвей воротной вены. Аппаратом ENDO GIA 30 была прошита и пересечена правая печеночная вена. Поверхность печени после обработки аргоном укрыта гемостатической сеткой. Удаленный фрагмент печени погружался в контейнер и эвакуировался через разрез в подвздошной области не более 5 см.

Результаты. При правосторонней гемигепатэктомии длительность оперативного вмешательства составила от 150 до 240 минут, кровопотеря 150 – 400 мл. При резекции печени и бисегментэктомии вмешательство длилось 90 – 120 минут, а кровопотеря составила 60 – 80 мл. С накоплением опыта время оперативного вмешательства и кровопотеря сокращались. На вторые сутки после операции в удовлетворительном состоянии больные переводились в отделение. Отделяемое по дренажам не превышало 80 мл в сутки, через 2 – 3 дня они удалялись. Послеоперационных осложнений не отмечено.

Заключение. Полученные результаты позволяют сделать вывод, что видеохирургические операции большого объема на печени у детей имеют большие перспективы в клиниках, где имеется достаточный опыт подобных оперативных вмешательств открытым способом.

ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХБАЛЛОННОЙ ЭНТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ СТРИКТУР ГЕПАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ НА ПЕТЛЕ ПО РУ

Воробей А.В., Вижинис Е.И., Орловский Ю.Н., Лагодич Н.А.

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

Двухбаллонная энтероскопия – относительно новый метод исследования тонкой кишки. У больных после реконструктивных операций на желчных путях с формированием гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) на отключенной петле тощей кишки по Ру эта методика позволяет визуализировать зону соустья, проводить ретроградную холангиографию.

Цель исследования. Сообщить об успешном эндоскопическом исследовании петли тощей кишки по Ру с использованием двухбаллонной энтероскопии, оценить эффективность данного метода.

Материал и методы. В РЦРХГиКП с начала 2009 года 5 пациентам с подозрением на стриктуру ГЕА на петле по Ру в разные сроки после реконструктивной операции был проведен трансоральный осмотр ГЕА через петлю по Ру и выполнена ретроградная холангиография с использованием цифрового двухбаллонного энтероскопа фирмы Fujinon.

Результаты. Всем 5 больным ранее выполнялась гепатикоеюностомия на петле по Ру: у 4 – в связи с ятрогенным повреждением желчных протоков, у 1 – вследствие головчатого панкреатита (ПДР по Чайлду). Диагностическая эффективность метода составила 100%. У 4 пациентов диагноз стриктуры ГЕА был подтвержден, у двух из них удалось заканюлировать рубцово-суженное соустье и законтрастировать внутрипеченочные желчные протоки. В одном наблюдении стриктура ГЕА (по данным предшествующей МРТ-холангиографии) была исключена: эндоскоп был проведен в широкое соустье с визуализацией общего печеночного протока и конфлюэнции, с очагами воспаления в протоках. Последнее наблюдение подтвердило наличие у больной рецидивирующего холангита.

Заключение. Использование двухбаллонной энтероскопии у больных после реконструктивных операций на желчных путях – относительно новый и безопасный метод исследования. Данная методика имеет высокую диагностическую эффективность и является наиболее достоверной в дифференциальной диагностике стриктур ГЕА и рецидивирующего холангита.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Галимов О.В., Ханов В.О., Зиганшин Д.М., Горбанев О.Д., Ибрагимов Т.Р.

Башгосмедуниверситет, Уфа, Россия

На сегодняшний день желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных хирургических заболеваний и является причиной госпитализации в стационар до 25% всех больных. Причинами увеличения распространенности желчнокаменной болезни принято считать изменения в характере питания населения, что вкупе с ростом распространенности ожирения ведет к изменению химических и физических свойств желчи – увеличению литогенности желчи. Частота встречаемости избыточной массы тела у пациентов с ЖКБ выше, чем в среднем у населения, и составляет по разным данным 50 – 60%. Каждый третий пациент с ожирением имеет признаки ЖКБ.

Нами проведено исследование, целью которого стало изучить особенности хирургического лечения ЖКБ у пациентов с избыточной массой тела и ожирением, определить показания к лапароскопическому вмешательству и обосновать выбор методики оперативного лечения.

Обследовано 173 пациента с ожирением (ИМТ > 29 кг/м²). Всем пациентам проведено плановое оперативное лечение желчнокаменной болезни. 104 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), 69 больных прооперированы традиционным способом. Возрастной состав больных колебался от 20 до 79 лет. Лица старше 60 лет составили 33,4% прооперированных. Женщин было 112 (64,7%) больных, мужчин – 61 (35,3%).

Продолжительность традиционной холецистэктомии (ТХЭ) у больных с избыточной массой тела и ожирением составила 64±2,3 минуты, ЛХЭ 41±1,5 минуты. Также нами изучалось среднее время использования наркотических анальгетиков в послеоперационном периоде. Если состояние больных после ЛХЭ почти не требовало применения наркотических анальгетиков и среднее время использования составило 0,3±0,01 дня, то пациенты, перенесшие ТХЭ, получали промедол в течение 3,2±0,03 суток.

Процент гнойно-септических послеоперационных осложнений был существенно выше у пациентов, перенесших ТХЭ, и составил 10,2%. После ЛХЭ гнойно-септические осложнения выявлены в 3,2% случаев.

На основе проведенных исследований можно сделать вывод, что если морбидное ожирение III – IV степени являлось ранее противопоказанием к выполнению ЛХЭ в связи с многочисленными техническими проблемами, обусловленными выраженностью жировой клетчатки в области манипуляций, то в последнее время отмечается безусловный пересмотр тактики в отношении подобных больных в пользу лапароскопических вмешательств. Более того, более легкий послеоперационный период с ранней активацией больных благоприятно сказывается и на количестве осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Также снижается процент осложнений со стороны послеоперационных ран.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛИТОГЕНЕЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Галимов О.В., Ханов В.О., Мухаметов А.Р., Гималтдинова И.Р., Шкундин А.В.

Башгосмедуниверситет, Уфа, Россия

Актуальность темы. Остается малоизученной проблема выявления свободных радикалов, присутствующих в желчи, возможно, в дальнейшем как результат инициации камнеобразования.

Цель. С помощью хемилюминесценции выявить образование свободных радикалов в желчи у больных с хроническим калькулезным холециститом и хроническим некалькулезным холециститом. В нашей клинике провели следующее исследование. Взята группа больных в количестве 40 человек, из них 1 группа: 15 человек – с хроническим некалькулезным холециститом (9 женщин, 6 мужчин), возраст 38 – 55 лет; 2 группа: 15 человек – с хроническим калькулезным холециститом (8 женщин, 7 мужчин), возраст 35 – 57 лет, и 3-я группа: 10 человек – с хроническим калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом (6 женщин, 4 мужчины), возраст 40 – 55 лет. Все группы больных были подобраны так, что у них отсутствовали признаки воспаления и холестаза. Лейкоциты в крови не превышали 9000/л. СОЭ – у женщин не более 15 мм/ч, у мужчин не более 10 мм/ч. При микроскопии желчи количество лейкоцитов не превышало 2 – 3 в п.з. Желчь доставлялась в лабораторию не позднее 2-х часов с момента забора. Во время транспортировки температурный режим не нарушался. Желчь бралась для исследования с помощью дуоденального зондирования (порции В и С), во время плановой холецистэктомии из пузыря, во время дренирования холедоха, т.е. порции В и С. Желчь обследовалась по методике, разработанной авторами, с применением модельной системы.

Выявлено следующее. У больных 1 группы: показатели модельной системы – светосумма 27,61у.е.*мин., максимальная светимость 20,32 у.е.; порция В желчи: светосумма 17,46 у.е.*мин. ± 4,0, максимальная светимость 8,43 у.е. ± 5,0; порция С желчи: светосумма 6,03 у.е.*мин. ± 5,0, максимальная светимость 7,08 у.е. ± 5,0. У больных 2-й группы: показатели модельной системы – светосумма 18,63 у.е.*мин., максимальная светимость 11,54 у.е.; порция из желчного пузыря: светосумма 41,50 у.е.*мин. ± 8,0, максимальная светимость 19,66 у.е. ± 4,0. У больных 3-й группы: показатели модельной системы – светосумма 18,63 у.е.*мин., максимальная светимость 11,54 у.е.; порция из желчного пузыря: светосумма 40,96 у.е.*мин. ± 7,0, максимальная светимость 18,51у.е.± 4,0; порция из холедоха: светосумма 9,21у.е.*мин. ± 5,0, максимальная светимость 13,36 у.е. ± 2,0. В результате при хроническом некалькулезном холецистите процессы образования свободных радикалов ниже, чем в модельной системе, а в двух других случаях процессы образования свободных радикалов выше, чем в модельных системах.

Вывод. При хроническом некалькулезном холецистите желчь обладает антиоксидантными свойствами, а на фоне ЖКБ свободные радикалы находятся в избытке. Из этого можно предполагать, что одним из звеньев инициации, образования конкрементов является избыточное количество свободных радикалов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РНК-ОНКОМАРКЁРОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Глоба А.Г., Демидова В.С., Дикова О.Н., Кучейник А.Ш., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Барабанщикова Т.А., Щёголев А.И., Дубова Е.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий» Москва, Россия

Цель исследования – разработка нового метода диагностики злокачественных образований. Данный метод основан на измерении в крови пациентов уровня нескольких РНК-онкомаркёров.

Обследовано 53 пациента с различными формами злокачественных опухолей печени, желчных протоков и поджелудочной железы. Группу сравнения составили 20 практически здоровых доноров и 65 пациентов с неонкологическими заболеваниями: местная хирургическая инфекция, холециститы и панкреатиты. Объект исследования – капиллярная или венозная кровь пациентов. Уровень РНК-онкомаркёров оценивали, определяя специфическую мРНК. Использовали метод обратной транскрипции и последующей полимеразной цепной реакции с детекцией продуктов в режиме реального времени. Результаты нормировали по экспрессии референтного гена бета-актина и представляли в виде соотношения количеств данного фактора и бета-актина.

Определяли мРНК следующих генов-онкомаркёров: теломеразы (mhTERT), альфа-фетапротеина (mAFP), цитокератина-20 (mCK-20) и карциноэмбрионального антигена (mCEA). Параллельно ИФА-методом определяли уровень белковых онкомаркёров AFP и CEA. Гиперэкспрессия РНК-маркёра mhTERT обнаруживалась у всех пациентов онкологической группы и варьировала от 1,2 единиц по отношению к экспрессии мРНК бета-актина при протоковом раке ПЖ до 5,6 ед. при наличии метастазов колоректального рака в печени. РНКмаркёр mAFP обнаружили в крови пациентов при ГЦР (0,6 ед.) и в меньшей степени при холангиокарциноме (0,33 ед.). Оба РНК-маркёра mCK-20 и mCEA гиперэкспрессировались при метастазах колоректального рака в печени в количествах в среднем 0,48 и 0,51 ед. соответственно. Диапазон значений, установленный нами для доноров и неонкологической группы пациентов, был значительно ниже, чем в онкологической группе, и составил: для mhTERT – от 0 до 1ед.; для mAFP – от 0 до 0,01 ед.; для mCK-20 и mCEA – от 0 до 0,1ед. и от 0 до 0,01ед. соответственно.

Измерение уровня РНК-маркёров в до- и послеоперационный период показало, что у большинства пациентов после операции этот уровень нормализуется. Однако у отдельных пациентов уровень РНК-онкомаркёров спустя 5 суток после операции оставался повышенным. Это может свидетельствовать о наличии минимальной остаточной болезни и угрозе рецидива. Сравнение данных по определению РНК-маркёров с результатами ИФА-тестов показало, что оба метода обладают примерно одинаковой специфичностью. Однако метод определения РНК-маркёров отличается более высокой чувствительностью и выявляет болезнь в тех случаях, когда традиционные онкомаркёры дают отрицательный результат.

Метод применим в клинике для послеоперационного мониторинга выброса фрагментов опухоли в кровоток, оценки угрозы метастазирования и в качестве вспомогательного метода дифференциальной диагностики. Чувствительность метода с использованием РНК-онкомаркёров можно значительно повысить при комбинированном определении нескольких мРНК.

На основании наших исследований могут быть рекомендованы следующие комбинации: гепатоцеллюлярная карцинома – mhTERT + mAFP; холангиокарцинома – mhTERT + mAFP; метастазы колоректального рака – mhTERT + mCK-20 + mCEA; протоковый рак ПЖ – mhTERT + mCK-20.

ПУНКЦИОННОЕ СКЛЕРОЗИРУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Грицаенко А.И., Мустафин А.Х., Калимуллин Н.Н., Самоходов С.Ю., Салимгареев И.З., Гараев М.Р.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения гемангиом печени путем склеротерапии опухолевых узлов.

Материалы и методы. Нами анализированы результаты обследования и лечения 117 больных с гемангиомами печени, в возрасте от 18 до 74 лет. Размеры гемангиом варьировали от 2 до 30 см. У 68 больных с точно установленным диагнозом гемангиомы печени, размеры которых не превышали 5 см, операцию не проводили. Этим пациентам осуществляли динамический УЗИ-контроль. С гемангиомами печени 10 см и более оперировано 42 больных, из них 24 сделана правосторонняя гемигепатэктомия, 15 – левосторонняя гемигепатэктомия, 3 выполнены сочетанные вмешательства на печени. У 19 больных во время операции производили предварительное склерозирование гемангиомы. На первоначальном этапе склерозирования гемангиом мы применяли 96%-ный этиловый спирт. В ходе внедрения пункционного склерозирования в практику нами стал применяться склерозирующий препарат «Этоксисклерол», в состав которого входит основное действующее вещество полидоканол, двузамещенный фосфат натрия дигидрат, однозамещенный фосфат калия, этанол 96%. Состав данного склерозирующего препарата, имеющего повышенную вязкость, снижает скорость элиминации препарата из гемангиомы.

Методика операции. При лапаротомии производилась чреспеченочная прицельная пункция гемангиомы под визуальным контролем. Кратковременным пережатием сосудов печеночно-двенадцатиперстной связки с одновременным сдавлением опухоли извне достигалось частичное опорожнение от крови сосудистых лакун гемангиомы. Вслед за этим в опухоль вводили склерозант. Для пункции гемангиом и введения склерозанта использовались иглы типа Chiba с наружным диаметром от 0,6 до 0,8 мм. Количество склерозанта выбирали из расчета 50 – 70% объема опухолевого узла.

У 7 больных с гемангиомами печени нами выполнялось чрескожное пункционное склерозирующее лечение под контролем УЗИ. Склерозирующая терапия выполнялась у больных пожилого и старческого возраста, при наличии опухолей, расположенных у кавальных или портальных ворот, в труднодоступных зонах печени, с высоким риском их удаления.

Результаты. После введения склерозанта производилась умеренная компрессия на гемангиому посредством увлажненной салфетки. Во время операции наблюдалось уменьшение гемангиоматозных узлов, четко определялись границы опухоли, изменение ее консистенции. Появляющаяся после этого «борозда» между капсулой опухоли и печеночной тканью совпадала с плоскостью разделения ткани и облегчала проведение околоопухолевой резекции, при которой возможно большее сохранение функционирующей паренхимы печени. Склерозирование также применялось дополнительно к резекции печени при множественно-очаговой форме гемангиоматоза, когда очаги располагаются в обеих долях, и не было возможности удалить все узлы. При этом склерозирование гемангиом одной доли печени сочеталось с резекцией другой доли. После чрескожной пункционной склеротерапии гемангиом печени в отдаленном периоде при сонографическом контроле наблюдалось уменьшение гемангиоматозных узлов, при пункционных биопсиях отмечалось их замещение фиброзной тканью.

Заключение. Резекция печени с патологическим очагом является радикальным методом в лечении гемангиом. При этом склерозирование опухоли позволяет снизить объем кровопотери во время операции. При невозможности выполнения радикального лечения склеротерапия гемангиом является паллиативным вмешательством и позволяет предотвратить рост опухоли.

ОДНОЭТАПНОЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Деговцов Е.Н., Возлюбленный С.И., Возлюбленный М.С., Возлюбленный Д.Е., Шемякин И.Ю.

МУЗ «Медико-санитарная часть № 4», Омск, Россия

Актуальность. В настоящее время острый калькулезный холецистит занимает в структуре острых заболеваний органов брюшной полости 2-е место после острого аппендицита. Холедохолитиаз встречается у 15 – 30% этих больных и приводит к таким осложнениям, как механическая желтуха в 58,2 – 85%. Прогрессирующий рост заболеваемости желчнокаменной болезнью, возрастание количества больных холецистохоледохолитиазом, применение открытого или двухэтапного оперативного лечения заставляют искать новые пути в лечении пациентов с данной патологией.

Технические сложности требуют совершенствования проведения фиброхоледохоскопии и литоэкстракции при одноэтапном миниинвазивном оперативном лечении больных холецистохоледохолитиазом.

Цель исследования. Улучшение результатов одноэтапного миниинвазивного оперативного лечения больных холецистохоледохолитиазом путем применения троакарной фиброхоледохоскопии

с сохранением целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. С целью совершенствования миниинвазивного лечения больных холецистохоледохолитиазом разработан способ троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции (патент на изобретение № 2288648 по заявке № 2005102970 от 07.02.2005).

Для проведения троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции создан троакар (патент на полезную модель № 53557 от 07.11.2005), который представляет собой полую металлическую трубку с заданной формой изгиба, гибкий стилет и систему подачи оптической среды в холедох для проведения холедохоскопии.

Троакарная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция применена у 92 больных при одномоментном миниинвазивном оперативном лечении больных холецистохоледохолитиазом.

Среди оперированных 74 женщины и 18 мужчин. Средний возраст оперированных больных составил 65±18,4 года. Все больные поступили в стационар по неотложным показаниям.

Показанием к применению троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции при одноэтапном оперативном лечении является холедохолитиаз, с расширением холедоха более 10 мм.

Характер оперативных вмешательств заключался в следующем: лапароскопическая холецистэктомия, троакарная холедохоскопия и литоэкстракция – 28 пациентов (30,4%); операция дополнялась интраоперационной холангиографией – 9 (9,8%) пациентам; минилапаротомная холецистэктомия, троакарная холедохоскопия и литоэкстракция – 44 (47,8%); операция дополнялась интраоперационной холангиографией – 11 (11,9%) пациентам.

Результаты. Применение одноэтапного миниинвазивного оперативного лечения больных холецистохоледохолитиазом с сохранением большого сосочка двенадцатиперстной кишки, при использовании троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции, характеризовалось простотой выполнения данного этапа оперативного вмешательства. При этом троакарная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция не сопровождалась травмой холедоха в зоне проведенной холедохотомии, удаление конкрементов из желчевыводящих путей характеризовалось отсутствием технических трудностей.

В послеоперационном периоде после мини-лапаротомного хирургического лечения отмечено два осложнения. Из них: кровотечение из ложа желчного пузыря, которое было остановлено прошиванием ложа через релапаротомию, пневмония – в другом случае.

В одном случае после лапароскопической троакарной холедохоскопии и литоэкстракции имело место осложнение в виде желчеистечения и образования инфильтрата, которые на фоне проводимой консервативной терапии купировались.

После миниинвазивного оперативного лечения с использованием троакарной фиброхоледохоскопии и литоэкстракции среднее пребывание больных в отделении реанимации составило 1,17±0,09 суток, а в отделении хирургии – 18,78±0,23 суток.

В послеоперационном периоде после минилапаротомной операции умер один пациент от некомпенсированной сердечной патологии, послеоперационная летальность составила 1,08%.

Заключение. Применение указанного способа позволяет одноэтапно выполнить миниинвазивную холецистэктомию и санацию холедоха, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию холедоха, провести полноценную визуальную ревизию холедоха до и после санации.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Джантуханова С.В., Старков Ю.Г., Шишин К.В.,
Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. Среди актуальных проблем хирургической гепатологии кистозные образования печени занимают весьма значительное место. Тенденция внедрения в лечебную практику малоинвазивных технологий, наблюдаемая в последнее время, во многом преобразила подход к хирургическому лечению непаразитарных кист печени, определив приоритет лапароскопических технологий.

Материалы и методы. С мая 1995 по апрель 2009 года в Институте хирургии им. А.В. Вишневского по поводу больших и гигантских непаразитарных кист был оперирован 41 больной. Женщин было 38, мужчин – 3. Средний возраст пациентов составил 65 лет (от 16 до 78 лет). 19 больных страдали только кистами печени, 29 – кистами печени и хроническим калькулезным холециститом, 2 – кистами и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и 1 пациентка кистами, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и калькулезным холециститом. Множественные кисты наблюдались у 13 больных и солитарные – у 28. В общей сложности количество кист составило 69. У 25 больных размеры кист превышали 10 см в диаметре, у 16 больных – более 15 см. Средний размер кист печени составил 14,6 + 2 см (от 10 до 28 см). Осложненное течение заболевания отмечено у 6 пациентов, в 5 наблюдениях – нагноение содержимого кист и в одном наблюдении – кровотечение в просвет кисты. Цистобилиарных свищей в наших наблюдениях не было.

Техника оперативных вмешательств. Оперативное лечение заключалось в создании широкого сообщения полости кист с брюшной полостью путем широкого иссечения стенки кисты с участками истонченной функционально неполноценной паренхимы печени по типу атипичной резекции. Первым этапом проводилась пункция кисты с аспирацией содержимого, с последующим введением склерозанта (96%-ный этиловый спирт). Средний объем аспирированной жидкости составил 1,2 л (от 0,8 до 3,2 л). Отличительной особенностью операций при больших и гигантских кистах являлось использование специализированного оборудования с целью обеспечения адекватного гемостаза резецированной поверхности печени. Так, иссечение стенки кисты проводилось с помощью УЗ-ножниц, а также сшивающих аппаратов Endo-GIA Universal с использованием различных кассет. При всех операциях использовали лапароскопическое ультразвуковое исследование (ЛУЗИ), которое не только являлось методом окончательной диагностики, но также позволяло определить на этапах оперативного вмешательства взаимоотношение кисты с крупными сосудами, что помогло избежать их травмы как на этапе иссечения стенки кисты, так и во время проведения деэпителизации. Деэпителизация остаточной стенки кисты проводилась комбинацией различных методов, тем самым обеспечивала деструкцию эпителия, предупреждая продукцию и отделение секрета в свободную брюшную полость. Интраоперационно проводилось срочное цитологическое исследование содержимого кисты и срочное гистологическое исследование иссеченного участка стенки кисты. Ни в одном случае признаков паразитарного или опухолевого поражения не было.

Результаты. Во всех наблюдениях операции выполнены с использованием лапароскопического доступа, переходов на лапаротомию не было. Всем пациентам с сочетанной патологией выполнялись одномоментные лапароскопические вмешательства. Вместе с тем у 19 больных, страдающих только кистами печени, в половине

наблюдений (10 больных) потребовалось выполнение лапароскопической холецистэктомии из-за интимного прилежания желчного пузыря к кисте. Среднее время оперативного вмешательства или этапа операции на кистах (при сочетанных вмешательствах) составило 140 + 9,5 мин. (от 90 до 210 мин.). Летальных исходов не было. Кровопотеря не превышала 100 мл.

Продолжительность дренирования брюшной полости составила в среднем 4,1 + 0,1 дня. В послеоперационном периоде у 11 больных отмечалось продолжительное отделяемое по дренажам в течение 5 – 7 дней. В одном наблюдении после атипичной резекции печени по поводу гигантской непаразитарной кисты, занимающей 2, 3 и частично 4 сегмент печени, отмечалось желчеистечение по страховочному дренажу суммарным дебитом от 300 до 100 мл в сутки, которое разрешилось самостоятельно в течение одного месяца. Активизация пациентов проводилась в первые сутки после операции. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 7,4 + 1,2 дней (от 4 до 12 дней, за исключением одного случая, когда продолжительность послеоперационного периода составила один месяц). В двух наблюдениях имели место ограниченные жидкостные скопления в области остаточной полости иссеченной кисты, которые были успешно излечены однократной пункцией с аспирацией содержимого под контролем ультразвукового исследования.

Отдаленные результаты прослежены у 25 пациентов в сроки от 6 месяцев до 12 лет. В двух наблюдениях имели место небольшие резидуальные кисты задних сегментов правой доли печени в области ранее проведенного хирургического вмешательства. Учитывая отсутствие клинических проявлений, повторные вмешательства, в том числе пункционные, не производились. Проводится динамическое наблюдение за пациентами.

Заключение. Таким образом, лапароскопическое вмешательство в настоящее время является приоритетным методом хирургического лечения больших и гигантских непаразитарных кист печени, которое характеризуется малой травматичностью, низкой частотой осложнений и хорошими отдаленными результатами.

СОЧЕТАННЫЕ С ЭНДОСКОПИЕЙ ИНТЕРВЕНЦИОННО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Долгушин Б.И., Кукушкин А.В., Черкасов В.А., Виршке Э.Р., Нечипай А.М., Авалиани М.В., Бурдюков М.С.
Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва, Россия

В последнее десятилетие отмечено динамичное развитие относительно нового направления лучевой диагностики и лечения – интервенционной радиологии. Этому способствовало как развитие аппаратно-инструментальной базы специализированных лечебных учреждений (в том числе онкологического профиля), так и неудовлетворенность специалистов чрезмерно травматичными хирургическими способами разрешения ряда сложных клинических задач, в частности, механической желтухи опухолевого генеза. Сочетание этих посылов послужило катализатором не только и не столько расширения области приложения ряда известных и рассматриваемых в настоящее время в качестве рутинных интервенционно-радиологических процедур, сколько основанием для разработки совершенно новых, в том числе уникальных, сочетанных с интервенционной эндоскопией методик.

В настоящее время применяются следующие способы билиарной декомпрессии: хирургический (формирование обходных билиодигестивных анастомозов); антеградный (чрескожные чреспеченочные рентгеноэндобилиарные дренирующие вмешательства); ретроградный (эндоскопическое дренирование желчевыводящих путей).

Антеградный и ретроградный методы устранения механической желтухи не являются конкурирующими и в настоящее время всё чаще используются комплексно в различных сочетаниях, исполняются последовательно или одномоментно.

Среди них:

- антеградная холангиоскопия и прицельная биопсия;
- антеградная и ретроградная внутрипротоковая эндосонография билиопанкреатдуоденальной зоны;
- антеградная и пероральная холангиоскопия с прицельной биопсией;
- формирование компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов;
- формирование пункционных билиогастральных анастомозов;
- формирование пункционных билиоэнтеральных анастомозов;
- формирование пункционных билиобилиарных анастомозов;
- формирование компрессионных магнитных билиодигестивных анастомозов с отключенной по Roux петлей тощей кишки;
- восстановление внутреннего желчеотведения антеградной установкой дренажного катетера через пластиковое покрытие и просвет дуоденального стента в 12-перстную кишку при «двойных» протоковых и дуоденальных стенотических стриктурах.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ ФРЕЯ, БЕГЕРА И БЕРНСКОГО ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ БЕГЕРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

[1]Егоров В.И., [2]Щастный А.Т., [1]Вишневский В.А., [1]ШевченкоТ.В., [1]Жаворонкова О.И., [1]Петров Р.В., [2]Сятковский А.Р.
[1] Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия (директор – академик В.Д. Федоров), [2]Витебский государственный медицинский университет, кафедра хирургии ФПКС, Витебск, Беларусь

Введение. У большинства больных хроническим панкреатитом (ХП) головка поджелудочной железы (ПЖ) является местом инициации и поддержания воспалительного процесса, обусловливающего болевой синдром. Главным этапом хирургического лечения ХП является резекция головки ПЖ, хотя необходимый объем резекции остается неясным.

Материалы и методы. Проспективный анализ ближайших и отдаленных результатов лечения 171 больного, которым в 2002 – 2009 гг. была выполнена дуоденумсохраняющая резекция головки ПЖ. В 91 случае произведена операция Бегера, в 49 – операция Фрея и в 31 – бернский вариант операции Бегера. Отдаленные результаты оценены в сроки от 2 до 6 лет после операции у 102 (60%) больных с использованием опросного листа SF-36.

Результаты. Демографические и клинические параметры пациентов в группах были сопоставимы. Головка ПЖ имела большие размеры в группах операций Бегера и ее бернского варианта, по сравнению с группой операций Фрея, хотя отличия не были значимыми. При этом операции Бегера были значимо про-

должительней операций Фрея (+103 мин.) и бернского варианта (+64 мин.), сопровождались большим числом осложнений (соответственно 25, 11 и 13%), большей кровопотерей (800±120 мл, 320±150 мл и 650±170 мл) и более продолжительным послеоперационным койко-днем (19, 12 и 13). Послеоперационная летальность нулевая. Качество жизни в группах отличалось незначимо, однако, полное купирование боли, социальная и трудовая реабилитация чаще достигались после классической операции Бегера и ее бернского варианта (94, 93 и 93, 93% соответственно), чем при операции Фрея (80, 77%). При всех вмешательствах отмечено улучшение показателей углеводного обмена у больных сахарным диабетом: в 65% случаев после операции Бегера, в 80% случаев – после ее бернского варианта и в 42% случаев – после операции Фрея.

Заключение. Операция Бегера при ХП с преимущественным поражением головки чаще обеспечивает полное и стойкое купирование боли, чем операция Фрея. Интерес представляет бернский вариант операции Бегера, позволяющий достичь таких же результатов, как и классическая операция Бегера, при меньшем числе осложнений, меньшей кровопотере и меньшей продолжительности операции и койко-дня.

АРТЕРИАЛЬНЫЕ АБЕРРАЦИИ ЦЕЛИАКО-МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО БАССЕЙНА: СРАВНЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ ДАННЫХ И КТ-АНГИОГРАФИИ

Егоров В.И., Яшина Н.И., Федоров А.В., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Шевченко Т.В., Ефанов М.Г.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва (директор – академик РАМН В.Д. Федоров)

Введение. Знание строения артериальной системы гепатопанкреатобилиарной зоны имеет большое значение при операциях на поджелудочной железе, печени, желудке и двенадцатиперстной кишке, трансплантации этих органов, рентгенэндоваскулярных вмешательствах, а также для установки инфузионных систем для артериальной химиотерапии.

Цель. Определить частоту различных вариантов строения артериальной системы целиако-мезентериального бассейна с помощью абдоминальной КТ-ангиографии и сопоставить полученные данные с интраоперационной картиной.

Материалы и методы. Проведен ретро- и проспективный анализ абдоминальных КТ-ангиограмм, выполненных 150 пациентам. Полученные данные сопоставлены с интраоперационными данными, полученными при операциях по поводу опухолей печени и поджелудочной железы.

Результаты. Классическая артериальная анатомия обнаружена с помощью КТ-ангиографии в 56,4% наблюдений. Самыми частыми вариантами строения печеночных артерий были замещение правой печеночной артерии на артерию, отходящую от верхней брыжеечной (13,4%), и дополнительная левая печеночная артерия от левой желудочной (9%). Операционные фотографии во всех случаях подтвердили данные, полученные при КТ-ангиографии гепатопанкреатобилиарной зоны.

Заключение. КТ-ангиография позволяет быстро и надежно выявлять варианты артериальной анатомии целиако-мезентериального бассейна до операции, что делает хирургическое лечение больных с заболеваниями печени и поджелудочной железы более безопасным.

ОЦЕНКА КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИССЕЧЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Егоров В.И., Яшина Н.И., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Журенкова Т.В., Андреенков С.С.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва (директор – академик РАМН В.Д. Федоров)

Введение. Оценка коллатерального кровоснабжения важна при планировании обширных дистальных резекций (ДР) поджелудочной железы (ПЖ) с сохранением соседних органов при удалении их основных артериальных магистралей.

Цель. Определить возможность объективного контроля коллатерального кровотока по панкреатикодуоденальной (ПДА) и желудочно-сальниковой аркадам (ЖСА) при планировании субтотальной ДР ПЖ с иссечением чревного ствола (модифицированная операция Appleby) и ДР ПЖ с иссечением селезеночных сосудов и сохранением селезенки.

Материалы и методы. Сохранение пульсации на собственных артериях печени или в воротах селезенки после закрытия основных магистралей считается объективным доказательством состоятельности коллатерального кровотока. Для оценки этого предположения в 10 случаях после дооперационного определения артериальной анатомии с помощью КТ-ангиографии на операциях по поводу различных заболеваний ПЖ выполнялось пережатие общей печеночной артерии в одних случаях и селезеночной артерии в 2 см от ворот селезенки – в других, и с помощью дуплексного сканирования (ДС) у оценивалась скорость линейного и объемного кровотока по коллатералям сразу и через 30 минут после пережатия основной магистрали. После ДР ПЖ с иссечением артериальных магистралей с помощью КТ-ангиографии оценивалась структура коллатерального русла.

Результаты. С февраля 2008-го по апрель 2009 года в Институте хирургии выполнено 6 ДР ПЖ с иссечением селезеночных сосудов и сохранением селезенки по поводу муцинозных опухолей ПЖ с неопределенным потенциалом злокачественности, а также операция Appleby по поводу рака тела ПЖ, вовлекающего ветви чревного ствола. Во всех случаях оценка пульсация коллатеральных сосудов оказалась надежным критерием его адекватности, что было подтверждено данными ДС и КТ-ангиографии. Восстановление пульсации происходило даже при первоначальном трехкратном снижении объемного кровотока.

Заключение. Сохранение пульсации коллатеральных сосудов печени и селезенки может быть критерием адекватности кровотока в органах, основные магистрали к которым были иссечены в процессе ДР ПЖ. КТ-ангиография и ДС в этих случаях являются методами объективной оценки коллатерального артериального кровоснабжения.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАТОМИЧЕСКИХ СЕГМЕНТАРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ АТРАВМАТИЧЕСКИМ ВОРОТНЫМ ДОСТУПОМ.

Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Егоров В.И., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А., Мелехина О.В.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва

Актуальность. Обширные резекции печени могут быть выполнены далеко не у всех больных злокачественными опухолями печени, в связи с чем в ряде случаев альтернативой большой резекции может являться сегментарная анатомическая резекция. Существующие методики выполнения сегментарных резекций печени нельзя считать полностью отвечающим требованиям анатомичности и атравматичности.

Цель. Изучить ближайшие и отдаленные результаты анатомических сегментарных резекций печени при очаговых образованиях печени.

Материал и методы. В 2007 г. Институте хирургии внедрена методика резекций печени с атравматическим экстрапаренхиматозным воротным выделением глиссоновых ножек. С целью предупреждения массивной кровопотери данную методику сочетали с изоляцией и взятием на турникет в кавальных воротах печени магистральных печеночных вен при их вовлечении или непосредственном контакте с опухолью. В остальных случаях для снижения кровопотери из притоков печеночных вен достаточным считали снижение центрального венозного давления до 0-2 мм рт. ст. С использованием данной методики сегментарные резекции выполнены у 21 больного, из них: метастазы колоректального рака – 12, гепатоцеллюлярный рак – 2, рак желчного пузыря – 1, гемангиомы – 6. Сравнение ближайших и отдаленных результатов проведено в группе, включавшей 12 больных с метастатическим колоректальным раком. В контрольную группу вошли 22 пациента с метастазами колоректального рака в печень, которым были выполнены сегменториентированные резекции печени фиссуральным способом.

Результаты. Изучены следующие интраоперационные и ближайшие послеоперационные показатели, которые у пациентов с воротным/фиссуральным доступом составили: 995±658/1207±768; прием Прингла – 0/26 ± 16 мин; продолжительность операции 285 ± 72/290 ± 73 мин; осложнения – 18/50%; из них специфические осложнения – 9/20%; длительность послеоперационного стационарного лечения 15 ± 3/23 ± 16 дней. Достоверные отличия получены по частоте осложнений и приему Прингла, который не применялся при воротном доступе. По другим показателям не получено достоверной разницы, но в группе больных с атравматическим воротным доступом результаты выглядели лучше. Отдаленные результаты прослежены в сроки до 18 мес. Все больные живы. Ни один из больных не имел рецидива опухоли в зоне резекции. В контрольной группе больных медиана выживаемости составила 21 мес., пятилетняя выживаемость – 26%.

Заключение. Применение методики атравматического выделения глиссоновых ножек при сегментарных резекциях печени позволяет повысить анатомичность, радикальность операции и уменьшить ее травматичность. Требуется дальнейшее накопление опыта и оценка отдаленных результатов.

СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОДНО- И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ОСНОВНЫХ ВАРИАНТОВ АФФЕРЕНТНЫХ СОСУДОВ ПЕЧЕНИ

Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Икрамов Р.З., Широков В.С., Кондратьев Е.В., Пугачева О.Г., Козырин И.А., Шевченко Т.В.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва

Актуальность. Нормальная анатомия печени отличается вариабельностью строения сосудисто-секреторных элементов, что требует ясного представления об особенностях индивидуальной анатомии перед выполнением хирургического вмешательства на печени. На сегодняшний день не вполне ясно, насколько велики преимущества высокоразрешающих трехмерных реконструкций исследуемого объекта, получаемых при мультиспиральной компьютерной томографии перед двухмерными аксиальными изображениями в определении анатомии магистральных сосудов печени.

Цель работы: определить основные варианты строения афферентных сосудов печени, их частоту, а также возможности одно- и мультиспиральной компьютерной томографии в оценке нормальной анатомии магистральных афферентных сосудов печени на основании сравнительного анализа их аксиальных изображений и мультипланарных реконструкций.

Материал и методы. Исследованы индивидуальные особенности нормальной анатомии печеночных артерий, воротной вены у 200 пациентов. Основным условием отбора пациентов было отсутствие влияния на сосудистую анатомию печени очаговых образований при их наличии или отсутствие поражения печени. В первой группе 100 больных обследовано на односпиральном компьютерном томографе Phillips Secura, во второй группе, также включавшей 100 пациентов, исследование проведено на мультиспиральном томографе Phillips Brilliance CT. Изучались аксиальные изображения, полученные в артериальную и венозную фазу исследования. Во второй группе во всех случаях отклонения от типичной анатомии печени по данным двухмерных аксиальных изображений с целью проверки полученной информации проводилось построение мультипланарной реконструкции, позволяющей получить точное представление о взаимоотношении сосудов.

Результаты. Тремя наиболее распространенными вариантами анатомии печеночных артерий были I, II, III типы по Michels. Во 2-й группе проведена выборочная проверка полученной информации, включавшая сопоставление двухмерных и трехмерных реконструкций у 5 пациентов с I, II и III типами и у всех пациентов с другими типами. Отмечено полное совпадение выявленных типов. Частота выявленных типов в целом совпадала в обеих группах и в среднем составила: I тип – 78% от всех наблюдений; II тип – 12%, III тип – 6% наблюдений. По 1% составили наблюдения V, VI, IX типы по Michels, а также отхождение правой и левой печеночных артерий непосредственно от чревного ствола (неклассифицированный тип). При сопоставлении данных трехмерной реконструкции изображения и аксиальных срезов, полученных на 64-детекторном томографе, мы не отметили различий в трактовке варианта ветвления воротной вены – данные полностью совпали. Средние значения частоты вариантов ветвления воротной вены в обеих группах составили: типичное деление общей воротной – 77% случаев, варианты формирования общего ствола правой парамедианной и левой долевой ветвей –12% случаев, трифуркация – 6% больных. Совокупная частота других, более редких вариантов составила 5%.

Заключение. Аксиальные изображения, полученные на одно- и мультиспиральных компьютерных томографах, не уступают по информативности мультипланарным реконструкциям в изучении особенностей нормальной анатомии магистральных афферентных сосудов печени.

ИЗУЧЕНИЕ ВАРИАНТОВ СТРОЕНИЯ ГЛИССОНОВЫХ ВОРОТ ПЕЧЕНИ И ИХ ЧАСТОТЫ ПО ДАННЫМ ОДНО- И МУЛЬТИСПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Кармазановский Г.Г., Икрамов Р.З., Широков В.С., Кондратьев Е.В., Пугачева О.Г., Козырин И.А., Шевченко Т.В.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва

Актуальность. Правильное представление о строении глиссоновых ворот печени необходимо при выполнении резекции воротным доступом, а также при реконструктивных вмешательствах на внепеченочных желчных протоках.

Цель работы. Определить основные варианты строения глиссоновых ворот печени, их частоту.

Материал и методы. Исследованы индивидуальные особенности анатомии глиссоновых ворот печени, долевых и секторальных ветвей воротной вены у 200 пациентов. Исследования проводились на односпиральном компьютерном томографе Phillips Secura и мультиспиральном томографе Phillips Brilliance CT. Изучались только аксиальные изображения, полученные в венозную фазу исследования. Основным условием отбора пациентов было отсутствие влияния на анатомию печени очаговых образований при их наличии или отсутствии поражения печени. Измерение длины долевых вен проводили от точки бифуркации основного ствола до точки бифуркации правых секторальных ветвей для правой долевой вены и до места отхождения левой парамедианной ветви – для левой. Открытыми считали ворота, в которых зона развилки правых секторальных ветвей была свободна от паренхимы печени не только со стороны основания разветвляющихся сосудов, но также и с внутренней стороны развилки. При промежуточном типе ворот открытым от паренхимы печени оставалось только основание бифуркации правых секторальных ножек. В закрытых воротах паренхима печени закрывала не только внутреннюю часть бифуркации, но и основание разделяющихся правых секторальных ножек.

Результаты. Открытые ворота были выявлены у 42% пациентов, закрытые – у 35%, промежуточные – у 23%. Открытый тип ворот печени достоверно чаще встречался при вариантах ветвления воротной вены с отсутствием формирования правой долевой ветви (трифуркация, формирование общего ствола ветвей правого парамедианного сектора и левой доли) ($p < 0.05$). Учитывая естественную кривизну хода сосудов, которую трудно учитывать даже при трехмерной реконструкции изображения, измерения носили определенную погрешность. Правая воротная вена в случае ее наличия (бифуркационный вариант ветвления ствола воротной вены) имела длину от 0.7 до 6 см, средняя длина составила 25±9 мм. Левая воротная вена имела длину от 1 до 4.3 см, средняя длина – 25±6 мм. При длинной правой долевой воротной вене несколько чаще имел место закрытый тип ворот печени. Частота закрытых ворот печени при длине правой долевой воротной вены > 25 мм составила 44.8%, при длине < 25 мм – 33.3%. Достоверной зависимости типа ворот печени от длины правой долевой воротной вены не выявлено ($p > 0.05$).

Заключение. Вопреки устойчивому мнению, правая долевая воротная вена не была существенно короче левой, хотя размах колебаний ее длины был больше. Открытые ворота печени встречаются менее чем у половины больных, в связи с чем воротный доступ к секторальным ветвям правой воротной вены возможен далеко не во всех случаях, что оправдывает применение методов экстракапсулярного выделения глиссоновых ножек при анатомических резекциях печени.

ПРОТОКОЛ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ РЕЗЕКЦИЯМИ ПЕЧЕНИ

Заречнова Н.В., Бельский В.А., Горохов Г.Г., Васенин С.А., Загайнов В.Е.

ФГУ «Приволжский окружной медицинский центр Росздрава», ГОУ ВПО НижГМА

Смертность после обширных резекций печени, к которым относят анатомические и расширенные гемигепатэктомии, по данным разных авторов, составляет 5,1 – 21% (В.А. Вишневский и соавт., 2003, Ю.И. Патютко, 2005).

Целью создания протокола явилось снижение уровня послеоперационной летальности у пациентов после обширных резекций печени.

В нашей клинике с 2005 года было выполнено 77 обширных резекций печени, к которым мы относим правостороннюю портальную, правостороннюю и левостороннюю расширенные резекции печени. Нами выработан определенный протокол периоперационного ведения таких пациентов, которому мы следуем с 2007 года.

Противопоказанием к операции считаем:

– де- и субкомпенсированную патологию сердечно-сосудистой, дыхательной или мочевыделительной систем;

– выраженные нарушения белковосинтетической функции печени, к которым относим снижение уровней общего белка и альбумина крови до или ниже нижней границы нормы.

Принципы ведения интраоперационного периода:

– снижение фармакологической нагрузки на печень при использовании комбинированных методов анестезии (комбинированная тотальная внутривенная и эпидуральная или комбинированная ингаляционная (севофлюран) и эпидуральная анестезия);

– строгий контроль объема интраоперационной инфузионной терапии (не более 15мл/кг/ч.) и соотношения коллоиды/кристаллоиды (не менее 1:2);

– включение в схему инфузионной терапии антигипоксантов с гепатопротективной функцией;

– при прогнозировании кровопотери более 1500 мл использование аппаратной реинфузии крови;

– поддержание гемодинамики сочетанием инотропной поддержки и микроболюсов вазопрессоров под контролем инвазивного мониторинга гемодинамики.

Основные аспекты наблюдения и интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде:

1. Первые 24 часа

– контроль развития лактат-ацидоза и гиперферментемии (АЛТ, АСТ, ЛДГ);

– использование методов экстракорпоральной детоксикации (CVVHD, CVVHDF) при некомпенсируемом консервативными методами лактат-ацидозе, при выраженной гиперферментемии (АЛТ, АСТ более 500, ЛДГ более 1500 в динамике).

2. Первые 5 суток (до восстановления функции кишечника)

– поддержание уровня альбумина не ниже 25 г/л путем в/в введения 10 – 20% раствора 20 – 40 г/сут.;

– при сниженном темпе диуреза использование комбинированного применения растворов альбумина в сочетании с минимальными дозами салуретиков;

– гепатопротекторы (гептрал, гепа-мерц);

– строгий контроль волемии на фоне значительных потерь жидкости по дренажам брюшной полости;

– раннее малообъемное энтеральное питание полуэлементными смесями с целью поддержания трофики ЖКТ и раннего восстановления его функции;

– исключение использования эпидуральной анальгезии в связи с угрозой развития увеличения давления в системе портальной вены.

Использование разработанного протокола периоперационного ведения пациентов, перенесших обширные резекции печени позволило снизить послеоперационную летальность с 20,8 (2006–2007г.г.) до 13,2% (2007–2008 г.г.).

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИ-ИНВАЗИВНЫХ И ЭЛЕКТРОСВАРИВАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Захараш М.П., Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Литвиненко А.Н., Захараш Ю.М., Усова Е.В.

Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Кафедра хирургии № 1, Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова, Киев, Украина

Высокие показатели неудовлетворительных результатов хирургического лечения больных со злокачественным опухолевым поражением органов панкреатодуоденальной зоны обусловливают необходимость усовершенствования имеющихся и поиска новых методов диагностики и лечения данной категории пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с опухолями органов панкреатодуоденальной зоны за счет использования методов ранней их диагностики, миниинвазивных и электросваривающих технологий при хирургическом лечении данной категории больных.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 216 больных со злокачественными новообразованиями органов панкреатодуоденальной зоны, находившихся на лечении на клинических базах кафедры хирургии № 1 и в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза НИХТ в период 1999 – 2008 годов. Мужчин было 122 (56,5%), женщин – 94 (43,5%). Средний возраст больных составил 53,2±3,8 года. Средняя длительность желтухи до момента госпитализации в клинику составила 27,6±4,2 дня. Наряду с традиционными методами исследования (ФГДС, УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия, холедохоскопия), диагностический алгоритм при опухолях большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК) включал проведение хромодуоденоскопии с использованием метиленового синего и индигокармина (чувствительность 86,7%, специфичность 91%), а также фотодинамической диагностики с использованием непорфиринового фотосенсибилизатора – препарата «Гиперфлав» (чувствительность 97,2%, специфичность 97%) с прицельной биопсией по предложенной нами методике. Метод эндосонографии (чувствительность 96,8%, специфичность 98%) применен нами у 31 (14,4%) пациента с опухолями головки поджелудочной железы (ГПЖ), в том числе с прицельной пункционной биопсией у 19 (чувствительность 94,7%, специфичность 97%).

Причинами билиарной обструкции у 216 пациентов с опухолевой патологией панкреатодуоденальной зоны были: рак ГПЖ – у 92 (42,6%) больных, рак БС ДПК – у 109 (50,5%), рак терминального отдела холедоха (ТОХ) – у 15 (6,9%). Механическая желтуха I – II степени диагностирована у 59 (27,3%) больных, III степени – у 157 (72,7%). У 21 (9,7%) пациента диагностирован гнойный холангит.

В лечении больных с механической желтухой I – II степени, длительностью до 30 суток, при отсутствии явлений гнойного холангита и операбельности опухоли отдавали предпочтение одномоментному радикальному хирургическому вмешательству – панкреатодуоденальной резекции, которая выполнялась с использованием биполярных электросваривающих зажимов на этапе выделения органокомплекса, при выполнении расширенной лимфодиссекции, формировании анастомозов. При этом существенно уменьшался объем кровопотери, сокращалось время операции и повышалась абластичность вмешательства. При неоперабельности опухоли и протяженности стеноза до 2 см приоритетным считали эндобилиарное ретро- или антеградное стентирование. В случаях невозможности миниинвазивной коррекции билиарной обструкции предпочтение отдавали гепатикоеюностомии.

Результаты. Радикальные хирургические вмешательства выполнены 43 (39,5%) пациентам с раком БС ДПК, а также 38 (35,5%) пациентам с раком ГПЖ и ТОХ. 66 (60,5%) пациентам с раком БС ДПК и 69 (64,5%) пациентам с раком ГПЖ и ТОХ с III – IV стадиями заболевания при невозможности выполнения радикального хирургического вмешательства выполнены паллиативные вмешательства, в том числе чрескожное чреспеченочное антеградное или ретроградное транспапиллярное стентирование у 13 (11,9%) и 14 (13,1%) больных соответственно. Показатели послеоперационных осложнений составили 12,5%, послеоперационной летальности – 3,2%.

Выводы. Применение современных методов ранней диагностики позволяет установить диагноз на ранних (I – II) стадиях заболевания у 39,5% пациентов с раком БС ДПК и у 35,5% пациентов с раком ГПЖ и ТОХ, а применение миниинвазивных и электросваривающих технологий – значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРИЧИНЫ БИЛИАРНОЙ ОБСТРУКЦИИ

Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Бельчикова Н.С., Савельева Т.В.

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Проблема лечения больных с механической желтухой (МЖ) по-прежнему остается актуальной. От правильного и своевременного определения причины МЖ, ее уровня и протяженности зависит лечебная тактика и прогноз исхода заболевания.

Материалы и методы. Были обследованы 52 пациента в возрасте от 22 до 83 лет с МЖ. Длительность желтухи составляла от нескольких дней до 10 месяцев, уровень гипербилирубинемии от 35 до 180 ммоль/л. Ранее больным неоднократно выполнены различные исследования (УЗИ, КТ), на которых было выявлено расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков. Обследование проводилось на спиральном компьютерном томографе Light Speed Plus с четырьмя рядами детекторов. Во всех случаях выполнялось болюсное внутривенное контрастирование, с последующим сканированием в артериальную и в портальную фазы.

Результаты. В большинстве случаев (27 – 52%) причиной МЖ были опухоли головки поджелудочной железы (ГПЖ) различных размеров и распространенности. 3 больным удалось выполнить панкреатодуоденальную резекцию, в остальных случаях наложены

билиодигестивные анастомозы. В 2 (3,8%) наблюдениях был поставлен диагноз псевдотуморозного хронического панкреатита с поражением ГПЖ. В 2 (3,8%) случаях у пациентов с хроническим панкреатитом причиной расширения желчных протоков оказались крупные кисты ГПЖ, также потребовавшие оперативного лечения.

В 5 (9,6%) случаях были выявлены конкременты общего желчного протока от 0,35 до 2,1 см. Они имели неоднородную, слоистую структуру, включения извести, не меняли плотность после введения контрастного вещества, более отчетливо визуализировались на фоне накопившей контрастное вещество паренхимы поджелудочной железы. Мелкие конкременты были удалены эндоскопически после папиллосфинктеротомии (3), 2 больным выполнена холедохолитотомия. У 3 (5,8%) пациентов удалось визуализировать мелкие патологические образования размерами до 1,1 см в области большого дуоденального сосочка (БДС). Больные были оперированы и по результатам гистологического исследования операционного материала были установлены аденокарциномы. В 6 (11,5%) наблюдениях выявлено опухолевое поражение стенок внепеченочных желчных потоков различной локализации – от конфлюэнса печеночных протоков до интрапанкреатической части холедоха. Признаками опухоли являлось умеренное утолщение стенок протоков различной протяженности с интенсивным накоплением контрастного вещества, начиная с артериальной фазы сканирования. Этим пациентам в дальнейшем было выполнено эндобилиарное дренирование (4) и стентирование желчных протоков (2). У 7 (13,5%) пациентов признаки опухолевого поражения поджелудочной железы или желчных протоков, а также достоверные признаки наличия конкрементов, по данным многослойной спиральной компьютерной томографии (МСКТ), выявлены не были. В таких случаях мы предполагали наличие рубцовой стриктуры, но для исключения мелких рентгенонеконтрастных конкрементов либо изоваскулярных опухолей большого дуоденального сосочка дополняли МСКТ эндосонографией и/или РХПГ. В этой группе пациентов в одном случае был диагностирован мелкий рентгенонеконтрастный конкремент устья холедоха, а в одном – доброкачественная опухоль БДС.

Заключение. МСКТ имеет высокую информативность в выявлении причин билиарной обструкции, позволяет получить подробную информацию о характере патологического процесса, определить дальнейшую тактику лечения пациентов и в том числе спланировать оперативное вмешательство.

РЕГИОНАРНАЯ КАТЕТЕРНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ЭНДОВАСКУЛЯРНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Каримов Ш.И., Боровский С.П.,
Рахманов С.У., Маткулиев У.И.
Ташкентская медицинская академия,
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения печеночной недостаточности на фоне портальной гипертензии путем применения регионарной катетерной терапии.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 113 больных в возрасте от 16 до 74 лет (45,7±14,8) лет с циррозом печени и портальной гипертензией, осложненной кровотечением из варикозных вен пищевода и желудка. В первую группу были включены 65 больных, которым выполнена чреспеченочная эмболизация варикозных вен пищевода и желудка в сочетании с эмболизацией селезеночной артерии. Во вторую группу вошли 48 больных, у которых указанные эндоваскулярные вмешательства дополнены в постэмболизационном периоде проведением курса регионарной внутрипортальной инфузионной терапии для ускорения процессов восстановления функции печени, профилактики прогрессирования печеночной недостаточности и снижения активности цитолитического процесса в органе.

Результаты. В первой группе для продолжения амбулаторного лечения выписано 32 пациента, умерло – 33 больных (50,8%). В 27 (41,5%) случаях причиной летального исхода была прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность, коматозное состояние и декомпенсация сердечно-сосудистой системы. Трое больных (4,6%) погибли на госпитальном этапе лечения от ранних рецидивирующих кровотечений, которые наблюдались в постэмболизационном периоде у 18,5% пациентов. Еще 3 (4,6%) пациентав умерли от осложнений вмешательств.

Внутрипортальная инфузия лекарственных средств, проводимая во второй группе, сопровождалась более быстрым восстановлением основных клинико-лабораторных показателей, что особенно ярко прослежено в изменениях функциональных проб печени в отличие от других показателей. Длительная катетеризация воротной вены позволяла не только проводить доставку необходимых лекарственных средств в достаточной концентрации непосредственно к печеночным клеткам, но и производить контроль уровня портального давления в постэмболизационном периоде, следить за развитием дополнительных путей оттока из воротной вены. В двух случаях нами проведена реэмболизация кровоточащих сосудов при рецидиве кровотечения и у 4 больных — эндоваскулярная окклюзия венозных коллатералей, которые не были выявлены при портографии и резко расширились после проведения вмешательств, что могло привести к раннему возобновлению кровотечения.

Во второй группе умерло 9 больных (18,7%). Причиной летального исхода у 6 больных была прогрессирующая печеночная недостаточность, у 3 – полиорганная недостаточность.

Вывод. Включение в комплекс лечения регионарной внутрипортальной инфузии лекарственных средств позволяет уменьшить риск неблагоприятного течения послеоперационного периода, тем самым улучшить результаты применения эндоваскулярных вмешательств при кровотечениях из варикозных вен пищевода и желудка у больных с портальной гипертензией.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ И БИЛИАРНОЙ ПРОТОКОВОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Клименко В.Н., Клименко А.В.,
Стешенко А.А., Воротынцев С.И.
Запорожский государственный
медицинский университет,
Запорожье, Украина

Цель исследования. Разработать новый тип патогенетически обоснованных оперативных вмешательств при хроническом панкреатите (ХП) с протоковой и билиарной гипертензией.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты хирургического лечения 24 больных 38– 60 лет, мужчин – 22 (91,7%), женщин – 2(8,3%), оперированных по поводу различных форм ХП (калькулезный, фиброзно-кистозный, псевдотуморозный, фиброзно-дегенеративный с вовлечением смежных органов и нарушением их функций). Диаметр вирсунгова протока был от 4 до 12 мм. Билиарная гипертензия была у 14 (58,3%) больных, из которых у 11(45,8%) наблюдалась механическая желтуха. Длительность от начала заболевания ХП до хирургического лечения совпадала с периодом наблюдения у терапевта, и у 13 (54,2%) больных составляла от 5 до 8 лет, у 7(29,2%) – от 9 до 12 лет и у 4(16,6%) – от 13 до 15 лет. Алкогольный генез ХП определен у 18 (75,0%) пациентов, билиарный – у 2 (8,3%), алиментарный – у 3 (12,5%), невыясненный – у 1(4,2%). Кроме общеклинических исследований использовались УЗИ, КТ, ЭРХПГ, видеогастродуоденоскопия, интраоперационная холангиография. Анестезиологическое пособие включало использование комбинированной анестезии, сочетающей низкопоточный наркоз севофлюраном и грудную эпидуральную аналгезию бупивакаином. Всем больным выполнены операции нового типа – продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденопапиллотомия с формированием продольного панкреатоеюнодуоденоанастомоза по Ру. Данная операция устраняет панкреатическую и билиарную протоковую гипертензию путем рассечения главного панкреатического протока на всем протяжении, начиная от хвостовой части поджелудочной железы (ПЖ) и далее через весь массив ее тела и головки, вскрытием заднемедиальной стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК), прилежащей к головке ПЖ, и заканчивая рассечением устья вирсунгова протока. У больных с билиарной гипертензией одномоментно выполнялась классическая трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, однако если диаметр холедоха превышал 20 мм, дополнительно накладывался холедохоеюноанастомоз (двойное внутреннее дренирование).

Результаты. Летальных исходов не было. Неспецифические послеоперационные осложнения (пневмония, частичное нагноение раны) наблюдались у 5 (20,8%) больных. У всех пациентов прекратилась абдоминальная боль, отсутствовал диспепсический синдром. У 22 (91,7%) больных через 4 – 6 месяцев размеры увеличенной головки ПЖ приближались к норме и в среднем составляли 31,4 + 1,8мм. Через 12 месяцев проявления панкреатического диабета легкой степени оставались у 2 (8,3%) больных, до операции – были у 10 (41,7%); продолжали принимать ферментные препараты 2 (8,3%) пациента, до операции – 20(83,3%).

Заключение. Продольная тотальная панкреатовирсунгодуоденопапиллотомия с формированием продольного сплошного панкреатоеюнодуоденоанастомоза по Ру эффективно устраняет абдоминальную боль, панкреатическую и билиарную протоковую гипертензию, дуоденальную непроходимость, восстанавливает физиологический пассаж желчи и сока ПЖ в ДПК и может быть операцией выбора в хирургическом лечении больных ХП.

ВВЕДЕНИЕ ИЗОЛИРОВАННЫХ ФЕТАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ БОЛЬНЫМ С ГЕПАТИТАМИ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Колкин Я.Г., Зубов А.Д, Кузьменко А.Е.,
Чирков Ю.Э., Сухинина О.А.
Национальный медицинский университет им. Горького,
Донецк, Украина

Целью настоящего исследования явился поиск новых подходов к компенсации печёночной недостаточности у пациентов с гепатитами.

Материалы и методы. Проведено лечение 19 больным с хронической почечной недостаточностью, явившейся следствием гепатита с исходом в цирроз. Фетальные печёночные клетки, полученные от плодов 26 – 27 недель гестации, были изолированы путём перфузии и фильтрации с коллагеназой, очищены и культивированы по стандартным методикам, проведено их морфологическое и бактериологическое тестирование и контроль жизнеспособности. 5 мл. взвеси разводили 5 – 15 мл 0,25%-ного раствора новокаина. Позиционирование для введения гепатоцитов производилось ультразвуковым сканером Dornier AI 5200 конвексным датчиком 5 МГц в положении пациента на левом боку. В зону пункции избирали по подмышечной линии в 5 – 8 межреберьи. Траекторию пункционного канала определяли исходя из безопасного акустического окна с учётом данных цветного допплеровского картирования. Пункция выполнялась под местной анестезией (лидокаин) иглой 19G.

Результаты и обсуждение. Под ультразвуковым контролем взвесь гепатоцитов через пункционную иглу вводили в воротную вену печени при динамическом допплерографическом контроле портального давления, после чего иглу извлекали. В одном случае в целях предупреждения геморрагии осуществляли лазерную коагуляцию (высокоэнергетический хирургический Nd-YAG лазер Fibertom-4100) кварцевым световодом, введённым в просвет пункционной иглы по типу мандрена. Иглу удаляли при включённом лазере (мощность 40 Вт.) для осуществления гемостаза по ходу пункционного канала. После вмешательства назначали антигистаминные препараты и антибиотики. У всех пациентов наблюдалось стойкое улучшение клинических, биохимических и иммунологических показателей. При ультразвуковых контрольных осмотрах очаговых изменений в печени не выявлено.

Из осложнений отмечены кратковременные температурные реакции. Положительный результат отмечен у 90% пациентов.

Выводы. Таким образом, инрапортальное введение фетальных гепатоцитов может быть использовано в составе комплексной терапии для компенсации печёночной недостаточности у больных гепатитами с исходом в цирроз.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТА COOL TIP ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Корняк Б.С., Ткачев П.В.
МГМСУ, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить возможности применения аппарата Cool tip (радиочастотной абляции) при резекциях печени у больных с колоректальными метастазами.

Материалы и методы. На кафедре госпитальной хирургии МГМСУ, ГКБ №40 Москвы с 2009 года на лечении находилось 11 больных с метастазами колоректального рака, возраст от 56 до 75 лет (61±3,1 г), женщин – 6, мужчин – 5 человек. Ранее больные оперированы: резекции сигмовидной кишки – у 7, у одного – сформирована двуствольная трансверзостома, у 3 – левосторонняя гемиколэктомия. Сроки перенесенных вмешательств составили от 9 до 18 месяцев. У одной больной интраоперационно диагностированы метастазы опухоли в печень. В других наблюдениях – метастазы колоректального рака выявлены через шесть и более месяцев после операции. После удаления первичного очага (опухоли ободочной кишки) химиотерапия проведена у 10 из 11 человек. Использованы две схемы лечения: XELOX или FOLFOX. В общей сложности проведено от 3 до 5 курсов лечения. РЧА–обработка краев резекции выполнялась аппаратом Cool-tip. Все пациенты оперированы, различные виды резекции печени, дополненные РЧА метастазов, выполнены у двух больных (выявлены билобарные поражения печени). В этих наблюдениях резекция 2 и 3 сегментов дополнена РЧА метастазов правой доли

(5 и 6 сегменты). Среди 9 пациентов с солитарными метастазами колоректального рака выполнены следующие вмешательства: резекция 3 сегмента – у одного больного, резекция 2 и 3 сегмента – у 2 пациентов, около опухолевая резекция 4 сегмента – у одного, правосторонняя гемигепатэктомия – у трех, резекция 7 сегмента – у 2 человек (в одном случае – дополнена резекцией правого купола диафрагмы).

Результаты. В проведенном исследовании интраоперационных осложнений не отмечено. Резекция печени с использованием аппарата Cool-tip значительно снизила интраоперационную кровопотерю. При резекции 2,3 сегментов печени кровопотеря не превышала 100 мл, а при правосторонней гемигепатэктомии – не более 200 – 300 мл. Дополнительных методов гемостаза по резецированной паренхиме не потребовалось. В одном наблюдении (резекция 4 сегмента) использована пластина ТахоКомб®. В раннем послеоперационном периоде таких осложнений, как внутрибрюшное кровотечение, формирование наружного желчного свища, нагноение послеоперационной раны или внутрибрюшных абсцессов, не отмечено ни у одного больного. Лишь у одной больной, перенесшей комбинированное вмешательство (резекция печени и правого купола диафрагмы), возникла необходимость в двукратной пункции плевральной полости. Незначительное повышение цифр билирубина отмечено у одной больной (после правосторонней гемигепатэктомии), цифры билирубина нормализовались к 11 дню после операции. Результаты лечения изучены в сроки от 3 до 9 месяцев после операции. Всем больным продолжена химиотерапия. Через 8 месяцев после операции у одной больной диагностирован метастаз колоректального рака в 5 сегменте печени (размеры очага составили 3 см), выполнена чрескожная РЧА под УЗИ-контролем.

Заключение. Таким образом, применение современного метода РЧА при резекциях колоректальных метастазов печени является надежным методом достижения гемостаза и свидетельствует о высокой его эффективности. Использование РЧА становится наиболее актуальным при билобарных метастазах, а также у пациентов с высоким операционным риском.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Котенко О.Г., Гриненко А.В., Попов А.О., Коршак А.А., Гусев А.В, Федоров Д.А.

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

Особенностью гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) является тромбоз или инвазия опухолью воротной вены (ВВ) и нижней полой вены (НПВ). Радиальный рост хиларных холангиокарцином (ХХ) является причиной опухолевой инвазии ВВ и печеночной атрерии (ПА). Опухолевая инвазия магистральных сосудов печени до настоящего времени является абсолютным критерием неоперабельности. Сегодня, благодаря значительному прогрессу в резекционной хирургии печени, привлечению трансплантационных технологий данная точка зрения пересматривается.

Целью настоящего исследования явилось изучение результатов резекции печени в сочетании с резекцией и пластикой ВВ, НПВ, ПА у больных с ГЦК и ХХ.

Материалы и методы. В исследование включены 90 больных с ГЦК и 59 больных с ХХ, которым выполнены радикальные резекции печени. Пациенты с ГЦК с опухолевым поражением ствола, конфлюэнса или долевых ветвей ВВ 1-го порядка (20 чел.) составили группу 1 и с опухолевым поражением НПВ (14 чел.) составили группу 2. Контрольная группа 1 состояла из 56 больных с ГЦК с опухолевым поражением ветвей ВВ 2 – 5 порядка. Пациенты с ХХ с опухолевой инвазией ствола и конфлюэнса ВВ (30 чел.) составили группу 3 и опухолевой инвазией ствола или ветви ПА остающейся части печени (5) составили группу 4. Троим больным выполнена резекция и реконструкция ВВ и ПА (лигаментэктомия). Контрольная группа 2 состояла из 20 больных с ХХ без опухолевой инвазии ВВ и ПА.

Результаты и их обсуждение. У больных контрольной группы 1 выполнены 32 обширных (более 3 сегментов), 13 расширенных (более 5 сегментов) резекций и 11 резекций двух сегментов печени. У больных группы 1 выполнены 13 обширных и 7 расширенных резекций печени в сочетании с резекцией конфлюэнса ВВ. Из предложенных вариантов восстановления портального тракта наиболее часто использовалась портопластика анастомозом конец в конец. Время, необходимое для резекции и реконструкции ВВ, составило 20±3 мин. У больных группы 2 выполнены 9 обширных и 5 расширенных резекций печени, которые в 7 случаях комбинировались с краевой резекцией и в 7 – с резекцией сегмента НПВ. Для реконструкции НПВ применялись различные варианты пластики сегментом аутовены (7) и пластики синтетическим протезом Gore-Tex (7). Время, необходимое для резекции и реконструкции НПВ, составило 74±15 мин. Характер, количество осложнений и летальность были сходными в первых трех группах. У больных контрольной группы 2 выполнено 10 обширных и 10 расширенных резекций печени. Всем больным групп 3 и 4 выполнены расширенные резекции печени. Время, необходимое для реконструкции ВВ в группе 3, составило 18±3 мин. Время, необходимое для реконструкции ПА в группе 4, составило 42±5 мин. Количество осложнений и летальность в группах 3 и 4 были сходными с таковыми в контрольной группе 2, но выше, чем в группах 1 и 2.

Выводы. Таким образом, резекция печени в сочетании с резекцией и пластикой ВВ, НПВ и ПА позволяют радикально удалить опухоль с приемлемой смертностью, частотой осложнений и отдаленной выживаемостью.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИСОСУДИСТОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кочатков А.В., Кригер А.Г., Цыганков В.Н., Шутихина И.В., Степанова Ю.А., Дубова Е.А.

ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

«Золотым стандартом» предоперационной инструментальной визуализации локорегионального опухолевого распространения при раке поджелудочной железы является мультидетекторная компьютерная томография с болюсным внутривенным контрастированием, а также эндо-УЗИ. Несмотря на достигнутый прогресс, по поводу небольшой группы больных остаются сомнения в резектабельности опухоли поджелудочной железы.

Целью данного исследования было определение возможности и целесообразности применения внутрисосудистого ультразвукового исследования (ВСУЗИ) с целью определения инвазии опухолей поджелудочной железы в магистральные сосуды.

Исследование выполнено двум больным с опухолью тела и головки поджелудочной железы. На основании предоперационного обследования в первом наблюдении была заподозрена инвазия опухоли в верхнюю брыжеечную вену (ВБВ), во втором – в верхнюю брыжеечную артерию (ВБА). Больные были оперированы.

С целью определения опухолевой инвазии опухоли поджелудочной железы в воротную вену (ВВ) и ВБВ датчик вводился в систему ВВ после пункции и катетеризации вены большого сальника. При исследовании ВБА датчик ВСУЗИ был введен после соответствующей ангиографии (верхней мезентерикографии) через доступ в правой бедренной артерии. Исследование занимало около 15 мин. При определении опухолевой инвазии ориентировались на наличие или отсутствие жировой прослойки между опухолью и сосудом, а также на изменение эхогенности стенки и нарушение её ультразвуковой структуры.

В обоих случаях во время ВСУЗИ было определено истинное взаимоотношение опухоли с магистральными сосудами. В одном наблюдении была исключена инвазия, в другом – подтверждена, что было верифицировано морфологически полем резекции сосуда. Выполнены дистальная резекция поджелудочной железы со спленэктомией и панкреатодуоденальная резекция с циркулярной резекцией и протезированием ВБА, соответственно. Исследование выполнялось катетер-датчиком ВСУЗИ – диаметр 3,2 F, частота ультразвуковых колебаний 40 МГц, Boston Scientifik (Грант Президента РФ для государственной поддержки российских учёных № МК-4176.2007.7).

Представляется, что ВСУЗИ является надёжным методом верификации опухолевой инвазии в магистральные сосуды брюшной полости. Основным показанием к выполнению является сомнительная резектабельность опухоли поджелудочной железы после проведения всего комплекса диагностических мероприятий.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОБРАЗОВАНИЯМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Кубышкин В.А.[2], Кригер А.Г.[1], Ионкин Д.А.[1], Козлов И.А.[1]

[1] ФГУ «Институт хирургии им. А.В.Вишневского Росмедтехнологий»

[2] кафедра общей хирургии МСИ

Актуальность. Увеличение числа больных с очаговыми образованиями селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения.

Цель исследования. Определение адекватной тактики хирургического лечения у больных с очаговыми образованиями селезенки.

Материалы и методы. В Институте хирургии накоплен опыт лапароскопических органосберегающих вмешательств по поводу доброкачественных образований селезенки у 24 больных. Дооперационное обследование больных помимо общеклинических методов включало комплексное УЗИ, КТ, 3-D компьютерное построение, МРТ. При получении данных о доброкачественной природе образования и при локализации очага в удобной для лапароскопической визуализации области принималось решение о возможности соответствующего вмешательства. Нами выделяются варианты локализации очага в селезенке, когда лапароскопическое вмешательство показано при хотя бы частичном расположении образования в одном из полюсов или по передней поверхности органа.

Результаты. Нами было произведено 21 лапароскопическое вмешательство по типу фенестрации кисты селезенки при непаразитарных кистах. Считаем необходимым выполнение срочного цитологического исследования содержимого кисты и срочного гистологического исследования стенки кисты. Более оправдано выполнение комбинированной деэпителизации остающейся части стенки кисты: воздействие этиловым спиртом после пункции и эвакуации содержимого, аргоновая коагуляция, коагуляция в режиме «spray».

В трех наблюдениях при глубоком интрапаренхиматозном расположении кист (2) и доброкачественной опухоли (1) были произведены лапароскопические резекции полюсов вместе с образованиями. В одном наблюдении была выполнена резекция верхнего полюса практически до уровня ворот селезенки и в двух – резекция нижнего полюса. Особенностью подобных вмешательств является поэтапное выделение и пересечение соответствующих сосудов, что требует значительной технической оснащенности.

Кроме 24 вмешательств еще в трех наблюдениях попытки выполнения лапароскопической операции закончились лапаротомным этапом. Причиной конверсии во всех наблюдениях послужило выраженное интраоперационное кровотечение. В одном наблюдении селезенку удалось сохранить.

Заключение. С учетом ближайших и отдаленных результатов лапароскопические органосберегающие вмешательства при очаговых доброкачественных образованиях селезенки могут и должны выполняться. Однако следует помнить о высоком риске развития как интра-, так послеоперационного кровотечения.

ВЫБОР ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ МИНИ-ЛАПАРОТОМИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ПОМОЩЬЮ ЭХОМОРФОМЕТРИИ И ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ

Курбанбердыев К.К., Полатова Е., Нурметова Г.

Ашхабад

В настоящее время в практику широко внедряется мини-лапаротомическая холецистэктомия (МЛХЭ) по М.И.Прудкову. Однако критерии отбора больных для МЛХЭ недостаточно разработаны.

Цель исследования. Выяснение возможности эхоморфометрического и цветового допплерографического способов отбора больных для МЛХЭ.

Материал и методы. У 20 больных с хроническим каменным холециститом (ХКХ) произведено эхографическое, эхоморфометрическое и цветовое допплерографическое исследования.

Эхоморфометрическим способом измерялись расстояние (в см) от кожи белой линии живота до дна и до шеечной части желчного пузыря. Цветовой допплерографией изучалось состояние кровеносных сосудов желчного пузыря и в области треугольника Калло. На основании данных, полученных с помощью эхоморфометрии и цветовой допплерографии, определяли показания и противопоказания для МЛХЭ.

Показанием к МЛХЭ считали:

– наличие неосложненной формы ХКХ, выявляемое УЗИ;

– толщина расстояния от кожи белой линии живота до дна желчного пузыря (глубина) не более 6,0 см, и до шеечной части желчного пузыря не более 8,0 см;

– четкая топическая визуализация пузырной артерии, выявляемая цветовой допплерографией.

Противопоказанием для МЛХЭ считали:

– наличие осложненных форм ХКХ (околопузырный инфильтрат, холедохолитиаз, механическая желтуха);

– толщина расстояния от кожи белой линии живота до дна желчного пузыря более 6,0 см и до шеечной части желчного пузыря более 8,0 см.

Шести больным с ХКХ с использованием данного метода произведена МЛХЭ без технических трудностей и с хорошим клиническим результатом.

Выводы. Отбор больных для МЛХЭ может быть осуществлен эхоморфометрическим и цветовым допплерографическим способами.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ УШИВАНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Лисиенко В.М., Гольденфарб П.Р.

ЦГБ № 7,
Екатеринбург, Россия

Одним из приоритетных направлений развития абдоминальной хирургии является ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯДПК) с использованием малоинвазивных способов, к которым относятся лапароскопическое (ЛУ) и лапароскопически дополненное (ЛДУ) из минилапаротомного доступа ушивание перфоративного отверстия.

В нашей клинике накоплен опыт 106 ушиваний ПЯДПК с использованием малоинвазивных методик. В 54 случаях произведено лапароскопическое ушивание и в 52 лапароскопически дополненное ушивание язвы из минилапаротомного доступа. Больные в сравниваемых группах были сопоставимы по возрасту и величине перфоративного отверстия. Нами проведена сравнительная оценка течения ближайшего послеоперационного периода у больных этих двух групп по различным клиническим показателям.

После лапароскопического ушивания больные начинали ходить уже через несколько часов, после ЛДУ из мини-доступа – к концу первых – началу вторых суток.

Послеоперационных осложнений у больных первой группы отмечено не было. Осложнения во второй группе имели место у двух пациентов (3,85%) после ЛДУ перфорации из минилапаротомного доступа. В одном случае в ближайшем послеоперационном периоде возникло профузное кровотечение из ушитой ранее язвы ДПК, приведшее к смерти больного. В другом случае после операции у больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс, потребовавший вскрытия и дренирования.

Независимо от характера перитонита после лапароскопического ушивания послеоперационный период протекает более гладко (отсутствие осложнений, меньшая потребность в обезболивающих препаратах, более ранние разрешение пареза кишечника, нормализация температуры, лабораторных показателей). Эти факторы, в совокупности с ранней активизацией и сокращением сроков пребывания больных в стационаре, свидетельствуют о преимуществах лапароскопических ушиваний ПЯДПК перед ЛДУ из минилапаротомного доступа.

Практически во всех публикациях, касающихся ЛУ перфоративных язв, сообщается о случаях несостоятельности наложенных швов (до 5 – 7%) в послеоперационном периоде и о вынужденных переходах (конверсиях) к лапаротомии ввиду прорезывания швов (от 5 до 30%). Одной из главных причин этого является диаметр перфоративного отверстия более 1см и выраженность язвенного инфильтрата. Поэтому во время выполнения видеолапароскопии после обнаружения перфорации стенки ДПК и первоначальной санации брюшной полости мы выполняем измерение размеров перфоративного отверстия и язвенного инфильтрата с помощью специального инструмента, который разработан и изготовлен нами на базе нашей клиники. Преимуществом этого инструмента перед уже существующими является то, что он изготовлен на основе лапароскопического зажима, а измерительная шкала расположена вне брюшной полости. Следовательно, можно оценивать результат измерений, не извлекая инструмент из брюшной полости, и непосредственно использовать его в ходе выполнения лапароскопической операции.

При величине перфорации более 1см (что имело место в 5 случаях из 24) после предварительной лапароскопической санации и дренирования брюшной полости выполняется ушивание отверстия из минилапаротомного доступа. Мы убедились в возможности ушивания таких язв с хорошим исходом. При меньших размерах ПЯДПК производится ЛУ перфорации. Видеолапароскопическое измерение диаметра перфоративного отверстия выполнено у 24 больных с ПЯДПК. В 5 (20,83%) случаях, в связи с большими размерами перфорации, предпочтение было отдано ЛДУ язвы из минилапаротомного доступа. Такая тактика позволила нам избежать случаев несостоятельности швов и конверсий при видеолапароскопическом ушивании перфоративного отверстия.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ СЕЛЕЗЕНКИ

Лотов А.Н. *, Кондрашин С.А **, Беляева О.А.***

** Клиника факультетской хирургии им Н.Н. Бурденко*
(руководитель – акад. РАМН А.Ф. Черноусов)
*** Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии*
(руководитель – акад. РАМН С.К. Терновой)
Московской медицинской академии им И.М. Сеченова
**** ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской*
хирургии Росмедтехнологий»
(директор – проф. А.Д. Царегородцев)
Москва, Россия

Введение. Кистозные образования селезенки (КОС) кисты составляют 0.5 – 2% от заболеваний органа, однако, такие осложнения, как кровоизлияние в полость кисты, нагноение, спонтанный разрыв, малигнизация и отсутствие стратегии диагностики и лечения КОС инициировали данную работу.

Материалы и методы. С сентября 1990 по май 2009 года в факультетской хирургической клинике им Н.Н. Бурденко, ММА им И.М. Сеченова и хирургической клинике МНИИП и ДХ находилось на обследовании и лечении 87 больных с КОС. 23 пациента имели осложненное течение: кровоизлияние в просвет кисты (n = 15), нагноение (n = 5), кальциноз стенки (n = 7). Диагностическая программа включала комплексное ультразвуковое исследование (УЗИ), редко мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и в сложных диагностических случаях магнитно-резонансную томографию (МРТ). Суперселективная ангиография (САГ) выполнялась в основном как этап хирургического лечения.

Результаты. При УЗИ, МСКТ, МРТ истинные кисты выявлены у 60 (68.9%), эхинококковые у 27 (31.0%) пациентов. Основная задача лечения – органосберегающая операция. До 2001 года при истинных кистах проводили чрескожное дренирование с различными вариантами обработки полости – 30 (50.0%) пациентов. Ретроспективный анализ результатов позволил нам наряду с паразитарными КОС выделить превалирующую по частоте в педиатрической практике врожденную форму, обусловленную внутриорганной ангиодисплазией. В комплекс лечения была включена суперселективная артериальная эмболизация – 30 (50.0%) пациентов, что позволило исключить рецидивы заболевания при наблюдении в катамнезе до 7 лет. Особо следует отметить, что многолетний (более 10 лет) опыт сохраняющей хирургии травм селезенки ставит под сомнение наличие посттравматических (ложных) кист селезенки. Стратегия лечения КОС заключается в комплексной поэтапной диагностике и органосохраняющих патогенетических операциях.

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Пономаренко А.А., Рассоха А.В., Дорошенко В.С., Арзамасцев Д.Д., Лазарев А.Ф.

Алтайский филиал ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН,
ГУЗ «Алтайский краевой онкологический диспансер»,
ГУЗ «Краевая клиническая больница»,
Барнаул, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты комбинированного лечения больных метастазами колоректального рака в печени на основе дооперационной регионарной химио- и биотерапии.

Материалы и методы. В Алтайском филиале ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с ноября 2005 года выполнено 44 резекции печени с предоперационной регионарной химио- и биотерапией. До операционная регионарная химио- и биотерапия проводилась по одной из двух схем. Первая – FOLFOX-6 – 30(68%) больных. Вторая – FOLFOX-6 + Авастин 14(32%) больных. Авастин вводился внутриартериально в дозе 5мг/кг веса больного. Проводилось от 4 до 6 курсов. Аналогичное по характеру и способам введения препаратов лечение проводилось после операции. По объему резекции печени можно подразделить на 4 группы. 1 группа – гемигепатэктомия – 20(46%), 2 группа – расширенная гемигепатэктомия – 16 (36%), 3 группа – гемигепатэктомии с околоопухолевой резекцией оставшейся доли печени – 6(14%), 4 группа – экономные резекции печени – 2(4%). В профилактике интраоперационной кровопотери использовался рекомбинантный фактор свертывания крови 7-А «НовоСэван».

Единичные метастазы в печени диагностированы у 21 (48%) больного, множественные у 23 (52%) больных. Монолобарное поражение у 16 (36%), билобарное у 28 (64%) больных. Максимальный размер наибольшего очага от 2,5 до 27 см, медиана – 5 см. Синхронные метастазы выявлены у 17 (39%), метахронные – у 27 (61%) больных.

Результаты. Полный эффект дооперационной регионарной лекарственной терапии не достигнут ни в одном случае. Частичный эффект – у 9 (20%), стабилизация – у 25 (57%) больных. Прогрессирование отмечено у 10 (23%) больных. Среди больных, перенесших радикальную резекцию печени, четверо до лечения считались нерезектабельными из-за обширного поражения печени – было поражено 6 сегментов. В результате многокурсовой предоперационной химио- и биотерапии объем поражения печени уменьшился. Перевод в резектабельное состояние среди изначально нерезектабельных больных – 9,1%. Средняя интраоперационная кровопотеря при обширных резекциях печени составила 1200 мл. Послеоперационные осложнения развились у 19 (43%). Умер от осложнений 1(2.3%). Послеоперационные осложнения: печеночная недостаточность – 12(63%); желчный свищ – 3(16%); нагноение послеоперационной раны – 3(16%), перитонит – 1(5%). При патологоанатомическом исследовании удаленного препарата метастазы в лимфоузлах ворот печени обнаружены у 16% оперированных. Лечебный, лекарственный патоморфоз 2 – 3 ст. диагностирован в группе больных, получавших лечение по схеме FOLFOX-6. В группе больных FOLFOX-6 + Авастин отмечался патоморфоз 3 ст.

Умерло от прогрессирования 11(25%) больных.

Общая выживаемость при комбинированном лечении с предоперационной регионарной химио- и биотерапией составила: 1-летняя – 97 ± 3%, 2-летняя – 78 ± 9%, 3-летняя – 35 ± 16%.

Прогноз общей выживаемости зависел от следующих факторов: количества пораженных долей (монолобарное относительно билобарного, 3-летняя выживаемость составила 61 ± 18% против 31 ± 16%, p = 0,02) и эффекта от химиотерапии (частичный/стабилизация относительно прогрессирования, 2-летняя выживаемость составила 82 ± 12% против 18 ± 16%, p = 0,007).

Однофакторный анализ пока не выявил влияния на общую 3-летнюю выживаемость при комбинированном лечении с предоперационной регионарной химио- и биотерапией зависимости от локализации первичной опухоли, стадии первичной опухоли, времени выявления метастазов в печени, количества метастазов печени, размера наибольшего очага, уровня дооперационной концентрации в крови СА-19.9. Отсутствие влияния на отдалённую выживаемость количества метастазов в печени в нашем исследовании, по всей видимости, не отражает истинного влияния этого фактора, а связано с относительной малочисленностью сравниваемых групп больных. Кроме того, среди 28 больных с билобарным поражением печени множественные метастазы были у 23 (82%) человек, то есть у абсолютно преобладающего большинства. Последнее, в свою очередь, заставляет подозревать, что действительно влияющим фактором на прогноз является количество метастазов, а не долей печени.

Заключение. Неоадъювантная внутриартериальная химио- и биотерапия повышает уровень резектабельности среди первично нерезектабельных больных. Отмечена приемлемая переносимость больными обширных резекций печени после многокурсовой регионарной химио- и биотерапии. Достоверно влияющим на выживаемость фактором оказался эффект от дооперационной регионарной лекарственной терапии. Сравнительно невысокие показатели общей 3-летней выживаемости обусловлены, по-видимому, преобладанием в исследуемой популяции больных с множественными метастазами в печени (52%) и относительно большим количеством больных (23%) с прогрессированием на фоне проводимой противоопухолевой терапии.

ПРОФИЛАКТИКА СКРЫТОЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ

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

ТГМУ им. Абуали ибн Сино,
Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучить результаты применения реамберина в комплексе с другими лекарственными препаратами для профилактики скрытой послеоперационной печеночной недостаточности у больных осложненным эхинококкозом.

Материал и методы. Препарат «Реамберин 1,5% для инфузий» вводился внутривенно капельно 123 больным в количестве 400,0 мл инфузионного раствора в сутки, в течение 1-2 суток до операции и 7 дней после операции. Введение традиционного детоксицирующего

препарата гемодез в контрольной группе у 99 больных проводилось в строго аналогичных препарату реамберин. Клинические исследования проводились по методу мультицентрового испытания по единой программе при эндогенной интоксикации, связанной с механической желтухой. Для оценки эндогенной интоксикации проводилось определение пула веществ низкой и средней молекулярной массы (ВН и СММ) и олигопептидов (ОП), и регистрация спектральной характеристики плазмы крови по способу М.Я. Малаховой. Индекс интоксикации рассчитывался по следующей формуле: ИИ плазмы = ВН и СММ плазмы х ОП плазмы.

Результаты. В результате в биохимических показателях при применении препарата реамберин выявлена явная положительная динамика, сопоставимая с одним из основных дезинтоксицирующих препаратов, применяемых в хирургии, – гемодезом. Положительная динамика внутриклеточных ферментов печени (АСаТ, АЛаТ и наиболее показательного при механической желтухе – щелочной фосфатазы), более выраженная в основной группе, говорит об улучшении функции печени, уменьшении повреждения мембран гепатоцитов, связанных с гепатопротекторными и антигипоксическими свойствами препарата реамберин. Со стороны периферической крови положительная динамика отчетливо видна на примере лейкоцитоза, сопоставимая с такой же динамикой в контрольной группе, что говорит о более быстром разрешении одного из компонентов механической желтухи – холангите – при использовании реамберина. Уровень эндогенной интоксикации в плазме крови у больных основной группы оказался более низким и с тенденцией к нормализации в первую неделю после операции. В основной группе после применения препарата реамберин выявлены умеренные нарушения со стороны неспецифической резистентности, умеренное повышение фагоцитарного индекса и НСТ-теста, и спонтанной миграции в РТМЛ с ФГА. А в клеточном звене отмечена положительная динамика абсолютного количества лимфоцитов с сохранением практически нормальных процентных соотношений в их подгруппах, повышение абсолютного количества Т-активных лимфоцитов и снижение количества теофиллинчувствительных лимфоцитов, повышение индекса миграции в РТМЛ с ФГА.

Заключение. Включение реамберина в комплекс интенсивной терапии до и после операции у больных осложненным эхинококкозом печени способствует повышению клинической и фармакоэкономической эффективности вмешательства за счет нормализации буферных свойств печени до и после операции и ускорения реабилитации больных после операции.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ СКРЫТОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Невзоров В.П.

ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан, Научно-исследовательский институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Цель исследования. Значимость диагностических критериев скрытой печеночной недостаточности при осложненном эхинококкозе печени (ОЭП).

Материал и методы. Морфогистохимические исследования биоптатов печени проводили 49 больным с осложненным эхинококкозом печени. В первой группе больных (19) большие и гигантские кисты локализовались в одной доле печени. Во вторую группу включены 30 больных с осложненным ЭП в обеих долях. Для ранней диагностики депрессии гепатоцитов при ОЭП в ткани печени с помощью гистохимических методик определяли содержание коферментов никотинамидаденин-динуклеотида (НАД), никотинамидаденинуклеотид фосфата (НАДФ) и фермента ксантин оксидазы (КО), а также малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгат (ДК) по методике Ю.В. Сухопара (1987). Для структурной диагностики степени повреждения гепатоцитов проводили стереометрический анализ относительного объема митохондрий, лизосом, липидов точечного отчета.

Результаты. При осложненном эхинококкозе с локализацией процесса в одной доле, когда не имеется значительное поражение паренхимы печени, содержание коферментов НАД и НАДФ в ткани печени составило 0,600±0,018 и 0,220±0,012 отн.ед. соответственно, а содержание фермента КО – 0,270±0,06 отн. ед., параллельно с этим в печеночной ткани наблюдалось повышение содержания продуктов ПОЛ. Так, содержание МДА составило 2,8±0,2 нм/мг, а ДК – 0,1±0,32 ед. Е, что указывает на наличие глубокой ишемии паренхимы печени и нарушение функции гепатоцитов.

Более выраженные глубокие морфологические изменения и депрессию гепатоцитов наблюдали у больных второй группы, с локализацией очагового процесса в обеих долях печени. Поражение печени на значительном ее протяжении сопровождалось критическим снижением содержания коферментов в паренхиме печени. Так, содержание коферментов и ферментов выглядело следующим образом: НАД – 0,5031±0,020 отн. ед., НАДФ –0,111±0,4 отн. ед., КО – 0,178±0,04 отн. ед. Наоборот, в паренхиме печени наблюдалось повышение содержания продуктов ПОЛ: МДА – 3,3±0,3 нм/мг, ДК – 1,78±0,42 ед.Е. Еще более глубокое изменение показателей НАД, НАДФ и КО, а также ПОЛ наблюдалось при механических желтухах эхинококкового генеза.

Заключение. Количество коферментов, ферментов и продуктов ПОЛ в ткани печени изменяется в зависимости от обширности поражения паренхимы печени и уменьшения массы печеночных клеток. При осложненном ЭП наблюдается обратная корреляционная связь между снижением уровня коферментов, ферментов в ткани печени и содержанием в ней продуктов ПОЛ.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПЕЧЕНИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

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

ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Изучение оценки функционального резерва печени методом ультразвуковой допплерографии с дуплексным сканированием портопеченочной гемодинамики.

Материал и методы. Нами изучены показатели портопеченочной гемодинамики 39 больных с осложненным эхинококкозом печени (ЭП), с учетом показателей объемного кровотока по портальным сосудам и собственной печеночной артерии. Количественную оценку кровотока магистральных сосудов портальной зоны проводили по схеме: а) вычисление максимальной, средней и минимальной скорости кровотока (Vmax+Vmin+Vnoon) + индекса резистентности, пульсационного индекса в печеночной артерии и ее левых долевых ветвях, верхней брыжеечной, чревной артериях; б) определение объемной скорости кровотока по печеночной артерии и долевым ветвям, воротной и ее долевым ветвям, селезеночной, верхней брыжеечной вене; с) определение характера кровотока, его направления, диаметра сосуда. Зная диаметр сосуда, а также линейную скорость кровотока, рассчитывали объемный кровоток по сосуду. Для выявления характера гемодинамических изменений, связанных с наличием осложненного ЭП и его морфологических характеристик, был проведен количественный анализ спектра допплеровского сдвига частоту больных с осложненным ЭП.

Результаты. При проведении ультразвуковой доплерографии между гемодинамическими показателями портального кровотока у пациентов с осложненным ЭП наблюдались достоверные различия, проявляющиеся изменениями диаметра воротной вены и линейной скорости кровотока по ней, диаметра верхней брыжеечной вены и печеночной артерии. Результаты показателей портального кровотока выявили, что с увеличением размера эхинококковой кисты и поражения значительных участков паренхимы печени патологическим процессом наблюдаются значительные различия (Pt < 0,01) в скоростных показателях кровотока, что проявлялось снижением как линейной, так и объемной скоростей кровотока по воротной вене. Наблюдались также различия в диаметре сосудов между группой пациентов с осложненным ЭП менее 8 см и группой с ОЗП более 12 см (Pt = 0,01). С увеличением размеров кисты объемный кровоток по воротной вене снизился, но артериальный, наоборот, увеличился, что свидетельствовало о наличии портально-артериальной инверсии. Механизм развития портоартериальной инверсии объясняется с позиции реактивной гиперемии и внутрипеченочного артериопортального шунтирования, что обусловлено стереотипичностью гемостатических механизмов, направленных на поддержание печеночной перфузии, независимо от первичного уровня обструкции портальной системы – пресинусоидального, синусоидального или постсинусоидального.

Заключение. При большом размере очагового поражения печени более выражены нарушения портального кровотока, выражающиеся в уменьшении кровотока по воротной и печеночной артерии, а также уменьшение общего печеночного кровотока, инициирующие уже до операции снижение функционального резерва печени.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Меджидов Р.Т., Гаджакаева А.И.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия.

Цель исследования. При опухолевых поражениях органов брюшной полости первостепенное значение имеет правильная и своевременная диагностика, от которой всецело зависит тактика и последующие лечебные мероприятия. Несмотря на обилие диагностических методов, проблемы точной и быстро осуществимой диагностики онкологических заболеваний не потеряли своей актуальности и сегодня.

Лазерную флуоресцентную спектроскопию многие онкологи и хирурги считают методом ранней диагностики опухолевого процесса, хотя он не получил интралапароскопическое и интраоперационное применение.

Материал и методы. С целью уточнения диагноза и определения распространенности злокачественного опухолевого процесса поджелудочной железы во время лапароскопического исследования и интраоперационно во время лапаротомии нами использована лазерная аутофлуоресцентная спектроскопия у 53 пациентов с патологией поджелудочной железы. Аутофлуоресцентный анализ ткани поджелудочной железы во время лапароскопии проводили путем передачи излучения лазерного источника по волоконно-оптическому зонду к исследуемому объекту как при непосредственном контакте с ним зонда, так и на расстоянии 4 – 5 мм. Наиболее частым доступом к головке поджелудочной железы является зона дуоденальной связки у нижнего края луковицы двенадцатиперстной кишки, а к телу – через малый сальник.

Результаты. В 34 (64,1%) случаях коэффициент диагностической контрастности (ДК) составил в среднем 2,8±0,04 (95% ДИ=1,3:4,4). При этом отмечалось смещение максимума аутофлуоресценции над патологически измененным участком на 7 – 8 нм в сторону больших длин волн. В 19 (35,9%) наблюдениях ДК в среднем равнялся 1,14±0,01 (95% ДИ=0,2:2,4). Проведенные параллельно морфологические исследования биопсированных и удаленных тканей поджелудочной железы показали, что в 33 (62,2%) наблюдениях имеет место злокачественный опухолевый процесс, а в 20 (37,8%) изменения в поджелудочной железе были обусловлены воспалительным процессом.

Заключение. Таким образом, чувствительность метода для интраоперационного уточнения диагноза «рак поджелудочной железы» составляет 98%.

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА УРОВНЯ ЭНДОТОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Микуров А.А., Гарбузенко Д.В.

Кафедра хирургических болезней и урологии Челябинской государственной медицинской академии, Челябинск, Россия

В настоящее время установлено, что важную роль в патогенезе осложнений портальной гипертензии играет перемещение бактерий, преимущественно грамотрицательных штаммов, из просвета кишечника. Это приводит к развитию эндотоксемии, лежащей в основе гипердинамического циркуляторного статуса при циррозе печени (ЦП).

Цель работы. Исследовать качественный уровень эндотоксемии у больных ЦП с проведением корреляционного анализа со степенью варикозного расширения вен пищевода (ВРВП) и риском развития кровотечений из них.

Пациенты и методы. Работа проведена по материалам обследования 56 больных ЦП. Степень ВРВП определяли посредством фиброэзофагогастроскопии в соответствии с международной классификацией, предложенной Японским обществом по изучению портальной гипертензии (Japanese Research Society for Portal Hypertension), исходя из которой 4 пациента имели ВРВП 1 ст., 17 – 2 ст., 35 – 3 ст. Среди последних 21 имел кровотечение из ВРВП.

Качественный уровень эндотоксина грамотрицательных бактерий в крови оценивали при помощи небактериальной экспресс-диагностики методом активированных частиц (МАЧ) тестовыми наборами МАЧ-Endotox spp., разработанными в НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН и НПФ «Рохат». При этом степень активности (СА) патологического процесса определяли по балльной

системе (от 1 до 4). Для анализа результатов исследования был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Максимальная концентрация эндотоксина в крови (4 СА) была у всех больных ВРВП 3 ст., имеющих кровотечение, и у 4 без такового, а также у одного с ВРВП 2 ст.; 3 СА отмечена у 10 с ВРВП 3 ст. без кровотечения и у 5 с ВРВП 2 ст.; 2 СА выявлена у 11 с ВРВП 2 ст. У пациентов с ВРВП 1 ст. эндотоксин в крови отсутствовал (1 СА) (см. таблицу).

Таблица. Качественная оценка уровня эндотоксемии у больных циррозом печени

Степень ВРВП	Уровень эндотоксемии				
		1 СА	2 СА	3 СА	4 СА
	1 ст.	4	0	0	0
	2 ст.	0	11	5	1
	3 ст.	0	0	10	4
	3 ст. + кровотечение	0	0	0	21

Коэффициент Спирмена (R = 0,77; p < 0,0001; N = 35)

Выводы. Результаты исследования показали прямую корреляционную зависимость уровня эндотоксемии как со степенью ВРВП, так и риском развития кровотечения из них. Очевидно, что в комплексную профилактику этого тяжёлого осложнения необходимо включать препараты, действие которых направлено на нормализацию кишечной микрофлоры и препятствующих её транслокации.

ИЗМЕНЕНИЕ ЛИТОГЕННОСТИ ЖЕЛЧИ ПРИ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назиров Ф.Н., Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Матмуродов С.К
ТМА,
Ташкент, Узбекистан

Цель. Дать исчерпывающие современные представления о патогенезе холестеринового холелитиаза.

Материал и методы исследования. В эксперименте у 10 собак путем создания модели билиарной гипертензии изучена литогенность желчи при различных уровнях гидростатического давления в общем желчном протоке.

Для этого нами предложена У-образная холедохо- дуоденальная фистульная трубка, сконструированная для изучения дозированной билиарной гипертензии.

Обсуждение полученных результатов. По вышеуказанной методике оперировано 10 собак, в послеоперационном периоде умерло 2.

Количество полученной желчи, выделенной за 1 час в различные сроки после операции, колебалось от 40 до 200 мл/час при различных уровнях гидростатического давления в общем желчном протоке.

Исследования показали, что с повышением уровня гидростатического давления в общем желчном протоке уменьшается объем почасовой секреции. Причина, видимо, обусловлена воздействием билиарной гипертензии на морфологическую структуру гепатоцита. При различных уровнях гидростатического давления у 10 экспериментальных собак на 3, 7, 11, 15, 21 сутки послеоперационного периода взята пункционная биопсия печени.

Определение концентрации холестерина и литогенности желчи в различных уровнях гидростатического давления показали, что с постепенным повышением уровня гидростатического давления отмечается повышение концентрации холестерина в желчи (N 0,4 - 0,8 г/л), в среднем от 2 до 2,5 г/л.

В ходе исследования установлено, что с постепенным ростом уровня гидростатического давления в общем желчном протоке происходит снижение секреторной функции печени с одновременным повышением концентрации холестерина в желчи до определенного уровня гидростатического давления. Однако необходимо отметить, что такая закономерность непостоянна. Стабильность ее зависит от длительности и уровня гидростатического давления в общем желчном протоке. Критическим уровнем давления в общем желчном протоке является 180 мм вод. ст., которое способствует повышению уровня холестерина, и тем самым ИЛ > 1. В этом интервале отмечается максимальное повышение уровня холестерина желчи. В данном случае изменение давления в таком интервале не нарушает стабильности мицеллы, а способствует секреции литогенной желчи.

Таким образом, детальное изучение часовой секреции печеночной желчи при билиарной гипертензии позволяет оценить характер внешнесекреторной функции печени при заболеваниях желчевыводящих путей, точнее выявить ранние патологические изменения печени и желчных путей с целью проведения своевременного лечения. Исходя из экспериментальных данных, можно сказать, что уровень гидростатического давления в какой-то степени способствует секреции литогенной желчи.

НОВОЕ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Бабаджанов А.Х.
Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Улучшить результаты хирургического лечения больных циррозом печени (ЦП) путем разработки и внедрения новых технологий портосистемного шунтирования (ПСШ) и разобщающих операций.

Материалы и методы. Фундаментом наших исследований послужили результаты внедренных оригинальных методик ограничения портокавального сброса при выполнении центрального типа ПСШ у 38 больных (в 36 случаях использована парциальная декомпрессия при помощи манжеты ограничителя, выполненной из дакронового сосудистого протеза, и в двух случаях применен способ управляемого ограничения портокавального сброса) и усовершенствованного способа тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК) у 13 пациентов. Проксимальный спленоренальный анастомоз наложен в 16 случаях, спленоренальный анастомоз Н-типа со вставкой из внутренней яремной аутовены у 22 больных.

Результаты. Формирование центрального парциального анастомоза при помощи манжеты ограничителя способствует максимальному сохранению гепатопетального кровотока, снижая частоту печеночной недостаточности с 36,8 до 11,1%. В отличие от истинных парциальных шунтов (сужение камеры анастомоза до 10 мм и менее), повышающих риск развития тромбоза анастомоза до 29%, формирование ограничения на протяжении приводящего сосуда или поверх «Н»-вставки

позволяет наложить анастомоз на весь диаметр, сохраняя принцип парциальности и снижая частоту тромбоза шунта до 5,6%. Адекватность декомпрессии портальной системы при использовании оригинальной методики ограничения портокавального сброса доказывает регрессия варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ), что обусловливает наложенный центральный анастомоз.

Особое внимание заслуживает предложенный способ управляемого ограничения портокавального сброса, который целесообразно использовать у больных с высоким риском варикозного кровотечения в прогностических неблагоприятных группах. Способ был применен у двух больных ЦП после наложения ПСРА со спленэктомией. Обеспечение дозированного и регулируемого портокавального сброса достигалось путем стандартного сосудистого катетера типа Фогарти, установленного между приводящим венозным сосудом и дакроновым протезом. Катетер выводили изолированно на передней брюшной стенке. При выраженном снижении воротного кровотока в катетер вводили 1,5 – 2,5 мл глицерина, что обеспечивало частичную компрессию проксимального участка селезеночной вены и соответственно снижало отток по анастомозу.

Технический результат предлагаемого усовершенствованного способа ТРГЭК заключается в устранении негативных последствий ранее предложенного метода: отказ от выполнения кардиофундального анастомоза – сохраняется естественный ход через желудок посредством протеза, фиксированного в кардиальном отделе; сокращение длительности операции – зачет выполнения гастротомии без наложения кардиофундального анастомоза; снижение риска развития недостаточности гастротомного отверстия – протяженность гастротомии 3 см, отсутствие кардиофундального анастомоза; широкая интрамуральная зона разобщения вен кардиального отдела желудка – наружное наложение двух лигатур поверх введенного в кардиальный отдел желудка протеза создает протяженность склерозирования до 1 см.

Заключение. Оригинальное ограничение портокавального сброса не только эффективно в профилактике кровотечения из ВРВПиЖ, но и снижает частоту развития гепатофугального воротного кровотока с 87,5 до 19,4%, частоту печеночной недостаточности с 36,8 до 11,1%, энцефалопатии с 21,2 до 13,9%, тромбоза парциального анастомоза с 29,0 до 5,6%.

Усовершенствованный вариант ТРГЭК с применением оригинальной технологии разобщения является наиболее перспективным оперативным пособием при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ, подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным ПСШ методом при невозможности выполнения последнего.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Бабаджанов А.Х.
Республиканский специализированный центр
хирургии им. акад. В. Вахидова,
Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Определить пути улучшения результатов портосистемного шунтирования (ПСШ) у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ).

Материалы и методы. В РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период с 1976 по 2008 годы. выполнено 648 операций ПСШ. Из них 615 операций выполнено пациентам с циррозом печени ЦП и 33 пациентам с внепеченочной ПГ. Прямой портокавальный анастомоз наложен у 5, умбиликокавальный – у 5, мезентерикоренальный с использованием верхней брыжеечной вены – у 13, мезентерикоренальный с использованием нижней брыжеечной вены – у 6, мезентерикокавальный – у 10, спленоренальный анастомоз (СРА) бок в бок – у 74, спленоренальный анастомоз Н-типа с использованием внутренней яремной аутовены (Н-СРА) – у 60 и притоков левой почечной вены – у 75, дистальный спленоренальный – у 238, проксимальный спленоренальный анастомоз (ПСРА) наложен у 161, гастрокавальный анастомоз – у одного. Средний возраст больных составил 27,7±12,0 лет. Согласно типу шунтирования все больные поделены на две группы: селективная и центральная декомпрессия.

Результаты. Анализ результатов у первой группы больных показал, что на 238 ДСРА частота печеночной недостаточности (ПН) составила 14,7%, энцефалопатии – 17,6%. Среди других осложнений следует отметить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) (8,8%), развитие которого было обусловлено тромбозом анастомоза у 4 пациентов (1,7%) и высоким остаточным портальным давлением на фоне селективной декомпрессии у 17 пациентов (7,1%). Эта же причина обусловила высокую частоту прогрессирования асцитического синдрома (21,0%). Частота летальности составила 8,8% (21 пациент), причиной в 15 случаях был рецидив кровотечения, в шести случаях – развитие ПН.

В группе больных с центральной декомпрессией (ПСРА, Н-СРА, СРА бок в бок, СРА с притоками левой почечной вены) частота ПН достигла 20,8%, энцефалопатии – 33,5%, кровотечение из ВРВПЖ отмечено только в 6,5% (24 из 370 пациентов), при этом основной причиной был тромбоз анастомоза (21). Прогрессирование асцита выявлено у 9,7% больных. Частота летальности в среднем составила 8,4%, в структуре которой основная доля пришлась на развитие ПН.

Внедрение современных принципов хирургии ПГ, а именно оценка состояния пациентов не только по функциональному классу, но и уровню портального давления, разработка оригинальных методов ПСШ, в частности, центральной парциальной декомпрессии при помощи ограничительной манжеты и управляемого ограничения портокавального сброса, позволило вывести результаты лечения этой категории больных на качественно новый уровень.

Оригинальная методика ограничения портокавального сброса при помощи манжеты ограничителя, выполненной из дакронового сосудистого протеза, применена у 36 больных ЦП. Управляемое ограничение портокавального сброса применено у двух больных ЦП после наложения ПСРА со спленэктомией. Частота развития печеночной недостаточности снизилась с 36,8 до 11,1%, энцефалопатии с 21,2 до 13,9%, летальности с 15,5 до 5,6%.

Заключение. Разработанные методы центральной парциальной декомпрессии воротной системы соответствуют основным принципам ПСШ, то есть позволяют адекватно снизить портальное давление для профилактики кровотечения из ВРВПЖ и на фоне внутрипеченочного блока сохранить остаточный уровень гепатопетального кровотока для профилактики развития печеночной недостаточности и энцефалопатии.

МЕСТО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ СОСУДОВ ПЕЧЕНОЧНО-ВОРОТНОГО БАССЕЙНА В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРАНСЯРЕМНЫХ ПОРТОКАВАЛЬНЫХ ШУНТОВ

Нартайлаков М.А., Мингазов Р.С., Мухамедьянов И.Ф., Калимуллин Н.Н., Рахимов Р.Р., Шаймуратов И.Х., Грицаенко А.И., Самоходов С.Ю., Салимгареев И.З.

Башкирский государственный медицинский университет, РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность трансяремного интрапеченочного портосистемного шунтирования (ТИПШ) методом ультразвукового дуплексного сканирования у больных циррозом печени (ЦП), осложненного портальной гипертензией (ПГ).

Материалы и методы. ТИПШ – способ создания прямого сообщения между печеночной веной и портальной системой с целью обеспечения оттока крови от печеночных синусов и уменьшения проявлений синдрома портальной гипертензии (Hausegger K.,2004). За период с ноября 2007 по апрель 2009 года нами выполнены успешные ТИПШ 19 больным с ЦП, из них состоявшееся кровотечение было отмечено у 11 пациентов.

Оценка диаметра селезеночной вены (СВ), воротной вены (ВВ), размеров селезенки, наличие и выраженность асцита, а также допплерография и цветовое допплеровское картирование сосудов печеночно-воротного бассейна на ультразвуковом скане Logiq 9 фирмы General Electric проводились до операции и на 15-й день у всех пациентов, и у 11 больных в период от 6 до 12 месяцев после ТИПШ.

Результаты. Выполнение ТИПШ привело к снижению градиента портокавального давления с 431±17 до 235±15 мм водн. ст. До рентгеноэндоваскулярного лечения были зарегистрированы следующие показатели: диаметр воротной вены (ВВ) составил 13,6 ± 0,8 мм, линейная скорость кровотока (ЛСК) – 13,8 ± 2,0 см/сек. Диаметр СВ, измеренный в проекции поджелудочной железы, составил 9,6 ± 0,7. У всех пациентов была выявлена спленомегалия: длина селезенки составила 17,0±2,0 см. Асцит, наблюдаемый у всех больных, был рефрактерный рефрактерный к диуретической терапии. Оценка кровотока по внутрипеченочному шунту проводилась в режиме импульсно-волновой допплерографии. В В-режиме стент визуализировался как трубчатая структура с ребристыми стенками диаметром 11±1,5 мм, просветом 7,5±1,0 мм. Согласно данным УЗИ, стенты были проходимы у 18 больных (удовлетворительное функционирование шунта, регистрировался высокоскоростной поток от печени, направленный из воротной вены в печеночную). Тромбоз портокавального стента наступил у одного больного. При этом у всех обследованных отмечено улучшение клинических и инструментальных показателей: уменьшение или исчезновение асцита, кровотечение из ВРВП не рецидивировало. Летальный исход у двух пациентов не был связан с ТИПШ, а наступил в результате прогрессирования основного заболевания (ЦП) и от печеночной недостаточности.

Выводы: ТИПШ является эффективным методом лечения синдрома ПГ, а ультразвуковое дуплексное сканирование печени позволяет неинвазивно оценить его функционирование и изменение параметров портального кровотока.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РАСШИРЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА ПЕЧЕНИ

Нартайлаков М.А., Грицаенко А.И., Мустафин А.Х., Самоходов С.Ю., Гараев М.Р., Мамоян И.Н.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с очаговыми поражениями печени путем использования новых технологий.

Материалы и методы За анализируемый период с 2003 по 2008 год нами выполнено 180 расширенных и сочетанных вмешательств при различных объемных образованиях печени. За этот же период различные операции на печени выполнены у 333 больных. Таким образом, расширенные и сочетанные вмешательства составили 54,1% от всех операций на печени. Расширенные резекции печени выполнялись в основном в анатомическом варианте, при этом для разделения паренхимы применялись ультразвуковой кавитатор, аппарат радиочастотной абляции Cooll-tip. Аппаратом Ligasure обрабатываются крупные сосудистые элементы печени. Для проведения электрохимического лизиса метастатических узлов применяется аппарат SÖring ECU 300, благодаря чему стало возможно лечение больных с множественными метастазами в обеих долях печени. При выполнении резекций печени для укрытия ее культи применялся разработанный нами (патент РФ № 2243777 от 10.01.05 г.) порошкообразный абсорбирующий гемостатический биоматериал.

По поводу первичного рака печени оперировано 37 больных, правосторонняя гемигепатэктомия выполнена 20, левосторонняя гемигепатэктомия – в 10 случаях, сочетанные вмешательства (резекция +другие) – в 7 случаях. С метастатическим раком печени прооперирован 31 пациент, правосторонних гемигепатэктомий произведено 18, левосторонних гемигепатэктомий – 11, сочетанные вмешательства (резекция + другие) выполнены в 2 случаях. При метастатическом раке печени в сочетании с ЖКБ оперировано 6 больных, им выполнены сочетанные вмешательства. Опухоль сигмовидной кишки с метастазами в печень встречалась в наших наблюдениях в 12 случаях, данной группе пациентов выпол-нена левосторонняя гемигепатэктомия и резекция печени. 3 больным по поводу опухоли малого таза с метастазами в печень выполнено удаление первичной опухоли с резекцией печени. По поводу эхинококкоза печени в 14 случаях выполнена правосторонняя гемиге-патэктомия и в 7 – левосторонняя гемигепатэктомия. При альвеококкозе печени 8 больным произведено 4 правосторонних и 2 левосторонних гемигепатэктомий, в 2 случаях выполнены сочетанные вмешательства. Из 5 пациентов с поликистозом печени у 3 вы-полнена правосторонняя и у 2 – левосторонняя гемигепатэктомия. С гемангиомами пече-ни оперировано 42 больных, из них 24 выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, 15 – левосторонняя гемигепатэктомия, 3 выполнены сочетанные вмешательства на печени. Посттравматическая центральная гематома встречалась в 6 наблюдениях: 4 пациентам выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, 2 – левосторонняя гемигепатэктомия. С гепатомами печени оперировано 9 больных, 5 пациентам выполнена правосторонняя гемигепатэктомия, 4 – левосторонняя гемигепатэктомия.

Результаты: всего прооперировано 180 пациентов. Ранние послеоперационные осложнения развились у 29 (16,1%) больных, в том числе абсцессы брюшной полости у 7 (3,8%), внутрибрюшное кровотечение – у 4 (2,2%), перитонит – у 3(1,7%), печеночная недостаточность – у 15 (8,3%) больных. Умерло 11 человек, летальность составила 6,1%.

Выводы. Применение новых технологий при обширных резекциях печени приводит к уменьшению интраоперационной кровопотери, снижению риска развития печеночной недостаточности и гнойных осложнений, способствует снижению послеоперационной летальности и дает возможность перевести ранее инкурабельных больных в разряд операбельных.

ДИСТАНЦИОННАЯ ЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Никишин А.С., Чичкань С.И., Маршев С.В.

НУЗ «Дорожная клиническая больница» на ст. Хабаровск-1 ОАО РЖД, Россия

Целью нашей работы было показать эффективность применения дистанционной литотрипсии (ДУВЛ) при лечении больных с крупными конкрементами общего желчного протока.

Наличие крупных (более 10 мм) конкрементов общего желчного протока, которые не могут спонтанно мигрировать в просвет двенадцатиперстной кишки после папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), не позволяет ликвидировать механическую желтуху только с помощью эндоскопических методов. Эта проблема особенно актуальна у людей пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей соматической патологией. После впервые выполненной дистанционной ударно-волновой литотрипсии мочевых конкрементов в литературе стали появляться сообщения о применении данного метода в лечении желчных конкрементов. Однако до настоящего времени вопросы показаний к дистанционной литотрипсии и оценка её результатов остаются предметом для обсуждения.

В Дорожной клинической больнице ударно-волновая литотрипсия желчных конкрементов применяется с использованием дистанционного электрогидравлического литотриптера Direx Nova (Израиль). Для локализации конкремента и слежения за ходом дробления в аппарате используется система рентгеновской и ультразвуковой навигации. Электрогидравлический принцип дробления основан на генерации ударных волн в жидкой среде, создающих давление от 600 до 1100 бар в фокусе размерами 5 на 17 мм. Ударные волны фокусируются с помощью металлического эллипсоидного рефлектора; глубина проникновения ударной волны до 145 мм.

С 2003 по 2008 год нами было пролечено 23 пациента с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, у 9 из которых (39,1%) имелись резидуальные камни после холецистэктомии. Возраст больных колебался от 24 до 78 лет. Средний возраст составил 54,45±6,4 года. Среди всех пациентов было 3 мужчин (13,1%) и 20 женщин (86,9%). Диаметр конкрементов составлял от 15 до 20 мм, что не соответствовало размерам отверстия после папиллотомии.

У всех больных перед дистанционной литотрипсией проводилась РХПГ и ЭПСТ. Литотрипсия выполнялась под общим обезболиванием, в положении больного на спине, в среднем энергетическом режиме ударной волны литотриптера. Количество импульсов было от 2500 до 3500. Контрастирование желчных конкрементов и оценка эффективности литотрипсии проводились под контролем одновременно выполняемой ретроградной холангиографии.

Миграцию отломков конкрементов из просвета общего желчного протока оценивали по результатам повторной РХПГ, которую выполняли через 2 – 3 дня после ДУВЛ. В наших наблюдениях осложнений ДУВЛ не отмечено. У троих пациентов (13,1%) разрушить конкременты не удалось, в связи с чем им было выполнено хирургическое вмешательство.

Таким образом, наш первый опыт показывает, что дистанционная ударно-волновая литотрипсия является высокоэффективным методом лечения.

РАЗРАБОТКА И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОМЕТОДА В СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЯХ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Охотина Г.Н., Рудаков В.А., Сычева Н.Л., Сычев В.А., Рудакова О.В., Понкина О.Н., Шевченко С.С, Бабенко Е.А., Рудаков А.В., Охотина А.В.

РЦФХГ, Краснодар, Россия

Цель исследования. Разработка новых криохирургических технологий, позволяющих повысить радикальность и резектабельность в хирургическом лечении первичного рака печени (ПРП).

Материал и методы. Авторы располагают опытом лечения ПРП у 214 пациентов в возрасте от 12 до 89 лет (56±9,1). Оперировано 165 (77,1%) больных, с 7 (4,24%) летальными исходами. Из них 33 (20,0%) с механической желтухой и инвазией в сосудистые структуры. Радикальные оперативные вмешательства выполнены у 120 (72,7%) с 5 (3,03%) летальными исходами. Паллиативные вмешательства произведены у 45 (27,3%) больных с 2 (1,2%) летальными исходами.

Были выполнены обширные резекции органа у 89 (53,9%) больных с 5 (3,03%) летальными исходами, из них у 27 (16,4%) с механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды. Три-, би-, сегментэктомии у 31 (18,8%) пациента, без летальных исходов. Из них у 6 (3,6%) с центральными локализациями, осложненными механической желтухой, с обязательной полной лимфаденэктомией и их гистологическим исследованием, косвенно определяющим процесс распространения злокачественного поражения.

Из 33 (21,6%) пациентов с механической желтухой радикально оперированы 8 (4,8%) больных с вовлечением у них в опухолевый процесс только желчных протоков, были выполнены би-, сегментэктомии или гемигепатэктомии с резекцией гепатикохоледоха и конфлюенса, вплоть до второго деления протоков (в проксимальном направлении), и обязательным гистологическим исследованием на наличие опухолевого роста по краям резекции, лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола, с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру.

С вовлечением в опухолевый процесс желчных протоков и сосудов оперировано 25 (15,2%) больных. Произведены: лево-, правосторонние геми- или расширенные гемигепатэктомии с резекцией желчных протоков в пределах здоровых тканей с реконструктивной операцией – формированием билиодигестивного прецизионного анастомоза. Магистральные сосудистые структуры были выделены различными методами из ракового инфильтрата с оставлением «пластинок» патологической ткани на стенках трубчатых структур – при глубоком поражении, которые невозможно было удалить без образования неустранимого дефекта в их стенке. Аппликационным методом выполнена глубокая криодеструкция «пластинок» патологической ткани и «мягкая» криодеструкция – методом крионапыления для ликвидации микрометастазов на сосудах, выделенных из инфильтратов.

Всем больным с механической желтухой на первом этапе в экстренном порядке было произведено временное наружное отведе-

ние желчи методом чрескожной чреспеченочной холангиостомии под контролем УЗИ, с последующим через 3 – 4 недели оперативным лечением по показаниям.

Результаты и заключение. Отдаленные послеоперационные результаты исследованы у 120 оперированных больных. Выживаемость составила 1 год – у 115 (95,6%), кроме 5 (3,03%) летальных исходов, 2 года – у 81 (67,5%), 3 года – у 42 (35%). Необходимо отметить отсутствие рецидивов заболеваний в области криодеструкции магистральных сосудистых структур, что подтверждает радикальность разработанного метода. Однако отдаленная выживаемость у больных с механической желтухой и инвазией в сосудистые структуры ниже в связи с большим распространением опухолевого процесса.

АНТЕГРАДНЫЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель исследования. Определить лечебные возможности антеградной баллонной папиллодилятации и низведения конкрементов из желчного дерева в 12-перстную кишку для разрешения холедохолитаза.

Материал и методы. Клинико-инструментальному обследованию и малоинвазивному разрешению холедохолитиаза после баллонной антеградной папиллодилятации подвергнуты 20 пациентов с холедохолитиазом. Всем больным первым этапом для разрешения синдрома механической желтухи было выполнено чрескожное дренирование желчного дерева под сочетанным сонно-флуроскопическим контролем. При этом у 17 пациентов был дренирован холедох (чрескожная чреспечёночная холангиостомия), у 3 – желчный пузырь (чрескожная чреспечёночная микрохолецистостомия). В обсуждаемую группу вошли пациенты с одиночными конкрементами холедоха размером до 8 мм, у которых традиционное трансдуоденальное эндоскопическое вмешательство на БСДК было невозможно (резекция желудка по Бильрот – II), было признано нецелесообразным (парапапиллярный дивертикул) или оказалось неэффективным при повторных попытках, а «открытое» оперативное вмешательство прогнозировалось как непереносимое по соматическому статусу. У всех 20 пациентов после купирования желтухи была выполнена антеградная папиллодилятация баллонным катетером диаметром 8 мм в раздутом состоянии при рабочем давлении в баллоне до 6 атм. и экспозиции 10 минут. При этом у 3 пациентов с ЧЧМХС папиллодилятация была выполнена чреспузырным доступом после предварительной интубации пузырного протока интрадьюсером 8 Fr. Этапы папиллодилятации контролировались флуроскопически. После исчезновения «талии» баллона и его свободном перемещении через БСДК баллон коллабировали, располагали проксимальнее конкремента, повторно раздували контрастом над или на конкременте и смещали в просвет 12-перстной кишки.

Результаты и их обсуждение. Методика оказалась эффективной у 14 (70%) пациентов с одиночным холедохолитиазом. В шести случаях при эффективной папиллодилятации не удалось сместить конкремент в просвет 12-перстной кишки, при этом у двоих пациентов холедохолитиаз был этапно разрешён пневматической чрескожной чреспечёночной холедохолитолапаксией после дилятации первичного транспечёночного доступа, а у четырех удалось выполнить транспапиллярное эндоскопическое пособие, имея в виду позитивную модификацию БСДК предшествующей антеградной папиллодилятации. У 12 пациентов (60%) в раннем постманипуляционном периоде отмечен подъём амилазы крови до двух раз, что, однако, носило транзиторный характер и нивелировалось инфузионной терапией. В одном наблюдении после низведения конкремента в течение трех часов наблюдалась неинтенсивная гемобилия, не потребовавшая изменения лечебной тактики. Следует отметить, что при УЗ-контроле через сутки после вмешательства у всех наблюдавшихся нами больных не было пневмобилии, что свидетельствовало о сохранении автономности желчного дерева и 12-перстной кишки.

Заключение. Таким образом, антеградная чреспечёночная папиллодилятация с последующим низведением одиночных конкрементов в 12-перстную кишку, выполняемая этапно после малоинвазивного дренирования желчного дерева, при холедохолитиазе, осложнённом синдромом механической желтухи, представляется разумным выбором при невозможности использовать общепринятое транспапиллярное эндоскопическое вмешательство или оперировать больного традиционно.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В ЛЕЧЕНИИ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Пантелеев В.С., Мамоян И.Н., Мустафин А.Х., Салимгареев И. З., Грицаенко А.И.
Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных с альвеококкозом печени.

Материалы и методы. Анализируемый клинический материал включает в себя лечение 44 больных с альвеококкозом печени с 2000 по 2008 год. Средний возраст пациентов составил 35±2,4 года. Мужчин было 28 (63,6%), женщин 16 (36,4%). Проводились общеклиническое и лабораторное обследования. Инструментальные методы обследования включают в себя УЗИ, КТ органов брюшной полости, лапароскопию с биопсией образования печени, МРХПГ с целью выявления уровня блока при механической желтухе. В качестве специфического метода использован ИФА на альвеококковый антиген. Выполнено 44 хирургических вмешательства, из них 35 (79,5%) составляют радикальные резекции печени: правосторонняя гемагепатэктомия выполнена 20 (45,4%) больным, левосторонняя гемигепатэктомия – 11 (25%) больным, три-, би-, сегментэктомии – 4 (9%) пациентам. В тех случаях, когда радикальное удаление паразита было невозможно, мы выполняли у 9 (20,5%) пациентов условно-радикальные операции – частичную резекцию печени, вскрытие и дренирование полости распада, кускование альвеококковой опухоли с последующим применением системной фотодинамической и антипаразитарной терапии. Фотодинамическую терапию проводили разработанной нами методикой – путем внутрипортального введения «Фотодитазина R». Препарат избирательно накапливается в альвеококковой опухоли. При последующем лазерном облучении крови возникает фотосенсибилизирующий эффект, заключающийся в генерации в паразитарной ткани активных форм кислорода (синглетного кислорода) и других свободных радикальных частиц, приводящих к развитию биохимических и структурно-функциональных изменений патологических клеток и их гибели. Всем пациентам в послеоперационном периоде вне зависимости от объема оперативного вмешательства проводилось антипаразитарное медикаментозное лечение (Альбендазол, Немазол).

Результаты. В отдаленном послеоперационном периоде при сонографическом контроле у 35 пациентов, которым выполнены радикальные операции, рецидивов заболевания не выявлено, а у 9 пациентов с условно-радикальной операцией прогрессирование патологического процесса не наблюдалось.

Выводы. Проведенное исследование показало, что методом выбора оперативного лечения альвеококкоза печени является резекция органа с максимально возможным удалением патологического образования, при невозможности полного удаления опухоли допустимо проведение условно-радикальной операции с применением в послеоперационном периоде фотодинамической и антипаразитарной терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ДИССЕКЦИИ ПАРЕНХИМЫ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Алиханов Р.Б., Кудрявцев П.В., Соловьев Н.А., Белоглядов И.А., Нечунаев А.А.
Лаборатория минимально инвазивной хирургии НИМСИ МГМСУ, КБ № 83 ФМБА, кафедра общей хирургии МГМСУ, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить различные методики разделения паренхимы печени при выполнении атипичных и анатомических резекций открытым и лапароскопическим способом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 19 пациентов, перенесших резекции печени различного объема по поводу метастазов колоректального рака (16 пациентов) и рака молочной железы (3). Произведено 5 правосторонних гемигепатэктомий, 6 сегментарных резекций различного объема, 5 атипичных резекций лапаротомным доступом, 3 лапароскопических резекции (одна бисегментэктомия II-III, две атипичных краевых резекции). Цирроза печени не было ни у одного из пациентов. При разделении паренхимы печени использовались аппарат LigaSure, ультразвуковые ножницы Ultracision, радиочастотный электрохирургический генератор Rita с резекционным электродом Habib, радиочастотный электрохирургический генератор «Фотек». При выполнении лапароскопических резекций печени применяли сочетание воздействия аппаратом LigaSure и Ultracision. При оценке различных методик разделения паренхимы оценивались следующие показатели: скорость диссекции, интраоперационная кровопотеря, послеоперационная летальность, экономическая целесообразность.

Результаты и их обсуждение. Наибольшее время диссекции паренхимы отмечено при выполнении лапароскопических резекций печени, наименьшее – при выполнении атипичных краевых резекций с применением аппаратов Rita и «Фотек». Объем интра операционной кровопотери зависел от объема резекции, а не от выбора метода диссекции паренхимы, при этом при выполнении лапароскопических резекций кровопотеря составляла не более 200 мл. В раннем послеоперационном периоде умер один пациент от полиорганной недостаточности после правосторонней гемигепатэктомии. С позиций экономической целесообразности наилучшие показатели отмечены при применении радиочастотного электрохирургического генератора «Фотек».

СПОСОБ БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВИЗАЦИИ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ГЕПАТОРАФИИ.

Патахов Г.М., Ахмадудинов М.Г., Рагимов Г.С., Рамазанов Р.Р., Абдуллаев У.М.
Кафедра оперативной хирургии с топографической анатомией Дагестанской государственной медицинской академии, Махачкала, Россия

Цель исследования. Разработка шовного материала, обладающего антимикробной активностью и способностью стимулировать репаративные процессы при гепаторафии.

Материалы и методы. Нами разработан способ биологической активизации шовных материалов (приоритетная справка на изобретение № 2008118716 от 12.05.2008). Сущность предложенного метода заключается в том, что стерильный рассасывающийся шовный материал, используемый в гепатохирургии для гепаторафии при повреждениях и резекциях печени, на 72 часа перед непосредственным применением помещают в банку с 15% спиртовым раствором прополиса и закрывают притертой крышкой. Извлеченный из 15% спиртового раствора прополиса шовный материал подсушивается на воздухе и может быть сразу использован по назначению. Нами были выполнены экспериментальные исследования на 160 белых крысах. Подвергнутым биологической активизации в 10, 15 и 20% спиртовых растворах прополиса викрилом, хромированным кетгутом и необработанным викрилом ушивали смоделированные колото-резаные раны печени, а затем наблюдали динамику морфологических изменений в тканях печени, биологическую активность и биорезистентность шовных нитей в сравнительном аспекте с нитями викрила и хромированного кетгута без какой-либо обработки.

Результаты. Наилучшие показатели биологической активности в плане бактерицидного воздействия, сокращения сроков регенерации, биологической резистентности с окружающими тканями и отсутствия осложнений в виде нагноения или аллергических проявлений показал шовный материал викрил, обработанный 15%-ным спиртовым раствором прополиса, 10% раствор был менее эффективен, а 20% обладал раздражающим действием. Использование предлагаемого способа биологической активизации шовного материала для гепаторафии по сравнению с существующими имеет следующие преимущества: используемый натуральный компонент – прополис – обладает бактерицидными и бактериостатическими свойствами, ускоряет регенераторные процессы с образованием нежного соединительнотканного рубца, обладает ярко выраженным противовоспалительным и гепатозащитным действием, восстанавливает функцию гепатоцитов, улучшает местную микроциркуляцию.

Заключение. Прополис способен подавлять активность и уничтожать широкий спектр микроорганизмов, вирусы, простейшие и грибки. Он является природным клеем, что позволяет исключить применение цианокрилатных клеев и других синтетических клеевых масс для повышения устойчивости покрытия к сдирающим нагрузкам и пролонгирования антимикробного воздействия при получении хирургических шовных материалов с антимикробным покрытием. Предлагаемый способ биологической активизации шовных материалов для гепаторафии может быть использован как в процессе производства хирургических шовных материалов, так и непосредственно перед операцией в отделениях абдоминальной и гепатохирургии, при оперативных вмешательствах на печени.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ЭЛАСТОГРАФИЯ ПРИ ДИФФУЗНЫХ И ОЧАГОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Перегудов И.В.

ПНИЛ «Ультразвуковые исследования и малоинвазивные технологии», Смоленск, Россия

Цель исследования. Оценка возможностей ультразвуковой эластографии у больных диффузными и очаговыми заболеваниями печени.

Материалы и методы. На базе МЛПУ «Клиническая больница № 1» обследовано 87 пациентов (47 мужчин и 40 женщин) с различными формами диффузных и очаговых заболеваний печени. Пациенты из первой группы (n – 32) страдали алкогольным стеатогепатитом печени; вторая группа (n – 30) – больные неалкогольным стеатогепатитом; третья группа (n – 25) – пациенты, имеющие множественные метастазы в печень. Пункционная биопсия печени была проведена у 80 пациентов. Гистологическая оценка полученных биоптатов проводилась с использованием системы Knodell. Ультразвуковая эластография проводилась всем больным, в том числе больным из третьей группы, с прицельным позиционированием датчика эластографа в проекции метастатического очага наибольших размеров.

Результаты исследования. При анализе полученных результатов исследования эластичности ткани печени выявлена высокая корреляция между степенью фиброза печени при гистологической оценке и данными эластографии в первой и во второй группе, причем показатели эластичности печеночной ткани составляли от 7 до 15 КрА. В третьей группе показатели эластичности, при проведении прицельного эластографического исследования, составили от 68 до75 КрА, что говорит о выраженном уплотнении паренхимы печени в зоне метастатического очага.

Выводы. Ультразвуковая эластография может быть использована для диагностики степени фиброза у больных как алкогольным, так и неалкогольным стеатогепатитом. Метод ультразвуковой эластографии имеет перспективы для использования в диагностическом алгоритме у пациентов с множественными метастазами в печень.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПО ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО, ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЙ

Петухова М.В., Козлов И.А., Журенкова Т.В., Тимина И.Е., Солодинина Е.Н., Щеголев А.И., Пашовкин И.Т.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель. Изучить состояние гемодинамики в сосудах панкреатодуоденальной зоны с расчетом объемной скорости кровотока (ОСК) в портальной системе и висцеральных ветвях аорты у больных хроническим панкреатитом, осложненном портальной гипертензией, на дооперационном этапе в сочетании с данными эндоскопического исследования и морфологическим изучением биоптатов печени.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 50 пациентов (средний возраст – 51±5 лет), имеющих длительный анамнез хронического панкреатита и признаки внепеченочной формы портальной гипертензии. Диагноз портальной гипертензии был поставлен на основании данных результатов комплексного УЗ-исследования.

По состоянию просвета сосудов системы воротной вены (ВВ) обследованные больные разделены на 2 группы:

1 группа – с тромбозом в системе ВВ (11 больных): тотальным тромбозом (1), тромбозом ствола ВВ и верхней брыжеечной вены (ВБВ) (3), тромбозом ствола ВВ – (2), тромбозом селезеночной вены (СВ) и ВБВ (1), тромбозом СВ (2) и пристеночным (неокклюзирующим) тромбозом ВВ и ВБВ (2).

2 группа – с признаками экстравазальной компрессии сосудов портального тракта (39 пациентов), увеличенной поджелудочной железой, воспалительным инфильтратом или постнекротической кистой с расширением венозных стволов и их притоками, с развитыми коллатералями, преимущественно гастролиенального бассейна (ворота селезенки, по ходу селезеночной вены, в области малого сальника).

Результаты. При эндоскопическом обследовании у 9 пациентов 1 группы наряду с признаками портальной гастропатии отмечалось наличие варикозно расширенных вен пищевода и/или желудка (II – IV ст. по Paquet), у 2 больных отмечено хроническое воспаление слизистой желудка. У большинства пациентов 2 группы (34 наблюдения) также выявлены воспалительные изменения слизистой желудка и начальных отделов двенадцатиперстной кишки. В 5 случаях выявлены варикозно расширенные вены пищевода и/или желудка (I – II ст. по Paquet).

Морфологическое исследование биоптатов печени выполнили 7 пациентам. Среди больных с тромбозом селезеночной вены (1-я группа) в 2 наблюдениях изменения характеризовались как фиброз по ходу портальных трактов. У 5 пациентов 2-й группы в двух случаях выявили активный микронодулярный портальный цирроз печени, в одном случае – жировой гепатоз и в 2 наблюдениях – фиброз и хроническую воспалительную инфильтрацию по ходу портальных трактов.

Оценка гемодинамики проводилась путем расчета ОСК в артериях и венах панкреатодуоденальной зоны и сопоставлялась с показателями контрольной группы.

У всех пациентов 1-й группы отметили снижение ОСК в диапазоне от 21 до 60% в ВВ (на печеночном сегменте) и ВБВ.

У 7 пациентов 2-й группы на фоне выраженных воспалительно-инфильтративных изменений панкреатодуоденальной зоны регистрировали увеличение значений ОСК по ВВ и ВБВ на 108 и 240% соответственно. У остальных 32 пациентов 2-й группы отмечали снижение значений ОСК по ВВ и ВБВ в диапазоне 38 – 43% соответственно. Сопоставление локализации осложненного течения ХП со значением ОСК в СВ показало, что при локализации процесса в дистальных отделах поджелудочной железы величина ОСК снижалась максимально до 52% (21 наблюдение), при локализации процесса в области головки (29 больных) регистрировали увеличение ОСК максимально до 80%.

При анализе показателей артериальной гемодинамики учитывали состояние просвета (атеросклеротические изменения) и экстравазальную компрессию сосудов. В одном случае визуализировали атеросклеротическую бляшку в устье чревного ствола, что послужило основанием к исключению показателя ОСК из группы наблюдения. Среди пациентов 1-й группы в 9 случаях отмечали повышение показателей ОСК в чревном стволе и верхней брыжеечной артерии в диапазоне 20 – 42%. Повышение ОСК по чревному стволу и верхней брыжеечной артерии на 60 – 80% выявили у 20 больных 2-й группы. В остальных случаях показатели ОСК приближались к диапазону нормальных значений.

Заключение. Анализ показателей ОСК по артериям и венам панкреатодуоденальной зоны у больных хроническим панкреатитом с внепеченочной портальной гипертензией свидетельствует о перераспределении кровотока между артериальным и венозным руслом с усилением артериального и снижением портального кровотока. Величина объема крови в системе воротной вены зависит от состояния просвета исследуемых вен, локализации и выраженности воспалительно-инфильтративных изменений панкреатодуоденальной зоны. Как объективный критерий в оценке степени портальной гипертензии при хроническом панкреатите показано выполнение эзофагогастродуоденоскопии. Анализ результатов морфологического изучения биоптатов печени свидетельствует о возможности развития смешанной формы портальной гипертензии у данной категории больных.

ПУНКЦИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПРОТОКОВ МЕТАЛЛИЧЕСКИМИ СТЕНТАМИ

Погребняков В.Ю., Бердицкий А.А., Иванов П.А., Гончаров С.А.

Медицинская академия, Чита, Россия

Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства на протоковой системе поджелудочной железы, проводимые под лучевым контролем, представлены немногочисленными наблюдениями, в связи с чем считаем возмож-ным привести собственные сведения.

Цель исследования. Изучить возможности чрескожного пункционного эндопротезирования (стентирования) главного панкреатического протока для устранения внутрипротковой гипертензии при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. Осуществили чрескожное пункционное дренирование и стентирование (ЧПС) главного панкреатического протока (ГПП) у 10 больных с хроническим индуративным панкреатитом, имевших признаки нарастающей внутрипротоковой гипертензии вследствие склеротических стенозов ГПП.

У пяти больных провели наружно-внутреннее пункционное дренированиие вирсунгова протока пластиковыми трубками диаметром 5 мм. При этом в трех случаях дистальный конец дренажной трубки провели в просвет двенадцатиперстной кишки. В 2 наблюдениях провести стент через зону стеноза вирсунгова протока не удалось, в связи с чем было выполнено трансгастральное пункционное дренирование ГПП с целью последующего формирования панкреатикогастростомы.

В пяти случаях для устранения стеноза вирсунгова протока применили металлические баллонорасширяемые стенты, которые устанавливали в зоне стеноза ГПП после его предварительного бужирования и дилатации. Использовали стенты диаметром 5 мм с длиной, обеспечивающей полное перекрытие зоны стеноза. Стенты располагали интрапанкреатически без выведения их в просвет двенадцатиперстной кишки с целью сохранения физиологической функции сфинктера Одди и предупреждения регургитации дуоденального содержимого в панкреатические протоки. Следует указать, что во всех приводимых наблюдениях стенозы ГПП имели локализацию на уровне головки ПЖ.

Результаты. У больных с наружно-внутренним дренированием ГПП пластиковыми трубками сроки их стояния составили 4–6 месяцев. При контрольной фистулографии, выполненной при удалении дренажей, было отмечено наличие остаточных стенозов ГПП, несмотря на проведенные ранее их бужирование и баллонную дилатацию. Последующее наблюдение за 3 пациента-ми показало относительно благоприятное течение заболевания на протяжении 8–12 месяцев с последующим возвратом клинической картины к исходному уровню в двух случаях. Двое больных по независящим от нас обстоятельствам вышли из наблюдения.

Сроки наблюдения за тремя больными со стентированием (эндопротезированием) ГПП металлическими стентами составили от 1,5 до 2,5 года, у двух больных – менее года. При контрольных обследованиях больные, наблюдавшиеся более 1,5 года, отмечали значительное улучшение общего состояния, исчезновение болей, выраженную прибавку в весе. Признаков обострения заболевания в указанный период не было. Из 2 больных, оперированных менее года назад, в одном случае также отмечена выраженная положительная динамика, а у одного пациента эффект может быть расценен как удовлетворительный.

Заключение. Считаем возможным сделать предварительный вывод о возможности и эффективности применения чрескожного пункционного стентирования (эндопротезирования) рубцовых стриктур главного панкреатического протока металлическими стентами с целью устранения внутрипротоковой гипертензии при хроническом панкреатите. Вместе с тем данный вопрос требует дальнейшего углубленного изучения.

БИДИГИТАЛЬНАЯ АДГЕЗИОКЛАЗИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Потапов А.В., Ионин В.П.

Ханты-Мансийский Государственный медицинский институт, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

Основным противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомиии у больных с деструктивным калькулезным холециститом является плотный перивезикальный инфильтрат. Частота конверсии у больных острым холециститом составляет от 9,4 до 44,7%. В то же время переход на лапаротомию не является оптимальным путем решения проблемы лечения острого холецистита, осложненного инфильтратом.

Цель исследования. Оценить способ бидигитальной адгезиоклазии у пациентов с плотным перивезикальным инфильтратом.

Материал и методы. Изучались результаты хирургического лечения 34 больных острым калькулезным холециститом, у которых интраоперационно выявлено наличие плотного перивезикального инфильтрата.

Выделено 2 группы пациентов. Группа исследования – 11 больных, которым выполнена бидигитальная адгезиоклазия. Группа сравнения – 23 пациента, оперированные по принятым стандартам. Критерии эффективности: продолжительность операции, частота интраоперационного повреждения стенки желчного пузыря, частота конверсии, частота послеоперационных осложнений, длительность госпитализации.

Оценка значимости количественных данных проводилась по критерию Манна-Уитни, качественных – односторонний точный критерий Фишера.

Способ бидигитальной адгизиоклазии. Если острым и тупым путем инфильтрат в области желчного пузыря разделить невозможно при четырехтроакарном варианте ЛХЭ, хирург расширял 5 мм порт по срединно-ключичной линии до 1 – 2 см и через него вводил свой указательный палец правой кисти. Дополнительно – через эпигастральный порт – указательный палец левой кисти. После снижения

давления в брюшной полости до 8 мм рт.ст. с помощью указательных пальцев проводили разделение инфильтрата под контролем видеолапароскопа с обязательным выделением гартмановского кармана. При этом через оставшийся 5 мм порт ассистент осуществлял тракцию желчного пузыря за дно.

При плотном и напряженном желчном пузыре через этот порт осуществляли пункцию желчного пузыря с эвакуацией жидкостного содержимого и после этого осуществляли захват желчного пузыря за дно с последующей тракцией. На заключительном этапе манипуляции пытались освободить гартмановский карман от ущемленного конкремента для захвата стенки пузыря в этом месте. По окончании манипуляции в месте введения указательных пальцев устанавливали канюли Хассона для герметичности брюшной полости. Далее операция проводилась по стандартной методике.

Результаты. Средняя длительность операции в группе исследования составила 75,0±10,85 мин., тогда как в группе сравнения – 107,5±22,63 мин. ($p < 0,05$). Частота конверсии – 8% (1), и 27% (7) ($p > 0,05$). Частота повреждения стенки желчного пузыря 8% (1), и 54% (14) ($p = 0,008$). В группе сравнения был один случай повреждения холедоха. Продолжительность госпитализации у больных группы исследования составила 10,6±4,25 дня, группы сравнения – 17,1±5,87 дня ($p < 0,001$).

Вывод. Использование бидигитальной адгезиоклазии позволяет более безопасно выполнить разделение плотного перивезикального инфильтрата, что ведет к достоверному снижению частоты повреждений желчного пузыря, позволяет избежать случайного повреждения холедоха, сократить продолжительность операции, реже осуществлять конверсию и достоверно ускорить сроки выписки больного.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРИОМЕТОДА ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ РАДИКАЛЬНОСТИ И РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИЛЮСНЫХ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ

Рудаков В.А., Охотина Г.Н, Измайлова Л.Г., Понкина О.Н., Сычева Н.Л., Рудаков А.В., Охотина А.В., Рудакова О.В., Бабенко Е.А.

РЦФХГ,

Краснодар. Россия.

Цель исследования. Разработка и внедрение криометода в новых технологиях, позволяющих повысить радикальность и резектабельность в хирургическом лечении гилюсных холангиокарцином с вовлечением в процесс магистральных желчных протоков и сосудов ворот органа.

Материал и методы. Располагаем лечением 68 больных с гилюсными холангиокарциномами (ГХ), осложненными механической желтухой. Мужчин 27, женщин 41, в возрасте от 31 до 87 лет. Радикальные операции выполнены у 38 (55,9%) больных с 1 (1,47%) летальным исходом и у 30 (44,1%) пациентов произведены паллиативные вмешательства с 3 (4,41%) летальными исходами.

При поражении ГХ только желчных протоков (тип II, III-A, III-B по M. Bismuth-M.B. Corlette, 1975) наблюдалось в 5 (7,35%) случаях. Были выполнены: би-, сегментэктомии – 3 пациентам, гемигепатэктомии с удалением 1 сегмента – 2 больным, с резекцией у всех гепатикохоледоха и гилюса, с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру, а также лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола.

33 (48,53%) пациентам, с опухолевой обструкцией желчных протоков и инвазией печеночной артерии, воротной вены и их ветвей (2–3–4 стадии по Gazzaniga, 1985) – 3 (4,54%) больным, с инвазией на ограниченном участке воротной, ее ветвей и нижней полой вен – выполнены краевая (сегментарная) резекция сосудистой стенки с наложением сосудистого шва или анастомоза «конец в конец».

У 30 (44,1%) больных с обширной инфильтрацией и участками глубокой инвазии печеночной артерии, воротной вены и остающихся их ветвей после гемигепатэктомии или расширенной гемигепатэктомии сосудистые структуры были выделены различными способами из ракового инфильтрата, с оставлением небольших «пластинок» опухолевой ткани на сосудистых стенках, с последующей их аппликационной деструкцией по разработанной нами технологии (патент на изобретение № 2314044 от 2008 г.). Микрометастазы, остающиеся на выделенных из инфильтрата стенках сосудов, были подвергнуты «поверхностной» криодеструкции методом крионапыления.

Определяющим в объеме оперативного вмешательства являлся уровень поражения холангиокарциномой желчных протоков, а не уровень инвазии внутрипеченочных сосудов. Остающийся достаточный объем здоровой паренхимы печени, с непораженными опухолью желчными протоками, способной обеспечить нормальную функцию организма, является критерием объема оперативного вмешательства при гилюсных холангиокарциномах с инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Желчные протоки, пораженные опухолью, вне- и внутрипеченочные, иссекались с гистологическим исследованием тканей по границам резекции с последующей реконструктивной операцией – наложением прецизионного билиодигестивного анастомоза.

Результаты и заключение. У 30 (44,1%) больных, у пациентов с гилюсными холангиокарциномами были использованы два метода криодеструкции: аппликационный – на «пластинки» опухолевой ткани, при глубокой инвазии стенок сосудов, и крионапыление – при наличии поверхностных микрометастазов на трубчатых структурах, выделенных из ракового инфильтрата, – удалось достоверно достигнуть радикальности лечения, при одном летальном исходе, увеличение сроков выживаемости с отсутствием отдаленных рецидивов в области криовоздействия.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПАРЦИАЛЬНОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ СПЛЕНОМЕГАЛИИ С ЯВЛЕНИЯМИ ГИПЕРСПЛЕНИЗМА У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ СУБ- И ДЕКОМПЕНСАЦИИ (РАННИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ И БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ НАБЛЮДЕНИЯ)

Рудаков В.А., Федорченко А.А., Охотина Г.Н., Тупикин Р.С., Костенко Л.Л., Карпухин Д.Г., Украинцева М.В., Шевченко С.С., Щербин В.В.

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии», Краснодар, Россия.

Цель исследования. Внедрить технологии эмболизации селезеночной артерии у пациентов с циррозом печени, осложненном синдромом гиперспленизма, в стадии суб- и декомпенсации; оценить эффективность метода.

Материалы и методы. В клинике с первого по третий квартал 2008 года под наблюдением находилось 16 пациентов с циррозом печени различной этиологии степени тяжести по Чайдл-Пью, 7 женщин и 9 мужчин в возрасте от 19 до 56 лет. У всех больных наблюдалась спленомегалия с явлениями гиперспленизма. При этом тромбоцитопения в пределах 47 ± 5, лейкопения 3,3 ± 4 х 109. Эмболизация селезеночной артерии производилась в условиях рентгенангиохирургического отделения на аппарате Siemens Axiom Artis ltd № 46094. В качестве эмбола использовались гранулы Polyvynyl Alchohol 500-700 мкм. Комплексное ультразвуковое исследование (импульсная допплерография, цветовое допплеровское картирование) выполнялось на ультразвуковом сканере Aloca SSD 4000 (США). Эзофагогастроскопия выполнялась на аппарате «Olympus Gif 160». Динамический контроль цитопении проводился гематологическим анализатором «Backman Coulter HmX». Динамический контроль состояние пациентов выполнялся в течение полугода.

Результаты. После проведения трех этапов парциальной эмболизации селезеночной артерии по данным УЗИ определялось уменьшение площади селезенки на 15,3 ± 5,7 см² в размере, через 1 месяц и далее в течение полугода наблюдалась тенденция к ее уменьшению и стабилизации размеров, что в общем составило 17,4 ± 6,2 см². Объемная скорость кровотока в течение 1-го месяца в воротной вене уменьшалась на 739,4 ± 148,3 мл/мин, в селезеночной вене – на 1672,5 ± 254,3 мл/мин, линейная скорость кровотока в селезеночной артерии – на 19,3 ± 3,2 см/с, в дальнейшем варьировала в пределах выше указанных цифр. Клинический контроль анализов крови показал прогрессивный рост тромбоцитов на 145,7 ± 86,7 х 109/л, лейкоцитов – на 3,3 ± 1,5 х 109 в течение раннего послеоперационного периода с дальнейшим незначительным прогрессом и стабилизацией цифр в пределах нормы. Динамический контроль эзофагогастроскопии показал снижение степени расширения вен пищевода и кардии с II – III до I – II в течение полугода.

Заключение. Применяемая хирургическая технология парциальной эмболизации селезеночной артерии при циррозах печени, осложненных синдромом гиперспленизма, обеспечивает коррекцию гематологических нарушений, уменьшает гипертензию в сплено-мезентерико-портальной и азиго-портальной системах, тем самым существенно снижает риск пищеводно-желудочного кровотечения, улучшает качество жизни пациентов.

СПОСОБ ВЫПОЛНЕНИЯ АТИПИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ МЕТОДОМ ВЫСОКОНАПОРНОЙ ГАЗОВОЙ СТРУИ ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Понкина О.Н., Друшевская В.Л., Костенко Л.Л., Карпухин Д.Г., Шевченко С.С., Мариночкин А.С.

ФГУ «РЦФХГ». Краснодар, Россия.

Цель. Изучение в эксперименте атипичных резекций печени с использованием высоконапорной газовой струи, сравнительный анализ с ранее предложенными видами резекций печени (наложение печеночного шва способом В.А. Оппеля).

Материалы и методы. Эксперимент проводился на 48 беспородных кошках. Все кошки были разбиты на две равных группы. В первой контрольной группе (А) атипичные резекции выполнялись путем наложения печеночного шва способом В.А. Оппеля. Во второй экспериментальной группе (В) резекции выполнялись с помощью высоконапорной газовой струи, подаваемой установкой для дифференцированного рассечения тканей паренхиматозных органов. Для определения характера и глубины повреждения паренхимы печени при воздействии газовой струи или механическом раздавливании паренхимы печени проводили гистологическое исследование раневой поверхности резецированного сегмента печени на 1, 3, 7, 21 сутки после операции. С этой целью применяли различные методики окраски препарата: гематоксилин-эозин, окраску по методике Ван Гизона и ШИК-реакцию. Интраоперационно проводилась оценка объема кровопотери на этапе резекции, проводился подсчет лигатур, обеспечивающих окончательный гемостаз.

Результаты. Все животные перенесли резекцию печени, операционной летальности не было. Подбирались оптимальные цифры давления, при котором оставались неповрежденными сосуды диаметром 0,5 – 1 мм. Размеры и объемы резецируемой доли печени не различались в обеих группах. Время продолжительности операции в группе А составило 35±5 мин. в группе В 40±4 мин.; время, затрачиваемое на пересечение паренхимы печени, в группе А и В составило соответственно 15±5 мин. и 20±4 мин. При этом в группе В для достижения окончательного гемостаза потребовалось меньше времени – 5±2 мин. против 10±3 мин. в группе А, что было обеспеченно наложением лигатур (в группе А 7 – 9, в группе В 3 – 5). Общая кровопотеря и кровопотеря на этапе резекции была меньше в экспериментальной группе (15,3±4,4 мл) по сравнению с контрольной (40,3±9,5 мл). В послеоперационном периоде случаев внутрибрюшного кровотечения и признаков желчеистечения не было отмечено в обеих группах.

В экспериментальной группе объем зоны травматического (1 сутки) и вторичного (опосредованнного повреждением сосудов) некроза (3 сутки) достоверно меньше.

В группе В на 3 сутки наблюдалась демаркационная реакция, во второй группе А эти изменения регистрировались только на 7 сутки, зрелый линейный рубец в экспериментальной группе был сформирован на 21 сутки, во второй группе рубец на этом сроке представлен созревающей и молодой грануляционной тканью.

Таким образом, в группе В за счет существенного снижения объема зоны повреждения ускорялась динамика формирования рубца и рубец имел лучшие морфометрические характеристики.

Летальность в раннем послеоперационном периоде составила одно животное.

Выводы. Полученные результаты показывают, что метод диссекции высоконапорной газовой струей при резекциях печени различных объемов позволяет селективно выделять трубчатые структуры печени, производить их прецизионную обработку, четко контролировать зоны анатомического сегментарного кровоснабжения, снижает объем интраоперационной кровопотери, вызывает меньшую травматизацию паренхимы культи. Таким образом, высоконапорную газовую струю можно эффективно и безопасно применять при резекциях печени, сохраняя принципы анатомических резекций.

13С-МЕТАЦЕТИНОВИЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ ТЕСТ – НЕОБХОДИМОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ИСХОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Румянцев К.Е., Сирчак Е.С., Томина Ю.В.

Ужгородский национальный университет, медицинский факультет, кафедра хирургических болезней, Ужгород, Украина

Проблема профилактики кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта при портальной гипертензии не утратила

своей актуальности. Однако хирургическое лечение портальной гипертензии все больше отходит на задний план в связи с отсутствием определенности в оценке результатов тех или иных открытых и малоинвазивных оперативных вмешательств. Известно, что решающее влияние на исход операции оказывает функциональное состояние печени, однако, в связи с многогранностью её функций, их комплексная оценка представляется затруднительной.

Сегодня для комплексной диагностики нарушений функций печени в клинической практике начали применять 13С-метацетиновый дыхательный тест. По результатам теста можно сделать вывод не только о наличии или отсутствии печеночноклеточной недостаточности, но и классифицировать ее на нецирротическую и цирротическую, причем одновременно установить ее степень. Тест позволяет определить процент функционирующих гепатоцитов, что является неосуществимой задачей для других методов, которые используются в отечественной клинической практике.

Принцип метода заключается в том, что 13С-метацетин в печени подлежит ферментативному деметилированию и декарбоксилированию микросомальными ферментами цитохрома Р450. Конечным продуктом является 13CO2, интенсивность элиминации которого через легкие и позволяет судить о функциональном состоянии микросомальных энзимных систем гепатоцитов.

В ходе теста необходимо получить девять дыхательных проб: исходную – до приема тестового завтрака (75 мг 13С-метацетина, который растворяют в 200 мл фруктового чая без сахара), а также еще шесть проб в течение первого часа (по одной каждые 10 минут) и три – в течение второго часа (по одной каждые 20 минут). Дыхательные пробы анализировали на инфракрасном спектроскопе IRIS (Венгрия, фирма IZINTA). Результаты, полученные при анализе, представлялись в графической форме. Выводы о наличии или отсутствии нарушений функции печени делали на основании соотношения кривой суммарной концентрации 13CO2 к исходу 120 минут исследования с кривыми, полученными при обследовании здоровых добровольцев, также оценивали объём функционирующих гепатоцитов (ОФГ) (табл.1).

Таблица 1

Оценка результатов 13С-метацетинового дыхательного теста Суммарная концентрация 13CO2 к 120 минуте, % Функция печени и объем функционирующих гепатоцитов > 35% стимулированная функция печени 20-35% нормальная функция печени, ОФГ 100% 10-20% умеренное снижение функции печени, ОФГ 50-100% (Child A) 2-10% выраженное снижение функции печени, ОФГ 20-50% (Child B) < 2% тяжелое снижение функции печени, ОФГ<20% (Child C)

У пациентов, страдающих заболеваниями, сопровождающимися печеночной недостаточностью, суммарная концентрация 13CO2 была существенно сниженной в течение всего исследования. Чувствительность и специфичность 13С-метацетинового дыхательного теста достаточно высока и составляет более 99%, по данным литературы.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ АКСЕЛЕРАЦИИ В СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Рыхтик П.И., Загайнов В.Е.,ГОРОХОВ Г.Г.,БЕЛЬСКИЙ В.А.

ФГУ Приволжский окружной медицинский центр Росздрава, 603001 Нижний Новгород, Нижне-Волжская набережная, 2

В прогнозировании отдаленных результатов и качества жизни пациентов, перенесших резекции печени, определяющими факторами являются размеры и исходное состояние паренхимы культи печени. Известные методы оценки состояния культи печени связаны с измерением ее размеров по данным УЗИ, редко используются биопсии печени. С 2005 года нами выполнено 190 резекций печени. Для оценки состояния культи печени при мониторинге за пациентами мы используем комплексное ультразвуковое исследование, включающее УЗДГ сосудов брюшной полости.

С 2005 по 2008 годы обследовано 75 пациентов, перенесших гемигепатэктомии. Возраст больных был от 36 до 74 лет (64,4 ±10,8 лет), 41 мужчина и 34 женщины. Исследования проводились в предоперационном периоде и в динамике после оперативного лечения в сроки 5-7 дней после операции, 3 мес., 6 мес. и 1 год. Контролем послужили исследования у 30 здоровых людей (группа 1). Среди оперированных больных выделены две подгруппы: 64 пациента, у которых клинически и при динамическом УЗИ и УЗДГ картины не было признаков портальной гипертензии в послеоперационном периоде, составили группу А. 11 пациентов, у которых в послеоперационном периоде отмечено нарастание клинических и ультразвуковых признаков портальной гипертензии, были объединены в группу В.

Всем пациентам проводились серошкальное сканирование органов брюшной полости, с использованием режима второй гармоники, эхокардиография, ультразвуковая допплерография сосудов портальной системы, печёночных и почечных вен, в том числе цветовое допплеровское картирование и энергетический допплер. Результаты исследования заносились в специально разработанный протокол, изображения фиксировались на электронном носителе. Акцент делался на изучении гемодинамики в селезеночной артерии. Диаметр сосуда определялся в воротах селезёнки до места её деления на внутриорганные ветви. Оценивались: пиковая систолическая скорость, конечная диастолическая скорость, усреднённая по времени средняя скорость кровотока, являющаяся результатом усреднения средних значений скорости за один сердечный цикл, а также определялся индекс резистентности. Для анализа бралось среднее значение из 3 различных измерений.

Для оценки кровотока в селезёночной артерии нами дополнительно оценивалось время акселерации (ВА), представляющее собой временной интервал в миллисекундах от начала систолы до пика систолической скорости. Для контроля состояния культи печени после резекций применили наиболее значимые УЗ и УЗДГ показатели портальной гипертензии.

Показатели кровотока по селезёночной артерии в последнее время все чаще становятся объектом изучения у больных с портальной гипертензией. У оперированных больных после резекций печени показатели кровотока по селезеночной артерии для мониторинга ранее не использовались. По нашим данным, такие показатели, как пиковая систолическая скорость и особенно время акселерации, позволяют с высокой степенью достоверности диагностировать повышение давления в системе воротной вены. Так, у пациентов группы А время акселерации до операции составляло 0,074±0,009, а через 12 месяцев 0.072±0,012, тогда как в группе В до операции 0,067±0,021, а через 12 месяцев 0,187±0,035(p=0.0001).

Время акселерации потока в селезёночной артерии является неинвазивным, простым в исполнении допплерографическим критерием для диагностики портальной гипертензии, позволяющим не только установить факт повышенного давления в системе воротной вены у оперированных больных, но и в ряде случаев прогнозировать течение данного синдрома.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА РАЗВИТИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В СТЕНКЕ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Федотовских Г.В., Енин Е.А., Ибекенов О.Т.

ННЦХ им. А.Н. Сызганова, Алматы, Департамент здравоохранения Кзыл-Ординской области, Казахстан

Актуальность. Вопросы интраоперационного морфологического исследования рубцовых тканей желчных протоков изучены недостаточно. Между тем срочное (экспресс) гистологическое определение степени рубцово-воспалительных изменений в стенках желчных протоков позволяет выбрать оптимальный вариант хирургического вмешательства, прогнозировать развитие осложнений в послеоперационном периоде. Неполное иссечение рубцовой ткани протока приводит к дальнейшему созреванию соединительной ткани, увеличению рубца и стенозу билиодигестивного анастомоза.

Цель исследования – изучить клинико-морфологическую корреляционную связь рубцовых стриктур желчных протоков (РСЖП) в зависимости от типа стенозирования желчных путей.

Материал и методы. С 2003 по 2009 год в ННЦХ им. А.Н. Сызганова 35 пациентам с РСЖП проведено комплексное (светооптическое и электронно-микроскопическое) морфологическое исследование иссеченной рубцово-измененной ткани общего печеночного протока, изучены 12 экспресс-биопсий. Причинами развития рубцовых стриктур гепатикохоледоха во всех случаях послужили травмы желчных протоков во время холецистэктомии.

Методика гистологического исследования: доставленный из операционной материал помещался в криостат, замораживался при t- – 30С в течение 3 – 4 минут. После нарезки материал окрашивали гематоксилином-эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону. Оценка препарата производилась на микроскопе Leika DM 4000B, с цифровой камерой Leika DFC 320, с программным обеспечением ВидеоТест «Морфология». Изучался эпителиальный покров слизистой оболочки, стадия и выраженность воспалительной реакции (преобладание круглоклеточной или нейтрофильной инфильтрации), степень развития грубоволокнистой соединительной ткани и участков гиалиноза.

В зависимости от сроков формирования рубцовой стриктуры желчных протоков, с момента травмы желчных путей до образования рубца, весь материал, 35 больных, был разделен на 3 группы: 1 группа – до 4 месяцев – 14 биопсий; 2 группа – 4 – 6 месяцев – 11 биопсий; 3 группа – более 6 месяцев – 8 биопсии.

1 группа характеризовалась уплощением эпителия слизистой оболочки гепатикохоледоха, микроэрозиями, диффузной лимфоплазмоклеточной инфильтрацией, захватывающей все слои гепатикохоледоха. Кровеносные сосуды паретически расширены, заполнены кровью. Стенка их тонкая, эндотелий немного набухший. При окраске пикрофуксином по Ван-Гизону отмечаются тонкие соединительно-тканные прослойки. На полутонких срезах определяются небольшие очажки неоформленной соединительной ткани.

2 группа: эпителий слизистой оболочки гепатикохоледоха уплощенный, в некоторых местах слущен, подслизистая основа утолщена за счет отека и скудной лимфоидно-клеточной инфильтрации. В стенке холедоха определяется большое количество желез различной формы и размеров.

Вокруг сосудов разрастаются волокна соединительной ткани. Стенки сосудов немного утолщены за счет периваскулярного склероза.

3 группа. Отмечается избыточное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани со сдавлением железистых и нервных элементов, выраженной лимфоидно-клеточной инфильтрацией. Стенки кровеносных сосудов резко утолщены из-за периваскулярного склероза и отека интимы.

Выводы. Сопоставляя морфологическую структуру изменений гепатикохоледоха в разные сроки, следует, что в 1-й группе превалирует диффузный воспалительный процесс, характеризующийся диффузной лимфоплазмоклеточной инфильтрацией, отеком и резким полнокровием сосудов; во 2-й группе отмечается очаговая круглоклеточная инфильтрация и участки выраженной гиперплазии желез в стенке гепатикохоледоха; в 3-й группе отмечается избыточное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани со сдавлением железистых и нервных элементов, со склерозированием стенки сосудов.

Произведена корреляционная связь между комплексным морфологическим (светооптическим, электронно-микроскопическим) исследованием и экспресс-биопсией, при которой отмечена возможность достаточно полной характеристики склерозирующих и воспалительных процессов иссеченной стенки гепатикохоледоха, предрасполагающих к определенному виду хирургического вмешательства.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ КЛАТСКИНА

Сергеева О.Н., Долгушин Б.И., Кукушкин А.В., Панов В.О., Решетников А.В.

Введение. Холангиокарцинома конфлюенса печеночных протоков (опухоль Клатскина) в большинстве наблюдений характеризуется малой толщиной, перипротоковым ростом и поздними отдаленными метастазами. Это позволяют предположить эффективность внутрипротоковой фотодинамической терапии у неоперабельных больных опухолью Клатскина.

Материалы и методы. С февраля 2008 года в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения РОНЦ РАМН было проведено 14 сеансов внутрипротоковой фотодинамической терапии 5 больным опухолью Клатскина (тип IV Bismuth) в возрасте от 39 до 72 лет (2 мужчины, 3 женщины), не подлежащим резекции печени и протоков. Двое из них подвергались ранее хирургическому лечению и имели рецидив заболевания. У всех больных было чрескожно установлено от 1 до 3 холангиостомических дренажей. Использовался фотосенсибилизатор второго поколения Радахлорин, вводимый внутривенно в дозе от 1.2 до 2 мг/кг массы тела за 2 – 4 ч до воздействия. Пошаговое облучение зон опухолевых стриктур осуществлялось с помощью введенного под рентгентелевизионным контролем гибкого световода по разработанной в клинике методике. Облучение проводилось в суммационном (лазеры с длинами волн 662 нм + 810 нм) импульсном режиме, доза облучения подбиралась индивидуально в зависимости от объема поражения протоков. В дальнейшем проводилась иммуноадъювантная терапия.

Результаты. В послеоперационном периоде у больных отмечается выделение тканевого детрита по холангиостомическим дренажам, увеличение количества отделяемой желчи с улучшением ее качества, снижение билирубинемии и ферментемии. У одной больной развился абсцедирующий холангит, разрешившийся на

фоне интервенционного лечения и антибактериальной терапии. Остальные пациенты перенесли вмешательство удовлетворительно. Одна больная умерла через 5 месяцев от причин, не связанных с онкологическим процессом. Четверо пациентов живы в сроки от 2 до 12 месяцев без признаков прогрессирования заболевания. У одной больной отмечается уменьшение внутрипротокового компонента опухоли.

Заключение. Внутрипротоковая фотодинамическая терапия представляется перспективным способом лечения неоперабельных больных опухолями Клатскина, дальнейшее увеличение числа наблюдений позволит определить ее место в клинической практике.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА

Синило С.Б., Третьяк С.И., Ращинская Н.Т.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Целью работы явилось изучение наиболее частых причин развития синдрома внепеченочного холестаза и методов хирургической его коррекции.

Изучены результаты лечения 3602 больных с желчнокаменной болезнью, находившихся на лечении в отделении хирургической гепатологии. Проведен анализ 410 историй болезни с внепеченочным синдромом холестаза (ВПСХ).

Частота встречаемости ВПХС составила 11,4%. Основными его причинами явились: холедохолитиаз – 210 (5,8% по отношению ко всем больным с ЖКБ), стриктуры БДС – 29 (0,8%), стриктуры БДС и холедохолитиаз – 62 (1,7%), постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) – 78 (2,2%), хронический панкреатит – 31 (0,86%) больной. Среди причин ПХЭС наиболее часто были холедохолитиаз – 32 больных, стриктуры БДС – 11, сочетание холедохолитиаза и стриктур БДС – 18, рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков после повреждений – 17.

УЗИ органов брюшной полости и ФГДС с осмотром БДС были выполнены всем больным. КТ брюшной полости с контрастным усилением и РХПГ были выполнены при неясности диагноза. С ятрогенными стриктурами РХПГ выполнена в 67%, ЧПХГ – 33%.

Всем больным была выполнена хирургическая коррекция ВПСХ. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) без или с лапароскопической холецистэктомией была выполнена 171 больному. Показаниями явились камни в холедохе до 2 см без признаков острых деструктивных явлений в желчном пузыре и стриктуры БДС 1 – 2 степени с протяженностью до 1,5 см. Холецистэктомия, холедохолитотомия, шов холедоха, наружное дренирование по Холстеду выполнено 76 больным с наличием одиночных камней в холедохе и хорошей проходимостью БДС. Холецистэктомия, холедохолитотомия, шов холедоха, наружное дренирование по Керу произведено 10 больным. Показаниями явились сочетание холедохолитиаза с гнойным холангитом и абсцессами печени, с распространенным желчным перитонитом, с тяжелой печеночной недостаточностью и высоким риском развития кровотечения. Холецистэктомия, холедохолитотомия, ХДА выполнена 136 больным с множественным холедохолитиазом, со стенозом БДС 2 – 3 степени без или в сочетании с холедохолитиазом, со стенозом БДС любой степени протяженностью более 1,5 см. Билиодигестивные анастомозы сформированы 17 больным с высокими посттравматическими рубцовыми стриктурами внепеченочных протоков: ГДА – 12, БГДА – 5.

Средний койко-день при остром синдроме холестаза составил 13, при хроническом – 8,7, с реконструктивными операциями на протоках – 24,7. Послеоперационные осложнения наблюдались у 7 (1,7%) больных: резидуальный холедохолитиаз – 2 , кровотечение из ложа желчного пузыря – 2, несостоятельность ХДА – 1, желчный перитонит – 1, спаечная кишечная непроходимость – 1. Умерло 3 (0,73%) больных.

Выводы. среди осложнений ЖКБ синдром холестаза встречается достаточно часто (11,4%); наиболее частой его причиной является холедохолитиаз; в хирургической коррек-ции синдрома холестаза преобладают ЭПСТ и холедохолитотомия с ХДА; считаем ХДА более физиологичным, а также доступным для эндоскопической его реконструкции при возможном развитии послеоперационной стриктуры анастомоза.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ЧАСТОТЫ ГАСТРОСТАЗА ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Скипенко О.Г., Беджанян А.Л., Шатверян Г.А.

Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва

Гастростаз является одним из наиболее часто встречающихся осложнений после панкреатодуоденальной резекции. Нарушение эвакуации из желудка отмечается в 41% при классическом варианте и в 61% при вмешательствах с сохранением привратника.

Цель. Используя оригинальную методику реконструкции, разработанную РНЦХ, снизить частоту гастростаза после ПДР.

Материалы и методы. Изучены результаты 49 панкреатодуоденальных резекций по поводу рака периампулярной области, выполненных с декабря 2007 по апрель 2009 года. У 24 из них (I группа) реконструктивный этап выполнен с формированием гастроэнтеро анастомоза по методике РНЦХ – впередиободочно изоперистальтически с большой кривизной желудка (бок в бок). В контрольную группу (II группа) включены 25 последовательных ПДР с реконструкцией по стандартной методике (конец желудка в бок кишки). Сформированные группы сравнимы по полу, возрасту, заболеванию. Для выявления преимуществ новой методики формирования гастроэнтероанастомоза на течении раннего послеоперационного периода проанализированы результаты лечения в обеих группах по следующим факторам: частота гастростаза, длительность назогастрального дренирования, частота несостоятельности анастомозов, послеоперационный койко-день, использование в профилактических целях октреотида.

Результаты. Длительность назогастрального дренирования в послеоперационном периоде в основной группе составила 4,4±0,45 дня (1– 8 дн.), в контрольной – 9,8±1,3 дня (4 – 29 дн.), p = 0,000032 . Гастростаз более 8 суток наблюдали у 2(8,3%) и 11(44%) пациентов соответственно в I и II группах (p = 0,016). Частота несостоятельности анастомозов также оказалась высокой в контрольной группе: 7 против 0 в I группе (p = 0,003). Общее количество больных с различными осложнениями в контрольной группе составило 17 больных (68%), в исследуемой – 5 (20,8%), p = 0,001. Послеоперационный койко-день во II группе составил 29,05±4,79 (7 – 103), в I группе – 18,6±3,63 (8-77), (p = 0,008). Октреотид с целью профилактики послеоперационных осложнений использовали во II группе у 13 пациентов, в I гр. – у 7 больных. Пептические язвы в отдаленном периоде не наблюдали в обеих группах.

Заключение. Методика РНЦХ по формированию гастроэнтеро анастомоза позволяет значительно снизить частоту развития гастростаза в раннем послеоперационном периоде после панкреатодуоденальной резекции, а также частоту других осложнений, связанных с несостоятельностью анастомозов.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ КЛАТСКИНА

Слободин Ю.В., Щерба А.Е., Руммо О.О., Пикиреня И.И., Дзядзько А.М., Болонкин Л.С., Сантоцкий Е.О., Минов А.Ф., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Авдей Л.Л., Ильина Т, Харьков Д.П., Козич П.В., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Юрлевич Д.И.

Отдел гепатологии и малоинвазивной хирургии, анестезиолого-реанимационное отделение, УЗ «9-я городская клиническая больница» Минска, курс трансплантологии кафедры кардиохирургии БелМАПО, Минск, Минский консультативно-диагностический центр. Беларусь

Введение. Подходы к хирургическому лечению холангиокарциномы ворот печени (опухоли Клатскина) в последние года стали более агрессивными, что позволило повысить длительность выживания при этой тяжелой патологии.

Цель: показать наш первый опыт радикального хирургического лечения опухоли Клатскина.

Материалы и методы. В марте 2009 года в нашем центре выполнено оперативное лечение двух пациенток с опухолью Клатскина.

Пациентка Ч.: 52 лет, клинически заболевание проявилось за 4 месяца до обращения в клинику. После обследования выставлен диагноз: опухоль Клатскина, 4 тип по Бисмуту. Выполнено наружное дренирование под УЗ-контролем внутрипеченочных желчных протоков обеих долей печени. Пациентка была поставлена в лист ожидания для трансплантации печени.

Пациентка К.: 44 года. С клиникой острого калькулезного холецистита, желтушностью кожи и склер госпитализирована в районную больницу, где была выполнена лапаратомия, холецистэктомия. При операции в гепатодуоденальной связке выявлено плотное опухолевое образование, распространяющееся в ворота печени. Операция закончена дренированием левого долевого протока. Через 9 суток после операции пациентка переведена в нашу клинику. В день перевода пациентке выполнено дополнительное дренирование желчного затека по правому боковому каналу под УЗ-контролем. После обследования выставлен основной диагноз: опухоль Клатскина, 3А тип по Бисмуту.

Результаты. Пациентка Ч. Через 42 дня после постановки в лист ожидания выполнена ортотопическая трансплантация печени с формированием холедохоеюноанастомоза на Ру-петле на транспеченочном дренаже по Прадери. В гепатодуоденальной связке выявлены увеличенные лимфоузлы – биопсия – опухолевого роста нет. В других отделах лимфаденопатия не выявлена. Выполнена D3 лимфодиссекция, местная адъювантная химиотерапия 5-фторурацилом 1.5 г с экспозицией 30 мин. Данные биопсии печени: протоковая аденокарцинома ворот печени с поражением правого и левого долевых протоков, в дистальном участке холедоха опухолевого роста нет. По TNM классификации: T2N0M0 (1В стадия). На 22 сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Пациентка К. На 20 сутки после первого оперативного вмешательства выполнена повторная операция. В гепатодуоденальной связке лимфаденопатия – экспресс-биопсия – опухолевого роста нет. Увеличенных лимфоузлов другой локализации не выявлено. Общая, собственно печеночная артерия, левая печеночная артерия, воротная вена и ее ветви – свободны от опухоли. Правая печеночная артерия прорастала опухолью. По TNM классификации: T3N0M0 (стадия 2А). Холедох отсечен на уровне ретродуоденальной части – в крае резекции опухолевого роста нет. Выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией гепатикохоледоха в условиях полной сосудистой изоляции печени. Желчный проток отсечен на уровне протоков: общего 4, общего 2 и 3, 1 сегментов. На Ру-петле сформированы гепатикоеюноанастомозы с протоками на транспеченочных дренажах по Прадери. D2 лимфодиссекция. Гистологическое заключение: протоковая аденокарцинома ворот печени с поражением правого долевого протока. В крае резекции опухолевого роста нет. На 27 сутки после операции пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Выводы. при выборе объема операции при опухоли Клатскина, с целью повышения радикальности операции и длительности послеоперационного выживания, необходимо стремиться к отсутствию опухоли в краях резекции и отдавать предпочтение гемигепатэктомии, а в ряде случаев – трансплантации печени.

ПОЛЯРИЗАЦИОННАЯ МИКРОСКОПИЯ ЖЕЛЧИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Ступин В.А., Лаптев В.В., Цкаев А.Ю., Хоконов М.А., Тронин Р.Ю., Мортазави М.К., Гивировская Н.Е.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава. Москва

Цель. Оценить значение поляризационной микроскопии протоковой желчи в лечебно-диагностическом алгоритме у пациентов с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС).

Материалы и методы. С 2007 по 2008 год обследовано 40 пациентов с ПХЭС. Женщин было 32 (80%), мужчин – 8 (20%). Комплексное обследование включало: поляризационную микроскопию желчи, динамическую гепатобилисцинтиграфию, ретроградную панкреатохолангиографию, рентгеноскопическое исследование желудка, перфузионную манометрию сфинктера Одди и периферическую электрогастроэнтерографию.

Результаты. Больные разделены на 2 группы: I группа – 24 (60%) пациента с органическими причинами ПХЭС, II группа – 16 (40%) пациентов с функциональными нарушениями.

У 7 (30%) пациентов I группы при поступлении отмечались признаки острого панкреатита, у 17 (71%) – механической желтухи.

У 13 (54%) пациентов выявлен холедохолитиаз, у 4 (17%) – парафатеральный дивертикул, у 4 (17%) – папиллит, у 2 (9%) – стеноз дистального отдела холедоха и у 1 (4,1%) – стриктура холедоха.

У всех больных II группы отмечались боли билиарного типа. При динамической гепатобилисцинтиграфии у 5 (21%) больных выявлена недостаточность сфинктера Одди, у 3 (19%) – дисфункция по спастическому типу. В 3 (19%) случаях диагностирована дисфункция дуоденальной моторики: у 2 (9%) больных – по гипомоторному, у 1 (4%) – по гипермоторному типу.

При эндоскопической манометрии из 8 пациентов: с эндоскопической папиллосфинктеротомией в анамнезе у 5 (21%) отмечалось снижение или отсутствие градиента гидростатического давления между просветом двенадцатиперстной кишки и общим желчным

протоком, что вызывало рефлюкс содержимого, развитие билиарных болей, холедохолитиаза.

Микролиты обнаружены у всех больных. I – II степень микрохоледохолитиаза, не требующая медикаментозной коррекции, была выявлена у 4 (17%) больных I группы и у 9 (56%) пациентов II группы. Микрохоледохолитиаз III – IV степени с преобладанием кристаллов холестерина диагностирован у 20 (83%) и 7 (44%) больных соответственно.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия была выполнена 13 (54%) пациентам с холедохолитиазом и 2 (8%) со стенозом БДС. 1 (4,1%) пациенту со стриктурой холедоха произведено стентирование. Литолитическая терапия проводилась 14 (58%) больным I группы с микрохоледохолитиазом III – IV степени.

Пациентам II группы назначалась медикаментозная терапия. В 5 (21%) случаях при микрохоледохолитиазе III – IV степени с преобладанием кристаллов холестерина проводилась литолитическая терапия. Больные с гипомоторной дисфункцией сфинктера Одди и дискинезией двенадцатиперстной кишки по гипомоторному типу принимали прокинетики, пациенты с гипертонусом сфинктера Одди и с дисфункцией двенадцатиперстной кишки по гипермоторному типу – спазмолитические средства.

При динамическом наблюдении за 19 пациентами, которым проводилась литолитическая терапия, в течение ½ года выявлена положительная динамика. Результаты поляризационной микроскопии желчи показали уменьшение степени микрохоледохолитиаза.

Выводы. Разработанный алгоритм позволил выявить причину ПХЭС у всех больных. Микрохоледохолитиаз – одно из основных патогенетических звеньев в развитии ПХЭС. Литолитическая терапия, направленная на коррекцию холестеринового обмена, приводит к снижению количества кристаллических структур желчи и риска развития органических изменений билиарного тракта.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Султаналиев Т.А., Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Самратов Т.У., Токсанбаев Д.С., Ибекенов О.Т.

ННЦХ им. А.Н.Сызганова, Алматы, Департамент здравоохранения Кзыл-Ординской области, Казахстан

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков (РСЖП).

Материал и методы. С 2003 по 2009 год в ННЦХ им. А.Н. Сызганова находились на лечении 74 пациента с ятрогенными повреждениями и РСЖП. Возраст больных колебался от 19 до 81 года. Мужчин – 16, женщин – 58.

Со «свежими» ятрогенными повреждениями желчных протоков оперированы 16 (21,6%) больных. В этой группе у 14 пациентов травма протоков произошла во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), 2 – во время традиционной холецистэктомии. 9 больных переведены из других стационаров после обнаружения травмы желчных путей.

Интраоперационно травмы желчных путей выявлены у 6 больных. Из них 3 больным при полном пересечении общего печеночного протока наложены прецизионный бескаркасный гепатикоеюноанастомоз (ГЕА), в одном случае произведено лапароскопическое ушивание пристеночного ранения гепатикохоледоха на дренаже Вишневского, в 2 случаях – сшивание холедоха на дренаже Пиковского.

В раннем послеоперационном периоде травмы желчных путей диагностированы у 10 пациентов. В 3 случаях наложен гепатикоеюноанастомоз, в одном случае наложен гепатикоеюноанастомоз на дренаже Прадери-Смита, 2 больным в связи с тяжестью состояния из-за разлитого перитонита, механической желтухи, холангита произведено наружное раздельное дренирование правого и левого долевых протоков. Больным планируется реконструктивная операция через 2 месяца.

Осложнения развились у двух больных. У одной больной через 8 месяцев после операции развился стеноз гепатикоеюноанастомоза, сформированного на фоне желчного перитонита. У одной больной после сшивания холедоха на дренаже Пиковского в послеоперационном периоде сформировался полный наружный желчный свищ. Больной произведена реконструктивная операция – бескаркасная гепатикоеюностомия через 5 месяцев.

С РСЖП наблюдались 58 больных, из них – 16 (27,6%) со стенозами и рестенозами билиодигестивных анастомозов, наложенных ранее в связи с травмой желчных путей. Причинами развития рубцовых стриктур желчных путей явились: травма желчных протоков во время холецистэктомии – 49 (84,5%) больных, во время резекции желудка – 3 (5,17%) больных, во время эхинококкэктомии из печени – 3 (5,17%) больных, сшивание разрыва холедоха вследствие автомобильной травмы – 1 (1,72%) больная, ножевое ранение брюшной полости с повреждением холедоха – у 1 (1,72%) больного, стеноз ГЕА наложенного по поводу болезни Кароли – у 1 больной.

Из 58 больных 45 (77,6%) пациентам произведены бескаркасный билиодигестивный анастомоз. Были выполнены следующие реконструктивные операции: наложение гепатикоеюностомии (ГЕС) – 20 больным, бигепатикоеюностомии – 13 больным, тригепатикоеюностомии – 2 больным, тетрагепатикоеюностомии – 1 больному, реГЕС – 3, ребиГЕС – 3. Трем пациентам наложен гепатикодуоденоанастомоз.

В этой группе неудовлетворительные результаты отмечены у 2 больных. Летальность составила 2,2% (умерла одна больная от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности). У одной больной ранний послеоперационный период осложнился комбинированным наружным желчным и тонкокишечным свищами, которые закрылись консервативными мероприятиями.

Из 58 больных 11 (18,9%) пациентам выполнены реконструктивные операции на сменном транспеченочном дренаже (СТД). Показаниями к наложению СТД послужили: невозможность иссечения рубцовых тканей (рубцовое поражение распространено на долевые и субдолевые протоки); невозможность наложения прецизионного анастомоза (гнойная полость в воротах печени); тяжелое состояние больных (гнойный холангит и цирроз печени).

Одной (1,6%) больной произведена чрескожно-чреспеночная холангиостомия для декомпрессии желчных путей из-за тяжелого состояния больной.

В связи с распространением рубцовых процессов на долевые и сегментарные протоки одной (1,6%) больной произведена правосторонняя гемигепатэктомия.

Из 11 больных с транспеченочными дренажами летальность отмечена у одного (9,09%) больного. Причина – прогрессирование печеночной недостаточности вследствие механической желтухи, терминального гнойного холангита. После удаления СТД в отдаленном периоде у 2 (18,2%) больных развились стенозы гепатикоеюноанастомозов, потребовавшие повторных реконструктивных операций.

Заключение. Основным видом хирургического лечения повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков является наложение бескаркасной гепатикоеюностомии. При явлениях разлитого перитонита показано наружное дренирование желчных протоков, с последующей реконструктивной операцией через 2 месяца. Использование каркасного дренирования показано при невозможности удаления всех рубцовых тканей, циррозе печени, переходе воспалительно-склеротических процессов на сегментарные протоки.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Сычева Н.Л., Фаустов Л.А., Сычев В.А., Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Карпухин Д.Г.

РЦФХГ, Краснодар, Россия.

Увеличение роста рака поджелудочной железы (ПЖ) в структуре онкологической заболеваемости занимает одно из ведущих мест и составляет около 13 100 заболеваний в год. Более 50% при первичном выявлении заболевания имеют местное или отдаленное распространение и считаются неоперабельными, несмотря на более агрессивную хирургическую тактику в центрах, занимающихся данной проблемой. Наряду с общехирургическими методами лечения, направленными на удаление патологического процесса, в настоящее время в качестве дополнительного широко используется способ криодеструкции тканей, которые нельзя удалить обычным оперативным путем.

Целью нашего исследования явилось определение оптимальных параметров криовоздействия, вызывающего деструкцию стенки вен, необходимого для повышения резектабельности местнораспространенных опухолей панкреатодуоденальной области.

Материал и методы. Эксперимент проведен на 35 кошках обоего пола массой 3 – 4 кг, разделенных на 2 группы: интактные и с различными параметрами криовоздействия. Под внутривенным наркозом ксилазой осуществлялась верхнесрединная лапаротомия и криоаппликация выделенных методом препаровки сосудов: верхней брыжеечной, селезеночной и воротной вен. Измерение температуры проводили медь-константановыми термопарами, вмонтированными в конец инъекционных игл. Термопары располагали на различном расстоянии от криоаппликатора, в том числе и со стороны внутренней стенки сосуда. Регистрация температуры осуществлялась цифровым милливольтметром Щ-300. Хронометраж проводили секундомером. Применены различные режимы криовоздействия. Их характеризовали такие параметры, как скорость охлаждения, температура замораживания, экспозиция и скорость оттаивания. Животных выводили из эксперимента на 1, 3, 7, 14, 28 сутки от момента криовоздействия. Гистологические срезы толщиной 5 – 7 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, альдегид-фуксином – хромотропом – анилиновым синим и гематоксилином – основным фуксином – пикриновой кислотой.

Результаты. Установлены оптимальные режимы криовоздействия, при которых нарушения структуры носят необратимый характер при сохранении их функции. Через одни сутки после криовоздействия в стенке сосудов гистологически выявлялся коагуляционный некроз мышечного слоя, отек и нейтрофильная лейкоцитарная инфильтрация всех слоёв сосудистой стенки. Эндотелиальная выстилка сосудов погибала и не выявлялась. На третьи сутки отмечалась деградация и лизис погибшего мышечного слоя в венах с сохранением лишь единичных поврежденных мышечных волокон. Интима вен превратилась в тонкостенную нежно-волокнистую соединительную ткань, волокна которой были ориентированы вдоль окружности сосуда. На месте остальных слоев стенки вен развилась волокнистая соединительная ткань из коллагеновых волокон.

На седьмые и последующие сутки наблюдения на месте стенки вен определялась двухслойная тонкостенная оболочка, состоящая из внутренней нежно-волокнистой соединительной ткани, и из наружного слоя, представленного коллагеновыми волокнами.

Заключение. Полученные нами результаты являются важным аргументом в пользу целесообразности использования в онкохирургии метода криодеструкции, в частности при местнораспространенных раках поджелудочной железы, с инвазией опухоли в стенку венозных структур парапанкреатической области.

СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЦИСТОПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНОГО СОУСТЬЯ

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

МУЗ ГК БСМП Рязани, Россия.

Кафедра госпитальной хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

Наиболее рациональным для лечения сформированных псевдокист поджелудочной железы считается внутреннее дренирование. Цистоеюностомия на изолированной по Ру-петле тонкой кишке является наиболее распространённым способом внутреннего дренирования кист поджелудочной железы.

Однако при выполнении анастомоза кишки с кистой в указанном способе отмечаются технические сложности, связанные с неадекватной дифференцировкой слоёв стенки кишки ввиду подтекания крови и кишечного содержимого, что увеличивает вероятность развития послеоперационных осложнений. Кроме того, этот способ подразумевает формирование дополнительного межкишечного соустья, что увеличивает травматичность операции, делает её более длительной и утяжеляет течение послеоперационного периода.

С целью облегчения техники хирургического лечения и улучшения качества жизни больных в послеоперационном периоде разработан оригинальный способ внутреннего дренирования кист поджелудочной железы. Суть способа заключается в наложении цистоэнтероанастомоза полузакрытым способом с начальным отделом тощей кишки, без формирования дополнительного межкишечного соустья.

Доступ к кисте производится через левый брыжеечный синус, левее нижней брыжеечной вены, что позволяет наложить анастомоз на самый нижний участок кисты. Стенку кисты выделяют на участке 5 – 7 см, затем, после предварительной пункции, рассекают продольным разрезом электроножом. После опорожнения кисты, ликвидации карманов её полости, гемостаза накладывают цистоеюноанастомоз, для чего используют участок тонкой кишки на расстоянии 5 – 10 см от связки Трейтца.

Анастомоз выполняется в продольном направлении бок в бок, для этого в месте предполагаемого анастомоза на тонкой кишке производится рассечение серозно-мышечного слоя кишки (до подслизистого). Выбухающие сосуды подслизистого слоя прошиваются под контролем глаза. Соустье формируется однорядным узловым серозно-мышечно-подслизистым швом нерассасывающимся шовным материалом (капрон 3 – 0), при

этом задняя губа формируется без вскрытия просвета тощей кишки.

Передняя губа формируется традиционным открытым способом. Ширина соустья 4 – 5 см. В итоге получается анастомоз кисты поджелудочной железы с начальным отделом тощей кишки без наложения дополнительного межкишечного соустья.

Преимуществами данного способа по сравнению с известными являются:

1. Облегчение формирования задней губы цистоеюноанастомоза за счёт использования полузакрытого метода. 2. Сохранение первоначального анатомического строения тонкой кишки (нет дополнительного межкишечного соустья). 3. Простота и быстрая выполняемость операции. 4. Более гладкое течение послеоперационного периода за счёт быстрого разрешения пареза кишечника (в петле, выделенной по Ру, парез может сохраняться 5 – 7 суток). По данной методике выполнено 4 операции, при этом ни в одном случае в послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. У всех больных достигнут положительный эффект: отсутствовали послеоперационные осложнения, устранялись клинические проявления болезни (болевой синдром, диспептические явления), сохранялась экзокринная и эндокринная функция поджелудочной железы. Трудоспособность больных восстанавливалась. Трое больных были осмотрены через три месяца после операции – состояние их удовлетворительное.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ SILS-ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ткачев П.В., Корняк Б.С.

МГМСУ,
Москва, Россия

Цель исследования. Оценить возможность использования SILS-холецистэктомии в лечении больных хроническим калькулезным холециститом.

Материалы и методы. На базе кафедры Госпитальной хирургии МГМСУ в городской клинической больнице № 40 в 2009 году находились на лечении 9 пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом. Возраст оперированных пациентов колебался от 25 до 74 лет (52±3,2 года). По полу больные разделились следующим образом: женщин – 7, мужчин – 2 человека. У шести пациентов диагноз желчнокаменной болезни установлен впервые. Клинически заболевание проявлялось болевым синдромом в правом подреберье, болевой синдром полностью купировался однократным введением спазмолитических препаратов, а 2 пациента являлись камненосителями с ультразвуковой картиной хронического калькулезного холецистита.

Всем этим пациентам выполнена холецистэктомия с использованием SILS (Single incision laparoscopic surgery) методики. Основой метода является то, что доступ в брюшную полость осуществляется через один кожный трансумбиликальный разрез длиной не более 1,5 – 2 см, то есть является аналогом TUES (Transumbilical Endoscopic Surgery) и может быть отнесен к транслюминальным доступам. Отличает данные методики то, что при манипуляции используются: специальный порт, обеспечивающий работу двух инструментов и лапароскопа, эндохирургические изгибаемые инструменты с ротикуляторным механизмом, производимые компанией Auto Suture (подразделение Covidien, США). Визуализация процесса в брюшной полости осуществляется жесткой 300 оптикой. Пациенты оперированы нами в плановом порядке. Во всех случаях операция выполнялась под общей анестезией (ЭТН), длительность вмешательства составила от 60 до 90 мин., в среднем – 45±12,3 мин. Активизация больных после операции осуществлялась через 3 – 4 часа после окончания вмешательства.

Результаты. В послеоперационном периоде нами не диагностированы такие осложнения, как внутрибрюшные кровотечения, желчеистечение, нагноение послеоперационной раны. Применения наркотических препаратов в раннем послеоперационном периоде не потребовалось ни в одном наблюдении, нами использованы лишь ненаркотические противовоспалительные средства. У всех больных получен хороший косметический эффект – размер послеоперационного рубца в среднем составил 1,3 см. Все больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии на 4 – 6 сутки после операции. Результаты лечение изучены в сроки от 1 до 3 месяцев после операции – осложнений не отмечено ни у одного больного.

Заключение. Проведенное исследование свидетельствует о возможности использования SILS-холецистэктомии в лечении больных с хроническим калькулезным холециститом. Данная транслюминальная методика доступа в брюшную полость имеет ряд преимуществ над активно развивающейся N.O.T.E.S. технологией в лечении желчнокаменной болезни. Этими преимуществами являются: возможность выполнения вмешательства как у мужчин, так и у женщин, использование традиционных серийно выпускаемых эндохирургических инструментов, отсутствие необходимости в большом количестве специалистов разного профиля, участвующих в операции, данное вмешательство доступно для специалистов владеющих традиционной эндохирургической техникой. Однако данное направление в лечении больных с хроническим холециститом требует дальнейшего исследования, направленного на уточнение показаний (критерии отбора пациентов), техники операции и изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СТРИКТУР БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Третьяк С.И., Синило С.Б., Ращинская Н.Т., Сологуб И.М., Савченко А.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

Цель работы. Изучение рациональных методов хирургической коррекции стриктур би-лиодигестивных анастомозов (БДА).

Изучены результаты лечения 3602 больных с желчнокаменной болезнью. Проведен анализ 29 историй болезни со стриктурами БДА.

Частота встречаемости стриктур БДА составила 0,8%, в том числе холедоходуоденоанастомоза (ХДА) – 11 (37,9%), гепатикодуоденоанастомоза (ГДА) – 7 (24,1%), гепатикоэнтероанастомоза (ГЭА) – 5 (17,2%), бигепатикоэнтероанастомоза (БГЭА) – 3 (10,3%), бигепатикодуоденоанастомоза (БГДА) – 2 (6,9%), гепатикогастроанастомоза (ГГА) – 1 (3,4%).

Все больные поступили с клиникой холангита: боль в правом подреберье, синдром холестаза и воспалительный синдром. Алгоритмом инструментального обследования явилось выполнение всем больным УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с осмотром зоны анастомоза. Ретроградная холангиография с применением баллонного обтуратора выполнена 21, чрескожная чреспеченочная холангиография – 8 , рентгеноскопия желудка с пассажем бария – 4, КТ брюшной полости с контрастным усилением – 9 больным. УЗИ показало кроме билиарной гипертензии признаки холангита: неравномерное утолщение стенок протоков, воздух в протоках, различная эхоплотность содержимого. Эндоскопическими признаками холангита были воспаление в области суженного анастомоза и поступление желчи с хлопьями гноя.

Повторные операции выполнены 23 больным с выраженной степенью сужения: реконструкция передней стенки анастомоза без каркасного дренажа – 17 и с дренажом по Прадери-Смитту – 2, гепатоэнтероанастомоз – 1, гепатикогастроанастомоз – 1. Чрескожное чреспеченочное дренирование внутрипеченочных протоков под контролем УЗИ выполнено 2 больным с выраженной стриктурой БГЭА, склерозирующим холангитом, билиарным циррозом печени, печеночной дисфункцией.

Малоинвазивные видеоэндоскопические хирургические вмешательства на билиодигестивных анастомозах выполнены 6 больным: ГДА-3, ХДА-2 и ГГА-1. Только эндоскопическая реконструкция анастомоза папиллотомом выполнена двум больным. Размер анастомоза был сужен до 0,4 – 0,5 см. Больной с гепатикодуоденоанастомозом, суженным до 0,3 см, выполнено 3 процедуры по реконструкции передней стенки анастомоза струнным папиллотомом с интервалом в три месяца и затем дважды с интервалом в одну неделю выполнена баллонная дилятация анастомоза овальным катетером диаметром до 9 мм с ретроградным эндоскопическим лаважом протоков. Одному больному с резковыраженным сужением анастомоза и явлениями холангита вначале выполнена реконструкция анастомоза игольчатым папиллотомом. Явления холангита уменьшились. Через три дня выполнена реконструкция анастомоза струнным папиллотомом до 5 мм и ретроградный лаваж протоков, установлен трубчатый стент 7Fr с каркасной целью. Клинические явления холангита купированы. Двоим больным с сужением анастомоза до 0,5 см произведена баллонная дилятация анастомоза. Осложнений и летальных исходов не было.

Таким образом, считаем предпочтительнее малоинвазивные эндоскопические методики коррекции сужений билиодуоденоанастомозов. В случаях сужений билиоэнтероанастомозов возможны только открытые реконструктивные операции. Хирургическая коррекция стриктур анастомозов оправдана в специализированных центрах.

СРАВНЕНИЕ ЭКСПРЕССИОННОГО ПАТТЕРНА ФАКТОРОВ ТРАНСКРИПЦИИ ГЕНОВ SNAIL И ZEB2/SIP1В НОРМАЛЬНОЙ ТКАНИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПАНКРЕАТИТОМ И АДЕНОКАРЦИНОМОЙ И ОЦЕНКА ИХ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ

Усова Е.В.[1,2], М.Р.Копанцева[1,3], А.И.Щёголев[1], Е.А.Дубова[1], В.И.Егоров[1], О.В.Мелёхина[1], Е.П.Копанцев[2]

[1] ФГУ Институт хирургии им. В.А.Вишневского Росмедтехнологий,
[2] Институт биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН,
[3] Институт молекулярной биологии имени академика В.А. Энгельгардта РАН,
Москва.

Введение. Морфологические изменения эпителиальных клеток, связанные с потерей клеточных контактов и приобретением ими мезенхимального (фибробластоподобного) состояния, принято называть эпителио-мезенхимальным переходом (EMT). Он может происходить как в норме при регенерации и в эмбриогенезе, так и в канцерогенезе. EMT может происходить как под действием ростовых факторов, так и генетических программ самой клетки. Транскрипционный контроль EMT осуществляется репрессорами E-кадхерина, транскрипционными факторами Snail и Zeb2/Sip1, которые хорошо изучены в культуре клеток, где их присутствие приводит к приобретению клетками фибробластоподобного фенотипа и сопровождается активацией генов, свойственных мезенхимальным клеткам, – виментина и N-кадхерина.

Цель. В данной работе мы провели гистологические исследования неизменённой морфологически ткани поджелудочной железы (ПЖ), опухолей ПЖ и панкреатита в связи с активацией в них генов – регуляторов EMT Snail и Zeb2/Sip1.

Материалы и методы. Для изучения экспрессии транскрипционных факторов был использован метод двойного иммунофлуоресцентного окрашивания парафиновых срезов, позволивший выявить ко-локализацию факторов транскрипции с белками, свойственными соединительной (мезенхимальной) и эпителиальной ткани, – виментином и цитокератином, а также маркёром EMT N-кадхерином.

Результаты. Мы не выявили экспрессии указанных генов в тканях протоков и ацинусов нормальной ПЖ. В островках Лангерганса было выявлено ядерное окрашивание SnaiL, что говорит о возможном его участии в дифференцировке b-клеток. При панкреатите обнаружена дифференциальная экспрессия данных генов: в ацинарной ткани – Zeb2/Sip1 и в протоковом эпителии – Snail. Следует отметить преимущественно цитоплазматическую внутриклеточную локализацию обоих белков и высокую интенсивность их экспрессии. В ткани аденокарциномы помимо цитоплазматического распределения нами были обнаружены отдельные участки с ядерной локализацией Snail и Zeb2/Sip1. Они соответствовали ацинарно-протоковой метаплазии и дезинтегрированным клеткам внутри протоков. В этих же клетках экспрессировался и N-кадхерин. Ядерная локализация Snail и Zeb2/Sip1, вместе с цитоплазматическим N-кадхерином, была свойственна также стромальным фибробластам, окружающим эти участки. Следует отметить также веретенообразную форму клеток ацинарно-протоковых комплексов, экспрессирующих Snail, и Zeb2/Sip1.

Не выявлены достоверные различия (методом ОТ-ПЦР) в уровнях экспрессии генов Snail и Zeb2/Sip1 при панкреатите по сравнению с аденокарциномой, но превышение их по сравнению с нормой было значительным в обоих случаях.

Заключение. Транскрипционные факторы Snail и Zeb2/Sip1 активируются в тканях ПЖ как при панкреатите, и так и при раке, но при раке эти белки транслоцируются в ядро клетки, что может быть использовано в дифференциальной при иммуногистохимических исследованиях. Эти транскрипционные факторы индуцируют эпителио-мезенхимальный переход, сопровождающийся репрессией E-кадхерина и активацией N-кадхерина в ацинарно-протоковых комплексах и в отдельных протоках аденокарциномы поджелудочной железы. Экспрессия белков Snail и Zeb2/Sip1, а также N-кадхерина в стромальных фибробластах указывает на их возможное эпителиальное происхождение.

РАЗРАБОТКА НОВОГО СПОСОБА ВОЗДЕЙСТВИЯ НА РОСТ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ НАПРАВЛЕННОГО ИЗМЕНЕНИЯ КЛЕТОК СТРОМАЛЬНОГО МИКРООКРУЖЕНИЯ

А.В.Фёдоров[1], М.Р.Копанцева[1,3], В.И.Егоров[1], А.И.Щёголев[1], Е.А.Дубова[1], Т.Л.Ажикина[2], Е.П.Копанцев[2], Н.А.Вайшля[2], О.В.Мелёхина[1]

[1] ФГУ Институт хирургии им. В.А. Вишневского Росмедтехнологий, [2] Институт биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, [3] Институт молекулярной биологии имени академика В.А. Энгельгардта РАН, Москва.

Введение. Опухолевое микроокружение и способы направленного терапевтического вмешательства во взаимоотношениях раковых и стромальных клеток является областью интенсивных исследований. Основной сдерживающей проблемой «стромальной терапии» является недостаточная изученность молекулярной биологии раковой стромы. Данная работа посвящена поиску новых мишеней для «стромальной терапии» рака поджелудочной железы.

Цель. Молекулярный анализ специфических изменений транскрипции генов и синтеза белков опухолевых стромальных клеток и сравнение этих изменений с процессами в нормальных клетках.

Материалы и методы. В качестве рабочей модели опухолевой стромы нами были выбраны первичные культуры (ПК) стромальных фибробластов. На первом этапе были получены 20 первичных клеточных культур из ткани неизмененной ПЖ, стромы ПЖ при хроническом панкреатите, протоковой аденкоарциноме (ПА) и доброкачественных опухолях ПЖ. Условия приготовления культур соответствовали особенностям каждого типа исследуемых тканей. Изменение клеточного состава культур контролировалось иммунофлюоресцентными и морфологическими методами. Выполнен иммуноферментный анализ (ELISA) кондиционированных культуральных сред первичных культур стромальных клеток (ККС ПК СК) опухолей ПЖ.

Результаты. Мы показали, что после диссоциации клеток опухоли и их культивирования в среде DMEM/F12 с 10% FBS происходит изменение экспрессионного паттерна прикреплённых клеток. Снижение уровня экспрессии эпителиальных маркёров (цитокератинов и поверхностного эпителиального антигена) и появление мезенхимальных (виментина, гладкомышечного актина и нестина) говорит о процессе де-дифференцировки культур, что было подтверждено данными иммуногистохимического и стандартного гистологического исследований. Это может быть указанием на то, что в составе опухолевой стромы могут быть клетки, имеющие изначально эпителиальное происхождение.

В ККС измеряли содержание секретируемых ростовых факторов, присутствие которых потенциально может влиять на скорость роста и инвазивные свойства клеток опухолей ПЖ: EGF, alpha-TGF, HGF, IGF-1, beta1-TGF и beta2-TGF. В ККС ПК СК опухолей ПЖ было обнаружено повышенное содержание IGF-1, beta2-TGF и HGF по сравнению с нормальными СК и не было обнаружено физиологически значимых количеств факторов EGF и alpha-TGF. Экспрессия факторов IGF-1и beta2-TGF СК ПЖ имела выраженное органоспецифическое распределение, поскольку оба этих фактора не были обнаружены в ККС ПК СК опухолей легкого и пищевода человека.

С целью полногеномного поиска стромальных факторов, влияющих на рост клеток опухолей ПЖ, из клеточного материала трех полученных первичных культур (нормальная ПЖ, панкреатит и ПА ПЖ) были выделены препараты суммарной РНК, которые были использованы для синтеза к ДНК и приготовления SAGE-библиотек, после чего проведено пилотное секвенирование SAGE-клонов.

Заключение. Описана модель для изучения десмоплазии при опухолях поджелудочной железы, на базе которой созданы SAGE-библиотеки. Предварительный анализ первичных последовательностей ДНК-клонов показал репрезентативность полученных библиотек и позволил выявить в них дифференциальное распределение фрагментов к ДНК, последующий анализ которых позволит создать геномодифицированный препарат для противораковой терапии.

Работа поддерживалась грантом «Миннаука», Государственный контракт № 02.512.12.2007, и Программой «Молекулярная и Клеточная Биология» Президиума РАН.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федоров А.В., Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Ефанов М.Г., Жук И.А., Шишин К.В.

Роботизированное выполнение операций является новым и чрезвычайно перспективным направлением в хирургии.

Целью нашего исследования является определение тактики и возможностей выполнения робот-ассистированных вмешательств у пациентов с заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Материалы и методы. С марта 2009 года в Институте хирургии им. А.В. Вишневского выполняются оперативные вмешательства с использованием роботизированного хирургического комплекса «Да Винчи». За этот период нами выполнено 7 робот-ассистированных вмешательств у 7 пациентов. Все пациенты — женщины в возрасте от 38 до 69 лет. У четырех больных операции произведены по поводу непаразитарных кист печени и выполнялись в объеме атипичной резекции одного, двух или трех сегментов. У одной больной произведена робот-ассистированная дистальная резекция поджелудочной железы по поводу кистозной опухоли.

Остальным пациентам робот-ассистированные вмешательства выполнены по поводу другой хирургической патологии (кистозная лимфангиома селезенки, эндотелиальная киста правого надпочечника).

Огромное значение для адекватной и комфортной работы хирурга на роботизированном комплексе имеет точное определение на дооперационном этапе области хирургического воздействия. Это достигается путем тщательного анализа данных клинического осмотра, компьютерной томографии и ультразвукового обследования.

Результаты. Продолжительность хирургических вмешательств варьировала от пяти до полутора часов. На этапе освоения комплекса «Да Винчи» значительное время затрачивается на установку манипуляторов. Сокращение временного показателя в основном связано с накоплением технического опыта и получения манипуляционных навыков управления роботом.

Обращало на себя внимание практически полное отсутствие болевого синдрома после операции и ранняя активизация больных. Это связано с чрезвычайной точностью воздействия роботических инструментов на ткани организма и почти полным исключением излишней травматизации в области операции. Осложнений во время и после операций не было. Больные выписаны домой через 3 – 7 суток после операций.

Заключение. Основными преимуществами роботизированных систем является высочайшая прецизионность хирургического воздействия, возможность работы в труднодоступных анатомических областях, в непосредственной близости от сосудистых и протоковых структур.

Разработка технических аспектов выполнения робот-ассистированных вмешательств, показаний к ним и специальных диагностических алгоритмов для пациентов с патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства расширяет возможности миниинвазивной хирургии и является чрезвычайно актуальной современной проблемой в рамках оказания высокотехнологической медицинской помощи и развития телекоммуникационной медицины.

НАБЛЮДЕНИЕ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА, ОСЛОЖНЕННОГО ОПУХОЛЕВЫМ ТРОМБОЗОМ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ, НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

Федоров В.Д., Вишневский В.А., Коростелев А.Н., Субботин В.В., Ефанов М.Г., Шляховой А.Б., Козырин И.А., Ситников А.В., Расщепкин К.Е., Ильин С.А., Казеннов В.В., Коков Л.С., Кармазановский Г.Г., Сидорова Е.Е., Кондратьев Е.В., Тимина И.Е., Петухова М.В.

Цель: демонстрация возможности и ближайших результатов хирургического лечения местно-распространенного гепатоцеллюлярного рака с опухолевым тромбозом воротной вены, нижней полой вены и правого предсердия.

Клиническое наблюдение. 56-летний мужчина поступил в Институт хирургии с жалобами на периодическую боль в правом подреберье и повышение температуры тела до 38°С. Местно-распространенная опухоль печени, осложненная тромбозом воротной и нижней полой вен, правого предсердия, а также хронический вирусный гепатит С были диагностированы в другом гепатологическом центре за месяц до поступления.

Больной поступил в удовлетворительном состоянии, без желтухи. Пульс 68/мин., ЧДД – 18/мин., АД – 130/70 mmHg. Живот не увеличен, мягкий, печень +4 см из-под края реберной дуги, край ее плотный. Селезенка не пальпируется. Притупления в отлогих местах живота нет.

При КТ и УЗИ выявлено многоузловое образование 10*9*8 см, расположенное в 6,7,8 сегментах печени, накапливающее контрастный препарат в артериальную фазу при КТ. При КТ и дуплексном сканировании сосудов брюшной полости выявлены тромботические массы в правой воротной вене (5*2,5 см), печеночном сегменте нижней полой вены и в правом предсердии (5*3 см). Левая доля печени гипертрофирована и составляет не менее 40% паренхимы печени.

ЭГДС не выявило варикозного расширения вен пищевода и желудка.

По данным лабораторных методов исследования, функциональный резерв печени сохранен: уровень альбумина 39 г/л, ПХЭ 5437 ед/л, МНО 1,2.

25.05.09 выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с тромбэктомией из правой воротной вены, резекция правого купола диафрагмы, краевая резекция нижней доли правого легкого, тромбэктомия из нижней полой вены и правого предсердия в условиях искусственного кровообращения.

Гистологическое исследование: гепатоцеллюлярный рак с прорастанием в окружающую клетчатку и диафрагму. Тромботические массы из воротной вены и нижней полой вены – умеренно-дифференцированный гепатоцеллюлярный рак. В крае резекции опухолевого роста нет. В ткани печени активный мелкоузловой цирроз.

Послеоперационный диагноз: гепатоцеллюлярный рак, умеренно-дифференцированный, T4NoMo. Опухолевый тромбоз правой воротной вены, нижней полой вены и правого предсердия. Хронический гепатит С. Цирроз печени, стадия А по Child – Pugh.

Послеоперационный период осложнился пострезекционной печеночной недостаточностью и острой сердечной недостаточностью. На фоне консервативной терапии явления печеночной и сердечной недостаточности разрешились.

Выписан на 42-е сутки послеоперационного периода в удовлетворительном состоянии, с нормальной температурой тела. При УЗИ брюшной полости: воротная и нижняя полая вены проходимы, умеренно выраженный тазовый асцит. В лабораторных анализах отмечено восстановление синтетической функции печени.

Заключение. Успешный ближайший результат лечения местно-распространенного гепацеллюлярного рака, осложненного опухолевым тромбозом магистральных сосудов печени и правого предсердия, возможен в условиях многопрофильного специализированного хирургического центра.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗА СЧЕТ ТКАНЕВОГО МЕХАНИЧЕСКОГО БЛОКА

Федорук А.М., Харьков Д.П., Зайцев Ю.В, Руммо О.О., Слободин Ю.В., Щерба А.Е., Юрлевич Д.И., Коротков С.В., Кирковский Л.В.

9-я ГКБ, отдел гепатологии и малоинвазивной хирургии, Минск, Беларусь

Большинство больных с желтухой за счет тканевого механического блока попадают в стационар уже с явлениями холангита и проявлениями 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. Оценить эффективность малоинвазивных технологий под ультразвуковым контролем в лечении больных с механической желтухой.

Материалы и методы. В период с января 2008 по апрель 2009 года в отделе гепатологии и малоинвазивной хирургии 9-й ГКБ Минска чрескожные чреспеченочные холангиостомии (ЧЧХС) под контролем УЗИ выполнены у 61 больного (м:ж – 32:29) в возрасте 59±11 с механической желтухой. Все операции выполнены под местной анестезией с помощью устройства дренирования полостных образований (УДПО Ившина В.Г) с ультразвуковым контролем в режиме реального времени (BK-ProFocus2202) после короткой предоперационной подготовки. У всех больных выполнялась дозированная декомпрессия билиарного тракта. Фистулохолангиография выполнялась во всех случаях, но после купирования явлений холангита. Среднее время операции составило 12±4 минуты.

Результаты. У 29 больных выполнено ЧЧХС левого долевого протока, у 11 – ЧЧХС правого долевого протока, у 17 больных одновременно ЧЧХС левого и правого (в связи с разобщением и наличием

блока 2 – 3-го типа по Bismuth). У 4 больных с опухолями Klatskin (3А, 3Б, 4 типа по Bismuth) выполнялось одновременное дренирование от 3 до 4 сегментарных желчных протоков. Наружное дренирование как 1-й этап лечения, диагностики и подготовки к радикальной операции выполнено у 27 больных. Наружно-внутреннее дренирование с баллонной дилятацией и стентированием выполнено у 2 пациентов (при высоких доброкачественных стриктурах гепатико-энтероанастомоза). Эндобилиарное протезирование выполнено у 3 больных с иноперабельной механической желтухой. У 29 больных ЧЧХС было окончательным методом паллиативного лечения и позволило увеличить продолжительность жизни от 3 до 18 месяцев.

Отмечены следующие осложнения: корригируемые транслокации дренажей (2 случая), гемобилия (1), ограниченный желчный затёк (1). Все осложнения своевременно устранены и не потребовали дополнительных вмешательств.

Выводы: использование малоинвазивных технологий под ультразвуковым контролем в лечении больных с механической желтухой различного генеза является высокоэффективным. Дифференцированный подход к лечению различных типов механических тканевых блоков билиарного тракта позволяет подготовить больных для окончательного лечения, а также увеличить продолжительность и улучшить качество жизни у некурабельных больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОБИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ (ГБПДЗ).

[1] Хатьков И.Е., [2] Цвиркун В.В., [2] Агапов К.В., [1] Израилов Р.Е.

[1] Кафедра факультетской хирургии № 2 МГМСУ (заведующий – проф. Хатьков И.Е.), [2] ФГУЗ КБ № 119 ФМБА РФ (главный врач – проф. Агапов В.К.)

Цель. Изучить возможности лапароскопических технологий при выполнении радикальных операций у больных со злокачественными опухолями органов ГБПДЗ.

Материал и методы. С I-2007 полностью лапароскопически успешно оперировано 22 пациента: рак большого дуоденального сосочка (БДС) – 5, терминального отдела холедоха (ТОХ) – 2, головки поджелудочной железы (ПЖ) – 10, тела и хвоста ПЖ – 2, колоректальные метастазы в печень – 2 и рак средней трети гепатикохоледоха – 1. Выполнены: 17 панкреатодуоденальных резекций (ЛПДР), 1 резекция внепеченочных желчных протоков, 1 дистальная гемипанкреатэктомия и 1 субтотальная резекция ПЖ, 2 анатомических резекции V и V-VI сегментов печени. Возраст – 49 – 78 лет (средний – 63,6). У 17 больных для купирования механической желтухи предварительно выполнена билиарная декомпрессия. ЛПДР в пилоруссохраняющей модификации (ЛПДРп) – 11, классической – Whipple (ЛГПДР) – 6. Во всех случаях использовали 5 троакарных доступов. Применяли ультразвуковой скальпель «Гармоник», аппарат LigaSure, линейный степлер, клипсы, монополярную и аргоноплазменную коагуляцию. Лимфодиссекция во всех случаях. Панкреатоеюноанастомозы (ПЕА), билиодигестивные (БДА) и дуоденоеюноанастомозы формировали прецизионным ручным швом. Гастроеюно- и энтероэнетероанастомозы – аппаратом GIA.

Результаты. Продолжительность ЛПДР 420 – 690 мин. Кровопотеря 150 – 2100 мл (средняя – 683). Возникшие в 7 наблюдениях кровотечения из магистральных сосудов остановлены без конверсии. Средний к/д после операции – 21,8. Релапароскопия для реконструкции гастроэнтероанастомоза в связи с его рубцово-воспалительным стенозом вследствие частичной несостоятельности ПЕА потребовалась в одном случае. Дренирование жидкостных скоплений брюшной полости под УЗ-контролем выполнено у 3. В одном случае через холангиостомический доступ выполнена баллонная дилатация билиодигестивного анастомоза. В 7 случаях после ЛПДРп наблюдали гастростаз. Двое пациентов умерло в 1-й год после операции вследствие прогрессии заболевания. У 3 проводится химиотерапевтическое лечение по поводу метастазов в печени. Максимальный срок наблюдения – 28 месяцев. Продолжительность анатомической резекции печени 285 и 345 мин., кровопотеря 500 и 2100 мл. В первом случае (S5) прингл-маневр не выполняли, в другом (S5-6) продолжительность пережатия 25 мин. Послеоперационный период 10 и 15 к/д. Показатели продолжительности операции, интраоперационной кровопотери и срок госпитализации после резекции внепеченочных желчных протоков и дистальной части ПЖ с селезенкой составили 340 мин., 200 мл, 12 к/д и 290 мин., 150 мл , 29 к/д соответственно. Послеоперационный период без осложнений.

Заключение. Лапароскопические технологии позволяют эффективно выполнять радикальные операции у больных с различными злокачественными опухолями органов ГБПДЗ, соблюдая онкологические принципы и сохраняя преимущества минимально инвазивных вмешательств.

ПРИМЕНЕНИЕ БИОСОВМЕСТИМЫХ КОНСТРУКЦИЙ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Хитрихеев В.Е., Ханхараев Н.Х., Перинов А.П., Хитрихеева С.К.

Бурятский государственный университет, Бурятский республиканский онкологический диспансер, Улан-Удэ, Россия

Цель исследования. Разработать способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного биосовместимого материала с памятью формы и внедрить в клиническую практику.

Материалы и методы. Конструкции различных форм и размеров были изготовлены в НИИ Медицинских материалов и имплантатов с памятью формы (г. Томск).

Методика оперативного вмешательства заключалась в следующем. После лапаротомии и определения объема резекции мобилизацию печени производили по общепринятой методике. На печень проксимальнее предполагаемой линии резекции накладывали одну из выбранных по размеру и форме конструкций, которая предварительно после стерилизации охлаждалась, при этом конструкция при нагревании сдавливала печеночную ткань с определенным усилием, не повреждая ее, одновременно сдавливая сосуды и желчные протоки. Накладывали турникетные швы, отступя от конструкции 1,5 – 2,5 см. После этого выполняли резекцию печени, при этом крупные сосуды и желчные протоки дополнительно клипировали и лигировали при необходимости. Конструкцию удаляли. Выполняли гепатизацию раневой поверхности печени, при необходимости к культе печени фиксировали прядь большого сальника. Операцию завершали дренированием брюшной полости. Данная методика защищена патентом РФ № 2286103.

Результаты. В Бурятском республиканском онкологическом диспансере оперативные вмешательства по данной методике были выполнены 35 пациентам по поводу доброкачественных и злокачественных очаговых новообразований печени. Мужчин было 10, женщин – 25. Средний возраст больных составил 54,8 ± 3,9 года.

Операции были выполнены по поводу: гемангиомы – 11 больным; первичного рака печени – 7; кисты печени – 5; метастатического поражения печени – 9; хронического абсцесса печени – 2; фибромы печени у одного больного.

Атипичные резекции правой доли печени была выполнены в 21 случае, левой доли – в 9 случаях, левосторонняя гемигепатэктомия была выполнена 5 больным.

Осложнения различного характера в послеоперационном периоде развились в 6 случаях (17,1%), из них реактивный плеврит в 3 случаях, обострение хронического гепатита – 1, печеночная недостаточность – 1, острая печеночно-почечная недостаточность – 1. Летальный исход в раннем послеоперационном периоде наступил в одном случае (2,8%), в результате развития острой печеночно-почечной недостаточности. Больной был оперирован по поводу рака правой доли печени на фоне цирроза.

Выживаемость больных прослежена в течение одного, трех и пяти лет после операции. При гемангиомах и кистах печени выживаемость в течение первого года составила 100% и сохранялась на протяжении 3 – 5 лет, что определялось доброкачественностью образований. Выживаемость при раке печени составила 66,6% в течение первого года. При метастазах печени больные не доживали до одного года.

Выводы. Таким образом, резекция печени с применением конструкций из биосовместимого сверхэластичного материала с памятью формы способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты оперативного лечения. Предлагаемый способ резекции печени может широко применяться в общехирургических лечебных учреждениях, так как является технически простым, доступным и не требует больших материальных затрат.

ФЕРМЕНТАТИВНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕПЕНИ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЛИТИАЗОМ

Хлебников В.В., Терехина Н.А.

Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Желчнокаменная болезнь протекает на фоне различных изменений в печени: от умеренных дистрофических проявлений в гепатоцитах до цирроза.

Цель исследования: оценить степень поражения печени больных холелитиазом. Для оценки состояния печени у больных желчнокаменной болезнью особый интерес представляет изучение активности специфичных для данного органа ферментов.

Материалы и методы. В печени, желчи и сыворотке крови 58 больных холелитиазом определяли активность органоспецифических ферментов печени гистидазы и уроканиназы по методу Буробина В.А. с соавт. (1978).

Результаты. В сыворотке крови здоровых лиц не обнаружено активности гистидазы и уроканиназы. Активность этих ферментов выявляется у 50% больных холелитиазом на фоне хронического гепатита с минимальной активностью. Установлено достоверное снижение активности уроканиназы и гистидазы в желчи, тенденция к снижению активности изучаемых ферментов в печени больных данной группы. В ткани печени и желчи больных хроническим гепатитом с умеренной и высокой активностью, больных циррозом печени обнаружено значительное снижение активности гистидазы и уроканиназы, что свидетельствует о нарушении проницаемости клеточных мембран и деструкции гепатоцитов. В сыворотке крови данных больных выявлена высокая активность органоспецифических ферментов. Сниженная активность гистидазы и уроканиназы в желчи может быть результатом подавления синтеза фермента в печени. Снижение активности изученных ферментов в печени происходит из-за выхода их в кровь из поврежденных гепатоцитов.

Заключение. Активность органоспецифических ферментов печени гистидазы и уроканиназы в гепатобиоптате, желчи, крови может служить в качестве диагностического теста при оценке состояния печени. Степень изменений активности гистидазы и уроканиназы в биологических жидкостях и печени больных холелитиазом отражают тяжесть течения процесса, выраженность деструкции и компенсаторные изменения гепатоцитов. Высокая чувствительность, специфичность и информативность гистидазного и уроканиназного тестов позволяют их использовать для контроля за эффективностью лечения, проведения реабилитационных мероприятий и прогноза заболевания.

ВЫБОР РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ БИЛОБАРНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Чжао А.В. , Коваленко Ю.А. , Новрузбеков М.С., Чугунов А.О.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского (директор – проф. М.Ш. Хубутия), Москва

В настоящее время «золотым стандартом» лечения злокачественных поражений печени является ее резекция. Однако у многих пациентов провести эту операцию сложно из-за массивного билобарного поражения печени.

Цель исследования. Изучить результаты резекций у пациентов со злокачественным билобарным поражением печени.

Материалы и методы. Проанализированы ближайшие результаты лечения больных с билобарным поражением печени. Было выполнено 42 резекции печени по поводу ее билобарного злокачественного поражения. Из них в 29 (69%) случаях причиной были метастазы колоректального рака, 8 (19%) - гепатоцеллюлярный рак, 3 (7,1%) – метастазы других опухолей и 2 (4,7%) – холангиоцеллюлярный рак печени. Мужчин было 20 (47,6%), женщин 22 (52,4%). Возраст пациентов варьировал от 36 до 72 лет. Обширных резекций печени (удаление 4 и более сегментов) выполнено – 30 (71,4%), больших (3 сегмента) – 6 (14,3%) малых - 6 (14,3%). По способу резекции: анатомических – 22 (52,4%), атипичных – 3 (7,1%), сочетание анатомической и атипичной – 17 (40,5%). В 3 (7,1%) случаях при билобарном поражении резекция печени производилась в сочетании с криодеструкцией или радиочастотной абляцией (РЧА) оставшихся очагов в культе печени.

Результаты исследования. При массивном поражении доли с наличием очагов в центральных сегментах контрлатеральной доли выполняли расширенную гемигепатэктомию. В случае поражения латеральных сегментов (S II, III, VI, VII) остающейся доли - гемигепатэктомию с сегментной резекцией или локальной деструкцией очагов контрлатеральных сегментов. Функциональные резервы печени определяли с помощью метацетинового дыхательного теста.

Умер 1 (2,4%) пациент после расширенной гемигепатэктомии от печеночной недостаточности. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 17 (41,5%) пациентов после обширных резекций. Из них печеночная недостаточность у 3 (17,6%) пациентов,

желчеистечение у 3 (17,6%), пневмония - 1 (5,9%), почечная недостаточность - 1 (5,9%), тромбоз глубоких вен н/к - 1 (5,9%), гематома и жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве - 5 (29,4%), серома п/о раны - 2 (11,7%) и нагноение п/о раны - 1 (5,9%). При сочетании резекции с локальной деструкцией была достигнута полная деструкция опухоли, которая подтверждена данными интра- и послеоперационного ультразвукового исследования и спиральной компьютерной томографии с контрастным усилением. Осложнения были пролечены консервативно, и только у одного пациента произведена релапаротомия по поводу желчеистечения.

Отдалённые результаты были проанализированы по Каплан-Мейеру без учета нозологии. Общая 12-, 36- и 60-месячная выживаемость составила 75%, 34% и 17% соответственно. В зависимости от варианта операции: при РГГЭ – 72%, 28%, 28% соответственно; при атипичной – 100%, 33% и 0% соответственно и при сочетании ГГЭ с атипичной – 12 мес. и 15 мес.-100% и 0% соответственно.

Заключение. Обширная резекция и ее сочетание с сегментной резекцией контрлатеральной доли является операцией выбора у больных с билобарным поражением и позволяет достичь низкой п/о летальности (2,4%) и общей выживаемости 60 мес. – 17%.

ВИЗУАЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНИ, ЕЕ СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР И ОБРАЗОВАНИЙ С ВОЗМОЖНОСТЬЮ ВЫПОЛНЕНИЯ ВИРТУАЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПОМОЩИ PHILIPS BRILLIANCE WORKSPACE PORTAL И АРИС MULTIVOX 5.

[1] Широков В.С., [1] Кондратьев Е.В., [1] Кармазановский Г.Г., [2] Архипов И.В., [2] Ятченко А.М., [2] Гаврилов А.В., [1] Ефанов М.Г.

[1] ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий, Москва, Россия

[2] Лаборатория медицинских компьютерных систем НИИЯФ МГУ, Москва, Россия

Цель исследования. При помощи рабочих станции Brilliance Workspace portal (Philips Medical Systems, Cleveland) и АРИС MultiVox 5-й версии, разработанной в лаборатории медицинских компьютерных систем НИИЯФ МГУ (Москва), получить трехмерные (3D) изображения печени, ее сосудистых структур и образований. Наиболее точно оценить сосудистую анатомию печени и выявить ее варианты. Оценить соотношение очаговых образований с сосудистым руслом. Планировать оперативные вмешательства, основываясь на полученных данных.

Материалы и методы. 100 пациентам была выполнена мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости на 64-срезовом компьютерном томографе Phillips Brilliance CT (Philips Medical Systems, Cleveland) и на 256-срезовом компьютерном томографе Phillips Brilliance iCT (Philips Medical Systems,Cleveland). Сканирование проводилось от диафрагмы до головок бедренных костей, использовались следующие параметры: ширина среза 0,9 мм, интервал реконструкции 0,45 мм, питч 1,078, скорость вращения трубки 0,75. Для контрастирования всем пациентам внутривенно вводили Йоверсол (350 мг I/мл Оптирей, Mallinckrodt Imaging, Hazelwood.) через внутривенный катетер, установленный в локтевой вене. Доза Йоверсола подбиралась индивидуально из расчета 1,3 мл Йоверсола (350 мг/мл) на 1 кг веса пациента. Инъекцию контрастного препарата проводили с помощью двухголовчатого автоматического инъектора OptiVantage DH (Mallinckrodt; Inc.) со скоростью 4 мл/сек., сразу после инъекции контрастного препарата вводили 50 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 4 мл/сек. Для запуска сканирования использовалась методика bolus tracking (локатор устанавливали на нисходящей аорте на 2 см ниже бифуркации трахеи, порог контрастирования 120 HU на 64-спиральном томографе и 150 HU на 256-спиральном компьютерном томографе). Для получения ранней артериальной и портальной венозной фазы сканирование начинали спустя 5 и 20 секунд с момента достижения порогового контрастирования аорты. Постпроцессорную обработку проводили на программном обеспечении Brilliance Work Space Portal (Philips Medical Systems (Cleveland)) путем построения мультипланарной реконструкции (МПР), в режиме проекции максимальной интенсивности (MIP) при использовании толстых слэбов. Также при помощи специальной программы Liver segmentation в автоматическом режиме (с возможностью самостоятельной коррекции данных) проводилась сегментация печени, ее сосудистых структур и образований. При помощи этого же приложения выполнялись так называемые виртуальные операции (анатомические резекции, атипичные резекции, виртуальные РЧА) с получением всех данных о послеоперационном остатке непораженной паренхимы печени, об объеме резекции, об удаленных сегментах.

На АРИС MultiVox 5-й версии (Лаборатория медицинских компьютерных систем НИИЯФ МГУ (Москва)) обработка велась путем построения трехмерного (3D) куба, с помещением в него зоны интереса (печени) и последующим выделением интересующих анатомических областей путем виртуального контрастирования. После этого изображения, полученные из разных фаз сканирования, складывались путем наложения, позволяя визуализировать сосудистую анатомию печени и ее образований. Методика сочетания фаз контрастного усиления разработана совместно сотрудниками отдела лучевой диагностики Института хирургии им. А.В. Вишневского и лабораторией медицинских компьютерных систем НИИЯФ МГУ.

Результаты. Были получены изображения, которые отображали реальную сосудистую анатомию печени и ее варианты. Изучено взаимоотношение артерий и вен печени с различными новообразованиями, что помогло в значительной степени правильно и анатомично планировать и успешно выполнять операции при различных хирургических патологиях.

Выводы. Рабочие станции Brilliance Work Space и АРИС MultiVox 5-й версии являются оптимальными для получения трехмерных (3D) изображений, которые наиболее точно соответствуют реальной сосудистой анатомии печени и образований в ней и позволяют успешно планировать ход и особенности предстоящего оперативного вмешательства.

ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шнейдер В.Э.

ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Воздействие сверхнизкими температурами на поджелудочную железу (ПЖ) обладает выраженным гемостатическим, анальгетическим эффектом, подавляет внешнесекреторную функцию, способствует благоприятному заживлению поврежденной ткани ПЖ, не вызывая реакции окружающих тканей.

Криохирургия ПЖ используется при остром и хроническом панкреатите, злокачественных опухолях. При травматических повреждениях ПЖ сверхнизкие температуры, по данным отечественной и зарубежной литературы, не использовались.

Цель. Улучшить результаты лечения больных с повреждениями ПЖ путем применения сверхнизких температур.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения больных с повреждениями ПЖ за период с 2006 по 2009 годы, находившихся на лечении во ОКБ № 2 г.Тюмени. За этот период поступило 72 человека. Из них 9 умерло в первые двое суток от травматического шока, а 5 получали только консервативное лечение.

Прооперированные больные были разделены на 2 группы (46 и 12 человек). Группы были статистически достоверно сопоставимы по возрасту, полу, механизму травмы и тяжести повреждения. Тяжесть повреждения ПЖ оценивали по AAST. Оценку тяжести травмы проводили по шкале комы Глазго (Glasgow Coma Scale), физиологическому показателю тяжести травмы (Revised Trauma Score), анатомическому показателю тяжести травмы (Injury Severity Score) и системе TRISS. У всех больных использовалась одинаковая тактика хирургического лечения, консервативное лечение включало, помимо интенсивного лечения больного с травмой живота, профилактику и современное лечение травматического панкреатита. Во второй группе во время операции дополнительно применялось криохирургическое воздействие. Использовался пористый криоаппликатор из никелида титана, охлаждаемый жидким азотом до –196°С. При повреждениях ПЖ 1– 2 степени выполнялась криодеструкция места повреждения, при 3 – 4 степени дополнительно выполняли криоаппликацию ПЖ дистальнее места травмы, при панкреонекрозе – субтотальная криодеструкция.

Результаты. Осложнения в первой группе отмечены у 74,29% пациентов. Чаще всего возникал травматический панкреатит (68,57%), причем у половины из них (45,83%) он носил деструктивный характер. У 42,86% больных возникли гнойные осложнения, у 20% – аррозивное кровотечение. Перитонит диагностирован у 14,29%, кисты у 5,7% пациентов Панкреатические свищи сформировались у 20% больных, из них двое прооперированы.

Во второй группе осложнения возникли у 25% больных. У 16,7% больных отмечены явления панкреатита легкого течения, у одного больного (8,3%) сформировался подпеченочный абсцесс. Свищей и кист не возникло.

Средний срок пребывания в стационаре в первой группе составил 23,44±2,54, а во второй – 14,73±3,9 дня. Летальность в группе с традиционной тактикой лечения составила 20,59%, а во второй – 8,33%.

Заключение. Воздействие сверхнизкими температурами на ПЖ подавляет воспалительно-деструктивный процесс, способствует лучшему заживлению зоны повреждения, что позволяет избежать специфических осложнений (панкреонекроз, свищи и кисты, перитонит, кровотечение), и в результате сократить в 1,6 раза койко-день и 2,4 раза летальность при повреждениях ПЖ.

БЕРНСКИЙ ВАРИАНТ ОПЕРАЦИИ БЕГЕРА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.

[1] Щастный А Т., [2] Егоров В.И., [2] ВишневскийВ.А., [1] Кугаев М.И., [1] Сятковский А.Р.

[1] Витебский Государственный медицинский университет. ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы», Витебск, Республика Беларусь.

[2] Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель. Изучить результаты проксимальной резекции поджелудочной железы в Бернском варианте операции Бегера.

В институте хирургии им. А.В. Вишневского и ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы» на базе Витебской областной клинической больницы выполнено 150 дуоденумсохраняющих резекций головки ПЖ. У 30 больных применен Бернский вариант операции Бегера.

Средний возраст пациентов составил 36,2±8,5 года (от 25 до 52 лет).

В предоперационном периоде у всех пациентов помимо клинических и лабораторных исследований применялись УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, МРХПГ, КТ.

У 15 пациентов (50%) были выявлены кисты в области головки поджелудочной железы (средний диаметр кист составил 48,9±13,0 мм), у 8 больных осложнением хронического панкреатита являлась билиарная гипертензия; стеноз двенадцатиперстной кишки был верифицирован у 2 больных; кальциноз отмечен у 10 (33%) больных. Признаки портальной гипертензии определялись у 2 больных. У одного больного имелось сочетание таких осложнений, как стеноз двенадцатиперстной кишки, вирсунголитиаз, кальциноз, регионарная портальная гипертензия, и у одной пациентки хронический панкреатит диагностирован в сочетании с гнойным холангитом и опухолью печени.

Средняя продолжительность операции составила 237±42 минуты. Кровопотеря 650±170 мл.

У 12 больных был сформирован холедохопанкреатоеюноанастомоз (соустье с холедохом по типу «открытая дверь»). Из них у 6 больных для устранения билиарной гипертензии, у 6 – холедох вскрыт при иссечении ткани поджелудочной железы.

Одному пациенту была выполнена симультанная операция: ДСРГПЖ в Бернском варианте, холецистэктомия, резекция желудка с гастродуоденоанастомозом по поводу циркулярного постязвенного стеноза дуоденум и пациентке с опухолью печени и гнойным холангитом выполнена резекция 7-го сегмента печени и дистального отдела холедоха с формированием гепатикоеюноанастомоза.

Интраоперационная трансфузия препаратов крови понадобилась только трем пациентам. У двоих из них объем перелитой эритроцитарной массы составил 900 мл.

В среднем послеоперационный койко-день составил 21,25±9,42, из них в РАО 3,42±2,47. В четырех наблюдениях развился послеоперационный панкреатит, который купирован консервативными методами. Один пациент повторно оперирован на четвертые сутки после операции по поводу несостоятельности анастомоза и желчного перитонита.

Качество жизни оценено согласно опросному листу SF-36. Через 2 года после операции полное купирование боли, социальная и трудовая реабилитация достигнуты в 93%.

II РАЗДЕЛ

«ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ – ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА»

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА СИНТЕТИЧЕСКИМИ АНАЛОГАМИ СОМАТОСТАТИНА

Агапов К.В., Шутов А.А.

Клиническая больница № 119 ФМБА России, кафедра хирургии, анестезиологии и эндоскопии ИПК ФМБА России, Москва

Введение. Одним из наиболее тяжелых хирургических заболевания являются острые формы деструктивного панкреатита, которые характеризуются высоким процентом осложнений, как правило, протекают с симптомами выраженной системной и местной воспалительной реакции, и, соответственно, высокой летальностью.

Цель исследования. Определить эффективность комплексной терапии деструктивного панкреатита с применением препаратов соматостатина, а также сравнить синтетические аналоги человеческого соматостатина – сандостатин и октреотид.

Материалы и методы. За последние пять лет нами выбраны и проанализированы истории болезни больных с деструктивными формами острого панкреатита, из которых сформированы три группы: 1) больные панкреонекрозом с оценкой по шкале Ranson 5 – 8 баллов, в схему лечения которых включен октреотид (n = 10), 2) больные панкреонекрозом с оценкой по шкале Ranson 3 – 5 баллов, в схему лечения которых также включен октреотид (n = 10), и 3) больные панкреонекрозом с оценкой по шкале Ranson 4 – 6 баллов, в схему лечения которых включен сандостатин (n = 10).

Исследование заключалось в сравнении состояния больных, динамики лабораторных показателей, среднего койкодня, количества и объема хирургических вмешательств, летальности больных.

Результаты и выводы. Больные с деструктивными формами острого панкреатита нуждаются в массивной комплексной поливалентной интенсивной терапии в условиях отделения ОРИТ. В лечение таких больных необходимо включать синтетические аналоги-препараты сандостатотин или октреотид. При анализе клинических и лабораторных данных в динамике у больных, получавших в качестве компонентов интенсивной терапии сандостатин и октреотид, существенных различий и разнонаправленных тенденций в течение заболевания не выявлено, что позволяет говорить об одинаковой эффективности препаратов данной группы. Учитывая экономическую выгоду, предпочтительно для лечения больных с панкреонекрозом использовать октреотид, который может быть назначен в высоких дозах (до 1,2 мг/сутки) и демонстрирует высокую терапевтическую эффективность.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Агапов К.В., Егоров М.С.

Институт повышения квалификации ФМБА России, Клиническая больница № 119

Цель. Изучить течение и определить хирургическую тактику в зависимости от тяжести состояния пациентов с деструктивными формами острого панкреатита.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 92 пациентов с различными формами панкреонекроза, находившихся в стационарах ЛПУ ФМБА России с 2002 по 2007 год. При поступлении больным выполнялись стандартные методы обследования, в том числе. УЗИ, СКТ органов брюшной полости. При наличии признаков панкреонекроза выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия. Диагноз панкреонекроза ставили на основании увеличения активности индикаторных ферментов в крови на порядок, выявлении достоверных лапароскопических признаков. При подозрении на наличие признаков гнойного поражения парапанкреатической и забрюшинной клетчатки выполняли «открытые» и «полуоткрытые» оперативные вмешательства.

Результаты. Стерильные формы панкреонекроза составили 59 (64%) больных у исследованной группы, инфицированные 33 (36%). «Открытые» дренирующие операции выполнены 44 пациентам (10 из них перед открытой операцией выполнялась диагностическая лапароскопия), 12 пациентам выполнены «полуоткрытые» операции, 11 – «закрытые» операции. У 25 больных проводили только консервативное лечение с различной эффективностью. Летальных исходов зарегистрировано 13 (12%), из них 10 пациентов погибло от панкреатогенного шока, 3 от массивного аррозивного кровотечения.

Выводы. Основа тактики хирургического лечения деструктивных форм панкреатита определяет дифференцированный подход к выбору транскутанных и традиционных дренирующих операций в зависимости от патоморфологической картины заболевания и оценки степени тяжести состояния больных, а также эффективности проведения массивной комплексной поливалентной консервативной терапии, что обусловливает успех непосредственных результатов лечения.

МЕСТО ЧРЕСКОЖНЫХ ПУНКЦИОННЫХ И КАТЕТЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗС В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

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

Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова, ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Оценить возможности и перспективы чрескожных вмешательств под контролем УЗС, рентгенотелевидения в лечении инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2009 год в отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко г. Н. Новгорода выполнено 49 чрескожных пункций и 32 чрескожных наружных катетерных дренирования под лучевым контролем у 42 пациентов с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита. Мужчин было 35, женщин 7. Возраст больных – от 29 до 56 лет. Показанием к вмешательствам служило наличие жидкостных образований в парапанкреатической области. Вмешательства выполнялись чрескожным доступом под контролем УЗС и рентгенотелевидения по общепринятым методикам. При дренировании использовались катетеры диаметром от 12 до 16 СН, числом до четырех одновременно.

Результаты. Результатами лечения явилось полное клиническое выздоровление 26 (62%) оперированных пациентов. У 16 (38%) больных потребовалось открытое оперативное вмешательство с некрсеквестрэктомией и широким дренированием гнойников.

Показаниями к операции были неэффективность малоинвазивных вмешательств и прогрессирование гнойно-воспалительного процесса. В одном случае отмечено осложнение в виде пролежня от катетера на стенке 12-перстной кишки. Летальных исходов отмечено 6. В 5 случаях причиной гибели пациентов явилось массивное аррозивное кровотечение после открытых оперативных вмешательств, еще в одном случае – нарастание явлений полиорганной недостаточности на фоне гнойно-септических процессов.

Заключение. Операции наружного чрескожного катетерного дренирования являются высокоэффективным, перспективным, малотравматичным методом хирургического лечения гнойных осложнений панкреонекроза при строгом соблюдении показаний и техники выполнения вмешательств. Они могут являться как самостоятельным методом лечения, так и этапом при подготовке к открытой операции. При неэффективности малоинвазивных методов и неконтролируемом прогрессировании гнойно-воспалительного процесса показано открытое оперативное вмешательство. Наиболее частым и грозным осложнением открытых операций являются аррозивные кровотечения.

ВНЕПЕЧЁНОЧНАЯ ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Анисимов А.Ю., Андреев А.И., Бондарев Ю.В., Ибрагимов Р.А., Айдаров А.Р.

Казанская государственная медицинская академия, Казань, Россия

Цель исследования. Изучение удельного веса инфицированного панкреонекроза в этиологии внепечёночной портальной гипертензии.

Материалы и методы. Предварительно проведён морфологический анализ сосудов портопечёночного бассейна на 20 нефиксированных трупах взрослых людей обоего пола. На следующем этапе в клинических условиях проведён анализ отдаленных результатов хирургического лечения 77 больных инфицированным панкреонекрозом, находившихся в отделении неотложной хирургии МУЗ ГБСМП № 1 г. Казани за период с 1999 по 2009 год.

Мужчин было 52 , женщин 25. В возрасте от 15 до 39 лет было 14, от 40 до 59 лет – 36, от 60 и старше – 27 человек.

Диагноз внепечёночная портальная гипертензия устанавливали на основании данных анамнеза, фиброгастродуоденоскопии, эндоскопической ультрасонографии, УЗИ портальной системы и селезенки, цветового дуплексного картирования, измерения объемных скоростей портального кровотока, радиоизотопных и ангиорентгеноконтрастных исследований.

Результаты. Из 20 исследованных нами трупов тромбоз вен портальной системы выявлен у 4 трупов (20%). На аутопсии селезёночная и воротная вены увеличены, извиты. В стенках вен выявлены субэндотелиальные кровоизлияния, тромбы, бляшки в интиме.

Тромбоз вен портального тракта и признаки внепечёночной портальной гипертензии из 77 пациентов, перенесших инфицированный панкреонекроз, выявлены у 23 человек (29,9%). Из них у 9 больных (39,1%) ВПГ была обусловлена изолированным тромбозом селезеночной артерии, у 14 больных (60,9%) причиной ВПГ являлся тромбоз воротной вены.

Результаты проведенного клинического и патоанатомического исследования дают нам право говорить о том, что одной из причин развития внепечёночной портальной гипертензии, обусловленной тромбозом вен портального тракта, является панкреонекроз.

Заключение. Таким образом, инфицированный панкреонекроз ведёт за собой развитие воспалительных изменений в селезёночной вене с последующими гемодинамическими нарушениями в сосудах портального тракта. Это в 29,9% случаев приводит к развитию внепечёночной портальной гипертензии.

Всех пациентов, имеющих признаки внепечёночной портальной гипертензии, необходимо наблюдать и госпитализировать в специализированные отделения.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДПК ПРИ БИЛИАРНО-ЗАВИСИМОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Анищенко В.В., Ким Г.В., Куликов В.Г., Хальзов А.В., Шевела А.И.

НУЗ ДКБ на ст. Новосибирск-Гл., ЦНМТ СО РАН Новосибирск

Хирургические проблемы при лечении билиарно-зависимого панкреатита, панкреонекроза: вмешательство производится в экстренном порядке, что не дает возможности дооперационного полноценного обследования билиарного тракта; чаще всего причиной панкреатита является имеющийся макро- либо микролитиаз, что обусловливает послеоперационные находки «резидуальных конкрементов»; операция выполняется в условиях плотного отека и инфильтрации печеночно-двенадцатиперстной связки и ретродуоденального инфильтрата, затрудняющих возможность ревизии общего печеночного протока; в условиях отека и инфильтрации становятся неоправданными вмешательства на терминальном отделе протока и дуоденальном сосочке; основной контингент больных представлен старшей возрастной группой, и удлинение времени хирургического вмешательства является фактором отягощения состояния больного и неблагоприятного прогноза.

Проблемы послеоперационного периода: длительное функционирование холедохостомы со значительным дебитом желчи; формирование «продленной стриктуры» терминального отдела общего желчного протока; «находка» резидуальных конкрементов.

Первичным руководством были полученные результаты морфологических исследований стенки холедоха, двенадцатиперстной кишки (ДПК) и поджелудочной железы в условиях экспериментального острого панкреатита у крыс, вызванного введением в ткань железы трипсина. Материал забирался у животных после летального исхода в условиях некроза железы и трипсинового шока, а также после эвтаназии животных в ближайшем (1 неделя) и отдаленном (1месяц) периоде после выздоровления при лечении сандостатином. Ни в одном из экспериментов мы не получили тканевого повреждения стенки желчного протока, все патоморфологические изменения проявлялись в ткани железы и стенки ДПК, причем после выздоровления там же наступало рубцевание. Одним из выводов по данной экспериментальной работе является наше мнение о формировании терминальных стриктур холедоха в условиях панкреатита как следствия перифокального отека либо рубцевания.

За период 2000-09 гг. в клинике НУЗ ДКБ ОАО РЖД оперировано 86 больных с билиарно-зависимым панкреонекрозом. При выполнении хирургического вмешательства по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) с явлениями острого билиогенного панкреонекроза во всех случаях операция заканчивалась выполнением наружного дренирования холедоха. В послеоперационном периоде проводилась симптоматическая терапия с ингибированием секреции,

протеолиза и коррекцией водно-электролитного баланса. В динамике оценивался наружный дебит желчи (объемный) и состояние терминального отдела холедоха (фистулография, манометрия). Показанием к выполнению баллонной дилатации холедоха (БД) считали наружный дебит желчи более 200,0 мл, сохраняющийся к 10 – 14 суткам послеоперационного периода, и давление более 40 мм рт.ст. при выполнении манометрии в терминальном отделе холедоха.

При выполнении холангиографии у больных выявлялся продленный стеноз выходного отдела за счет сдавления интрапанкреатической части протока воспаленной тканью железы. Манипуляция проводилась в условиях рентгеноперационной с использованием баллонов, предназначенных для рентгенэндоваскулярной хирургии периферических сосудов диаметром 5 – 6 мм и с возможностью экспозиции давления до 12 атм. Необходимо отметить, что во всех случаях для расправления просвета потребовалось давление 8±1,3 атм., экспозиция по времени в течение 5 минут. Уклонения ферментов после выполнения вмешательства не наблюдалось, также не верифицировались изменения в клинических и биохимических анализах, пассаж контраста восстанавливался на операционном столе. Наружный дебит желчи менее 200,0 мл восстановился у 10 больных в течение суток, у остальных – в течение трех суток. В двух случаях потребовалось повторное вмешательство через неделю, в связи с повторным нарастанием наружного дебита желчи. Все проведенные дилатации после удаления баллона контролировались выполнением холангиоскопии (диаметр холангиоскопа 2,6 мм) для оценки состояния терминального отдела – отсутствие диссекции протока, свободная проходимость в ДПК, отсутствие микро- и макролитиаза.

Из 76 больных, пролеченных по поводу билиарно-зависимого панкреатита, баллонную дилатацию терминального отдела общего желчного протока и папиллы мы применили в 32 случаях. При сроках динамического наблюдения до трех лет (два раза в год осмотр с контрольным УЗИ, также проведение эндосонографии) признаков нарушения пассажа желчи выявлено не было.

Заключение. Баллонная чресфистульная дилатация терминального отдела холедоха является эффективным лечебным мероприятием для сокращения наружных потерь желчи с целью профилактики билиарной недостаточности и формирования продленных стриктур дистального отдела холедоха при остром билиогенном панкреонекрозе.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Уточкин А.А., Дымников Д.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Целью исследования явилось изучение результатов лечения больных с распространен-ным гнойнонекротическим парапанкреатитом.

Клинический материал охватил 136 больных с распространенным гнойнонекротическим парапанкреатитом, проходивших обследование и лечение в панкреоцентре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2004 по 2009 год. В исследование были включены пациенты с гнойно-некротическим парапанкреатитом типа D, E (сливная парапанкреатическая гнойно-некротическая флегмона с параколярными затеками по левому и/или правому флангам) по классификации Толстого А.Д. (2003 г.).

Разработанный лечебный комплекс состоял из хирургического и консервативного лечения. Первым этапом хирургического лечения было дренирование парапанкреатита под ультразвуковым контролем. На 14 – 16 сутки от начала заболевания применение миниинвазивного вмешательства приводило к уменьшению объема жидкостного компонента в гнойном очаге, снижению явлений синдрома системного воспалительного ответа и позволяло подготовить больного к выполнению лапаротомии и расширенной некрсеквестрэктомии, которая выполнялась в среднем на 28±9 сутки заболевания. В среднем у одного пациента проводилось 3 оперативных вмешательства.

В состав консервативного лечения, помимо инфузионной терапии, входили:

1) Нутриционная поддержка – энтеральное питание через назогастроинтестинальный зонд или через еюностому (в случаях, когда энтеральная поддержка планировалась на срок более двух недель, при наличии сепсиса, высоких дигестивных свищах и др.).

2) Иммунотропная терапия – для коррекции клеточного иммунитета проводилась цитокиновая терапия ронколейкином до нормализации абсолютного числа лимфоцитов в крови. Коррекция гуморального иммунитета проводилась путем заместительной терапии иммуноглобулинами.

3) Антибактериальная терапия (карбапенемы, цефалоспорины 3 – 4 поколения и/или фторхинолоны 2 – 3 поколения в сочетании с метрогилом).

Больные, включенные в исследование, были разделены на две группы: I группа – 58 пациентов, лечение которых проводилось согласно разработанному комплексу. II группа – 78 больных, в лечении которых данный лечебный комплекс не выполнялся. По полу, возрасту и преморбидному фону исследуемые группы больных были однородными.

В результате исследования установлено, что летальность во II группе составила 66,7%, а в I группе 38,4% ($p < 0,05$). Частота развития сепсиса у пациентов II группы составила 29,4% (23 пациента), а у пациентов I группы составила 15,5% (9 пациентов) ($p < 0,05$).

Таким образом, применение разработанного лечебно-диагностического комплекса позволило снизить при распространенном гнойно-некротическом парапанкреатите летальность на 28% и частоту развития сепсиса в 2 раза.

ПРИНЦИПЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Уточкин А.А., Дымников Д.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Целью исследования явилось изучение информативности методов лучевой диагностики и результатов лечения больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом.

Клинический материал охватил 136 больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом, проходивших обследование и лечение в панкреоцентре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2004 по 2009 год. В исследование были включены пациенты с гнойно-некротическим парапанкреатитом типа D, E (сливная парапанкреатическая гнойно-некротическая флегмона с параколярными затеками по левому и/или правому флангам) по классификации Толстого А.Д. (2003 г.).

В результате проведенного комплексного клинико-лучевого обследования установлено, что к 3 суткам от начала заболевания у 85% больных выявлялась УЗ-картина острого панкреатита, в 15% случаев обнаружена жидкость по контуру железы. К 5 – 7 суткам заболевания признаки инфильтративно-некротического панкреатита обнаружены в 90% случаев. К 12 – 14 суткам информативность УЗИ в выявлении и мониторировании инфильтративно-некротического панкреатита составила 95%. В 35% случаев удалось прогнозировать развитие гнойно-некротического парапанкреатита, а в 65% – визуализировать образование постнекротической кисты поджелудочной железы.

Использование МСКТ органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки к 3 суткам заболевания в 90% случаев позволило подтвердить диагноз острого панкреатита. К 5 – 7 суткам диагноз инфильтративно-некротического панкреатита подтвержден в 95% случаев. К 12 – 14 суткам болезни информативность МСКТ для выявления распространенности деструктивного процесса в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве составила 99%, а прогнозирование гнойных осложнений было на уровне 45%.

Разработанный лечебный комплекс состоял из хирургического и консервативного лечения.

Первым этапом хирургического лечения было дренирование парапанкреатита под ультразвуковым контролем. На 14 – 16 сутки от начала заболевания применение миниинвазивного вмешательства приводило к уменьшению объема жидкостного компонента в гнойном очаге, снижению явлений синдрома системного воспалительного ответа и позволяло подготовить больного к выполнению лапаротомии и расширенной некрсеквестрэктомии, которая выполнялась в среднем на 28±9 сутки заболевания. В среднем у одного пациента проводилось 3 оперативных вмешательства.

В состав консервативного лечения, помимо инфузионной терапии, входили:

1) Нутриционная поддержка – энтеральное питание через назогастроинтестинальный зонд или через еюностому (в случаях, когда энтеральная поддержка планировалась на срок более двух недель, при наличии сепсиса, высоких дигестивных свищах и др.).

2) Иммунотропная терапия – для коррекции клеточного иммунитета проводилась цитокиновая терапия ронколейкином до нормализации абсолютного числа лимфоцитов в крови. Коррекция гуморального иммунитета проводилась путем заместительной терапии иммуноглобулинами.

3) Антибактериальная терапия (карбапенемы, цефалоспорины 3 – 4 поколения и/или фторхинолоны 2 – 3 поколения в сочетании с метрогилом).

Больные, включенные в исследование, были разделены на две группы: I группа – 58 пациентов, лечение которых проводилось согласно разработанному комплексу. II группа – 78 больных, в лечении которых данный лечебный комплекс не выполнялся. По полу, возрасту и преморбидному фону исследуемые группы больных были однородными.

В результате исследования установлено, что летальность во II группе составила 66,7%, а в I группе 38,4% ($p < 0,05$). Частота развития сепсиса у пациентов II группы составила 29,4% (23 пациента), а у пациентов I группы составила 15,5% (9 пациентов) ($p < 0,05$).

Таким образом, информативность УЗИ и МСКТ при остром панкреатите достаточно высокая и находится почти на одинаковом уровне (85 и 90%). УЗИ является основным, более доступным и менее трудоемким методом диагностики острого панкреатита, который также позволяет мониторировать течение острого деструктивного панкреатита до развития гнойных осложнений. МСКТ – это более трудоемкий, менее доступный метод, который целесообразно применять на ранних стадиях заболевания при трудностях в диагностике и к исходу второй недели заболевания для уточнения распространенности и структуры гнойно-некротического парапанкреатита. Применение разработанного лечебно-диагностического комплекса позволило снизить при распространенном гнойно-некротическом парапанкреатите летальность на 28% и частоту развития сепсиса в 2 раза.

ПРИНЦИПЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Уточкин А.А., Дымников Д.А.

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе

Целью исследования явилось изучение информативности методов лучевой диагностики больных с гнойно-некротическим парапанкреатитом.

Клинический материал охватил 184 больных с гнойно-некротическим парапанкреатитом, проходивших обследование и лечение в панкреоцентре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе с 2004 по 2009 год.

В результате проведенного комплексного клинико-лучевого обследования установлено, что к 3 суткам от начала заболевания у 85% больных выявлялась УЗ-картина острого панкреатита, в 15% случаев обнаружена жидкость по контуру железы. К 5 – 7 суткам заболевания признаки инфильтративно-некротического панкреатита обнаружены в 90% случаев. К 12 – 14 суткам информативность УЗИ в выявлении и мониторировании инфильтративно-некротического панкреатита составила 95%. В 35% случаев удалось прогнозировать развитие гнойно-некротического парапанкреатита, а в 65% – визуализировать образование постнекротической кисты поджелудочной железы.

Использование МСКТ органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки к 3 суткам заболевания в 90% случаев позволило подтвердить диагноз острого панкреатита. К 5 – 7 суткам диагноз инфильтративно-некротического панкреатита подтвержден в 95% случаев. К 12 – 14 суткам болезни информативность МСКТ для выявления распространенности деструктивного процесса в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве составила 99%, а прогнозирование гнойных осложнений было на уровне 45%.

Таким образом, информативность УЗИ и МСКТ при остром панкреатите достаточно высокая и находится приблизительно на одинаковом уровне (85 и 90%). УЗИ является основным, более доступным и менее трудоемким методом диагностики острого панкреатита, который также позволяет мониторировать течение острого деструктивного панкреатита до развития гнойных осложнений. МСКТ – это более трудоемкий, менее доступный метод, который целесообразно применять на ранних стадиях заболевания при трудностях в диагностике и к исходу второй недели заболевания для уточнения распространенности и структуры гнойно-некротического парапанкреатита.

ЛЕЧЕНИЕ НЕСФОРМИРОВАННЫХ СВИЩЕЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Белоконев В.И., Катасонов М.В., Качанов В.А., Катасонов В.М.

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Городская клиническая больница № 1, Тольятти, Городская больница № 4 Тольятти

Одним из наиболее опасных осложнений тяжелого острого панкреатита (ТОП) являются свищи желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Они возникают у 6,3 – 25% больных. При этом многие вопросы их патогенеза и лечения не изучены.

Материалы и методы. Для характеристики свищей ЖКТ у больных с ТОП использовали классификацию, предложенную В.И. Белоконевым и Е.П. Измайловым (2000), согласно которой выделяют 5 типов свищей: 1 тип – свищ, открывающийся в свободную брюшную полость с развитием перитонита; 2 тип – свищ, открывающийся в изолированный абсцесс брюшной полости; 3 тип – свищ, открывающийся в абсцесс, расположенный в брюшной полости, но опорожняющийся наружу; 4 тип – свищ, открывающийся на эвентерированных петлях кишечника; 5 тип – сформированные трубчатые и губовидные свищи.

Из 69 больного с ТОП, у которых образовались свищи ЖКТ, у 63 они носили одиночный, у 6 – множественный характер. Свищи на уровне пищевода отмечены у 1 (%) больного, желудка – у 9 (%), ДПК – у 16 (%); тонкой кишки – у 10 (%), толстой кишки – у 33 (%). Свищи 1 типа наблюдались у 20 больных, 2 типа – у 4, 3 типа – у 30, 4 типа – у 15.

Результаты. Анализ накопленного материала и данные собственных гистологических исследований позволили предложить нам собственную тактику лечения данного осложнения в зависимости от типа свища. С использованием такого подхода был пролечен 41 больной, из них умерло 11(26%). В группе, где не применялась предложенная нами тактика лечения, из 26 больных умерло 24 (92,3%). У двоих больных свищ прижизненно обнаружен не был.

Выводы:

1. Сквозное дренирование свища полого органа, сквозное дренирование брюшной полости, а также дифференцированный подход при определении объема резекции кишки в зависимости от распространенности поражения брыжейки являются патогенетически обоснованными способами лечения свищей у больных с панкреонекрозом и способствуют переходу несформированного свища в сформированный.

2. Тактика лечения больных с панкреонекрозом, осложненным свищами полых органов, зависит от типа свища, локализации, выраженности гнойно-некротического процесса в окружающих тканях, проходимости кишечника дистальнее места свища. При 1 и 2 типах свища показана экстренная релапаротомия. При 3 типе свища обосновано консервативное лечение, а операция оправдана только при нарушениях пассажа химуса дистальнее места свища или при развитии гнойных осложнений. При 4 типе наиболее эффективно раннее отключение свища.

3. При множественных свищах, как правило, имеется сочетание свища 4 типа со свищом 2 или 3 типа. В этом случае основные усилия должны быть направлены на ликвидацию свища 4 типа.

ОБОСНОВАНИЕ ОБЪЕМА И СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ФЛЕГМОНОЙ

Белоконев В.И., Катасонов М.В., Бабаев А.П., Николаев М.В., Заводчиков Д.А.

Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Городская клиническая больница № 1, Тольятти

Согласно проведенным исследованиям, поражение ободочной кишки при тяжелом остром панкреатите (ОП) встречается в 6 – 25% случаев, по нашим данным, такое осложнение встречалось у 13,9% больных. Такие осложнения наиболее часто развиваются на фоне распространенной парапанкреатической флегмоны с распространением на мезоколон, летальность при которых колеблется от 80 до 100%.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с тяжелым ОП, осложненным распространением парапанкреатической флегмоны на ободочную кишку и ее брыжейку.

Материалы и методы. В исследование включены 18 больных с тяжелым ОП, осложненным распространением парапанкреатической флегмоны с образованием свища или некроза стенки ободочной кишки. Мужчин было 13, женщин – 5. Возраст больных колебался от 20 до 56 лет. При лечении больных были использованы два подхода: резекция ободочной кишки с выведением проксимальной колостомы – у 10; субтотальная колэктомия – у 8.

Результаты. При резекции ободочной кишки из 10 больных у 4 был получен положительный результат, умерло 6. При исследовании ободочной кишки у умерших пациентов выявлено, что протяженность резекции была недостаточной и на оставшихся участках имели место участки некроза. У 8 больных была выполнена субтотальная колэктомия с выведением концевой илеостомы. Выздоровление наступило у 4 пациентов, которым описанный объем операции был выполнен во время первого и второго вмешательства. У 4 пациентов, у которых операция такого объема выполнена во время 3 и 4 релапаротомии, в третью стадию перитонита на фоне полиорганной недостаточности, наступил летальный исход. Морфологические исследования ободочной кишки у больных выражались в остро протекающем очаговом венозном и артериальном тромбозе сосудов ее стенки, который наблюдался на всем протяжении кишки, контактирующей с флегмоной забрюшинного пространства, и в мезоколон, с развитием в кишке участков некроза и перфорации. Всего из 18 больных с распространенной парапанкреатической флегмоной при предлагаемой тактике умерло 10.

Выводы:

1. При осложнении тяжелого ОП распространенной парапанкреатической флегмоной интраоперационная оценка жизнеспособности ободочной кишки затруднена вследствие поражения брыжейки кишки и большого сальника.

2. При распространенной парапанкреатической флегмоне с поражением ободочной кишки и ее брыжейки с развитием перитонита геми- или субтотальная колэктомия, выполненные в ранние сроки, позволяют радикально устранить источник перитонита (некроз стенки кишки, свищ), прервать распространение флегмоны за счет широкого дренирования забрюшинного пространства и абдоминизации поджелудочной железы.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ СКОПЛЕНИЯХ ЖИДКОСТИ

Бигальский И.Ю., Гранат О.Б., Чуклин С.Н.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Введение. Панкреатогенный асцит и парапанкреатические скопления жидкости являются характерными признаками острого деструктивного панкреатита. Экспериментальные исследования подтверждают, что панкреатогенный асцит способствует возникновению и прогрессированию полиорганной дисфункции. Поэтому своевременная эвакуация таких скоплений жидкости может значительно улучшить состояние больных острым панкреатитом.

Материалы и методы. Обследован 141 больной тяжелым острым панкреатитом. Парапанкреатически жидкость выявлена у 120 больных (85,1%), в свободной брюшной полости – у 83 (58,9%). Одновременная визуализация отмечена у 74 больных (52,5%). Таким образом, панкреатогенная жидкость выявлена у 129 больных (91,5%) острым деструктивным панкреатитом. Удаление воспалительной панкреатогенной жидкости провели 40 больным, из них тринадцати – лапароскопически. У остальных проводили пункции или катетеризацию под контролем ультрасонографии. В жидкости и сыворотке крови больных во время лечения определяли уровни интерлейкинов – ИЛ-1β, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-18.

Результаты. Было отмечено, что наличие панкреатогенной жидкости достоверно коррелирует с наличием системных осложнений. Эвакуация экссудата улучшала состояние больных, уменьшала явления интоксикации. При этом отмечено постепенное уменьшение в крови провоспалительных цитокинов. Явно улучшалась функция печени и почек (по концентрации креатинина и активности трансаминаз). Важно отметить, что только 6 (15%) больных из этой группы были оперированы по поводу гнойных осложнений. У больных, которым удаление панкреатогенной жидкости не проводили, открытые оперативные вмешательства проведены у 41 из 89 (46,1%) больных. Таким образом, ликвидация панкреатогенного асцита и скоплений жидкости может уменьшить риск гнойных осложнений ($\chi 2 = 11,50$; $p = 0,0007$).

Заключение. Своевременное миниинвазивное устранение панкреатогенных скоплений жидкости должно применяться в комплексном лечении больных острым панкреатитом для купирования органной дисфункции и профилактики гнойных осложнений.

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Благитко Е.М., Беспалов А.А., Пащина С.Н.

НГМУ, кафедра госпитальной хирургии, ГБУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

Цель исследования. Улучшение качества хирургической помощи больным с инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. За 8 лет (2001– 2008 годы) по поводу панкреонекроза лечились 150 больных (55 женщин и 95 мужчин) – с инфицированным панкреонекрозом (91), одиночными панкреатическими абсцессами (31), множественными парапанкреатическими абсцессами (9) и инфицированными ложными постнекротическими кистами (19).

Результаты. Из больных с инфицированным панкреонекрозом у 11 проводились только эндоскопические санации и некрэктомии через имеющиеся раневые каналы после операций по поводу панкреатогенного ферментативного перитонита. Некрсеквестрэктомии из широкого лапаротомного доступа выполнены 80 больным. При невозможности одномоментной некрсеквестрэктомии осуществлялись программные релапаротомии. Одномоментные операции с формированием раневых каналов для эндоскопической ревизии и санации забрюшинного пространства выполнены у 36 больных, повторно оперированы 44 больных из-за возникших осложнений или «по программе». Несформированные свищи желудочно-кишечного тракта наблюдались у 12 больных: желудка (1), двенадцатиперстной (3) и тощей (1) кишок, поперечной ободочной кишки (5). Множественные свищи были у 2 больных (в результате сочетанного некроза двенадцатиперстной и поперечной ободочной кишки). Всем проводились длительное зондовое питание и проточно-аспирационное дренирование области дефекта. Выключение из пассажа кишки, несущей свищ, потребовалось одному больному при дефекте двенадцатиперстной кишки – наложение гастроэнтероанастомоза, и 8 больным при некрозе толстой кишки – выведение илеостом. Аррозионные кровотечения из забрюшинных сосудов возникли у 4 больных, всем были выполнены релапаротомии с остановкой кровотечения, у двух из них потребовались спленэктомии с дистальной резекцией поджелудочной железы. У 7 больных панкреонекроз осложнился развитием и кишечных свищей, и кровотечений.

Из 31 больного с одиночными панкреатическими абсцессами у 4 проводилось пункционное лечение под УЗ-контролем, у 27 выполнено вскрытие панкреатических абсцессов из лапаротомного доступа, у двух больных осложнившееся кишечными свищами (оперативных вмешательств не потребовалось).

Всем больным с множественными панкреатогенными абсцессами выполнено вскрытие и дренирование гнойников. Одна больная оперирована из-за аррозионного кровотечения в раневой канал. У одной больной после операции возник трубчатый свищ желудка, закрывшийся самостоятельно.

Из 19 больных с инфицированными ложными кистами у 7 проводилось только пункционное дренирование кист под контролем УЗИ. Остальные оперированы: 6 больным выполнено наружное дренирование, двум – цистогастростомии, у одного больного при вскрытии кисты и некрэктомии возникло кровотечение, потребовавшее дистальной резекции поджелудочной железы со спленэктомией. Повторно, из-за кровотечений в полость дренированной кисты, оперированы трое.

Заключение. Несмотря на попытки стандартизации лечения при гнойных осложнениях острого панкреатита, умер 31 (20,7%) больной, высокой остается частота осложнений – 20,5%. Несовершенство классификации острого панкреатита (Атланта, 1992 г.) зачастую не позволяет сформулировать морфологическую форму. При инфицированном панкреонекрозе операция должна состоять в радикальной обработке гнойно-некротического очага для профилактики аррозионного кровотечения. При несформированных свищах двенадцатиперстной кишки применяется консервативный подход с установкой зонда для энтерального питания ниже дефекта, а при необходимости для обеспечения адекватного питания выполняется гастроэнтеростомия с проведением зонда за анастомоз. Основным методом выключения из пассажа некротизированной толстой кишки является наложение петлевой илеостомы.

СЕПСИС И ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

Богданов С.Н., Батраков И.Е., Чистов А.А., Стражнов А.В., Кашко А.К., Кочетов Г.П., Казнин Д.М.
МЛПУ «Больница № 13», Н.Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Сепсис развивается у 11 – 31% больных с ОДП, с летальностью 40 – 60%.

Материалы и методы. Частота сепсиса при ОДП составила 3% (у 10 из 331), а при инфицированном ОДП – 18,2% (у 10 из 55). Мужчин было – 8, женщин – 2, в возрасте до 60 лет – 8, более 60 лет – 2 (все старше 70 лет). Средний возраст был 47,3 года. Методы диагностики: КТГ с в/в контрастированием, чрескожные пункции под контролем УЗИ, СРБ, кровь на гемокультуру, посевы из гнойных полостей. Оценка тяжести органной недостаточности проводилась с помощью шкалы SOFA (> 14 баллов) и синдрома системной воспалительной реакции (SIRS-3-4).

Сепсис развился после следующих операций: 1) резекции тела и хвоста ПЖ – 4 (со спленэктомией – 2 и спленосохраняющей – 2); 2) некрсеквестрэктомии с дренированием абсцессов и флегмон ПЖ и ЗК – 2; 3) открытого дренирования сальниковой сумки, брюшной полости и ЗП – 3; 4) холецистэктомии с холедохостомией (при флегмонозном калькулезном холецистите с диффузным крупноочаговым панкреонекрозом) – 1. На операции были выявлены морфологические изменения со стороны ПЖ: тотальный панкреонекроз – у 3 (все больные умерли), субтотальный панкреонекроз – у 4 (тела и хвоста – у 3, умер 1 и головка + тело – у 1, больной выздоровел); локальный крупноочаговый панкреонекроз головки – у 3 (все больные поправились). На фоне сепсиса декомпенсированный сахарный диабет наблюдался у 7 (70%) больных из 10, из них тяжелого течения – у 4 (умерли 4), средней тяжести – у 3 (все пациенты выздоровели). У всех больных с сепсисом проводились неоднократные посевы крови на микрофлору: стафилококк обнаружен у 5, грамотрицательная флора – у 3 (кишечная палочка – у 1, acinetobacter – у 1 и грамотрицательная палочка – у 1), в 2 случаях диагноз сепсиса был выставлен клинически и был подтвержден на аутопсии. После радикальных операций на ПЖ и ЗК из 6 человек умерли 2 (33,3%), в том числе после дистальной резекции ПЖ из 4 – 2 (им проводилась резекция ПЖ со спленэктомией) и после некрсеквестрэктомий с дренированием ЗП из 2 – 0. После первичных дренирующих операций на ПЖ, ЗК и брюшной полости из 3 умерли 2 (66,7%). Септический шок наблюдался у 3 человек: у 2 мужчин и 1 женщины (в возрасте до 50 лет). Шок был диагностирован на 14 – 30 сутки заболевания после первичных дренирующих операций на ПЖ и ЗК. Разлитой гнойный перитонит наблюдался у 3 больных. Несмотря на многоэтапные секвестрэктомии, все 3 больных умерли. Всего из 10 больных умерли 4 (40%), на аутопсии у них были обнаружены: тотальный инфицированный панкреонекроз – у 3, субтотальный инфицированный панкреонекроз – у 1.

Выводы. Панкреатогенный сепсис сопровождается высокой летальностью – 40%.Причиной летальных исходов являются: распространенные формы панкреонекроза и забрюшинная флегмона, часто протекающие на фоне декомпенсированного сахарного диабета.

СОРБЦИОННО-АППЛИКАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Богомолов Н.И., Томских Н.Н., Макушев С.В., Пажитнов В.А.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, ГУЗ ККБ, Чита, РФ

Целью исследования была необходимость разработки сорбционно-аппликационной технологии хирургического лечения панкреонекроза.

Материалы и методы. Многоликость течения панкреонекроза, зависящая от формы, причины, объема поражения, от многих индивидуальных составляющих конкретного больного, как показывает практика, затрудняет выбрать оптимальный вариант индивидуального лечения. Особенно во время вынужденной лапаротомии при клинике острого живота на фоне полиорганной дисфункции, обусловленной интраабдоминальной гипертензией, тяжелейшим эндотоксикозом. Хирурги вынуждены применять открытые дренирующие операции при панкреонекрозе у отдельных больных по абсолютным показаниям и в ранние сроки. Мы располагаем опытом использования сорбентов при хирургическом лечении этого заболевания по патенту РФ № 2188045 «Способ лечения панкреонекроза». Суть способа в следующем. Лапаротомия осуществляется срединным надпупочным доступом, через желудочноободочную связку вскрывается сальниковая сумка и осуществляется ревизия поджелудочной железы и смежных органов. Выполняем зондовую назоинтестинальную интубацию кишки не только для декомпрессии, но и для энтеросорбции и раннего чреззондового питания. Выделяется, реканализируется и катетеризируется пупочная вена для всех вариантов внутривенных лечебных пособий. Декомпрессия билиарного тракта в варианте холецисто- или холедохостомы, особенно при билиарной природе панкреонекроза, обязательна, равно как и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства трубчатыми дренажами. Выполняется абдоминизация поджелудочной железы, круговое дренирование сальниковой сумки. После санации, экономной некрсеквестрэктомии формируется оментобурсопанкреатостома. В сальниковую сумку укладываем контейнеры из сетчатого капрона с сорбентом, напитанным гипохлоритом натрия при жировой форме, аминокапроновой кислотой – при геморрагической и смешанной формах панкреонекроза. Контейнеры с сорбентом меняются через 24 часа и используются до полного очищения сальниковой сумки от некротканей. Затем применяем салфетки с мазями на водорастворимой основе либо проточно-аспирационное дренирование антисептиками, чередуя их с аминокапроновой кислотой.

Результаты. Способ применен у 34 больных. При первичном хирургическом пособии он использован изначально у 12 пациентов, все они выписаны с выздоровлением. После традиционного хирургического пособия и (или) малоинвазивных перкутанных методов на втором или даже третьем этапах лечения способ применен у 22 человек, из которых 7 погибло. Основная причина смерти – полиорганная дисфункция, перитонит, забрюшинная флегмона, аррозивное кровотечение, кишечные свищи. Применение способа затрудняли плотные инфильтраты с вовлечением в них всех смежных с поджелудочной железой органов, невозможность мобилизовать поджелудочную железу, адекватно вскрыть и дренировать парапанкреатические клетчаточные пространства, выраженный адгезивный процесс в брюшной полости. Способ местной интраабдоминальной сорбционной терапии нуждается в независимой апробации и объективной оценке. Необходим и поиск более совершенных сорбентов, способов их доставки до гнойно-некротических очагов, совершенствование медикаментозной терапии.

Заключение. Имеющиеся протоколы ведения больных панкреонекрозом должны совершенствоваться, среди методов хирургического лечения сорбционные технологии, безусловно, со временем займут свое место и станут доступными для большинства хирургов.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Бойко В.В., Тищенко А.М., Воробьев Ф.П., Мушенко Е.В., Смачило Р.М., Скорый Д.И.
ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», Харьков, Украина

Цель исследования. Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В клинике ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины» за период с 2007 по июнь 2009 года находились на лечении 37 больных инфицированным панкреонекрозом. Среди них были 20 мужчин и 17 женщин. Средний возраст пациентов составил 46±3 года. Тяжесть состояния пациентов оценивалась с помощью критериев Ranson, шкалы APACHE II. Кроме того, оценка объема некроза поджелудочной железы, а также динамический контроль изменений в паренхиме органа, парапанкреатической клетчатке и брюшной полости проводился при помощи УЗИ, КТ, а в некоторых случаях – ЯМРТ.

Результаты. Все пациенты поступали в клинику в тяжелом состоянии, что соответствовало 9 баллам и более по шкале APACHE II. Факт инфицирования был достоверно подтвержден данными микробиологического исследования. Установление факта инфицирования очага деструкции было абсолютным показанием к хирургическому лечению. Преимущество отдавалось применению миниинвазивных технологий, с учетом этапной хирургической тактики, которая заключалась в переходе от менее инвазивной операции к более масштабному хирургическому вмешательству при неэффективности предыдущего. Пункции и дренирование абсцессов поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, объемом до 50 мл, а также инфицированных острых жидкостных скоплений выполнены у 7 пациентов. Вскрытие абсцессов, острых инфицированных скоплений поджелудочной железы, брюшной полости и забрюшинной клетчатки под контролем УЗИ из проекционного мини-доступа выполнено у 15 пациентов. Видеолапароскопическое вскрытие, санация и дренирование гнойников выполнено у 6 пациентов с признаками перитонита. Видеолюмбоскопическое вмешательство при наличии забрюшинных флегмон выполнено у 5 пациентов. «Полуоткрытый» метод применен у 3 пациентов. «Открытый» метод с программированными санациями использован в одном случае. Количество повторных вмешательств варьировало от 2 до 5, в большинстве случаев выполнено редренирование гнойных полостей с их санацией. Использование лапаротомного вмешательства в последующем потребовалось у трех пациентов, когда невозможно было достичь адекватной санации гнойных полостей с помощью малоинвазивных технологий, однако они были выполнены на фоне стабильного общего состояния больного. Из осложнений необходимо отметить сквозное ранение желудка при дренировании острого инфицированного жидкостного скопления сальниковой сумки под контролем УЗИ, что потребовало выполнения немедленной лапаротомии с благоприятными последствиями. В двух случаях возникло аррозивное кровотечение: в одном – из ветвей желудочно-двенадцатиперстной артерии, которое было остановлено с помощью эндоваскулярной её пломбировки, а в другом – из селезеночной артерии, что явилось причиной смерти пациента. Летальность составила 29,7% (11 больных). Основной причиной смерти явилась прогрессирующая некорригируемая полиорганная недостаточность.

Заключение. Применение этапной хирургической тактики с максимальным использованием малоинвазивных хирургических методов лечения позволяет добиться хороших непосредственных результатов лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом, снизить процент осложнений и летальность у этой категории больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Изудинов А., Яхонов С.П., Хромов В.В.
ГОУДПО СПб МАПО Росздрава

Целью работы явился анализ эффективности различных методов диагностики и эндоскопического лечения ложных кист головки поджелудочной железы.

Под нашим наблюдением находились 162 больных в возрасте от 31 до 74 лет с кистами поджелудочной железы. Обследование больных с постнекротическими кистами проводилось по алгоритму, включавшему тщательное изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и ультрасонографических методов исследования, спиральной компьютерной томографии и эндоскопической ретроградной и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. У 36 больных кисты располагались в области головки, у 101 – в области перешейка и тела и у 25 – в области хвоста. Объем кист, определенных по стереометрической формуле, составил от 60 до 5100 мл, диаметр – от 6 до 25 см. У 22 больного кисты располагались в области «подковы» поджелудочной железы, непосредственно прилегая к медиальной стенке двенадцатиперстной кишки. У 8 из них наблюдалось нарушение эвакуации содержимого желудка. У этой группы больных предпринята попытка эндоскопического дренирования кист. Дренирование осуществлялось посредством применения стандартного дуоденоскопа. Эндоскопическое дренирование было осуществлено у 22 больных, в том числе эндоскопическое транспапиллярное дренирование – у 7, эндоскопическое трансмуральное дренирование – у 11 и сочетанное эндоскопическое дренирование – у 4. Для транспапиллярного дренирования обязательным условием было доказанное сообщение жидкостного образования с главным панкреатическим протоком или признаки дилатации протоковой системы поджелудочной железы, а также при наличии технической возможности транспапиллярного доступа.

Показаниями к применению данного способа лечения считали солитарные неосложненные кисты, диаметром не более 15 см, единичные протоковые стриктуры, конкременты главного панкреатического и общего желчного протоков.

При трансмуральном дренировании, после выполнения гастродуоденоскопии, для рассечения выбирали наиболее безопасную зону медиальной стенки двенадцатиперстной кишки, с наиболее

выраженной деформацией стенки за счет интимного прилежания кисты. Торцевым папиллотомом выполняли разрез, через инструментальный канал заводили канюлю с проводником в полость кисты, по проводнику устанавливали цистоназальный дренаж (12 Fr). Для контроля стояния дренажа выполняли контрастирование полости кисты. По данным выполненной фистулографии, взаимосвязь с главным панкреатическим протоком диагностирована у 5 больных. В дальнейшем после купирования деформации просвета двенадцатиперстной кишки выполняли дополнительное транспапиллярное стентирование. Во всех случаях удалось добиться ликвидации кистозных образований и нарушения эвакуаторной функции желудка. Осложнений, связанных с выполнением данных вмешательств, не отмечено.

Таким образом, применение эндоскопических вмешательств при лечении пациентов с кистами головки поджелудочной железы является эффективным и безопасным способом, позволяющим сократить сроки медицинской реабилитации и снизить тяжесть хирургической агрессии.

НАПРАВЛЕННЫЙ ТРАНСПОРТ ЛИМФОЦИТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Борисов А.Е., Сагитова Д.С., Калинин В.В.

СПбМАПО, кафедра хирургии им. Н.Д. Монастырского

Введение. Эффективность традиционных подходов к введению лекарственных средств, таких, как внутримышечное и внутривенное введение, при панкреонекрозе недостаточна, что в первую очередь связано с низкой концентрацией вводимого препарата в очаге воспаления. (Лохвицкий С.В. и др., 1992; Ержанов О.Н. и др., 1996; Протопопова Г.М. и др., 1998).

Цель исследования. Улучшение результатов профилактики и лечения больных острым деструктивным панкреатитом с использованием направленного транспорта лекарственно модифицированных элементов крови через круглую связку печени.

Материалы и методы исследования. Основу работы составили результаты обследования и лечения 103 больных с ОДП, находившихся в Александровской больнице Санкт-Петербурга, за период 2002 – 2007 год.

У больных основной группы (38 пациентов) в комплекс лечебных мероприятий входило введение через круглую связку печени модифицированных лимфоцитов, инкубированных антибиотиками и даларгином. Группу сравнения составили 65 больных, получавших традиционную терапию, в том числе антибиотики и даларгин внутривенно.

Инкубацию клеточной взвеси крови с антибиотиками и даларгином при деструктивном панкреатите проводили по методике Лохвицкого С.В. и соавт. (1992). При проведении инкубации мы использовали «корректор связывания» диметилсульфоксид в расчете 1мг/1мл (Пятаев Н.А. и соавт., 2007).

Результаты и их обсуждение. После применения в составе комплексной терапии методики направленного транспорта лекарственных средств через круглую связку печени наблюдалась нормализация количества лейкоцитов, палочко- и сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и эозинофилов. При бактериологическом исследовании биосубстратов, полученных при пункции жидкостных образований в проекции поджелудочной железы и парапанкреатической жировой клетчатки, в 76,32% случаев у больных в основной группе посев не дал никакого роста, а в 23,68% случаях были высеяны различные микроорганизмы. В группе сравнения посев не дал результатов в 44,68% случаев, таким образом, в 55,32% случаев панкреонекроз был инфицирован. Во всех случаях определялась чувствительность микроорганизмов к различным антибиотикам.

Проведенный анализ осложнений и летальности показал, что применение методики направленного транспорта лекарственных средств через круглую связку печени позволяет уменьшить тяжесть течения заболевания, значительно снизить частоту развития гнойно-септических осложнений и летальность при деструктивном панкреатите. Это выразилось в уменьшении количества проведенного койко-дня. При расчете проведенного койко-дня среднее пребывание в стационаре у больных основной группы составило 21,9±1,8 койко-дня, в группе сравнения 30,3 ±1,6 койко-дня ($p < 0,05$).

С целью выявления иммунносупрессивного действия мы вычислили среднекурсовую дозу антибиотиков, которая в группе сравнения (24,6±1,13 г) в среднем в 4 раза больше, чем в основной группе (5,33±0,34 г) ($p < 0,05$). Кроме этого, в группе сравнения использовались еще, как правило, 2 антибактериальных препарата – ципрофлоксацин и метронидазол.

При исследовании концентрации цефотаксима в сыворотке крови у больных всех групп, в парапанкреатической клетчатке у 4 больных в группе сравнения и у 3 больных в основной группе выявлено, что у больных деструктивным панкреатитом, в тканях, вовлеченных в воспалительный процесс, после введения лекарственных препаратов по методике направленного транспорта лекарственных средств через круглую связку печени, длительно сохраняются концентрации препарата, превышающие минимальную подавляющую концентрацию в 8–10 раз, а в сыворотке крови наблюдается постепенное снижение концентрации антибиотика по сравнению с контрольной группой.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Брискин Б.С., Халидов О.Х., Алияров Ю.Р.

Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ (завкафедрой – проф. Дибиров М.Д.), ГКБ № 81

Ретроспективный анализ диагностики и лечения 113 пациентов с инфицированным панкреонекрозом, находившихся в клинике хирургических болезней и клинической ангиологии МГМСУ на базе ГКБ № 81 с 2005 по 2008 год, позволяет ответить на вопрос о сроках, характере и объеме оперативного пособия.

Опыт показывает, что клинические признаки и динамическое ультразвуковое исследование являются базисными для определения лечебной тактики, но их оценка нередко бывает субъективной или даже ошибочной. УЗИ позволяет поставить диагноз острого панкреатита в наших исследованиях у 81% больных. Наиболее достоверной является компьютерная томография (КТ). Ее достоверность при остром панкреатите достигает, по данным литературы, 71 – 100%. Высокочувствительным методом является контрастная КТ, предусматривающая внутривенное введение 100 – 200 мл контрастного препарата. Чувствительность данного метода, по нашим исследованиям, достигает 98,3%.

Характер и объем хирургического пособия определяется прежде всего локализацией и распространением очага деструкции и гнойного расплавления.

При гнойном оментобурсите достаточным бывает дренирование очага под контролем УЗИ. Этот метод был использован

нами у 25 (22%) пациентов и привел к выздоровлению у 14 (56%) больных. У 11(44%) больных, вследствие неэффективности дренирования сальниковой сумки, произведена оментобурсостомия из мини-доступа. Летальность в этой группе составила 16% (умерло 4 больных).

Признаки деструкции и расплавления тканей железы или парапанкреатической клетчатки требуют вскрытия и адекватного дренирования очага или нескольких очагов, если они имеются. Методом выбора является наложение оментобурсостом и ретроперитонеостом из мини-доступа с последующими этапными санациями. Данный метод лечения был применен нами изначально у 63 (55,7%) пациентов. Количество программных санаций колебалось от 2 до 11. Летальность в этой группе пациентов составила 19,3% (12 больных).

Обширные доступы и попытки одномоментного удаления гнойно-некротических очагов чаще связаны с запоздавшими хирургическими пособиями, и результаты бывают значительно хуже. Так, в наших исследованиях традиционная лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости выполнена у 25 пациентов. Причинами ее выполнения у 21 пациента был разлитой гнойный перитонит, обусловленный прорывом абсцессов сальниковой сумки и забрюшинного пространства в свободную брюшную полость, в трех случаях гемоперитонеум, вследствие аррозии сосудов желудочно-ободочной связки, и один больной оперирован с подозрением на спаечную кишечную непроходимость. Летальность в этой группе составила 28% (умерло 7 пациентов).

Приведенные данные дают основание считать рекомендуемую нами тактику этапного хирургического лечения из малых доступов наиболее эффективной при инфицированном панкреонекрозе, что подтверждается цифрами послеоперационной летальности и небольшим числом повторных госпитализаций.

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ

Бухвалов А.Г., Бордуновский В.Н.

НУЗ Отделенческая больница на ст. Златоуст ЮУЖД

Новый малоинвазивный метод хирургического лечения осложнённого панкреонекроза динамическими лечебными лапаробурсопанкреатеретроперитонеоскопиями с ультразвуковой кавитацией с применением многофункциональных дренажей, гильз для релапароскопий и прибора для ретроперитонеоскопии, который улучшает качество жизни больных, снижается летальность.

ОЗОНО- И ЛАЗЕРОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Варганов М.В., Ситников В.А., Стяжкина С.Н.

Ижевская государственная медицинская академия, Ижевск, Россия

Актуальность. При остром панкреатите летальные исходы наблюдаются в подавляющем большинстве случаев от его деструктивных форм в фазе гнойно-некротических осложнений. Тяжесть состояния и исход заболевания при остром деструктивном панкреатите обусловлены развивающейся полиорганной и иммунологической недостаточностью.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных тяжелым острым панкреатитом в реактивной фазе. Предотвращение инфицирования некротических тканей при асептическом панкреонекрозе.

Материалы и методы. В хирургическом отделении I Республиканской клинической больницы находилось на лечении 170 больных с тяжелым острым панкреатитом в период с 2002 по 2008 год. Согласно классификации, принятой в Атланте (1992 г.), острый панкреатит был у 70%, асептический панкреонекроз у 30% больных. Диагноз острого панкреатита устанавливался при наличии соответствующей клинической картины, положительных специфических лабораторных тестов и инструментальных методов исследования. В диагностическом алгоритме активно использовались результаты КТ органов брюшной полости и забрюшинной клетчатки. При подозрении на инфицирование больным выполнялись тонкоигольные пункции ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с последующим посевом. Всем больным производилось определение маркеров С-реактивного белка и прокальцитонина. Больные с панкреонекрозом были оперированы с применением малоинвазивных хирургических технологий. Больным применялось динамическое УЗИ брюшной полости. При обнаружении признаков некроза либо свободной жидкости выполнялась диагностическая лапароскопия, при которой производилось удаление экссудата из брюшной полости, осмотр сальниковой сумки с последующим дренированием. При необходимости лапароскопию повторяли в динамике. В качестве иммуноориентированной терапии больным с острым панкреатитом в реактивной фазе применялись внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора. Больным с панкреонекрозом производилось сочетанное применение инфузий озонированного физиологического раствора и лазеротерапии. Всё это проводили на фоне инфузионной терапии, применения современных антибактериальных препаратов, антисекреторной терапии, парентерального и раннего энтерального питания.

Результаты исследования. Комплекс проведенных мероприятий показал эффективность применения озоно- и лазеротерапии в лечении пациентов с острым панкреатитом. Летальность в группе больных с панкреонекрозом составила 4,4%. Летальные исходы наблюдались при запоздалом начале адекватной терапии, направленной на купирование деструктивных процессов в поджелудочной железе. В группе больных с панкреонекрозом, получавших иммуноориентированную терапию, мы не наблюдали клинических признаков инфицирования, что также было подтверждено лабораторными тестами и результатами посевов пунктатов поджелудочной железы. Развитие панкреонекроза у больных с острым панкреатитом происходило в результате позднего начала комплексного лечения, вследствие позднего поступления больных в стационар.

Выводы. Своевременное, с первых часов заболевания, дополнение традиционной терапии назначением озонотерапии способствует предотвращению развития некротических процессов в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке. При уже развившемся некрозе создается возможность развития полноценной воспалительной реакции, способствующей отграничению очага некроза, увеличению вероятности асептического течения патологического процесса.

МНОГОЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Вафин А.З., Байчоров Э.Х., Новиков С.В., Байрамуков Р.Р., Оганесян А.В.

Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель исследования. Клиническая оценка места и значения релапаротомий – плановых и «по требованию» в лечении осложнений инфицированного панкреонекроза.

Методы исследования. Анализированы результаты лечения 136 больных инфицированным панкреонекрозом с применением программированных релапаротомий и релапаротомий «по требованию». 136 больных первый раз оперированы в 25 лечебных учреждениях Ставропольского края. После стабилизации состояния, консультации по линии «Санавиации» специалистами нашей клиники, больные в сопровождении реаниматолога были переведены в отделение гнойной хирургии краевой клинической больницы для дальнейшего лечения.

Результаты. После дообследования и соответствующей подготовки у 105 (77,2%) больных произведена плановая релапаротомия с целью уточнения характера патологии и осложнений острого панкреатита, санации сальниковой сумки, брюшной полости и парапанкреатической клетчатки. У 13 (9,5%) больных произведена пункция и дренирование гнойников поджелудочной железы и поддиафрагмального пространства под УЗ, КТ или МРТ-контролем, а у 18 (13,3%) проводились лапароскопические ревизии и санации сальниковой сумки. У 47 (34,5%) больных острым панкреатитом был диагностирован распространенный гнойный перитонит, поэтому после санации сальниковой сумки и брюшной полости вмешательство завершалось оментобурсостомией и лапаростомией. Программированные санации брюшной полости повторялись через 24 – 48 часов, до закрытия лапаростомы они сочетались с секвестрэктомией и санацией сальниковой сумки. Закрытие лапаростомы не всегда сочеталось с закрытием оментобурсостомы, поэтому при функционирующей оментобурсостоме ее программированные санации проводились с интервалом 4 – 6 суток.

При появлении острых осложнений панкреонекроза (аррозивные кровотечения, перфорации полого органа) производились релапаротомии «по требованию». Всего произведено 244 программированных релапаротомии и санации брюшной полости, в среднем на одного больного 5,2 санации и 139 программированных санаций сальниковой сумки, в среднем 2,9 санации на одного больного.

Выводы. Применение программированных релапаротомий, программированных панкреатосеквестрэктомий и санаций сальниковой сумки у больных с осложнениями инфицированного панкреонекроза в комплексе с современной базисной терапией позволило снизить частоту летальных исходов в группе больных с распространенным гнойным перитонитом до 16,6%.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Веронский Г.И., Хальзов В.Л., Ершов К.Г.
Кафедра госпитальной хирургии НГМУ,
Новосибирск, Россия

Лечение острого панкреатита – актуальная проблема неотложной хирургии.

Цель исследования. Профилактика инфекционных осложнений острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы. В 2002 – 2008 годах находилось на лечении 482 пациента с острым панкреатитом, в возрасте от 16 до 84 лет. Из них мужчин – 269, женщин – 213. У 429 пациентов был панкреатит алиментарной этиологии, у 53 – билиогенной. При сонографическом исследовании у 116 пациентов выявлены интра- и парапанкреатические жидкостные образования: в малом сальнике (54), над ПЖ (25), позади ПЖ (4), под левой долей печени (10), субкапсулярно (4), интрапанкреатически (16), в проекции хвоста ПЖ(1), около селезенки (3), перед ПЖ (4), забрюшинно (7). У 22 пациентов имелась жидкость в свободной брюшной полости. Из них у 7 пациентов в значительном количестве. У всех этих пациентов также обнаружены интра- или парапанкреатические жидкостные скопления.

Пациенты госпитализированы в ОРИТ. Им была назначена целенаправленная терапия, в которую с первого дня поступления было включено введение антибиотиков. Подбирали 2 – 3 антибиотика так, чтобы охватить весь возможный бактериальный спектр. При длительной антисептической терапии каждые 5 суток осуществляли смену антибиотиков.

Результаты. Из числа пациентов с острым панкреатитом алиментарной этиологии оперировано 12 (2,8%). 7 пациентам выполнены операции по поводу ферментативного перитонита: произведена санация и дренирование брюшной полости. У 3 пациентов вскрыта забрюшинная флегмона, у одного – парапанкреатический абсцесс и одному пациенту осуществлена некрсеквестрэктомия. Трем из этих пациентов в последующем были повторно выполнены операции некрсеквестрэктомии.

9 пациентам (16,9%) с острым билиогенным панкреатитом после полного стихания воспалительного процесса произведены операции холецистэктомии (6), холецистэктомии и холедохостомии, холецистэктомии с интраоперационной холангиоскопией и холедохостомией (2).

Общая летальность 2,5%. После операций умерло 4 пациента (19%) от полиорганной недостаточности.

Обсуждение. Ранний диагноз панкреонекроза, до появления на сонограмме деструкции, секвестрации ПЖ, возможен при томографическом исследовании. Подавляющему числу ургентных хирургических отделений этот метод диагностики недоступен. Мы придаем значение появлению интра- и парапанкреатических жидкостных образований как проявлению деструктивного процесса в ПЖ. Жидкостные образования наиболее предрасположены к инфицированию, являясь питательной средой для бактерий. Поэтому при наличии жидкостного образования у пациента с острым панкреатитом обращаем максимальное внимание на интенсивность антибиотикотерапии. Благодаря адекватной антибиотикотерапии инфицирование панкреонекроза возникло лишь у 4 (3,4%) из 116 пациентов с жидкостными образованиями.

Выводы. Профилактикой инфицирования панкреонекроза является интенсивная антисептическая терапия с первого дня поступления в стационар.

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОЛИФТА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Винник Ю.С., Миллер С.В., Черданцев Д.В., Теплякова О.В.
Красноярский государственный медицинский
университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Красноярск, Россия

Цель. Улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов ранних закрытых операций в условиях напряженного карбоксиперитонеума (первая группа, n = 42) и лапароскопических операций с использованием лапаролифта (вторая группа, n = 25). По этиологии заболевания в группах преобладал алкогольный панкреонекроз, по клинико-морфологической форме – смешанный, по распространенности процесс носил, в основном, крупноочаговый и субтотальный характер. В первой группе давление в брюшной полости поднимали до 8 – 12 мм. рт. ст. за счет введения углекислого газа. У пациентов второй группы для создания рабочего пространства в брюшной полости использовали Г-образный лапаролифт производства Aesculap. Сила, прикладываемая к эндолифту для поднятия передней брюшной стенки, колебалась от 7,3 до 10,5 кг, в среднем составляя 8,5 кг. У троих больных второй группы использована методика минимального карбоксиперитонеума с локальным лифтингом. Давление газа при этом не превышало 4 мм. рт. ст. Объем операции в группах включал эвакуацию содержимого брюшной полости, санацию растворами антисептиков, ревизию сальниковой сумки, абдоминизацию поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. У всех больных в динамике оценивали клинико-лабораторные показатели, характеризующие признаки системной воспалительной реакции, функциональную недостаточность паренхиматозных органов, состояние окислительного гомеостаза.

Результаты. Исходные характеристики системы поддержания окислительно-восстановительного равновесия у больных существенно не отличались. Во второй группе отмечена сравнительно быстрая нормализация концентрации оксида азота, восстановленного глутатиона, активности глутатион-S-трансферазы. После ранней лапароскопической операции, выполненной с применением напряженного карбоксиперитонеума, в послеоперационном периоде чаще встречались гемодинамические и гемореологические нарушения, а также печеночная недостаточность. В меньшей степени декомпенсация витальных функций проявлялась у больных второй группы, оперированных видеоэндоскопическим доступом с помощью лапаролифта. В этой группе реже развивался панкреатогенный шок и дыхательная недостаточность. Среднее количество ранних осложнений у пациентов первой и второй групп составило 0,64 и 0,4 соответственно.

Выводы. Результаты ранних лапароскопических операций у больных панкреонекрозом зависят от способа создания эндохирургического пространства. Использование лапаролифта создает условия для быстрой стабилизации системы поддержания окислительно-восстановительного равновесия и сопровождается меньшим количеством ранних осложнений.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА НА БАЗЕ КРАСНОЯРСКОГО ГОРОДСКОГО ЦЕНТРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОЛОГИИ

Винник Ю.С., Миллер С.В., Якимов С.В., Теплякова О.В.
Красноярский государственный медицинский
университет им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого,
Красноярск, Россия

Цель. Улучшение результатов лечения больных инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в период с 2004 по 2009 годы в Красноярском городском центре хирургической панкреатологии находились 108 больных инфицированным панкреонекрозом, из них 62 женщины и 46 мужчин. У 83 больных процесс носил субтотально-тотальный характер и сопровождался формированием забрюшинной флегмоны, у 25 диагностированы крупноочаговые формы заболевания в сочетании с гнойным оментобурситом или панкреатогенным абсцессом. Факт инфицирования участков некроза устанавливали по результатам бактериологического исследования содержимого сальниковой сумки, взятого лапароскопически или по дренажам после предыдущих вмешательств. Объем панкреонекроза и внепанкреатических поражений оценивали с учетом данных ультразвукового исследования, компьютерной томографии, а также косвенно – по оценке тяжести состояния больных с использованием интегральных шкал В.Б. Красногорова (1994), SOFA.

Результаты. Все больные оперированы. У 85 больных операция выполнена с применением верхнесрединного лапаротомного доступа и включала абдоминизацию поджелудочной железы, некрсеквестрэктомию, оментобурсостомию, ретроперитонеостомию, назоинтестинальное дренирование. У 23 больных при наличии гнойного оментобурсита или панкреатогенного абсцесса выполнены вмешательства из мини-доступа с помощью набора «Мини-Ассистент». На некоторых этапах операции применялись инструменты оригинальной конструкции. При локализации процесса в головке поджелудочной железы разрез передней брюшной стенки выполняли в продольном направлении по среднеключичной линии справа, в случае поражения тела и хвоста железы аналогичный разрез проводили слева. Повторные санации при наличии обширных забрюшинных флегмон и разлитого перитонита выполняли «по программе», у больных с ограниченными поражениями – в режиме «по требованию». Количество санаций колебалось от 2 до 6. Летальность составила 28,2% в группе больных с субтотально-тотальными формами панкреонекроза и 17,4% среди больных с ограниченными поражениями поджелудочной железы.

Выводы. Верификация характера и объема некроза поджелудочной железы в дооперационном периоде способствует дифференцированному выбору оперативного доступа и улучшению результатов лечения больных деструктивными формами острого панкреатита.

ДИСЛИПИДНЫЕ ЯВЛЕНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Власов А.П., Дроздова Г.А.,
Келейников С.Б., Кирпичников А.П., Егорова Н.В.
ГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева»,
Саранск, Россия

Цель. Изучить в динамике липидный метаболизм различных тканевых структур при экспериментальном остром панкреатите, оценить возможность использования показателей липидного профиля в качестве диагностических критериев тяжести заболевания.

Материал и методы. Проведены экспериментальные исследования на собаках, которым моделировали острый панкреатит отечной и деструктивной форм путем введения желчи в паренхиму поджелудочной железы в 5 и 8 точках соответственно по В.М. Буянову с соавт. (1989). В контрольные сроки при релапаротомии определяли выраженность патологического процесса, осуществляли биопсию поджелудочной железы, забор крови. Определяли количественный и качественный состав липидов исследуемых клеточных структур и плазмы крови, оценивали выраженность эндогенной интоксикации.

Результаты. Экспериментально показано развитие выраженных воспалительных явлений в ткани поджелудочной железы уже на первые сутки после моделирования патологического процесса. В группе животных, которым моделировали деструктивную форму острого панкреатита, регистрировали очаги панкреонекроза. Формирование воспалительного процесса в ткани поджелудочной железы было тесно сопряжено с развитием эндотоксикоза, что было зарегистрировано в виде увеличения содержания гидрофильных

и гидрофобных компонентов эндотоксинемии в плазме крови. На фоне выраженного синдрома эндогенной интоксикации отмечались существенные расстройства липидного метаболизма в плазме крови: увеличение моно-, диацилглицеролов, а также свободных жирных кислот на 81,13 – 168,35% ($p < 0,05$) и лизофосфолипидов на 72,77 – 114,04% ($p < 0,05$) при достоверном снижении суммарных фосфолипидов на 12,85 – 33,20% ($p < 0,05$). При деструктивной форме острого панкреатита выраженность синдрома эндогенной интоксикации была существенно выше, чем при отечной форме заболевания. Развитие деструктивной формы острого панкреатита способствовало значительным патологическим изменениям липидного профиля плазмы крови: содержание лизоформ фосфолипидов и свободных жирных кислот значительно возрастало на 117,23 – 197,66 и 120,27 – 370,60% ($p < 0,05$) соответственно, достоверно и прогрессивно на протяжении всего эксперимента увеличивалось содержание моноацилглицеролов, диацилглицеролов и эфиров холестерола на 219,23 – 732,69, 158,54 – 546,34 и 19,32 – 51,62% ($p < 0,05$) соответственно; показатели суммарных фосфолипидов уменьшались на 32,10 – 47,65% ($p < 0,05$). Модификации липидного состава плазмы крови, эритроцитов и тромбоцитов сопровождались быстрой интенсификацией процессов липопереокисления и ферментативной активности фосфолипазы А2 при остром панкреатите, при достоверном снижении антиоксидантного потенциала. Динамика указанных изменений состояния основных липидмодифицирующих факторов была сопоставима с течением патологического процесса в поджелудочной железе и коррелировала с модификациями липидного спектра биомембран эритроцитов и тромбоцитов.

Заключение. При остром панкреатите выраженность воспалительного процесса в поджелудочной железе коррелируют с изменениями липидного метаболизма в плазме крови ($r = 0,52 – 1,0$), причем наиболее демонстративные изменения проявляются в виде значительного увеличения относительного уровня лизоформ фосфолипидов крови и свободных жирных кислот, что определяет возможность их использования в качестве диагностических тестов для определения тяжести и течения острого панкреатита.

НОВЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Власов А.П., Келейников С.Б., Гуляева Л.А.
ГОУВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования. На основе изучения в динамике липидного профиля плазмы и форменных элементов крови при остром панкреатите дать оценку возможности использования данных показателей в качестве прогностических критериев течения заболевания.

Материал и методы. В основу работы положены клинические наблюдения 98 больных острым панкреатитом отечной (первая группа) и деструктивной форм (вторая группа). При госпитализации в хирургическую клинику больным первой группы проводили интенсивную консервативную терапию. Во второй группе пациентам были выполнены различные оперативные вмешательства, в послеоперационном периоде больные получали стандартизированную терапию. У больных обеих групп наряду с традиционными показателями изучали показатели липидного состава, перекисного окисления липидов, активности фосфолипазы А2, каталазы и супероксиддисмутазы плазмы крови, эритроцитов и тромбоцитов.

Результаты. Клиническими исследованиями установлено, что у больных острым панкреатитом в плазме и форменных элементах крови возникали выраженные изменения липидного состава, которые были сопряжены с формой и тяжестью заболевания. Клинические исследования показали, что при отечной форме острого панкреатита липидный профиль плазмы крови, эритроцитов и тромбоцитов претерпевает существенные модификации. Так, уровень суммарных фосфолипидов в плазме крови уменьшался относительно исходного уровня на 18,37 – 35,13% ($p < 0,05$). Концентрация моноацилглицеролов и диацилглицеролов в плазме крови превосходила норму. Содержание свободных жирных кислот в плазме крови было выше исхода на 20,13 – 71,10% ($p < 0,05$). Уровень холестерола был ниже нормы на 20,60 – 30,55% ($p < 0,05$). Содержание лизофосфолипидов существенно возрастало на 35,10 – 101,85% ($p < 0,05$), уровни фосфатидилсерина и фосфатидилхолина в плазме крови снижались на 25,89 – 49,01% ($p < 0,05$). Содержание фосфатидилинозита и фосфатидилэтаноламина в плазме крови при остром панкреатите отечной формы возрастало. Модификации липидного спектра плазмы крови, эритроцитов и тромбоцитов были сопряжены с интенсификацией процессов перекисного окисления липидов, увеличением активности фосфолипазы А2, снижением собственного антиоксидантного ферментного потенциала плазмы крови. В группе больных деструктивной формой острого панкреатита выраженность данных изменений была существенно выше. Следует выделить, что при развитии осложнений панкреонекроза патологические изменения показателей липидного спектра плазмы и форменных элементов крови значительно усугублялись, кроме того, исследуемые показатели существенно и прогрессивно ухудшались во всех случаях заболевания с летальным исходом. Наиболее значимые изменения в составе исследованных фракций липидного спектра отмечены в наблюдениях, когда отмечается утяжеление течения острого панкреатита: при прогрессировании острого панкреатита – панкреонекрозе, развитии гнойных осложнений (через 10 – 14 суток от начала заболевания), а также при неблагоприятном течении панкреонекроза с развившимися гнойными осложнениями с последующей смертью больных.

Заключение. В качестве прогностических тестов, оценивающих характер, глубину и направленность патологического процесса в поджелудочной железе при остром панкреатите, рекомендуется использовать уровни лизоформ фосфолипидов и свободных жирных кислот в плазме и форменных элементах крови (эритроцитах и тромбоцитах).

ОПЫТ ЭФФЕКТИВНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Волков А.Н., Ворончихин В.В., Абызов И.Н.
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Республиканская клиническая больница, Чебоксары, Россия

Введение. Лечение острого деструктивного панкреатита (ОДП), имея при этом в виду и эффективную профилактику гнойных осложнений, продолжает оставаться одной из основных проблем неотложной хирургии. Известно, что больные ОДП умирают в основном от эндотоксинового шока, обусловленного в ранних стадиях (в ферментативную фазу) заболевания ферментемией, в поздних (в реактивную и секвестрации) – гнойными осложнениями. Следует считать, что на каждом временном отрезке ведения больного ОДП необходимо совершенствовать и оптимизировать лечебную тактику. С этой целью уже с первых дней (в реактивную фазу) необходимо проводить эфферентную терапию (плазмаферез, гемоплазмосорбцию), которая должна способствовать «обрыву» патологического процесса в поджелудочной железе (ПЖ), что, конечно, должно явиться и эффективной профилактикой гнойных осложнений. В дальнейшем (в реактивную фазу и фазу секвестрации) включить в терапию панкреотропные антибиотики (карбапенемы, фторхинолоны) и иммунокорректор ронколейкин, так как при ОДП развивается тяжелый приобретенный иммунодефицит.

Цель исследования. Оптимизация лечения больных ОДП и совершенствование профилактики гнойных осложнений.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 321 пациента ОДП. Больные разделены на 2 группы: к первой группе отнесены 118 больных, которым проводилась стандартная терапия и нутритивная поддержка, ко второй (основной) – 203 пациента, у которых стандартная терапия усилена эфферентной терапией, иммунокоррекцией ронколейкином и инфузиями озонированного физиологического раствора хлорида натрия.

Лабораторный мониторинг осуществлялся определением уровня активных панкреатических ферментов в крови (α-амилазы) и в моче (амилаза), неспецифических активных ферментов (АлАТ, АсАТ), концентрации β-липопротеидов, оценкой интенсивности общего воспаления, определением выраженности эндогенной интоксикации. Исследовался также иммунный статус больных.

Результаты исследования. Стандартная терапия больных ОДП, усиленная эфферентной терапией, иммунокоррекцией ронколейкином и инфузиями озонированного физиологического раствора хлорида натрия, позволила значительно улучшить результаты лечения. Так, гнойные осложнения снизились от 74,57 до 49,94%, а летальность – от 33,89 до 15,63%.

Заключение. Таким образом, мы считаем, что лечение ОДП на всех стадиях заболевания должно носить профилактическую направленность. Так, если в ферментативную стадию заболевания следует стремиться не только к купированию эндотоксикоза, но и к «обрыву» патологического процесса в поджелудочной железе, то в реактивную – к профилактике гнойных осложнений. При сформировавшемся гнойнике должна быть проведена полноценная хирургическая санация, что в свою очередь станет эффективной профилактикой сепсиса и других осложнений деструктивного панкреатита, являющихся основными причинами летальности в поздних стадиях этого заболевания. Наши исследования достаточно наглядно демонстрируют возможности на каждом временном отрезке ведения больного ОДП совершенствования и оптимизации активной лечебной тактики (и профилактики гнойных осложнений) и тем самым улучшения результатов лечения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАКУУМ-АСПИРАЦИИ В АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Гагауз И., Гидирим Г., Мишин И., Возиян М.
Кафедра хирургии № 1 «Н. Анестиади», лаборатория гепато-панкреато-билиарной хирургии, ГУМФ «Н. Тестемицану», Кишинев, Молдова

Введение. Вакуум-аспирация широко используется в лечении трудно заживающих ран разных локализаций. Дренажные характеристики вакуум-аспирации могли бы использоваться в качестве одной из альтернатив контроля абдоминальных гнойных процессов. Но в международной литературе встречаются лишь единичные случаи использования вакуум-аспирации в лечении абдоминального сепсиса. Авторы представляют собственный опыт использования этого метода в лечении абдоминальной инфекции.

Материалы и методы. В нашей клинике было проведено пилотное исследование, включающее 13 больных с абдоминальными гнойными процессами (10 больных с гнойным панкреонекрозом и 3 с вторичным разлитым перитонитом), в лечении которых была использована вакуум-аспирация. Мы использовали полиуретановую губку с размером пор 400 – 600 μm. Две дренажных трубки с боковыми прорезями были проведены через губку. На лапаростому накладывалась адгезивная пленка, перекрывающая края лапаростомы на 3 – 5 см. Дренажи подключали к аспиратору с различными режимами работы. В аспираторе можно настроить режим работы (постоянный/прерывистый) и значение отрицательного давления. Мы использовали отрицательное давление 120 мм ртутного столба и прерывистый режим – 6 секунд включения и 40 секунд паузы.

Результаты. Период от первичной операции до закрытия раны составил в среднем 20.43±1.02 дня. Летальность составила 23%.

Заключение. Вакуум-аспирация является многообещающим методом лечения больных с абдоминальным сепсисом и лапаростомой, но для формулировки окончательных выводов необходимы дополнительные исследования.

ПЕРВИЧНОЕ ДРЕНИРУЮЩЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО БЕЗ НЕКРСЕКВЕСТРЭКТОМИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Галеев Ш.И., Топузов Э.Г., Рубцов М.А..
Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И. Мечникова

Оптимальные сроки хирургического вмешательства при панкреонекрозе, сопровождающемся нарушением функций жизненно важных органов, до сих пор не определены. С одной стороны, операции, отложенные до 3 – 4 недель, выполняются в условиях хорошей демаркации нежизнеспособной ткани, что значительно облегчает первичную секвестрэктомию, снижает количество послеоперационных осложнений. С другой – вызванная сепсисом органная недостаточность нередко наблюдается раньше времени демаркации, делая такую задержку операций опасной. Целесообразность же хирургической стратегии, подразумевающей ранние резекции поджелудочной железы и агрессивную некрэктомию, спорна в силу большого количества местных осложнений и высокой послеоперационной летальности. Целью исследования стал анализ результатов раннего дренирующего вмешательства без первичной некрэктомии у пациентов, страдающих панкреонекрозом с системными осложнениями.

Материал и методы. В работу были включены данные 50 пациентов, оперированных с 2002 по 2009 год. Хирургическое вмешательство подразумевало ранее открытое дренирование сальниковой сумки, забрюшинных клетчаточных пространств с последующими этапными ревизиями зон деструкции и отсроченной секвестрэктомией в период демаркации некроза. В ретроспективном анализе особое внимание было уделено послеоперационной летальности; бактериальному статусу некроза; баллам, согласно шкалам APACHE II и MODS (при поступлении больного в стационар и до хирургического вмешательства); местным осложнениям.

Результаты. Средние сроки первой операции (сутки от начала заболевания) и некрэктомии (сутки с момента первой операции) составили 7,1±1,0 и 11,3±1,5 соответственно. Умерло 18 больных (36%). Отмечена статистически достоверная корреляция баллов интегральной оценки системных нарушений APACHE II и MODS

(особенно до операции) с летальностью. Инфицирование очагов деструкции до или во время первого хирургического вмешательства выявлено у 16 пациентов (32%). В силу позднего поступления больных с инфицированным некрозом, как первичное вмешательство, так и некрэктомия выполнялись у них позже, чем у тех, кто имел асептический процесс. Связи между бактериальным статусом некроза и выраженностью системных нарушений установлено не было. Однако инфицированный некроз был ассоциирован со значительным ухудшением состояния пациентов (с момента госпитализации), что нашло отражение в достоверно более высоких баллах APACHE II и MODS перед операцией и более высокой послеоперационной летальности.

Выводы. Полученные данные демонстрируют возможность применения раннего хирургического вмешательства у пациентов с панкреонекрозом и органной дисфункцией при условии «облегчения» первичной операции за счет отказа от некрэктомии. Гиподиагностика инфицирования в раннюю фазу заболевания у крайне тяжелого больного с острым панкреатитом и, как следствие, задержка с хирургическим пособием, приводят к прогрессии системных осложнений панкреатита и увеличению летальности в группе оперированных поздно.

ДИСКУССИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Галимов О.В., Гарипов Р.М., Латыпов Р.З., Титов А.Р., Плечев В.В.
Клиника БГМУ, Уфа

В настоящее время в клинической практике для определения острого воспаления поджелудочной железы применяется диагноз острый панкреатит. Диагноз острый панкреатит в настоящее время в понимании многих авторов объединяет и функциональные расстройства, и деструктивные изменения поджелудочной железы. Если больные с нарушением функции поджелудочной железы вполне хорошо лечатся в терапевтических стационарах, то деструктивный панкреатит необходимо лечить в условиях реанимационного отделения хирургического стационара: в обоих случаях речь идет об остром панкреатите. Исходя из этого, считаем целесообразным разделить это заболевание на два диагноза: острый панкреатит и панкреонекроз как отдельную нозологическую форму. Термин панкреонекроз используется в литературе длительное время для обозначения острого деструктивного панкреатита. Слово «деструктивный», являясь прилагательным, не является основным смысловым или ключевым словом, между тем именно в нем заключена высокая летальность, необходимость хирургического подхода к проблеме, тяжесть и длительность заболевания, его исходы. Таким образом, заменив диагноз острый деструктивный панкреатит на панкреонекроз мы сразу понимаем, что необходимо предпринять. При панкреонекрозе, в отличие от острого панкреатита, имеется выраженный интоксикационный синдром в первых пять-семь дней от начала заболевания, который затем сменяется гнойными осложнениями и позднее исходом. Таким образом, налицо фазовость заболевания. Если при лечении острого панкреатита применение антибактериальной терапии, по мнению большинства авторов, нецелесообразно, то при лечении панкреонекроза назначение антибактериальной терапии жизненно необходимо. При лечении острого панкреатита лечение только консервативное, при лечении же панкреонекроза хирургическая агрессия составляет более 50%. Среди больных, перенесших панкреонекроз, в отдаленном периоде значительно чаще наблюдаются осложнения, требующие хирургического вмешательства на поджелудочной железе, чем у больных, перенесших острый панкреатит. Летальность у больных с острым панкреатитом и у перенесших панкреонекроз отличается в десятки раз. Исходом панкреонекроза всегда является хронический панкреатит, исходом острого панкреатита в части случаев является выздоровление. В отдаленном периоде пациенты, перенесшие панкреонекроз, значительно чаще заболевают сахарным диабетом, чем лица, перенесшие острый панкреатит.

Мы считаем более целесообразным использовать диагноз панкреонекроз в клинической практике в случаях фазового течения заболевания или установленной деструкции поджелудочной железы. Это поможет не только при лечении в стационаре, но и при диспансерном наблюдении.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гарипов Р.М., Латыпов Р.З., Галимов О.В., Плечев В.В., Титов А.Р.
Клиника БГМУ, Уфа

В клинике БГМУ было пролечено 142 больных с диагнозом острый деструктивный панкреатит. Мужчин среди них было 113, женщин 29. Средний возраст пациентов составил 47±3,5 года. До 24 часов от начала заболевания поступило 84 (58,7%) пациента. Среди 142 больных оперировано 93, остальные пролечены консервативно. Всего умерло 32 пациента. Среди 49 больных, пролеченных консервативно, умерших не было. Летальность среди всех больных составила 22,5%, а среди оперированных 34,4%. Всего 93 оперированным больным проведено 260 операций. В соответствии с рекомендациями течение деструктивного панкреатита мы подразделяем на фазу токсемии, фазу гнойных осложнений и исход. Продолжительность первой фазы – от пяти до семи дней. Критерием перехода первой фазы во вторую считаем снижение полиорганной недостаточности или ее стабилизацию и появление симптомов гнойной интоксикации, однако, основным критерием считаем повышение температуры тела. Операции в первый период заболевания считаем не показанными, однако, у значительной части больных избежать хирургического вмешательства не удается. Наиболее часто применяется лапароскопия (44 случая, умерло 13) для удаления перитонеального выпота. Оценивая вторую фазу болезни у больных, перенесших лапароскопическое дренирование брюшной полости, особенно с ревизией полости сальниковой сумки, мы обратили внимание, что в фазе гнойных осложнений этим больным несколько раньше необходимо производить некрэктомию, что связано, по-видимому, с инфицированием. Показанием к лапароскопии в первой фазе заболевания считаем наличие не менее 1000,0 мл выпота (по данным УЗИ), а в последнее время (всего 7 наблюдений) контролируем количество выпота при помощи УЗИ на следующий день, и если уровень токсемии больного позволяет, стараемся отказаться от операции. Если все-таки избежать лапароскопии не удалось, стараемся удалить дренажи на вторые или третьи сутки. Верхнесрединная лапаротомия в первой фазе заболевания произведена у 18 больных (всем предварительно была выполнена лапароскопия), из них:

4 резекции поджелудочной железы (три дистальных резекции – умерло двое и одна ПДР – больной умер), 14 больным произведена абдоменизация поджелудочной железы, вскрытие затеков, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства. Эта группа больных – самая тяжелая: из 18 больных умерло 13. Летальность в этой группе больных составила 72,2%. Таким образом, несмотря на наше отрицательное отношение к операциям в первую фазу заболевания, хирургическому вмешательству подверглись 44 пациента, что составило 47,3%. Из всех оперированных больных в первую фазу течения деструктивного панкреатита умерло 26, летальность составила 59,1%.Оперативное вмешательство во вторую фазу заболевания – некрэктомии и вскрытие гнойных затеков – в части случаев неизбежно, однако, чем позже оно произведено, тем оно, по нашему мнению, будет радикальней. Критерием для операции во вторую фазу течения деструктивного панкреатита считаем наличие клинической картины гнойной интоксикации и повышение температурной реакции до фебрильных цифр у больного в течение трех суток, особенно при утреннем измерении. При повышении температуры только в вечерние часы считаем возможным продолжение консервативной терапии. Во вторую фазу течения деструктивного панкреатита впервые подвергся хирургическому лечению 31 пациент, из них умерло 6, летальность составила 19,4%.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПАНКРЕАТИТОВ

Гостищев В.К., Хрупкин В.И., Афанасьев А.Н., Кириллин А.В., Шалыгин А.Б.
Кафедра общей хирургии ММА им. И.М. Сеченова

Совершенствование патогенетически оправданного, комплексного лечения отечной и легких форм острого деструктивного панкреатита (ОДП), включающего адекватное обезболивание, антиферментную, антисекреторную детоксикационную терапию, коррекцию электролитных и иммунологических расстройств, профилактику инфекционных осложнений, позволило значительно улучшить результаты лечения. Лечение тяжелых, распространенных форм ОДП и его постнекротических осложнений по-прежнему остается далеким от своего окончательного разрешения.

Методы хирургического лечения ОДП широко варьируют, что определяется динамикой патоморфологического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости. Задачи хирургического лечения при различных формах ОДП не могут быть однотипными и решаться с помощью единого хирургического метода. Каждой форме ОДП и фазе его постнекротических осложнений соответствуют свои определенные показания, объем и вид хирургического вмешательства. Наиболее перспективными являются операции, позволяющие хирургу не только производить адекватную ревизию очагов деструкции в поджелудочной железе и окружающей ее жировой клетчатке, но и активно контролировать течение воспалительного процесса в послеоперационном периоде.

За период с 2000 по 2008 год в клинике кафедры общей хирургии лечебного факультета ММА им. И.М.Сеченова на базе ГКБ № 23 им. «Медсантруд» лечились 1549 пациентов с острым панкреатитом, оперировано 96 человек с деструктивными формами ОП. Из них у 65 пациентов выполнены оперативные вмешательства с наложением оментобурсостомы, люмбостомы или лапаростомы, у 1 пациента способ дренирования был с использованием дренажа Пенроуза, в остальных случаях (21) применили только «закрытый» метод лечения. Все «закрытые» дренирующие операции были проведены в ранней токсической фазе ОДП. Миниинвазивные «закрытые» методы хирургического лечения оправданы в фазе асептической системной воспалительной реакции организма. При остром скоплении жидкости в сальниковой сумке применяли пункции сальниковой сумки под УЗИ-контролем, так как транскутантное дренирование часто приводит к инфицированию полости. Панкреонекроз с развитием асептического ферментативного перитонита является показанием к лапароскопическому дренированию брюшной полости. У 20 больных только лапароскопическим дренированием брюшной полости удалось добиться удовлетворительных результатов лечения, с учетом применения пиобактериофага при этапных санациях. В ходе видеолапароскопий, при определенных показаниях, выполняются лапароскопические холецистостомии, дренироване сальниковой сумки, санации и дренирование брюшной полости. Подавляющее большинство пациентов (73%) оперированы в фазу гнойных осложнений, на 10 – 14 сутки от момента заболевания. Им были выполнены «открытые» дренирующие операции. Во время программируемых санаций с использованием пиобактериофага выполняли некро- и секвестрэктомии. При этапных некрэктомиях во избежание повреждения крупных сосудов и возникновения аррозионных кровотечений удаляются только свободно лежащие секвестры. Программируемые санации выполняются с использованием оментобурсостомы в сочетании с люмбостомией с применением пиобактериофагов. Число этапных санаций сальниковой сумки зависит от тяжести характера процесса в сальниковой сумке и составляет 5 – 7. Показанием к прекращению этапных эндоскопических санаций сальниковой сумки служит прекращение секвестрации поджелудочной железы, стихание воспалительных явлений в сальниковой сумке с формированием грануляционной ткани, восстановление кишечной перистальтики, стойкое снижение отделяемого по сквозному дренажу. Наложение лапаростомы с этапными санациями производилось в 4 случаях при распространении некротического процесса не только на парапанкреатическую клетчатку, но и забрюшинную и тазовую клетчатку, с одновременным некрозом брыжеек поперечно-ободочной и тонкой кишок, что сопровождалось нарушением целостности сальниковой сумки. Использование комплексного жидкого пиобактериофага является высокоэффективным и безопасным методом борьбы с нозокомиальной инфекцией, ускоряет сроки лечения и уменьшает количество необходимых этапных санаций. Таким образом, дифференцированное применение в комплексном лечении больных острым деструктивным панкреатитом малоинвазивных вмешательств и расширенных операций в виде формирования оментобурсопанкреатостомы или наложения лапаростомы с проведением эндоскопических санаций сальниковой сумки и этапных санаций брюшной полости в послеоперационном периоде с применением пиобактериофага позволило значительно сократить число послеоперационных осложнений. Послеоперационная летальность у больных с тяжелым течением заболевания при ранних оперативных вмешательствах снизилась до 23,5%, при отсроченных операциях – до 14,7%.

ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАНКРЕАТИЧЕСКОМ ПРОТОКЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОБСТРУКТИВНОЙ ПАНКРЕАТОПАТИИ

Григорьев С.Н., Охотников О.И.,
Белозеров В. А., Володин Д.М., Комарицкий Д.А.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель исследования. Изучить возможности чрескожных вмешательств на панкреатическом протоке при осложненных формах обструктивной панкреатопатии.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 37 пациентов, которым произведены дренирующие и стентирующие вмешательства на главном панкреатическом протоке (ПП) из чрескожного антеградного доступа. В структуре осложнений преобладали сочетанные формы патологии: панкреатоперитонеальные свищи с ферментативным перитонитом, резистентным к лапароскопической санации, и исходом в кахексию у 10 больных, наличие парапанкреатических экссудативных осложнений (псевдокисты, абсцессы, флегмоны, затеки панкреатического секрета) у 19 больных, стойкий болевой синдром с непрерывно рецидивирующим течением воспалительного процесса у 8 пациентов. Сочетание осложнений отмечалось в 78,3% случаев. У 59,4% больных отмечалось наличие перитонеального выпота, содержащего высокий уровень амилазы, что требовало лапароскопической или диапевтической санации брюшной полости.

Результаты. Наружное дренирование парапанкреатических экссудативных образований осложнялось развитием стойких наружных свищей, лапароскопическая санация в представленной группе больных не давала ожидаемых результатов, приводила к значительным потерям перитонеальной жидкости, истощению больных и прогрессирующей кахексии. С 2006 года нами разработаны и используются методики чрескожного прямого транспапиллярного вирсунго-дуоденального (ВД) стентирования и дистального обходного ВД шунтирования. Пациентам выполнены следующие виды вмешательств: обходное ВД шунтирование у 15 (40,5%) пациентов, прямое транспапиллярное стентирование ПП в 17 (45,9%) случаях, у 5 больных использовано сочетание методик. Хирургическую санацию во всех случаях начинали с первичного дренирования брюшной полости и очагов панкреатогенной деструкции. Выполняли пункционную вирсунгографию с оценкой уровня деструкции и объема поражения паренхимы ПЖ, а также причины и характера пакреатической обструкции. При этом, если имелись технические условия, стремились выполнить прямое транспапиллярное стентирование, в случаях протяженных стенозов или стриктур при невозможности преодоления зоны окклюзии ПП использовали вариант обходного ВД шунтирования. Выполнение внутренних стентирующих вмешательств на ПП во всех случаях носило этапный характер: наружный дренаж, наружно-внутренний дренаж-стент и внутренний ВД стент. У 6 пациентов использовали баллонную дилятацию зоны стеноза из антеградного доступа с последующим удалением дренажей у 3 пациентов, и внутренним стентированием с использованием каркасных сетчатых стентов у 3 больных. У всех пациентов удалось оборвать и быстро купировать воспалительный процесс ПЖ, локализовать и санировать парапанкреатические осложнения. Летальных случаев и постманипуляционных осложнений, потребовавших хирургической коррекции у пациентов представленной группы, не наблюдалось. Отдаленные результаты в сроки от 10 до 40 месяцев прослежены у 22 пациентов. У 19 из них удалось добиться стойкой клинической ремиссии, качество жизни оценивалось как хорошее. Повторные внутренние стентирующие операции потребовались у 3 больных.

Заключение. Представленные методики позволяют быстро и эффективно купировать воспалительные изменения ПЖ, устранить явления интрапанкреатической гипертензии, внешнесекреторной недостаточности, предотвратить развитие наружных панкреатических свищей.

ВЗАИМОСВЯЗЬ НАРУШЕНИЙ В СИСТЕМЕ ГЕМОСТАЗА И ЛИПИДНОГО МЕТАБОЛИЗМА ПРИ ЭНДОТОКСИКОЗЕ

Григорьева Т.И., Лещанкина Н.Ю.,
Начкина Э.И., Власов П.А., Мыкоц Е.Н.
ГОУ ВПО «МГУ им. Н.П. Огарева», Саранск, Россия

Цель исследования. В эксперименте изучить нарушения в системе гемостаза при эндотоксикозе, оценить их взаимосвязь с дислипидными явлениями; исследовать влияние ремаксола на показатели гуморального компонента гемостаза при эндотоксикозе.

Материалы и методы исследования. С целью воспроизведения синдрома эндогенной интоксикации собакам моделировали острый панкреатит по способу В.М. Буянова с соавт. (1989). В контрольные сроки (1-е, 3-и, 5-е сутки) осуществляли забор крови. В послеоперационном периоде животным проводили инфузионную терапию, в опытной группе животным в комплексную терапию включали внутривенные инъекции раствора ремаксола из расчета 10 мл/кг массы. Оценивали общую коагуляционную способность и отдельные звенья свертывающей системы крови, липидный метаболизм в плазме крови.

Результаты. Модель оказалась адекватной поставленным задачам: у животных возникала эндогенная интоксикация, которая выявлялась повышенным уровнем токсических продуктов гидрофобной и гидрофильной природы. При эндотоксикозе возникали существенные изменения в системе гемостаза в виде повышения коагуляционного потенциала крови. Так, время свертывания, каолиновое, тромбиновое и протромбиновое время укорачивалось на 7,26 – 16,39, 9,22 – 22,19 и 13,16 – 29,29% ($p < 0,05$) соответственно в течение всего времени наблюдений. Время рекальцификации плазмы к пятым суткам было ниже исхода на 19,32% ($p < 0,05$). Содержание антитромбина III и толерантность плазмы к гепарину были ниже нормы на 12,94 – 16,77 и 10,88 – 15,40% ($p < 0,05$) соответственно. На всех этапах динамического наблюдения отмечалось изменение фибринолитической активности плазмы крови. Уровни фибриногена и продуктов его деградации превосходили норму на 36,20 – 45,10 и 35,56 – 67,92% ($p < 0,05$) соответственно. Вязкость крови превышала норму на 21,09 – 58,07% ($p < 0,05$). Значительные изменения в системе гемостаза в виде повышения коагуляционного потенциала крови коррелировали с выраженными модификациями липидного спектра в плазме крови, зарегистрированными в виде роста уровней моноацилглицеролов на 24,49 – 75,16% ($p < 0,05$), свободных жирных кислот 68,34 – 139,56% ($p < 0,05$), лизофосфолипидов 84,11 – 98,17% ($p < 0,05$) на фоне увеличения интенсивности процессов липопереокисления и активности фосфолипазы А2.

Применение ремаксола при эндотоксикозе панкреатического генеза показало высокий результат в коррекции нарушений гемостаза, что проявлялось в снижении коагуляционного потенциала плазмы крови при увеличении ее антикоагулянтной и фибринолитической активности. Указанные эффекты препарата были сопряжены с восстановлением липидного метаболизма в плазме крови, что свидетельствовало о коррекции мембранодеструктивных процессов в организме как одного из важнейших механизмов попадания компонентов клеточных мембран в кровь и активации гемостаза по внешнему пути.

Заключение. При эндотоксикозе развиваются выраженные нарушения в системе гемостаза, которые коррелируют с липидными модификациями в плазме крови. Применение ремаксола при эндогенной интоксикации панкреатогенного генеза через реализацию липидмодифицирующего эффекта способствует коррекции нарушений гуморального компонента системы свертывания крови, что еще раз подтверждает взаимосвязь нарушений в системе гемостаза и липидного метаболизма при эндотоксикозе.

ОТКРЫТЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Гришин А.В., Иванов П.А., Епифанова И.П., Куприков С.В., Мирошенкова Е.Ю., Степан Е.В., Хохряков М.В., Чжао А.В.
НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель исследования. Уточнить роль и место открытых оперативных вмешательств при панкреонекрозе.

Материалы и методы. 1150 больных острым панкреатитом, лечившихся в 2001 – 2007 годах, в том числе 351(30,3%) тяжелым острым панкреатитом. Оперированы 173(15,1%), умерли 44 (25,4%). Открытые операции выполнены у 93 пациентов, в том числе только открытые у 40 (43%) и в комбинации с миниинвазивными – у 53(57%). Открытая операция предусматривала вскрытие деструкции путем люмботомии или лапаротомии, удаление некротических масс и наружное дренирование, закрытое или открытое в зависимости от радикальности санации зоны деструкции.

Результаты. При ферментативном перитоните открытая операция выполнена 15 больным. Показаниями служили: перитонит неясной этиологии у 8, противопоказания к ВЛСК у 4, неэффективность ВЛСК, нарастание жидкости у 2, повреждение тонкой кишки при ВЛСК у одного. Ферментативный перитонит купирован у 14 (93,3%). Умерли 6 (40%): 2 от панкреатогенного шока, 2 от панкреатогенной токсемии, полиорганной недостаточности (ПОН), 2 от гнойных осложнений. Лапаротомия и ВЛСК одинаково эффективны в отношении ферментативного перитонита (93,3 и 91,3%), но лапаротомия сопровождалась более высокой летальностью (40 и 26,3%).

При асептических деструктивных осложнениях открытые операции применены у 11 больных. Показаниями служили: острые жидкостные скопления у 4, невозможность исключить раннее инфицирование, которое впоследствии не подтвердилось, – у 3, нарастающая токсемия и ПОН у 4. Умерли 5 (45,4%), в том числе 4 от прогрессирующей токсемии, ПОН, один от гнойных осложнений. Открытые операции при асептической деструкции всегда приводили к инфицированию и гнойным осложнениям, попытки купировать прогрессирующую токсемию и ПОН успеха не имели.

При забрюшинной флегмоне открытые операции со вскрытием, санацией и закрытым или открытым дренированием выполнены у 58 больных, всего 108 вмешательств, от 1 до 5 у одного больного. При закрытом дренировании в условиях завершенной секвестрации и полноценной санации гнойный процесс купирован в 7 случаях из 7, тогда как при незавершенной – в 1 из 19 (5,3%). При открытом дренировании незавершенной секвестрации и этапных санациях гнойный процесс купирован в 42 случаях из 65 (64,6%). Летальность составила 40%. Она зависела от сроков вмешательства и была наименьшей (30,4%) при выполнении операции на 3-й неделе от начала заболевания.

При ограниченном инфицированном панкреонекрозе открытые операции выполнены 20 больным в 42 наблюдениях (33 абсцесса и 9 ранних инфицированных псевдокист, от 1 до 5 у одного больного). Показаниями были: рецидивы после неэффективного мини-инвазивного дренирования в 6 наблюдениях, сочетание с соседней забрюшинной флегмоной в 17, крупные секвестры в гнойной полости в 12, множественные отроги гнойной полости в 7. В 33 (78,6%) случаях процесс купирован. Умерли 5 (25%) больных, все от прогрессирования сопутствующей забрюшинной флегмоны.

Заключение. Открытые операции при панкреонекрозе попрежнему актуальны, несмотря на высокую послеоперационную летальность. Они должны выполняться по строгим показаниям, а также при невозможности или неэффективности миниинвазивных методов лечения.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ, СЕКСТАФАГА И ЭНТЕРАЛЬНОЙ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ

Грищук В.В., Заривчацкий М.Ф., Блинов С.А., Колеватов А.П.
Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, КМСЧ № 1, Пермь, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных панкреонекрозом, с включением рациональной хирургической тактики, поливалентного пиобактериофага «Секстафаг» и энтеральной нутритивной поддержки.

Материалы и методы. Отражен четырехлетний (2004 – 2008 годы) период работы по проблеме лечения больных панкреонекрозом. Больные разделены на две группы: основную и сравнения. Основная группа включала 49 больных, которым в комплексную терапию был включены «Секстафаг», энтеральная нутритивная поддержка и мини-инвазивные оперативные вмешательства, а группа сравнения – 51 больного, получавших традиционное лечение. Тяжесть органных изменений определялась на основании клинической картины, лабораторных данных, инструментальных методов диагностики и по шкале оценки тяжести физиологического состояния (ТФС).

Результаты. При оценке эффективности комплексной терапии больных панкреонекрозом, особенно при его инфицировании, установлено благоприятное течение заболевания с лучшими результатами в основной группе больных, чем в группе сравнения. Это выражалось в ограничении гнойно-некротического процесса, стихании воспалительных проявлений, уменьшении гнойного отделяемого из сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки, ранним появлением грануляций.

Осложнения после операции наблюдались в основной группе у 21(42,8%) больных, а в группе сравнения – у 44 (86,3%) больных. Летальность в группе сравнения составила 39,2% (умерло 20 пациентов), а в основной группе – 16,3% (умерло 8 пациентов).

Заключение. Комплексная терапия асептического и инфицированного панкреонекроза с применением щадящей хирургической тактики, энтеральной нутритивной поддержки и секстафага

способствует улучшению результатов лечения этих пациентов, уменьшению количества послеоперационных осложнений и снижению летальности.

ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС КАК ПРЕДИКТОР ИСХОДА ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Дёмин Д.Б., Тарасенко В.С., Смолягин А.И.
Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Известна патогенетическая роль активации цитокинового каскада в развитии острого панкреатита (ОП) в виде одновременной активации оппозитных пулов цитокинов с последующим развитием иммуносупрессии.

Цель исследования. Провести оценку содержания некоторых Th1- и Th2-цитокинов у пациентов ОП с разными исходами заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 34 пациента с тяжёлым ОП, поступивших до суток от начала заболевания, с развившимся впоследствии панкреонекрозом, которые в зависимости от исхода ретроспективно разделены на выживших (I группа) – 20 больных и с летальным исходом (II группа) – 14 больных. Всем проводилась стандартная терапия и по соответствующим показаниям выполнены оперативные вмешательства (лапароскопия, пункционные инвазии под контролем УЗИ, открытые операции). В 1, 5, 10, 15 сутки в сыворотке крови определяли содержание некоторых Th1 (ФНОα, ИФНγ) и Th2 (Ил-4, Ил-10) пулов цитокинов иммуноферментным методом наборами фирмы «Цитокин» (Санкт-Петербург).

Результаты. В обеих группах содержание ИФНγ превышает на всех сроках норму в 2,5 – 4 раза ($p < 0,01$), однако, при поступлении его уровень в I группе выше, чем во II, в 1,58 раза ($p < 0,05$). Далее разница между группами незначительна, к 15 суткам значения выравниваются, оставаясь в 3 раза выше нормы. Уровень ФНОα достоверно выше нормы в обеих группах на всех сроках наблюдения в 1,5 – 3 раза. В 1 сутки в I группе он выше, чем во II, в 1,55 раза ($p < 0,05$), и данная тенденция сохраняется на всех сроках с разницей между группами в 18 – 26%. В динамике содержания Ил-4 отмечается многократное (в десятки и сотни раз) превышение нормы в обеих группах, максимальное в 1 сутки, где во II группе уровень Ил-4 в 6 раз выше, чем в I ($p < 0,01$). Количество Ил-10 на всех сроках в обеих группах превышает норму, в 1 сутки во II группе его уровень в 3,85 раза выше ($p < 0,01$) по отношению к I группе, Th1-цитокины – важнейшие индукторы иммунного ответа и их недостаток с высоким уровнем Th2-цитокинов является признаком иммуносупрессии. При поступлении у больных I группы (исход – выздоровление) отмечаются более высокие уровни Th1 с более низкими значениями Th2-цитокинов по сравнению со II группой (летальный исход). Учитывая, что все пациенты поступили до суток, а некроз формируется не ранее чем через 24 часа от начала заболевания, выявленный при поступлении пациентов цитокиновый дисбаланс предшествовал формированию некроза.

Заключение. Таким образом, ОП характеризуется нарушением цитокиновой регуляции с многократным увеличением уровней обоих пулов цитокинов («цитокиновая буря»). У выживших пациентов при поступлении имеет место достоверное преобладание пула Th1-цитокинов над Th2 пулом, в то время как в группе больных с последующим летальным исходом картина обратная, что может являться критерием прогноза течения и исхода ОП.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Джаджанидзе И.М., Смирнов А.А., Куликов Л.К.
Государственный институт усовершенствования врачей, Иркутск, РФ

Цель. Изучить моторно-эвакуаторную и секреторную функцию желудка и моторно-эвакуаторную функцию двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных после перенесенного острого деструктивного панкреатита (ОДП) в отдаленном периоде.

Материалы и методы. Изучена моторно-эвакуаторная функция желудка и ДПК у 25 больных, после перенесенного ОДП, методом периферической компьютерной электрогастроэнтерографии (В.А.Ступин 2005). Секреторную функцию желудка изучали методом внутрижелудочной pH-метрии (В.А.Ступин 1995, С.И. Рапопорт 2005). Для проведения исследования использовали гастроэнтеромонитор «Гастроскан ГЭМ». Срок наблюдения за больными составил 1 – 8 лет. Результаты представлены в виде медианы с верхним и нижним квартилями. Определение значимости различий полученных данных (p) проводили по критерию Манна-Уитни. Различия между показателями считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. Электрическая активность и коэффициент ритмичности на частотах желудка достоверно не отличались от аналогичных показателей здоровых лиц. На частотах ДПК аналогичные показатели у больных после перенесенного ОДП составили 0,83 [0,42;1,6] и 0,47 [0,27;0,63] соответственно, и были достоверно ниже ($p < 0,05$) аналогичных показателей у здоровых лиц – 2,1 [0,9;3,3] и 0,9 [0,4; 1,4] соответственно, что может свидетельствовать о сформировавшейся дискинезии ДПК. Коэффициент сравнения желудок/ДПК у больных после перенесенного панкреонекроза были достоверно выше ($p < 0,05$) этого показателя у здоровых лиц – 48,87 [23,61;91,78] и 10,4 [4,7;16,1] соответственно, и подтверждает моторно-эвакуаторную дисфункцию этих отделов ЖКТ. Проведенные исследования выявили дискинезию ДПК у 16 больных. Дискинезия ДПК у 10 больных сочеталась с нарушением эвакуации из желудка функционального характера. При этом у восьми больных выявлен дуоденогастральный рефлюкс, который был подтвержден pH-метрией желудка и фиброгастродуоденоскопией. Электрофизиологические признаки дискоординации в работе желудка и ДПК выявлены у 21 из 25 обследованных пациентов.

Среднее значение pH в теле желудка составило 2,3 [1,7;3,7], при этом гиперацидность выявлена у трех больных, гипоацидность – у 14, а нормацидность лишь у шести больных. Среднее значение pH в антральном отделе составило 5,5 [3,2;6,6], компенсация ощелачивающей функции выявлена у 15 больных, субкомпенсация – у семи, декомпенсация – у трех больных. Признаки дуоденогастрального рефлюкса выявлены у 17 больных, гастроэзофагиальный рефлюкс диагностирован у девяти больных.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать предварительный вывод о том, что у большинства больных после перенесенного ОДП в отдаленном периоде формируется моторная дисфункция верхних отделов желудочно-кишечного тракта, заключающаяся в дискинезии ДПК и в нарушении эвакуации из желудка и транзита по ДПК. Кроме того, дискоординация в работе желудка и ДПК формирует стойкий дуоденогастральный рефлюкс. Нарушения секреторной функции желудка также выявлены у большинства больных и проявляются как гипо-, так и гиперкислотопродукцией, а также нарушением кислотонейтрализующей функции антрального отдела желудка.

ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ОСЛОЖНЕНИЯ, ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Довнар И.С., Дубровщик О.И., Пакульневич Ю.Ф., Колешко С.В., Баранович Е.Г.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Увеличение количества больных панкреонекрозом и высокая летальность из-за развития панкреатогенного шока, полиорганной недостаточности (первая фаза) и выраженных гнойно-некротических осложнений (вторая фаза) заболевания, оставляют эту проблему в числе актуальных. Мнения хирургов в отношении хирургической тактики при панкреонекрозах неоднозначны и противоречивы.

Цель работы. Анализ собственных результатов лечения больных с панкреонекрозом и определение оптимальной тактики.

Материал и методы. В клинике общей хирургии в период с 2000 по 2008 год находился на лечении 181 больной с панкреонекрозом. Количество больных острым панкреатитом в последние годы увеличивается, так, если за период 2000 – 2002 годы в клинику поступило 44 больных, в 2003 – 2005-й – 54, то в 2006 – 2008 годы – 83 пациента. Диагноз ставился на основании клинических, лабораторных данных, ультразвукового исследования и магнитно-резонансной томографии. Комплексное лечение проводилось согласно разработанных стандартов лечения больных с панкреонекрозом. Следует отметить, что за последних три года, несмотря на увеличение количества больных, число операций по поводу панкреонекроза не возросло. Это связано с улучшением диагностики этой патологии, более строгими показаниями к лапаротомии, а также расширением показаний к применению малоинвазивных хирургических вмешательств. Нередко быстро прогрессирующая интоксикация, развитие симптомов перитонита вынуждают предпринимать в первые трое суток диагностическую, с трансформацией в лечебную, лапароскопию. Объем оперативного пособия состоит в эвакуации экссудата, дренировании брюшной полости и сальниковой сумки, а при необходимости и декомпрессии желчных путей.

Результаты. Малоинвазивные оперативные вмешательства были проведены у 80 больных панкреонекрозом. Выполнены следующие виды операций: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости – 69 пациентам, при этом у 32 дополнительно произведена холецистостомия; у 11 – дренирование сальниковой сумки; пункция и дренирование сальниковой сумки, забрюшинных образований, псевдокист или абсцессов под контролем УЗИ у 31, при этом у 8 из них пункции проводились неоднократно. Из 80 пациентов, которым были выполнены вмешательства под контролем УЗИ, умерло 9, летальность составила 11,3%.

Гнойно-септические осложнения: флегмоны забрюшинного пространства, параколиты, оментобурситы, плевриты, абсцессы различной локализации развились у 41 пациента. Несмотря на применяющиеся малоинвазивные оперативные вмешательства, у 17 больных, в связи с прогрессированием гнойно-воспалительных процессов, были выполнены открытые операции (лапаротомии, люмботомии с формированием лапаростом). У 24 из них малоинвазивные методы не применялись, в связи с распространенностью панкреонекроза им выполнены сразу открытые операции. В послеоперационном периоде в этой группе больных умерло 19 больных, летальность составила 46,3%.

Выводы. Применение патогенетически обоснованных методов лечения панкреонекроза, в том числе малоинвазивных технологий, позволяет значительно снизить число открытых оперативных вмешательств при панкреонекрозе, улучшить качество жизни в послеоперационном периоде и снизить послеоперационную летальность.

ЭТАПНОЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Дуберман Б.Л, Мизгирев Д.В., Поздеев В.Н., Кремлев В.В., Совершаев А.П.
МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи» Архангельска

Цель исследования. Оценка результатов этапного видеоэндоскопического лечения распространенных гнойных осложнений острого некротического панкреатита (ОНП).

Материалы и методы. За период 2002 – 2008 гг. в МУЗ «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Архангельска пролечено 1940 больных острым панкреатитом, среди них ОНП развился у 590 (30,4%) пациентов, у 199 (33,7%) протекал с гнойными осложнениями. При выявлении панкреатогенных жидкостных образований производились чрескожная пункция и дренирование дренажами 12F с эвакуацией экссудата, фистулографией и санацией полости. В период 2002 – 2005 гг. при наличии распространенных гнойных осложнений ОНП (оментобурсит, флегмона забрюшинного пространства) производились лапаротомия и/или люмботомия слева, дигитоклазия, секвестрэктомия, проточное дренирование парапанкреатических тканей – 75 больных (первая группа). Во второй группе – 2007 – 2008 гг. у 30 больных на 16,4±2,4 дня с момента поступления выполнялось бужирование дренажного канала телескопическими бужами с видеоэндоскопической ревизией полости, секвестрэктомией и веерообразным дренированием, с последующим проточным дренированием, программными видеоэндоскопическими операциями ($m = 3,9±0,5$ на больного). При сопоставлении по полу, возрасту, степени тяжести патологического процесса по интегральной шкале Balthazar группы были однородны.

Результаты. При анализе результатов лечения в первой и второй группах выявились значительные различия в количестве осложнений (70,7 и 26,7% соответственно) и послеоперационной летальности (52,7 и 6,7% соответственно). Средний койко-день оперированных больных в обеих группах составил 61,5 и 64,5 ± 5,0 суток.

Заключение. Этапное видеоэндоскопическое лечение позволяет осуществлять адекватную секвестрэктомию, дренирование, санацию очагов и улучшить результаты лечения больных с распространенными гнойными осложнениями ОНП.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАНКРЕО- И ПАРАПАНКРЕОНЕКРОЗА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Дюжева Т.Г., Шефер А.В., . Джус Е.В.
Отдел хирургии печени ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Известно, что панкреонекроз сопровождается развитием парапанкреонекроза, однако, выраженность последнего от ло-

кализации и объема некрозов в поджелудочной железе (ПЖ) изучена недостаточно.

Цель. Исследовать изменения в тканях, окружающих ПЖ, у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) с различным объемом и локализацией некрозов в ПЖ и проследить результаты лечения.

Материал и методы. Обследованы 50 больных ОДП, поступивших в клинику за последний год. Всем больным выполнена КТ с болюсным контрастированием на аппарате Simens Somaton Emothion 16 slise. Исследование начинали на 5 – 6 сутки от начала заболевания с последующими динамическими осмотрами через 7 – 9 дней. Всего выполнено 103 исследования. Оценку поражения ПЖ и окружающих тканей производили по шкале Balthazar (индекс некроза ПЖ и индекс воспалительных изменений). Всех больных разделили на 4 группы в зависимости от локализации поражения в ПЖ, выявленных при КТ. В 1-ю группу вошли 9 больных с некротическими изменениями во всех отделах ПЖ, во 2-ю группу – 15 больных с некрозами в зоне головки и перешейка, в 3-ю группу – 10 больных с некротическими изменениями в теле и хвосте, в 4-ю группу включены 16 больных, у которых, несмотря на наличие воспалительных изменений в окружающих тканях, некрозов в ПЖ не отмечено. Только консервативное лечение проведено 22 больным, пункции и дренирование зон деструкции – 6 больным, оперативное лечение – 22 больным (у 20 инфицирование подтверждено бактериологически).

Результаты. 1-я группа. Индекс некроза ПЖ составил 5,8±0,2 (более 50%), индекс воспалительных изменений – 3,7±0,2. У 8 из 9 больных отмечены распространенные формы парапанкреонекроза. Оперированы 7, умер один больной от аррозионного кровотечения из мезентериальных сосудов, вызванного воздействием панкреатического сока (стерильное острое жидкостное скопление с высоким уровнем амилазы).

2-я группа. Индекс некроза ПЖ – 2,1±0,1 (менее 30%), индекс воспалительных изменений – 3±0,2. У 6 из 15 больных отмечены распространенные формы поражения забрюшинной клетчатки (у 5 – по правому типу). Пункции и дренирование выполнены у 2 больных, оперированы 8. Умерли 4 больных, причиной смерти у 2 было прогрессирование гнойной интоксикации, у 2 – сопутствующие заболевания.

3-я группа. Индекс некроза составил 2,6±0,3, индекс воспалительных изменений – 3,5±0,2. Распространенные формы парапанкреонекроза наблюдали у 7 больных (у 3 по центральному, у 4 – по левому типу). Пункционное лечение проведено 1 больному, оперированы 4 больных, все выписаны.

4-я группа. Индекс некроза ПЖ – 0, индекс воспалительных изменений – 2,7±0,2. У 10 из 16 больных отмечены локальные формы поражения забрюшинной клетчатки. Пункции выполнены 3 больным, оперированы 3, умер один больной.

Заключение. Распространенный парапанкреконекроз развивается, как правило, при локализации некрозов, одновременно захватывающих все отделы поджелудочной железы. Ранняя диагностика и своевременная операция позволяют достичь хороших результатов. При относительно небольшом некротическом поражении ПЖ (30%), независимо от локализации (головка, тело, хвост), у 50% больных также развивались распространенные формы поражения забрюшинной клетчатки, что следует учитывать при составлении плана динамического наблюдения и лечения.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПАНКРЕАТОГЕННОГО ИНФИЛЬТРАТА

Епифанова И.П., Иванов П.А., Гришин А.В., Чжао А.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель исследования. Уточнение лечебной тактики при панкреатогенном инфильтрате.

Материалы и методы. Панкреатогенный инфильтрат (стерильный ретроперитонеонекроз, ПИ) был у 231 из 1150 (20,1%) среди всех больных острым панкреатитом (ОП) и у 220 из 351 (62,7%) больных тяжелым ОП в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского с 2001 по 2007 год. Пальпируемый ПИ определялся у 119 (51,5%) пациентов, непальпируемый, выявленный при Ro, УЗИ, КТ в виде инфильтративно-деструктивных изменений забрюшинной клетчатки – у 112(48,5%). Первые признаки ПИ проявлялись в сроки от 2 до 11суток с момента заболевания, в среднем на 7 + 4 сутки, максимальных размеров инфильтрат достигал на 10 – 23 сутки, в среднем на 16 + 4 сутки. При мелкоочаговом панкреонекрозе ПИ наблюдался у 26 (3,3%) больных, ограниченном мелкоочаговом – у 94 больных (49,2%), при крупноочаговом, субтотальном и тотальном – у 111 больных (62,7%). С выходом деструктивного процесса за пределы поджелудочной железы частота развития ПИ составила 37,7% у больных с поражением до трех анатомических зон забрюшинной клетчатки, 77,9% при поражении 4 – 6 зон и 76,5% – при поражении 7 и более анатомических зон. ПИ не наблюдался у больных без перехода деструктивного процесса на забрюшинную клетчатку. Лечение ПИ предусматривало проведение антибактериальной, иммунокорригирующей, симптоматической терапии и дополнительных методов лечения – ГБО и физиотерапии с использованием электромагнитных колебаний крайне высокой частоты (КВЧ-терапии).

Результаты. Неосложненное течение инфильтрата с постепенной резорбцией наблюдалось у 82 (35,5%) больных. Исход инфильтрата в асептические деструктивные осложнения с секвестрацией или формированием ранней псевдокисты был у 56 (24,2%) больных. Среди них у 26 (46,4%) требовались хирургические вмешательства, в том числе миниинвазивное дренирование у 20 (76,9%) и открытые хирургические – у 6 (23,1%). Выздоровели 42 (75%) больных, умерли 14 (25%), в том числе 13 от панкреатогенного шока или ранней полиорганной недостаточности, один – по причинам, не связанным с ОП. Исход ПИ в гнойно-деструктивные осложнения отмечен у 93 (40,3%) больных, в том числе с формированием отграниченного инфицированного панкреонекроза (абсцесс или инфицированная псевдокиста) – у 11(11,8%) и забрюшинной флегмоны у 82 (88,2%). Все больные были оперированы. 41(44,1%) пациент – с использованием только открытых традиционных операций, 52 (55,9%) – с применением комбинации традиционных и миниинвазивных вмешательств. Умерли 38 (40,8%), 37(39,8%) от гнойных осложнений и один по причинам, не связанным с ОП.

Заключение. Частота развития ПИ возрастает с увеличением распространенности деструктивного процесса по поджелудочной железе и по забрюшинной клетчатке. При ПИ показано проведение консервативной терапии, в результате которой возможны три варианта его эволюции: неосложненная резорбция в 35,5%, асептическая деструкция с секвестрацией и формированием ранней псевдокисты в 24,2%, и развитие гнойных осложнений в 40,3%. Лечебная тактика при осложненном течении панкреатогенного инфильтрата требует дальнейшего совершенствования.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А., Борисенко Е.О., Новосел С.Н., Озова З.М., Епифанова И.П., Корнеев Д.А., Гришин А.В.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, кафедра неотложной и общей хирургии РМАПО, Москва, Россия

Цель. Уточнить показания к миниинвазивным и традиционным открытым операциям при гнойных осложнениях панкреонекроза.

Материалы и методы. 1150 больных острым панкреатитом (ОП), лечившихся в НИИ СП им Н.В.Склифосовского в 2001 – 2007 годы, в том числе 351 больной тяжелым острым панкреатитом. Гнойные осложнения были у 73, что составило 6,3% ко всем больным ОП и 20,8% к больным тяжелым острым панкреатитом. Инфицированный неотграниченный ретроперитонеонекроз (забрюшинная флегмона) был у 58 пациентов, что составило 5,04% ко всем больным ОП, 16,5% к больным тяжелым ОП и 79,5% к больным с гнойными осложнениями ОП. Инфицированный отграниченный ретроперитонеонекроз (абсцесс, или ранняя инфицированная псевдокиста) был у 33 больных, что составило 2,9% ко всем больным ОП, 9,4% к больным тяжелым ОП и 45,2% к больным с гнойными осложнениями ОП. Общая летальность при гнойных осложнениях составила 30,8%.

Результаты и их обсуждение. При забрюшинной флегмоне у 20 больных лечение начинали с миниинвазивного дренирования. Ни в одном случае остановить прогрессирование флегмоны не удалось, требовался переход к традиционному хирургическому лечению. Летальность в этой группе составила 60%. Хирургические вмешательства со вскрытием, санацией и дренированием выполнены у 58 больных, всего 108 операций, от 1 до 5 у больного. Доступ предусматривал люмботомию или ограниченную лапаротомию в проекции очага деструкции. Широкие срединные или поперечные доступы не имели преимуществ (летальность 80% при средней 40%.) Закрытое дренирование с зашиванием раны и аспирационно-промывным лечением использовано у 26 больных. Из них при завершенной секвестрации, полной некрсеквестрэктомии гнойный процесс купирован во всех 7 случаях, а при незавершенной секвестрации только в 1 из 19 (5,3%). «Открытое» дренирование с этапными некрсеквестрэктомиями использовано у 54 больных, всегда при незавершенной секвестрации. Гнойный процесс купирован в 64,6% наблюдений.

Отграниченный инфицированный ретроперитонеонекроз был у 33 больных, в том числе 48 абсцессов и 14 ранних инфицированных псевдокист, от 1 до 5 у больного. Лечение начинали со чрескожных дренирующих вмешательств у 13 больных по поводу 15 абсцессов и 5 ранних инфицированных псевдокист. В 65% гнойный процесс купирован, в 35% эффект отсутствовал, в том числе когда абсцесс сочетался с флегмоной, или в полости были крупные секвестры. Хирургическое вскрытие произведено у 20 больных. Показаниями были: неэффективность чрескожного дренирования, сочетание с забрюшинной флегмоной, наличие множественных крупных секвестров или отрогов сложной формы. Гнойный процесс купирован в 79% наблюдений. Среди 12 больных только с абсцессами и псевдокистами умерших не было.

Заключение. При неотграниченном инфицированном панкреонекрозе «открытый» метод дренирования с этапными санациями позволяет купировать гнойный процесс в 64,6% наблюдений. При отграниченном инфицированном панкреонекрозе методом выбора служит чрескожное дренирование, которое показано при отсутствии крупных секвестров и сопутствующей флегмоны.

ПРИМЕНЕНИЕ БАКТЕРИОФАГОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Заривчацкий М.Ф., Грищук В.В., Мугатаров И.Н.

Пермская государственная медицинская академия им ак. Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты комплексного лечения больных инфицированным панкреонекрозом с включением поливалентного пиобактериофага «Секстафаг».

Материалы и методы. Отражен четырехлетний (2004 – 2008 гг.) период работы по проблеме лечения больных инфицированным панкреонекрозом. Больные разделены на две группы: основную и сравнения. Основная группа включала 29 больных, которым в комплексную терапию был включен секстафаг, а группа сравнения – 31 больного, получавшего традиционное лечение.

Фаготерапию начинали проводить с момента операции, применяя три способа его введения. Во время операции проводилось обкалывание зон некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, энтеральное введение через кишечный зонд, местный лаваж сальниковой сумки через микроирригаторные дренажи.

Результаты. Клинически положительный эффект применения секстафага в комплексе проводимых лечебных мероприятий наблюдался уже на 3 – 7 сутки. Это проявлялось в более быстрой локализации инфекционного очага, нивелировании симптомов системного воспалительного ответа, а также органной и системной дисфункции. Наступало значительное улучшение клинического состояния, нормализовалась температура тела. Парез кишечника ликвидировался на 3 – 5 сутки после операции и начала лечения.

Средний койко-день выписавшихся больных с инфицированным панкреонекрозом составил в основной группе 35,20 ± 4,14 дня, а в группе сравнения 47,75 ± 5,85 дня ($p < 0,05$).

Заключение. Включение в комплекс лечения больных с инфицированным панкреонекрозом препарата «Секстафаг» позволяет быстро локализовать очаг инфекционного процесса, снизить симптомы системного воспалительного ответа, полиорганной и системной недостаточности.

РОЛЬ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Иванов Ю.В., Соловьев Н.А., Сазонов Д.В.

ФГУЗ «Клиническая больница № 83» ФМБА России, Москва

В настоящее время в России и за рубежом основу лечения острого билиарного панкреатита (ОБП) составляет патогенетически обоснованная ранняя декомпрессия билиарной системы. Однако сроки декомпрессии билиарной системы, объем, методы и показания к ее выполнению еще не до конца ясны.

Клинические исследования были проведены у 136 больных ОБП. Все больные были разделены на две группы: основную (I) – 76 пациентов, которым в комплекс лечебных мероприятий были включены малоинвазивные эндохирургические вмешательства, и контрольную (II) – 60 больных, лечившихся традиционными методами.

По показаниям, основанным на данных обследования и индивидуальных особенностях течения заболевания, диагностические мероприятия завершали лечебными: ЭГДС – эндоскопической па-

пиллосфинктеротомией (ЭПСТ), эндоскопическим дренированием главного панкреатического протока, назобилиарным дренированием, а лапароскопию – выполнением ряда лечебных манипуляций. В основной группе больных ОБП на фоне традиционной комплексной терапии обязательно осуществляли декомпрессию билиарной системы с помощью эндохирургических технологий.

При ОБП в экстренном или срочном порядке сразу же после уточнения диагноза при обнаружении патологических изменений большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) выполняли попытку их устранения с помощью малоинвазивных эндоскопических вмешательств.

Включение в комплексное лечение больных ОБП малоинвазивных эндохирургических методик на ранних стадиях заболевания позволило значительно улучшить результаты лечения. Разработана новая лечебно-диагностическая тактика при билиарном ОП, основным этапом которой является выполнение в экстренном или срочном порядке эндоскопической декомпрессии желчных путей – ЭПСТ с восстановлением проходимости общего желчного протока, БСДК и назобилиарным дренированием или чрескожно-чреспеченочной холецисто- или холангиостомы.

Во всех случаях декомпрессии билиарной системы был отмечен положительный эффект, заключавшийся в быстром купировании болей, снижении уровня ферментемии, воспалительных явлений. Средний койко-день у больных основной группы был меньше в 1,4 раза, чем в контрольной группе. В основной группе наблюдали всего 12 больных с осложнениями (16%), тогда как в контрольной – 33 (55%). Общее количество экстраабдоминальных осложнений у больных основной группы было меньше в 1,2 раза, а интраабдоминальных – в 1,5 раза, чем в контрольной группе. Общее количество переходов от консервативного лечения к открытым оперативным вмешательствам у больных основной группы составило 8 (10,5%), а в контрольной – 15 (25%), что в 2,4 раза больше. Общая летальность в основной группе больных была в 2,8 раза меньше, чем в контрольной, а послеоперационная летальность – соответственно в 2,5 раза.

Таким образом, раннее применение новых малоинвазивных эндохирургических методик на фоне комплексного лечения ОБП обосновано и дает существенное снижение длительности лечения, количества осложнений и летальности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ишмухаметов И.Х., Тимербулатов Ш.В., Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Муслухова Э.И.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа, Россия

Целью нашего исследования являлось прогнозирование развития гнойно-септических осложнений (ГСО) острого деструктивного панкреатита (ОДП) с помощью искусственной нейронной сети (ИНС).

Методы. Дизайн исследования – проспективное, нерандомизированное, одноцентровое, обсервационное. Пациенты и критерии включения: 100 больных с ОДП, со средним возрастом 48,3±14,2 года (21 – 79 лет), соотношение мужчин и женщин – 1,56:1. Критерии исключения: смерть в первые 48 часов от момента госпитализации; сердечная недостаточность (NYHA класса III и выше); печеночная недостаточность (Child-Pugh класса C); иммуносупрессивная терапия. Классификация пациентов: больные с ОДП были разделены на 2 группы: абдоминальных ГСО (n = 49) и контрольную группу (n = 51), состоящую из 12 больных с экстраабдоминальными ГСО (респираторный тракт, мочевыводящие пути, кожа и мягкие ткани, кровь) и 39 больных со стерильным панкреонекрозом без ГСО. Входные данные: для ИНС были отобраны факторы, имевшие наибольшее влияние на конечный результат, – объем панкреонекроза, критерии системного воспалительного ответа (ССВО), лихорадка, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровни прокальцитонина. Относительную силу взаимосвязи между предикторами и развитием ГСО определяли как отношение шансов (ОШ) с помощью логистического регрессионного анализа. Величина ОШ и 95% ДИ > 1,0 означала важную этиологическую роль фактора; при ОШ = 1,0 фактор не оказывал воздействия; и ОШ.

Дискриминационную способность ИНС сравнили со шкалами APACHE II, RISSC и критериями УЗИ/КТ.

Результаты. Нейронная сеть, сконструированная из 5 вышеназванных критериев, обученная и протестированная по стандартному протоколу, показала самую высокую дискриминационную способность в прогнозировании случаев абдоминальных ГСО среди больных с ОДП, статистически значимо больше по сравнению с другими моделями. При чувствительности в 63,3% ИНС продемонстрировала самую высокую среди прогностических моделей специфичность в 88,2%, разница была статистически значимой в сравнении со шкалами APACHE II, RISSC и критериями УЗИ/КТ.

Выводы. ИНС является качественным инструментом для предсказания развития гнойно-септических осложнений острого деструктивного панкреатита и имеет преимущества перед классическими системами прогнозирования.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ФОРМ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Кадощук Т.А., Каниковский О.Е., Петрушенко В.В., Павлик И.В., Стукан С.С., Росохай А.В.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Ректор – чл.-кор. АМНУ, профессор В.М. Мороз), Винница, Украина

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с септическим ОДП путем применения разработанных способов дренирования и дренирующих устройств.

Материал и методы. Разработаны способ дренирования ложа ПЖ и способ дренирования забрюшинного пространства на основе тщательного изучения фасций, межфасциальных забрюшинных клетчаточных пространств на 40 трупах взрослых людей с учетом преобразований, связанных с вторичной фиксацией органов брюшной полости и забрюшинного пространства, происходящих в период внутриутробного развития плода. Препаровка фасциальных листков осуществлялась предварительным введением воздуха в межфасциальные промежутки. Клиническая часть исследований включала анализ 593 больных с ОДП за период с 1972 по 2008 годы. Мужчин было 439 (74%), женщин – 154 (26%) в возрасте от 22 до 73 лет. Большинство пациентов (469 – 79,2%) было в возрасте до 50 лет. Хирургическое лечение у 192 (32,3%) больных с ОДП с 1972 по 1983 годы, которое выполнялось в ранние сроки заболевания (до 7 дней) с применением традиционных методов дренирования, оказалось неудовлетворительным, с летальностью 45,9%. Лечебная тактика у 401 больного с ОДП с 1983 года осуществлялась с учетом разработанной нами комплексной интенсивной терапии, которая учитывала источник инфицирования асептического ОДП: при первичной форме заболевания им является кишечник, а при вторичной – хирургическое вмешательство в ранней фазе заболевания. Показанием к операции служило развитие инфицирования ОДП. Поэтому с момента установления диагноза комплексная терапия предусматривает профилактику инфицирования АОДП применением антибактериальных препаратов в/в и эндолимфатическим путем, а для блокады развития микрофлоры в верхних отделах пищеварительного тракта антибиотики вводили в желудок. Проведенная комплексная интенсивная терапия у больных с асептическим ОДП привела к выздоровлению 43,2% пациентов без хирургического вмешательства. При выполнении оперативных вмешательств с 1983 по 2008 год у больных с септическим ОДП производили тщательное удаление гнойно-некротических тканей и формировали общую закрытую полость для адекватного оттока гнойного содержимого и секвестров (а.с. 1698904), которую обрабатывали сорбентом силиксом (а.с.1165400), имеющим наиболее высокую сорбционную емкость относительно микробов и токсинов белковой природы, что способствовало усилению ведущих механизмов детоксикации: связыванию токсинов некротических тканей, блокируя их всасывание, и увеличение элиминации их сосудистого русла. Завершали операцию дренированием ложа ПЖ (а.с.1286176) и ЗКП (а.с.1292741) с применением спаренных (а.с.1109175) или каркасных (а.с.1217423) дренирующих устройств, которые герметично закрывали в стерильные мешки или перчатки. Ирригоаспирацию по дренажам проводили с использованием внутриполостной аппликационной сорбции силиксом (а.с.1160799), которая, наряду с вышеуказанными свойствами, профилактировала аррозивное кровотечение (пат.№ 2093159) и приводила к ускорению облитерации полости и быстрейшему заживлению (пат. № 2021819).

Заключение. Патогенетически обоснованные методы адекватного дренирования ЗКП и ЛПЖ у больных с СОДП с использованием силикса, обладающего высокой осмотической активностью, значительно ускоряют интенсивность перемещения токсических веществ и бактерий с воспалительных и некротических тканей в дренированную полость. Удаление гнойно-некротического содержимого способствовало уменьшению эндотоксического поражения жизненно важных внутренних органов. Число повторных хирургических вмешательств по сравнению со способами дренирования с 1972 по 1983 год уменьшилось на 76,8%, летальность снизилась с 45,9 до 10,8%.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Давлатов У.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом путем разработки единого лечебно-диагностического стандарта.

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 98 больных с инфицированным панкреонекрозом. Из них 68 пациентов составили группу сравнения, 30 больных – опытную группу.

Результаты исследований. В группе сравнения у 23 человек панкреонекроз диагностирован во время хирургического вмешательства с подозрением на другую острую хирургическую патологию. У 15 больных инфицированный панкреонекроз диагностирован при поступлении на основании клинической картины и данных УЗИ, у остальных 30 пациентов комплекс лечебных мероприятий начат с консервативной терапии, неэффективность которой явилась показанием к оперативному лечению. Объем оперативного вмешательства заключался во вскрытии, санации, дренировании сальниковой сумки (СС) и брюшной полости; при наличии острого холецистита – выполнении холецистэктомии с холангиостомией. В послеоперационном периоде всем пациентам, наряду с интенсивной терапией, проводился непрерывный капельный лаваж СС растворами аминокапроновой кислоты и фурацилина, интенсивная терапия осуществлялась с использованием ДВАКТ.

В опытной группе инфицированный панкреонекроз диагностирован на основании результатов КТ и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ). Установленный диагноз инфицированного панкреонекроза являлся показанием к экстренному оперативному вмешательству. При невозможности определения характера панкреонекроза выполнялась диагностическая лапароскопия. Наличие в брюшной полости фибринозного или гнойного выпота свидетельствовало о наличии инфицированного панкреонекроза.

Объем оперативного вмешательства заключался в широкой срединной лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости и СС по предложенной нами методике дренирования СС и оментобурсостомии.

Предложенный способ дренирования СС заключался в следующем: через обе подреберные области с проведением через винслово отверстие устанавливали один тонкий дренаж (12 – 14 FR) в верхней половине СС, который использовался для введения антисептиков. Затем через обе боковые области живота устанавливали два толстых двухпросветных дренажа (28 – 34 FR) на дно СС. Эти дренажи использовались для оттока промывных вод. Санация СС осуществлялась 0,1% ЭВР гипохлорита натрия. При распространенном панкреонекрозе через 7 – 10 дней в средней трети послеоперационной раны распускали швы на протяжении 4 – 5 см, распускали швы на желудочно-ободочной связке и вскрывали СС. Формировали оментобурсостому, и поэтому отпадала необходимость в подшивании желудочно-ободочной связки к передней брюшной стенке. Через сформированную оментобурсостому проводили санацию и некрэктомию. Рану тампонировали, лаваж СС продолжали. Эффективность проводимой этапной санации СС оценивалась периодическим КТ-контролем.

В группе сравнения частота послеоперационных осложнений составила 52,9±6,1% (36 наблюдений), летальность – 27,9±5,4% (19 случаев). В опытной группе эти показатели составили 30,0±8,4% (9 наблюдений) и 16,7±6,8% (5 случаев) соответственно.

Вывод. Предложенная нами лечебная тактика при инфицированном панкреонекрозе является высокоэффективной и позволяет добиться значительного улучшения результатов лечения данной категории больных.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СТЕНКЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Катасонов М.В., Белоконев В.И.
Кафедра хирургических болезней № 2 ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава», Городская клиническая больница № 1 Тольятти

Цель исследования. Выявить закономерности морфологических изменений в стенке ЖКТ при тяжелом остром панкреатите (ТОП).

Мы исследовали стенки ЖКТ на всем протяжении у 96 умерших от ТОП и 18 больных, которым была выполнена резекция ободочной кишки в связи с ее некрозом из-за распространения парапанкреатической флегмоны.

Наши исследования показали, что в ранние сроки ТОП патологические изменения прослеживались во всех отделах ЖКТ. Поражение желудка наблюдалось в 41,7% случаев, ободочной кишки в 33,3%, ДПК в 9,4%, тонкой кишки в 4,17% случаев. Изменения в органах варьировались от небольших петехиальных кровоизлияний в слизистой оболочке до поверхностных эрозий и язв, дном которых была мышечная оболочка. В 3 наблюдениях выявлена перфорация острых язв, расположенных по задней стенке кардиального отдела желудка. У больных с хроническими язвами на фоне ТОП имело место их обострение с перфорацией. Наибольшие изменения имели место на участках тонкой кишки, в брыжейке которых изменения были наиболее выражены. Кроме того, в интрамуральном нервном аппарате тонкой кишки отмечена демиелинизация и дистрофия нервных волокон, что следует рассматривать как морфологическую основу пареза кишечника. На участках ободочной кишки, где образовался свищ, изменения в стенке состояли в выраженной лейкоцитарной инфильтрации слизистой с разрушением собственной мышечной пластинки слизистой и подслизистой оболочки; в некрозе и деструкции на отдельных участках слизистой, подслизистой и мышечной оболочек; в выраженной лейкоцитарной инфильтрации брыжейки ободочной кишки с тромбозом сосудов. В брыжейке толстой кишки в этих случаях наблюдали гнойное воспаление с очагами геморрагического и жирового некроза, тромбозом сосудов.

Наши исследования показали, что наиболее часто поражаются желудок, ободочная кишка и ДПК, то есть органы, непосредственно окружающие поджелудочную железу.

Выводы:

1. Изменения в ЖКТ при ТОП, прежде всего, являются следствием нарушения микроциркуляции в стенках органов вследствие ферментемии. Поражение начинается со стороны слизистой и при нарастании ишемии захватывает мышечную и серозную оболочки.

2. В поздних стадиях ТОП к вышеописанным изменениям присоединяются деструктивно-некротические процессы, начинающиеся со стороны серозной оболочки, которые обусловлены парапанкреатической флегмоной. Наиболее сильно поражаются органы, расположенные непосредственно вокруг поджелудочной железы.

3. Основной причиной образования свищей ободочной кишки и ДПК являются гнойно-воспалительные процессы, протекающие в забрюшинной клетчатке и брыжейке кишки. Причиной же образования свищей тонкой кишки при панкреонекрозе следует считать развитие эвентераций и повторные лапаротомии, во время которых происходит механическая травма стенки кишки.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Качалов С.Н., Кропачева Е.И., ХоменкоА.И., Тясто И.В., Фуртат А.С.
НУЗ ДКБ на станции Хабаровск 1 ОАО РЖД, ул. Воронежская, 49

За период с 2003 по 2008 год в хирургическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск 1 ОАО РЖД было пролечено 50 больных с инфицированным панкреонекрозом, с различными вариантами течения гнойного процесса. Такие осложнения развивались спустя 2 – 3 недели после госпитализации.

При обследовании и лечении в отделении в течение 60 койко-дней: УЗИ поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки в динамике, лабораторной и клинической оценки, за период наблюдения было выявлено 33 больных (67%) с гнойным оментобурситом, 7 больных (13%) с абсцессом поджелудочной железы и 10 больных (20%) с флегмоной забрюшинной клетчатки.

Вид операции определялся после получения лабораторных и соноскопических данных. У больных с гнойным оментобурситом на фоне гнойно-некротического поражения железы при наступлении секвестрации омертвевших тканей самой поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки выполнялось вскрытие сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия и тампонада по Пенрозу с промывным дренированием. При локализованных формах гнойного оментобурсита без сопутствующего некротического расплавления самой железы выполнялось вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки через желудочно-ободочную связку из мини-доступа в левом подреберье. У больных с гнойным панкреатитом, осложненным гнойным парапанкреатитом и забрюшинной флегмоной, выполнено открытое хирургическое вмешательство. В стадии гнойно-некротических осложнений (флегмона забрюшинного пространства, гнойный парапанкреатит, абсцесс сальниковой сумки) объем операции заключался в широкой лапаротомии, холецистэктомии с дренированием общего желчного протока или холецистостомией (при билиарной гипертензии), абдоминизации поджелудочной железы, вскрытии абсцессов, первичной некрсеквестрэктомии поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, дренировании сальниковой сумки, брюшной полости, забрюшинного пространства, формировании оментобурсостомы для последующих программированных санационных релапаротомий.

Некрэктомия произведена у 40 больных (80%) в процессе ревизии, определения характера и распространённости гнойно-некротического поражения забрюшинной клетчатки. Именно эта манипуляция определяла объём и травматичность операции, так как при обширном поражении забрюшинной клетчатки приходилось подвергать разрушению большую площадь некротизированных тканей и осуществлять дополнительные разрезы в поясничных-боковых областях.

Из 50 оперированных больных умерло 15 пациентов (30%): 13 больных (26%) – от прогрессирующей полиорганной недостаточности, один больной (2%) – от инфаркта миокарда и один больной (2%) – от кровотечения из острых язв желудка.

Анализ чувствительности флоры к антибиотикам показал, что препаратами выбора для наиболее часто выявленных возбудителей гнойно-септических форм панкреонекроза являлись карбопенемы (тиенам, меронем) – 93% чувствительности больных, фторхинолоны (циплокс) в комбинации с метрогилом – 80% чувствительности и цефалоспорины 3-го поколения (цефтриаксон) – 60% чувствительности. Эти данные подтвердили микробиологическую обоснованность выбора перечисленных препаратов для лечения в нашей клинике больных с гнойными вариантами панкреонекроза.

Таким образом, своевременная диагностика гнойных осложнений панкреонекроза представляет серьёзную проблему. Её успешное осуществление невозможно без применения современных методов, таких, как пункция жидкостных скоплений под контролем УЗИ с микробиологической диагностикой. Выбор хирургического пособия при гнойно-деструктивных формах острого панкреатита должен четко коррелироваться с вариантом распространенности процесса (локализованная или нелокализованная форма).

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Корняк Б.С., Ткачев П.В., Налетов В.В.
МГМСУ, Москва, Россия

Актуальность. Деструктивный панкреонекроз диагностируется у 50 – 60% пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом острый панкреатит, что требует активной хирургической тактики, а летальность при этих формах заболевания составляет в среднем от 24 до 65% наблюдений.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. С 1999 по 2009 год в хирургических стационарах ГКБ 40 и 33 (Москва) на лечении находилось 362 пациента с острым панкреатитом, осложненным инфицированным панкреонекрозом в возрасте от 18 до 83 лет (средний возраст – 54,6±1,4 года). Все пациенты обследованы по стандартизованной схеме: физикальное, клинико-лабораторные показатели крови и мочи, биохимический анализ крови, гемакоагулограмма. Инструментальные методы включали в себя: рентгенографию органов грудной и брюшной полости, ЭГДС, УЗИ, КТ исследование. Различные операции выполнены у 198 (54,7%) пациентов.

Результаты. На дооперационном этапе умерло 29 (8,0%) больных (основная причина летальных исходов в этой группе больных – панкреатогенный шок – у 19 (5,4%) человек). Дооперационная летальность составила 8,0%. Миниинвазивные операции выполнены у 75 (20,7%) пациентов. Лапароскопическое дренирование брюшной полости – у 26 (7,2%). Этот вид вмешательства оказался эффективным у 23 пациентов. Необходимость в наложении лапароскопической холецистостомы возникла у 19 (5,2%) пациентов с деструктивными изменениями головки поджелудочной железы. Летальных исходов в этой группе не отмечено. Пунктирование или дренирование отграниченных жидкостных скоплений под УЗ наведением выполнено у 49 (13,5%) больных. Повторные тонкоигольные пункции произведены в 32 случаях (от 2 до 5 раз). Традиционные вмешательства – у 123 (33,9%). Оментобурсостомия – у 34 (9,4%). Наиболее распространенной операцией является некрсеквестрэктомия, которая выполнена у 89 (24,5%). Радикальное (полное) удаление секвестров произведено у 38 (10,5%) пациентов. Операция заканчивалась дренированием и, реже, тампонированием брюшной полости. При «незаконченной» секвестрации выполнялись щадящие некрсеквестрэктомии с повторным удалением нежизнеспособных тканей. Щадящие некрсеквестрэктомии выполнены у 51 (14,1%). Послеоперационный период осложнился у 22 (6,0%). Наиболее распространенными осложнениями послеоперационного периода явились: желудочно-кишечные кровотечения (острые – стрессорные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки), формирование тонко- и толстокишечных свищей, абдоминальный сепсис, острая печеночно-почечная недостаточность, сахарный диабет, гидроторакс и пневмонии. Послеоперационная летальность составила 29,2%.

Заключение. При отсутствии крупных секвестров и наличии отграниченных жидкостных скоплений мы отдавали предпочтение пункционно-дренирующему методу под сонографическим контролем. Наличие ферментативного перитонита, скоплений жидкости в сальниковой сумке является показанием к лапароскопическим операциям. При гнойных процессах парапанкреатической клетчатки (флегмонах и абсцессах), на наш взгляд, целесообразно выполнять программированные, этапные щадящие некрсеквестрэктомии через 5 – 7 дней с адекватным дренированием забрюшинных клетчаточных пространств и формированием промывных систем.

ПРОБЛЕМЫ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Корольков А.Ю., Битеев Н.Ю., Куприн А.А.
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Проблема хирургической тактики лечения при осложненных формах панкреонекроза остается актуальной в настоящее время.

В период с 2001 по 2005 годы нами изучены результаты открытого и малоинвазивных способов лечения осложнений панкреонекроза у 160 больных.

Малоинвазивные вмешательства были выполнены 108 пациентам (68,75%). Лапароскопия выполнена 105 больным (65,63%). Данное исследование позволяло обнаружить геморрагический выпот в брюшной полости и очаги стеатонекроза, завершалось дренированием брюшной полости. В данной группе летальность составила 24 пациента (23,3%). Эхо-контролируемое дренирование забрюшинного пространства и сальниковой сумки выполнено 3 пациентам (2.78%). Летальности в данной группе не было.

Хирургическому лечению с применением открытого доступа подверглись 52 пациента (31,25%). Из них лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости, забрюшинного пространства, сальниковой сумки выполнены 44 больным (84.62%), люмботомии с санацией и дренированием забрюшинного пространства – 3 пациентам (5.77%). Данная группа оказалась без летальных исходов. Лапаротомии, дополненные люмботомиями, выполнены наиболее тяжелым пациентам с прогрессированием гнойно-септических осложнений (5 человек (9.61%)). Общая летальность в группе больных, подвергшихся хирургическому вмешательству, составила 26 человек (50%). Из них после лапаротомий летальность 22 (50%). При сочетании лапаротомии с люмботомией отмечается самая высокая смертность – 4 человека (80%).

Таким образом, лечение гнойных осложнений деструктивного панкреатита с помощью малоинвазивных методик снижает летальность с 53,1% при традиционной хирургической тактике лечения до 25% при лапароскопии с дренированием брюшной полости, тонкоигольной пункции и дренировании под контролем УЗИ.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Костырной А.В., Гройзик К.Л., Игнатенко Д.С., Каракурсаков Н.Э.
Кафедра общей хирургии (зав.кафедрой – проф. Костырной А.В.), Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь, АРК, Украина

Цель. Обосновать различные варианты хирургического пособия при различных гнойно-некротических осложнениях инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. За 37 лет проанализирован опыт наблюдения и лечения 4630 больных с острым панкреатитом. В зависимости от наших взглядов на процессы при данной патологии больные были разделены на IV периода наблюдения. С целью диагностики степени распространения воспалительного процесса разработана 3D-модель, позволяющая своевременно вносить коррективы в лечебно-тактическую программу при панкреонекрозе

Результаты. Установлено, что при отечных формах панкреатита закрытые методики обеспечивают лучшие результаты, количество послеоперационных осложнений на 17% меньше, чем в группе, где использованы открытые методики. Закрытые методики имеют преимущество перед открытыми и при асептическом панкреонекрозе – количество послеоперационных осложнений было меньше на 22%. Поэтому в случаях вынужденных лапаротомий при отечной форме и асептическом некрозе преимущество имеет закрытое ведение больных, а вмешательства в этих стадиях панкреатита должны быть «исключением, а не правилом». Методика активного постоянного лаважа более эффективна при лечении локализованных форм гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Распространенные формы в виде флегмон с гнойными затеками по параколическим клетчаточным пространствам остаются вне воздействия активного дренирования, что может привести к развитию новых гнойно-некротических очагов. Методика программированной некрсеквестрэктомии имеет преимущества при распространенных формах процесса. Пассивное дренирование с последующими секвестрэктомиями по необходимости имеют одинаково неэффективные результаты вне зависимости от степени распространения процесса. Программированные релапаротомии выполнены у 63 пациентов, задачей которых было выполнение этапных секвестрэктомий, которые показаны при формировании ранних интраабдоминальных абсцессов. Методика закрытого лаважа выполнена у 81 больного при локализованных формах гнойно-некротических осложнений панкреонекроза. Методика открытого лечения путем управляемой лапаростомии выполнена у 49 пациентов и показана при инфицированном панкреонекрозе, осложненном прогрессирующей флегмоной забрюшинного пространства. Сравнительный анализ течения послеоперационного периода у больных с пассивным и активным дренированием показал, что необходимость в повторном вмешательстве среди пациентов с пассивным дренажем возникла у 225 (88,8%) из 253 наблюдений. При постоянном активном дренировании сальниковой сумки повторные вмешательства выполнены 39 (48,2%) из 81 больного. В целом, внедрение современных методик лечения при панкреонекрозе обеспечило улучшение результатов: после стандартных хирургических вмешательств, завершенных пассивным дренированием гнойного очага и выполнением повторных некрсеквестрэктомий «по необходимости», от разного рода осложнений умерло 94 (37,1%) из 253 пациентов. В группе 218 больных, которым некрсеквестрэктомии выполнены с использованием современных методик, от осложнений в послеоперационном периоде умерло 47 (21,5%).

Заключение. Вариант завершения оперативного пособия при инфицированных формах панкреонекроза зависит от степени распространения гнойно-некротического процесса.

КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Фаррахов А.З.
Казанский государственный медицинский университет, РКБ МЗ РТ, Казань, РФ РТ

Цель исследования. Оптимизация лечебного процесса у больных панкреонекрозом и снижение летальности.

Материалы и методы. Применение комбинированных методов оперативных вмешательств у больных панкреонекрозом.

В хирургической клинике № 1 КГМУ на базе ГМУ РКБ МЗ РТ за период с 2003 по 2008 год находилось на лечении 834 больных с острым панкреатитом, подтвержденным клинико-лабораторными, инструментальными методами исследований. Деструктивные формы острого панкреатита были у 271 больного. Хирургическое вмешательство потребовалось в 234 наблюдениях.

На разных этапах панкреонекроза использовались различные методики хирургического лечения: лапароскопические операции, вмешательства под лучевым наведением, открытые – лапаротомия, люмботомия.

При поступлении больных с клиникой деструктивного панкреатита лечебно-диагностический алгоритм, в зависимости от характера течения заболевания, заключался в следующих этапах.

1. Определение распространенности деструктивного процесса в поджелудочной железе, наличие или отсутствие перитонита.

2. Выявление степени заинтересованности в воспалительном процессе парапанкреатической клетчатки и забрюшинного пространства.

3. Определение тяжести синдрома полиорганной недостаточности.

4. Установление наличие инфицирования.

Результаты. В зависимости от стадии и вида осложнений панкреонекроза пациентам выполняли различные варианты хирургических вмешательств. Видеолапароскопические вмешательства с лечебно-диагностической целью были выполнены 98 пациентам, непосредственно после этих операций было 3 летальных исхода. Вмешательства под лучевым наведением в различных фазах панкреонекроза – 168 пациентам и 132 открытых вмешательства по поводу инфицированного панкреонекроза. Минимально – инвазивные технологии с применением лучевой навигации проводили на всех этапах лечения панкреонекроза, и во всех фазах заболевания. Кроме того, они позволяют значительно снизить фактор операционный травмы. В 32 случаях операции под лучевым наведением явились законченным хирургическим вмешательством. Противопоказаниями для проведения оперативных вмешательств под лучевым наведением считаем невозможность визуализации зоны поражения, наличие крупных секвестров с минимальным жидкостным компонентом.

Большинству больных потребовалось комбинированное хирургическое лечение, сочетание минимально инвазивных методик и открытых операций (лапаротомия, люмботомия) – 181 пациенту. Одномоментная санация лапаротомным доступом у больных инфицированным панкреонекрозом во многих случаях не удается, это требует повторных вмешательств, так называемых программируемых санаций. Программируемые санации были проведены 89 пациентам, в среднем проводилось от 3 до 6 санаций. В остальных случаях санация забрюшинного пространства и полости малого сальника проводилась с использованием минимально – инвазивных методик.

Заключение. Использование комбинированных методов хирургического лечения больных инфицированным панкреонекрозом способствует значительному улучшению результатов лечения. Сочетание минимально инвазивных и открытых методик позволило снизить послеоперационную летальность при деструктивных формах панкреонекроза до 12,5%.

ЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кукош М.В., Гомозов Г.И., Трухалёв В.А.
Нижегородская государственная медицинская академия, МЛПУ Городская клиническая больница № 7

В настоящее время острый панкреатит является одним из самых распространённых заболеваний в неотложной хирургии. Заболеваемость составляет 18,2 на 10 000 населения (в Нижегородской области), причём отмечается тенденция к повышению данного показателя. Летальность при остром интерстициальном панкреатите составляет менее 1%, при стерильном панкреонекрозе превышает 10% и при инфицированном составляет более 50%. Послеоперационная летальность достигает 23,2%. Перспективным направлением в лечении различных форм панкреонекроза являются эндохирургические методики.

За период с 2006 по 2008 год в клинике факультетской хирургии НижГМА находилось на лечении 1092 пациента с диагнозом острый панкреатит. Оперировано 64 больных. По поводу стерильного панкреонекроза оперировано 30 пациентов, инфицированного – 34.

Эндохирургические вмешательства выполнены 27 больным, из них по поводу стерильного панкреонекроза – 23 пациентам, по поводу инфицированного – 4. Показаниями к эндохирургическим вмешательствам служили: наличие у больного ферментативного перитонита, подтверждённого клинически и по данным ультрасонографии органов брюшной полости, неуверенность в диагнозе и отсутствие эффекта от консервативного лечения. В ходе вмешательства выполнялись ревизия брюшной полости, аспирация выпота, дренирование брюшной полости. В 6 случаях по результатам диагностической лапароскопии выставлены показания к лапаротомии. В послеоперационном периоде больные получали антисекреторные препараты, антибиотики, инфузионную и дезинтоксикационную терапию.

В послеоперационном периоде в группе больных со стерильным панкреонекрозом, перенесших эндохирургические вмешательства, отмечено более быстрое купирование болевого синдрома, снижение интоксикации, улучшение клинико-лабораторных показателей. Летальных исходов в этой группе не было.

Полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности эндохирургических методик в диагностике и лечении острого панкреатита.

ПРОКАЛЬЦИОТОНИНОВЫЙ ТЕСТ В ДИАГНОСТИКЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кукош М.В., Разумовский Н.К., Гомозов Г.И., Трухалёв В.А.
ГОУ ВПО НижГМА, Нижний Новгород, РФ

Несмотря на все прилагаемые усилия, летальность при деструктивном панкреатите остается чрезвычайно высокой. Одним из перспективных направлений совершенствования диагностики инфицированного панкреонекроза (ПН) является определение концентрации прокальциотонина – маркера системной воспалительной реакции и бактериального инфицирования.

Цель исследования. Оценить результаты использования прокальциотонинового теста (ПКТ) для верификации формы и стратификации по тяжести больных с деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы. Материалом настоящей работы являются результаты ретроспективного обследования 39 больных острым деструктивным панкреатитом, находящихся на лечении в клинике факультетской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии за период с 2006 по 2007 год. Основными критериями включения больных в исследование являлись выполнение ПКТ и четкая верификация клинико-морфологической формы острого панкреатита.

Инструментальные и лабораторные методы диагностики включали ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства, лечебно-диагностическую лапароскопию, общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по методике Я.Я. Кальф-Калифа (1941). Ряду пациентов выполнялась компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства.

Определение концентрации прокальциотонина плазмы проводили полуколичественным анализом (B.R.A.H.M.S. PCT-Q) в диапазонах: < 0,5 нг/мл; от 0,5 нг/мл до < 2 нг/мл; от 2 нг/мл до < 10 нг/мл; > 10 нг/мл.

В соответствии с клинико-морфологическими критериями были выделены 2 группы больных.

В первую группу включены 16 больных (7 женщин и 9 мужчин) со стерильным ПН. Консервативное лечение проведено у 9 пациентов, лечебно-диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости у 5, лапаротомия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости у 2 больных.

Вторую группу составили 23 пациента (6 женщин и 17 мужчин) с инфицированными формами ПН (абсцесс сальниковой сумки, флегмона забрюшинной клетчатки и др.). Оперирован 21 больной этой группы, в последующем 12 больным производились плановые релапаротомии с некрсеквестрэктомией, сменой тампонов и дренажно-поролоновых систем. В одном случае диагноз тотального инфицированного ПН установлен на аутопсии (больной не оперирован).

Результаты. У 16 пациентов со стерильным ПН уровень ПКТ в 14 случаях не выходил за пределы < 0,5 нг/мл; у 2 больных стерильным ПН, массивным парапанкреатитом полученный результат ПКТ находился в диапазоне от 2 нг/мл до < 10 нг/мл.

У 23 пациентов с инфицированными формами ПН в 22 случаях уровень ПКТ превышал 2 нг/мл, в одном случае, при тотальном гнойном панкреатите, абсцессе сальниковой сумки получен ложноотрицательный результат (ПКТ < 0,5 нг/мл).

Обсуждение. Таким образом, ПКТ по критериям чувствительности и специфичности соответственно составил 95,6 и 87,5%.

Рутинные клинико-лабораторные критерии симптомокомплекса развивающегося сепсиса (температурная реакция, лейкоцитоз) существенно не менялись в зависимости от формы ПН, уровень ЛИИ более точно коррелировал с клинико-морфологической формой ПН. Однако прогностическая значимость ПКТ при выявлении инфицированных форм ПН была самой высокой по сравнению с другими исследованными показателями.

Выводы. Определение концентрации прокальциотонина является высокочувствительным и специфичным биохимическим тестом в дифференциальной диагностике стерильных и инфицированных форм ПН и способствует выработке оптимальной хирургической тактики в лечении этой тяжелой группы больных.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Куликов В.М., Филимонов М.И., Агафонов В.Ф., Пустовойт А.А.

Кафедра факультетской хирургии РГМУ, Москва (зав. кафедрой – академик РАН и РАМН, профессор В.С. Савельев). Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова, Москва (главный врач – профессор А.П. Николаев)

Цель исследования. Определение информативности и диагностической значимости интраоперационного ультразвукового исследования при панкреонекрозе.

Материалы и методы. С мая 2007 года было проведено 12 интраоперационных ультразвуковых исследований 8 пациентам с панкреонекрозом. Из них у 5 человек диагностирован распространенный инфицированный панкреонекроз в сочетании с панкреатогенными абсцессами брюшной полости и/или забрюшинного пространства, у 3 пациентов был выявлен ограниченный панкреонекроз в сочетании с острым жидкостным образованием (абсцессом).

Исследования проводились с использованием цифрового ультразвукового сканера фирмы B-K Medical (Дания) Pro Focus 2202 интраоперационными датчиками частотой от 5 до 15 МГц.

Результаты. У трех больных, по данным трансабдоминального ультразвукового исследования и компьютерной томографии, были выявлены множественные ограниченные жидкостные образования в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Во время оперативного вмешательства все эти образования были выявлены с помощью интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ). Дополнительной информации при проведении исследования получено не было.

В двух случаях были обнаружены межкишечные абсцессы, абсцессы сальниковой сумки и забрюшинного пространства, не визуализировавшиеся ранее при трансабдоминальном ультразвуковом исследовании из-за выраженного пареза желудочно-кишечного тракта.

У пациента с выявленным при трансабдоминальном УЗИ жидкостным образованием левого поддиафрагмального пространства при ревизии брюшной полости отмечался выраженный спаечный процесс вследствие ранее перенесенных операций с резекцией большого сальника. Это обстоятельство значительно затрудняло действия хирургов в выявлении ограниченных жидкостных образований и возрастал риск повреждения органов брюшной полости. ИОУЗИ позволило визуализировать все жидкостные образования и определить оптимальный доступ для их санации.

При проведении двух ИОУЗИ, с целью верификации характера визуализированных жидкостных образований между петлями кишечника на фоне выраженного спаечного процесса, были произведены интраоперационные пункции данных скоплений под ультразвуковым контролем. Получен сливкообразный гной, что потребовало адекватной санации очага с использованием ультразвуковой интраоперационной навигации.

При использовании ИОУЗИ во время этапной санации брюшной полости у пациента с распространенным инфицированным панкреонекрозом была выявлена отрицательная динамика в состоянии забрюшинной клетчатки слева.

При формировании парапанкреального инфильтрата в трех случаях был затруднен доступ к поджелудочной железе. ИОУЗИ дало возможность уточнить локализацию очагов деструкции и жидкостных скоплений, определить их размеры, связь с близлежащими органами, взаимосвязь с магистральными сосудами, что определило объем операций и оптимальный доступ.

Выводы. Применение ИОУЗИ у пациентов с панкреонекрозом позволило выявить достоинства этого метода в диагностике деструктивных изменений поджелудочной железы, их локализацию, эхоструктуру, взаимосвязь с окружающими органами и тканями.

Применение ИОУЗИ во время ревизии брюшной полости у пациентов с панкреонекрозом позволяет минимизировать операционную травму, не расширять объем операции, а направлять хирургические действия только в нужном направлении с применением интраоперационной ультразвуковой навигации. Использование пункционных технологий под контролем интраоперационного ультразвукового сканирования позволяет верифицировать характер выявленных патологических образований.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Лагун М.А., Харитонов Б.С.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель. Оценка результатов применения лапароскопии в диагностике и определении тактики лечения больных острым панкреатитом.

Материалы и методы. За 2003 – 2008 годы в клинике факультетской хирургии лечились 2320 больных острым панкреатитом. 1787 (77,0%) больных поступили с легкими формами заболевания. Показаниями к лапароскопии являлись диагностированные деструктивные формы панкреатита (491 больной – 21,2%), а также перитониты неясного генеза, панкреатогенный характер которых исключить было невозможно (42 больных – 1,8%). Вместе с лапароскопическими вмешательствами всем больным проводилось медикаментозное лечение (детоксикация, ингибиторы ферментов, антибиотики, блокады и пр.).

Результаты. Всего выполнено 533 лапароскопии. Исследование выявило наличие прозрачного серозного выпота и бляшки стеатонекроза на органах брюшной полости у 107 больных (20,1%). Вмешательство ограничилось дренированием брюшной полости. Отмечено быстрое уменьшение болевого синдрома. Прогрессирования некроза и гнойных осложнений у этих больных не было.

У 380 (71,2%) больных в брюшной полости выявлен геморрагический выпот в большом количестве (до 2,5 л). У 126 из них не наблюдалось пятен стеатонекроза. Во всех наблюдениях отмечено повышение уровня амилазы в экссудате, что не всегда соответствовало ее уровню в моче и крови. Всем больным с геморрагическим выпотом выполнено лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Уже в первые сутки после дренирования отмечено значительное улучшение состояния большинства больных (311 – 81,8%). В дальнейшем после проведения соответствующей терапии эти больные выздоровели без дополнительных оперативных вмешательств. У 69 (18,2%) наблюдалось прогрессирование панкреонекроза, что потребовало у 66 из них повторной лапароскопической санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, а у двух – лапаротомии, некрсеквестрэктомии, санации и дренирования.

У 7 больных (1,3%) лапароскопия выявила наличие мутного выпота шоколадного цвета с детритом, что было расценено как прорыв ложной кисты поджелудочной железы в брюшную полость, причем у двух из них при лапаротомии обнаружено наличие еще одной сформированной кисты.

У 39 больных (7,4%) найден гнойный экссудат. Всем больным выполнены лапароскопическая санация, и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. 31 больному понадобились повторные лапароскопические и открытые вмешательства.

В 27 случаях найден увеличенный напряженный желчный пузырь; в трех случаях изменения в пузыре расценены как флегмонозное воспаление. Этим больным произведена лапароскопическая холецистостомия (24). В трех случаях – холецистэктомия. Увеличение пузыря наблюдалось при всех формах деструкции поджелудочной железы.

Заключение. Лапароскопия – надежный метод диагностики острой патологии поджелудочной железы, особенно в случаях нетипичной клинической картины.

Лапароскопические вмешательства при остром панкреатите в сочетании с медикаментозным лечением способствуют купированию патологического процесса, снижают вероятность дальнейшей деструкции и позволяют улучшить результаты лечения.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАПЕВТИКА ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Лазаренко В.А., Охотников О.И., Григорьев С.Н., Григорьев Н.Н., Мишин Д.Н., Комарицкий Д.А.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с панкреонекрозом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 604 больных с различными формами панкреонекроза. В этиологии заболевания 54,7% составил алкогольный генез, 30,2% билиарный, 14,9% идиопатический. У 543 (88,4%) имело место инфицирование. В структуре поражения забрюшинной клетчатки левосторонний тип деструкции отмечен в 70,9% случаев, правосторонний 14,2% и двухсторонний в 14,9% случаев.

Результаты. Стратегические подходы к диагностике и лечению деструктивного панкреатита в нашей клинике предполагают каждого пациента в I – II фазу заболевания рассматривать как реанимационного, с приоритетом в комплексной многокомпонентной терапии. Однако без использования методик малоинвазивной хирургии врач до сих пор остается заложником конечной эффективности консервативной терапии. В ранние фазы заболевания при наличии ферментативного поражения первоочередными являются мероприятия, направленные на удаление ферментативного экссудата, по своей сути агрессивного химического вещества, что позволяет значительно уменьшить эндогенную интоксикацию, способствует восстановлению перистальтики, позволяет предотвратить или значительно уменьшить зону некротического поражения ретроперитонеальной клетчатки. Экссудативное поражение забрюшинного пространства вне зависимости от сроков предполагает толстоигольную диагностическую пункцию, и при геморрагическом или инфицированном характере поражения максимально полное дренирование всех зон и карманов экссудативного поражения забрюшинного пространства, поскольку такой характер предполагает последующую секвестрацию и гнойно-некротическое расплавление клетчаточных пространств. При этом максимально полное дренирование зон экссудативного поражения стремимся выполнить одноэтапно и одномоментно, высокая безопасность в этих случаях достигается изначальной гидропрепаровкой тканей патологическим экссудатом и отечностью забрюшинной клетчатки, когда появляется возможность безопасного дренирования даже медиальных флегмон. Нами разработана и используется концепция малоинвазивного лечения инфицированного панкреонекроза (ИПН) на фоне динамического ультразвукового мониторирования. При этом, если в период 1997 – 2002 гг. мы выполняли мультифокусное крупнокалиберное дренирование зон деструкции, то с 2003 используем превентивное наложение оментобурсо-ретроперитонео- и люмбостом под УЗ-контролем по оригинальной методике. Считаем, что УЗ-диапевтика является тем направлением, которое может кардинально изменить и повысить эффективность лечения данной категории больных. Алгоритм лечебных мероприятий при ИПН включает в себя: диагностический УЗ-скрининг осложнений ИПН, перкутанное дренирование под УЗ-контролем ферментативного перитонита, диагностические пункции как фактор определения инфицирования очагов некроза; превентивное наложение оментобурсо-ретроперитонео- и люмбостом под УЗ-контролем, проведение этапных мануальных некрсеквестрэктомий, использование методики чресфистульной этапной видеоассистированной некрсеквестрэктомии, наложение перкутанных холецисто- и холангиостом при наличии актуальной желчной гипертензии, выполнение чресдренажной холецисто- и холангиолитолапаксии, перкутанную санацию панкреатических псевдокист под УЗ-контролем.

Заключение. Разработанный нами алгоритм позволяет в большинстве случаев отказаться от применения традиционных лапаротомных вмешательств и снизить летальность с 32,6 до 7,1% при деструктивных панкреатитах.

ВИРСУНГОГРАФИЯ ПРИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Лаптев В.В., Михайлусов С.В., Иманалиев М.Р., Бурова В.А., Хоконов М.А.

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава, Москва

В настоящее время не изучено состояние протоковой системы железы при панкреонекрозе и гнойных осложнениях, характер и уровень протоковой несостоятельности. Выявление жидкостных структур различной локализации с помощью ультразвукового исследования и компьютерной томографии не вызывает трудностей. Однако острые панкреатические фистулы, открывающиеся в сальниковую сумку (передние) или в забрюшинную клетчатку (задние) с последующим инфицированием ткани, обнаружить с помощью данных методик не представляется возможным. Не существует достоверных методик, определяющих степень поражения поджелудочной железы.

Цель. Определить диагностическую значимость вирсунгографии у больных с гнойными осложнениями панкреонекроза.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находился 21 больной с инфицированным панкреонекрозом. Мужчин было 19, женщин – 2. Средний возраст 43 года. Контрастирование панкреатического протока проводилось путем эндоскопической ретроградной канюляции, введением 15 – 20 мл 35% раствора верографина и выполнением вирсунгографии. При поступлении в клинику у 7 (33%) больных выявлена жидкость в брюшной полости, у 4 (15%) жидкостные структуры в парапанкреатической клетчатке.

Результаты исследования. Метод позволил выявить уровень разгерметизации протоковой системы с формированием гнойных очагов в железе, забрюшинной клетчатке и сальниковой сумке. Деструкция главного панкреатического протока, вплоть до протоков седьмого порядка, приводит к выходу контрастной массы в паренхиму органа и за его пределы. Показаниями к вирсунгографии явились гнойные осложнения в железе и парапанкреатической клетчатке, длительная тяжелая интоксикация. При вирсунгографии обнаружена разгерметизация главного панкреатического протока у 13 (61,9%) больных, в том числе на уровне головки – у 2, тела – у 4 и хвоста – у 7. При дуоденоскопии у 3 больных отмечалось гнойное отделяемое из БДС, у которых при вирсунгографии диагностированы полости в железе. Гнойные осложнения обнаружены у 8 (38%) больных, в том числе абсцесс сальниковой сумки у 5, у 3 – забрюшинная флегмона. Введение контраста, вследствие некробиоза ацинарных клеток железы без ферментативной активности, не вызывало обострения процесса в железе. После вирсунгографии проводилось промывание протоков димексидином. Осложнений, связанных с проведением исследования, не выявлено. Лечение включало пункции и дренирование гнойных образований под контролем УЗИ (осложнение передних фистул) и оперативное лечение, включающее мобилизацию железы, некрэктомию, целенаправленную ревизию клетчаточных пространств, вскрытие и дренирование флегмоны с удалением секвестров. Возможно расширение объема хирургического лечения.

Выводы. Небольшой опыт показал, что есть все основания рассматривать вирсунгографию как дополнительный метод в диагностике гнойных осложнений панкреонекроза. Метод позволяет выявить локализацию разгерметизации протоковой системы с формированием гнойного процесса в сальниковой сумке или забрюшинной клетчатке и адекватно выбрать метод лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЯ ПРЕЛОМЛЕНИЯ СЫВОРОТКИ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ДИНАМИКЕ ТЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Лисиенко В.М., Галимзянов Ф.В., Микаелян Э.В.

Уральская государственная медицинская академия. Кафедра хирургических болезней стоматологического факультета. СОКБ № 1, отделение гнойной хирургии, Екатеринбург. Россия

Основной задачей хирурга у больных с панкреонекрозом является адекватная оценка течения патологического процесса (купирование или прогрессирование). Общеклинические признаки инфицирования, а также лабораторные и аппаратурные методы диагностики являются достаточно поздними, отображают уже наступившие гнойные осложнения острого панкреатита (ОП). Летальность в группе больных с гнойными осложнениями остается наиболее высокой и достигает 40 – 60%. В течение многих лет в нашей клинике используются биофизические (БФ) методы для определения тенденций в развитии патологических процессов при различных заболеваниях, то есть динамики его течения на субклиническом, молекулярном уровне, а также для прогнозирования течения заболевания и оценки качества проводимого лечения. Учитывая высокую опасность инфицирования очагов некротической деструкции, проблему высокой летальности у данной группы больных, мы посчитали, что этот метод окажется полезным для констатации перехода стерильного панкреонекроза в инфицированный, а также для определения динамики течения гнойно-воспалительного процесса, для определения эффективности хирургических санаций очагов инфекции и проводимой консервативной терапии. В данной работе представлены сведения о значимости определения величины показателя преломления сыворотки крови (ППСК) методом рефрактометрии (рефрактометр ИРФ-454БМ). Мы изучили клиническое течение заболевания у 223 пациентов с острым панкреатитом (ОП). Из них 196 проходили лечение в МУ ЦГБ № 7 и 27 пациентов – в СОКБ № 1. У 135 больных была отечная форма ОП. Из них у 102 процесс носил абортивный характер и это нашло свое отображение в ППСК: его снижение с 1,3482 (±0,00016) до 1,3458 (±0,00015) ($p < 0.05$), что коррелировало с клиническими и лабораторными показателями. У 33 больных, поступивших с отечной формой ОП, процесс прогрессировал, диагностирован асептический панкреонекроз (АПН). Цифры ППСК у этих пациентов вначале нарастали, а по мере выздоровления снижались. Всего с диагнозом АПН наблюдался 91 пациент. У 87 из них процесс купирован на данной фазе. ППСК у них постепенно снижался параллельно клиническим и лабораторным показателям: с 1,3484 (±0,00016) до 1,3460 (±0,00015) ($p < 0.05$). У 4 пациентов с АПН ППСК нарастал и диагностированы гнойные осложнения, однако клинические проявления процесса нагноения были скудными. С диагнозом инфицированный панкреонекроз (ИПН) обследовано 30 больных. Все больные оперированы, и соответственно эффективной санации гнойного очага наблюдалось снижение цифр ППСК с 1,3493 (±0,00024) до 1,3453 (±0,00038). На основании проведенного анализа установлено, что при купировании воспалительного процесса цифры ППСК снижаются параллельно клиническому течению заболевания и лабораторным показателям. При прогрессировании патологического процесса цифры ППСК нарастают, и их изменение происходит раньше, чем изменяются клинические и лабораторные показатели. Это имеет диагностическое значение и может быть использовано для определения эффективности хирургических санаций очагов инфекции, проводимой консервативной терапии, прогноза течения заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОСЕТЕВОЙ СИСТЕМЫ РАННЕГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Литвин А.А., Жариков О.Г., Ковалев В.А., Прус А.В.

Учреждение «Гомельская областная клиническая больница», Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», Объединенный институт проблем информатики НАН РБ, Гомель, РБ

Введение. Раннее прогнозирование инфекционных осложнений тяжелого острого панкреатита (ТОП) позволяет выделить группу пациентов, нуждающихся в комплексной профилактике инфицированного панкреонекроза (ИПН). Своевременная диагностика ИПН важна для коррекции лечебной тактики. Использование для клинико-лабораторного мониторинга экспертных систем позволяет оптимизировать процесс принятия решения в прогнозировании и дифференциальной диагностике стерильного и инфицированного панкреонекроза.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациентов с панкреонекрозом на основе внедрения разработанной системы раннего прогнозирования и диагностики инфекционных осложнений ТОП на основе искусственных нейронных сетей (ИНС).

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты наблюдения 398 пациентов с ТОП, проходивших лечение в УГОКБ с 1996 по 2005 гг., по данным которых смоделирована интеллектуальная система на основе нейросетевых технологий «Раннее прогнозирование и диагностика инфицированного панкреонекроза». Для оценки результатов применения разработанной тактики выделены основная (2006 – 2007 гг., n = 98) и контрольная (2004 – 2005 гг., n = 83) группы.

Основные результаты. При проспективном применении системы у пациентов основной группы достигнута прогностическая точность 93,2%, впоследствии подтвержденная результатами лечения. При прогнозируемом инфицированном панкреонекрозе пациенты незамедлительно госпитализировались в ОИТиР, где помимо стандартной «терапии обрыва» ТОП начиналось применение дополнительных методов профилактики инфекционных осложнений: непрямая лимфотропная антибактериальная терапия, внутритканевой электрофонофорез антибиотиков, селективная деконтаминация кишечника (по показаниям), санационные пункции под УЗ-контролем и др. Пациенты контрольной группы получали стандартную терапию ТОП.

В динамике проводилась оценка клинико-лабораторных и инструментальных данных пациентов основной группы блоком системы «Диагностика» для выявления развившихся гнойно-септических осложнений панкреатита: достигнута диагностическая точность 94,5%.

При установлении программой диагноза ИПН пациенты подлежали тонкоигольной аспирационной биопсии ткани поджелудочной железы или перипанкреатической клетчатки с последующим определением показаний для оперативного лечения.

Сравнительный анализ результатов диагностики и лечения пациентов основной и контрольной групп свидетельствует о том, что в результате применения оптимизированной лечебно-диагностической тактики при ИПН уменьшилось количество ранних «открытых» операций (4,8% в контрольной группе и 2,04% в основной, $p < 0,05$), поздних несвоевременных операций (с 6,0 до 1,0%, $p < 0,001$); количество случаев системных осложнений (СПОН, сепсис) – с 13,3 до 8,2% ($p < 0,05$); число пациентов с ИПН (с 34,9 до 26,5%, $p = 0,053$). Обнаружено снижение общей летальности (с 22,9 до 13,2%, $p < 0,001$), поздней летальности при гнойных осложнениях и СПОН (с 18,1 до 8,1%, $p < 0,001$).

Заключение. Разработанная нами система раннего прогнозирования инфекционных осложнений ТОП позволила выделить группу пациентов, угрожаемых по развитию инфицированного панкреонекроза. Ранняя и адекватная профилактика инфекционных осложнений позволила уменьшить число пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Использование системы диагностики ИПН привело к улучшению своевременности выявления инфекционных осложнений панкреонекроза, оптимизации лечебно-диагностической тактики и, в конечном итоге, к улучшению результатов лечения, снижению летальности от острого панкреатита.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ МАНУАЛЬНО-АССИСТИРОВАННЫЙ (ГИБРИДНЫЙ) МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Луцевич О.Э., Филимонов М.И., Галлямов Э.А., Орлов Б.Б., Галлямова С.В., Латышев А.В., Гвоздик В.В., Макушин А.А., Степаков М.Д., Пустовойт А.А.

Кафедра факультетской хирургии № 1 МГМСУ, кафедра факультетской хирургии РГМУ (Москва)

Цель. Улучшение результатов лечения больных панкреонекрозом путем применения лапароскопического мануально-ассистированного метода.

Материалы и методы. С 2004 по 2008 год оперировано 15 больных с распространенными, инфицированными формами панкреонекроза: тотальный (6) и тотально-субтотальный (9).

Возраст больных колебался от 32 до 67 лет. Объем поражения определялся на основании данных ультразвукового исследования (УЗИ), контрастно-усиленной компьютерной томографии (КТ). Масштаб некротической деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей определялся по шкале E.Balthazar (1985), тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II. Факт инфицирования устанавливался при бактериологическом исследовании интраоперационного материала.

Результаты. Применяли лапароскопический мануально-ассистированный метод лечения инфицированного панкреонекроза, флегмоны парапанкреальной и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. Во время операции при распространенном поражении поджелудочной железы использовали устройство для ручного ассистирования ЛАП-диск, стандартный набор для выполнения лапароскопических вмешательств, ультразвуковые ножницы HARMONIC, аппарат LIGASURE. Лапаротомный разрез для установки HAND-port (ЛАП-диска) выполняли длиной 6,5 – 7,5 см по средней линии в эпигастральной области. Затем вводили недоминантную руку и осуществляли ассистенцию для установки дополнительных троакаров, изолируя внутренние органы от повреждения.

После обеспечения доступа в сальниковую сумку тыльной стороной введенной руки осуществляли ретракцию желудка, выполняли абдоминизацию поджелудочной железы, мобилизовали 12-перстную кишку по Кохеру, печеночный и селезеночный углы ободочной кишки, проводили некрсеквестрэктомию. Для извлечения секвестров из брюшной полости использовали HAND-port. Далее проводили санацию брюшной полости и забрюшинного пространства. При необходимости формировали люмботомию справа и/или слева.

Парапанкреальную и параколическую область дренировали «сквозными» дренажными конструкциями и резиново-марлевыми тампонами Пенроза-Микулича. Дренажи выводили наружу через люмботомные разрезы справа и слева, с последующей активной аспирацией. Дополнительно дренировали подпеченочное пространство, латеральные каналы, малый таз. Через срединную рану после удаления ЛАП-диска формировали оментобурсостому.

Невозможность обеспечения адекватной санации за одну операцию являлась показанием для выполнения повторных хирургических вмешательств, выполнявшихся в программируемом режиме.

Из 15 пациентов умерло 3 больных в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности. Пациентам выполнялись от пяти до пятнадцати санаций с интервалом 2 – 3 дня. Двое больных находились на продленной вентиляции легких до одного месяца.

Выводы. Преимуществом применения лапароскопического мануально-ассистированного метода перед традиционными доступами в хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза является: 1– уменьшение операционной травмы, 2 – возможность доступа ко всем очагам некроза и выполнения адекватной санации, 3 – остановка кровотечения любой локализации, 4 – бережного отношения к тканям за счет сохранения тактильной чувствительности, 5 – минимальная вероятность формирования кишечных свищей и эвентраций. Эти современные хирургические принципы снижают количество осложнений, уровень летальности и уменьшают сроки лечения.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ОМЕНТОБУРСИТА

Макаров В.И., Салиенко С.В., Дмитриев О.Н., Перерва О.В.
Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 2 с курсом эндоскопии, Владивосток, РФ

Актуальность проблемы лечения жидкостных образований, таких, как гнойно-септические осложнения панкреонекроза, в последние годы возрастает. Одним из наиболее частых осложнений такого рода является гнойный оментобурсит. Остаются открытыми вопросы тактики, сроки выполнения оперативных вмешательств, роль и место пункционно-дренирующих манипуляций.

Цель работы. Определить оптимальный вариант хирургического лечения гнойного оментобурсита.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 31 пациента, находившегося на лечении в хирургическом отделении МУЗ ГКБ № 2 с 2000 по 2008 год. Течение деструктивного панкреатита у этих больных осложнилось возникновением гнойного оментобурсита. Показанием для активной хирургической тактики послужила клиническая картина присоединения гнойных осложнений, подтвержденная инструментальными (УЗИ, КТ) и лабораторными (прокальцитониновый тест) методами. При этом оментобурсит диагностирован как единственный гнойный очаг. 3 пациентам после предварительно выполненной компьютерной томографии было произведено эхоконтролируемое дренирование сальниковой сумки. Из них у 2 манипуляция не дала положительного результата, и они были оперированы традиционным способом через 3 суток после первичного дренирования. Неудача применения эхоконтролируемого дренирования объясняется наличием секвестров в сальниковой сумке, выявленных в ходе открытой операции. У 3 больных предпринята попытка лапароскопического дренирования сальниковой сумки. Однако при проколе троакаром истонченной желудочно-ободочной связки происходил прорыв в свободную брюшную полость гнойного отделяемого с секвестрами ткани поджелудочной железы. Пациентам выполнена лапаротомия. В одном случае гнойный очаг, плотно прилегающий к задней стенке желудка, дренирован во время проведения гастроскопии двумя дренажами. Один из них (типа «мышиный хвост») установлен в желудок, другой – для промывания и введения антибиотиков – выведен через нос. Оперативному лечению, выполненному на 13 – 15 сутки от момента начала заболевания, подверглись, таким образом, 29 больных. У всех выполнена открытая операция с дренированием по «полуоткрытому» типу, предусматривающему установку трубчатых дренажей вместе с тампоном Пенроза. На наш взгляд, такая методика дает возможность тщательной санации гнойного очага, ревизии поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки и обеспечивает полноценное дренирование.

Результаты. Благоприятный исход лечения достигнут у 28 больных. У 7 человек в ходе операции были выявлены дополнительные гнойные очаги, не диагностированные применявшимися методами. Смерть 3 пациентов связана с развитием полиорганной недостаточности на фоне прогрессирования гнойных осложнений.

Таким образом, методом выбора хирургического лечения гнойного оментобурсита, диагностированного как изолированное осложнение деструктивного панкреатита, является открытое оперативное вмешательство с дренированием сальниковой сумки по «полуоткрытому» типу.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СВЕРХНИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР

Махнев А.В., Шнейдер В.Э., Волкова Ю.Л., Тищенко М.С.
ГОУ ВПО Тюменская государственная медицинская академия, Тюмень

Использование сверхнизких температур в хирургии экспериментальной травмы поджелудочной железы, не осложненной панкреатитом, существенно улучшает результаты лечения по сравнению с традиционными способами (А.В. Махнев и соавт., 2008). Но в клинических условиях довольно часто повреждения поджелудочной железы осложняются травматическим панкреатитом (до 70%) и панкреонекрозом, значительно увеличивающими летальность у этой категории пациентов. По данным отечественной и зарубежной литературы, применение сверхнизких температур в лечении этого осложнения не встречается.

Цель исследования. Разработка способа лечения травматического панкреатита в эксперименте с использованием сверхнизких температур.

Материалы и методы исследования. Экспериментальное исследование проведено на 17 беспородных взрослых собаках обоего пола весом от 8 до 20 кг, на базе клиники животных при ФГУ РНЦ «Восстановительной травматологии и ортопедии им. акад. Г.А. Илизарова».

Все экспериментальные животные разделены на 2 серии, в которых формировались разные по степени тяжести модели травматического панкреатита.

Всем животным первой серии за 24 часа до лечения формировали модель острого травматического панкреонекроза, при помощи механической травмы органа на фоне стимуляции секреции поджелудочной железы. Во второй серии опытов формировали модель травматического панкреонекроза, осложненного ферментативным перитонитом и инфильтратом забрюшинного пространства.

В каждой серии экспериментальные животные были разделены на группы в зависимости от проводимого лечения. Группа А – без лечения (контрольная), группа Б – консервативное лечение октреотид (ЗАО «Фарм-синтез»), группа В – криохирургическое лечение. Во второй серии дополнительно сформирована группа Г, в которой сочеталось криохирургическое лечение и применение октреотида. Криохирургическое лечение осуществлялось при помощи пористого криоаппликатора из никелида титана, охлаждаемого жидким азотом до –196°С. После формирования экспериментального травматического панкреонекроза выполнялась санация брюшной полости и криодеструкция измененных тканей поджелудочной железы. В послеоперационном периоде контролировались лабораторные показатели (лейкоформула, амилаза крови, сахар и др.). Эвтаназия осуществлялась на 1, 3, 7, 14, 21, 30 сутки.

Результаты. При формировании экспериментальной модели панкреонекроза в 1 серии летальность составила 33% экспериментальных животных, во второй серии при осложненном деструктивном панкреатите летальность составила 100%. Лечение животных октреотидом и применением сверхнизких температур дало хорошие результаты, летальных исходов в 1 серии не было. Во второй серии наилучшие результаты получены в группе Г при сочетании криохирургического лечения с применением октреотида.

Заключение. Полученные первые экспериментальные результаты лечения травматического панкреатита при помощи сверхнизких температур позволяют надеяться на разработку надежного способа хирургического лечения воспалительно-деструктивного процесса в поджелудочной железе при ее повреждении, что позволит улучшить результаты лечения данной категории больных.

СПОСОБЫ ДРЕНИРОВАНИЯ ОБЛАСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Мерзликин Н.В, Барабаш В.И., Сорокин Р.В., Марьина М.Е., Кузнецов А.В.
Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Введение. Острый панкреатит (ОП) в настоящее время занимает третье место в структуре хирургических заболеваний, уступая только острому аппендициту и острому холециститу. Одной из проблем лечения инфицированного панкреонекроза, осложненного флегмоной забрюшинной клетчатки, является неадекватное дренирование. Нами за последние семь лет предложено два способа дренирования, которые помогают справиться с этим грозным осложнением.

Материалы и методы. Оперировано 72 больных с ОП, осложненным флегмоной забрюшинной клетчатки. В 40 случаях выполнена абдоминизация + оментобурсостомия (ОБС). При флегмоне парапанкреатической клетчатки в 13 случаях выполнена ОБС с дренированием области поджелудочной железы Т-образным дренажом с предварительной резекцией XI ребра слева (патент № 2183477) и у 19 больных с распространенной флегмоной забрюшинной клетчатки выполнялась ретроперитонеостомия (положительное решение о выдаче патента № 2008105511).

Результаты исследования и их обсуждение. В группе, где выполнялась абдоминизация поджелудочной железы + ОБС, летальность составила 52,5% (21 больной) и основной ее причиной было прогрессирование забрюшинной флегмоны.

Во второй группе больных при начинающейся флегмоне забрюшинной клетчатки использование Т-образного дренажа с резекцией XI ребра слева позволило в 11 случаях из 13 предотвратить деструктивный процесс.

В третьей группе, где при распространенной флегмоне забрюшинной клетчатки выполнялась ретроперитонеостомия, в 15 случаях из 19 удалось справиться с гнойным осложнением, а летальность составила 21%.

Формирование ретроперитонеостомии позволило ликвидировать недостатки, связанные с выполнением люмботомии обычным способом. Выбор области предлагаемого доступа дает возможность дренировать практически всю забрюшинную клетчатку, включая клетчатку малого таза, при минимальной травматизации окружающих тканей.

Во всех случаях проводилась интенсивная противовоспалительная, антиферментная, противомикробная, дезинтоксикационная терапия. В послеоперационном периоде выполнялась гетеротермическая санация брюшной полости, ОБС, ретроперитонеостомы.

Заключение. Таким образом, применение предлагаемых способов дренирования области поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки позволяет снизить послеоперационную летальность до 21%, а также избежать гнойных осложнений и развития инфекционно-токсического шока.

При ретроперитонеостомии не отмечено осложнений (флегмон) со стороны передней и боковой брюшных стенок. Использование ретроперитонеостомы возможно и с двух сторон.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА

Миронов В.И.
Медицинский университет, Иркутск, Россия

Современное определение тяжелого панкреатита носит функциональный характер и подразумевает наличие системных осложнений.

Цель исследования. Разработка и усовершенствование диагностики и лечения тяжелых форм острого панкреатита.

Материалы и методы. Клиника общей хирургии Иркутского медицинского университета располагает опытом лечения 2042 пациентов с острым панкреатитом, у 263 из них имело место тяжелое течение заболевания, сопровождающееся системными осложнениями (почечная недостаточность – 94, легочные осложнения – 49, острые поражения слизистой желудочно-кишечного тракта – 60, сочетание нескольких осложнений – 60).

Результаты и обсуждение. На основании комплексной оценки клинико-лабораторных, инструментальных, интраоперационных данных, а также результатов аутопсий установлено, что величина некроза влияет на тяжесть органной недостаточности. Во всех наблюдениях при тяжелом течении панкреатита имел место панкреонекроз с площадью поражения органа более 30%. У 174 пациентов панкреонекроз носил стерильный характер. Как правило, системные проявления при стерильном панкреонекрозе выражены умеренно и могут быть купированы консервативными мероприятиями. Наилучший результат дает сбалансированная интенсивная терапия в сочетании с пункционными вмешательствами под контролем средств медицинской визуализации. Показанием к хирургической некрэктомии при стерильном некрозе считаем катастрофическое нарастание полиорганной недостаточности (43). Развитие инфекции происходит на 3-4 неделе течения процесса. О возникновении инфицированного панкреонекрооза свидетельствует появление устойчивых признаков системной воспалительной реакции в сочетании с нарастанием полиорганной недостаточности (89). Вероятность бактериального инфицирования тем выше, чем больше объем некротического поражения интра- и/или перипанкретической паренхимы, визуализированный методами медицинской диагностики. В целом, уровень системных осложнений при инфицированном некрозе выше, чем при стерильном, даже при меньших размерах площади инфицированного поражения. Хирургическое лечение является обязательным пособием у таких пациентов. При ограниченных скоплениях гноя различной локализации возможно использование малоинвазивных технологий (36). При крупномасштабных формах инфицированного панкреонекроза в сочетании с массивными гнойно-некротическими поражениями забрюшинной

клетчатки, при наличии крупных секвестров или вязкого детрита, методы открытого дренирования альтернативы не имеют (53).

Общая летальность при тяжелых формах панкреатита составила 40%, вне зависимости от бактериального инфицирования (при стерильном панкреонекрозе умерло 70 пациентов из 174, при инфицированном – 36 из 89). При этом в 73 наблюдениях (68,8%) причиной летальных исходов стали системные осложнения панкреонекроза.

Заключение. Тяжелое течение острого панкреатита обусловлено наличием панкреонекроза с обширной площадью поражения поджелудочной железы в сочетании с системными осложнениями, которые и являются основной причиной летальных исходов в данной группе больных.

ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Миронов В.И., Башлыков Д.В.

Медицинский университет,
Иркутск, Россия

Цель исследования – совершенствование тактики лечения различных форм панкреонекроза.

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета находилось на лечении 263 пациента с тяжелыми формами панкреатита. При этом у 174 пациентов панкреонекроз носил стерильный характер, в остальных наблюдениях (89) имел место инфицированный панкреонекроз.

Результаты. При отсутствии признаков инфицирования ограничиваем показания к оперативному лечению. Наилучший результат дает сбалансированное консервативное лечение в сочетании с пункционными вмешательствами под контролем средств медицинской визуализации. Необходимость в ранней хирургической некрэктомии возникает при нарастании полиорганной недостаточности (43). Тактической ошибкой следует признать ранние операции у больных со стерильным панкреонекрозом при подозрении на другие острые заболевания органов брюшной полости (15).

Оперативное лечение является абсолютно необходимым у пациентов с инфицированным панкреонекрозом (89). При ограниченных скоплениях гноя различной локализации, доступных для пункционного дренирования, целесообразно использование малоинвазивных технологий, что помогает избежать открытых хирургических вмешательств (36). Непременным условием успешного дренирования ограниченных гнойных скоплений является их четкая визуализация, существование оптимальной траектории для чрескожной пункции. При крупномасштабных формах инфицированного панкреонекроза в сочетании с массивными гнойно-некротическими поражениями забрюшинной клетчатки, при наличии крупных секвестров или вязкого детрита, методы открытого дренирования альтернативы не имеют (53).

Однократные оперативные вмешательства (17) целесообразны, если в ходе них удается одновременно решить все запланированные задачи: мобилизовать и удалить все очаги некротической деструкции, отграничить некротические зоны от свободной брюшной полости, обеспечить адекватный отток инфицированного экссудата. Этапные хирургические вмешательства (36) выполняли в режиме «программы» (14) либо «по требованию» (22). Если крайняя степень тяжести пациента не позволяла произвести запланированный объем во время первичного вмешательства, в хирургическую программу включалась ранняя повторная операция (5 из 14). В этом случае исчерпывающие по объему вмешательства выполнялись спустя 24 – 72 часа после стабилизации общего состояния пациента. Планомерные хирургические некрэктомии выполнялись с временным промежутком в 4 – 7 дней с учетом длительной трансформации всех некротических зон. В 22 наблюдениях этапные хирургические вмешательства выполнялись в режиме «по требованию», чтобы обеспечить своевременную санацию рекуррентных инфицированных субстратов, осуществить повторное дренирование различных отделов брюшной полости и забрюшинного пространства, устранить более поздние осложнения деструктивного панкреатита.

Общая летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 40% (36). Среди пациентов, у которых использовались малоинвазивные вмешательства, летальность составила 30% (12 из 36), среди оперированных открытым способом – 45,2% (24 из 53).

Заключение. Консервативные мероприятия в сочетании с малоинвазивными вмешательствами более предпочтительны при стерильном панкреонекрозе. При инфицированном панкреонекрозе хирургическое лечение становится необходимым компонентом лечебной программы. Наибольшая летальность (45,2%) отмечена среди пациентов с инфицированным панкреонекрозом, подвергнутых открытой хирургической некрэктомии.

ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Михайлусов С.В., Моисеенкова Е.В., Черняков А.В., Ворыханов А.В., Эштреков М.С.

ГОУ ВПО РГМУ, кафедра госпитальной хирургии № 1 л/ф,
Городская клиническая больница № 15 имени О.М. Филатова,
Москва, Россия

Цель. Определить факторы, влияющие на частоту встречаемости и характер инфицированного панкреонекроза (ИПН).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 546 больных, госпитализированных в клинику со стерильным ПН. Возраст пациентов от 18 до 84 лет (средний – 44,8). 3/4 из них находились в отделении реанимации. Мужчины составили 75,1%. В исследование не включены больные, умершие на фоне панкреатогенного шока в первые 72 часа от момента поступления в стационар. Почти каждый четвертый (24,9%) госпитализирован позднее двух суток от начала заболевания. В 46,3% диагностирована геморрагическая форма ПН. Почти у каждого пятого ПН развился на фоне желчнокаменной болезни (20,5%), в 4,9% случаев – при вколоченном камне большого дуоденального сосочка. У 7,7% отмечено ожирение IV ст. Исходная тяжесть состояния больных ≥ 9 баллов по шкале SAPS была в 239 наблюдениях (43,9%). Комплексное интенсивное лечение на ранних сроках госпитализации включало инфузионную, антиоксидантную терапию, видеолапароскопическое дренирование брюшной полости с последующим перитонеальным лаважом, энтеральное (зондовое) питание, эндоскопическую аспирацию панкреатического сока, стимуляцию кишечника (медикаментозную и с использованием эпидуральной блокады), антибиотики широкого спектра действия. В процессе лечения и обследования использованы эхотомограф Toshiba SSA 550 NEMIO (Япония), дуоденоскоп фирмы Olympus (Япония), лапароскоп Storz (Германия).

Результаты. На ранних стадиях заболевания в клинике используется выжидательная тактика. Показанием к хирургическому лечению (малоинвазивному и оперативному) считается ИПН. Всего инфицированный ПН развился у 153 пациентов (28%) с формированием абсцессов различной локализации – у 50 и нелокализованным поражением клетчатки – у 103. Среди значимых факторов, влияющих

на течение ПН, был отмечен, прежде всего, объем поражения поджелудочной железы (ПЖ), что оказалось сопоставимым с уровнем интоксикации и органной недостаточности. У больных с очаговым ПН (SAPS

Выводы. На развитие ИПН и неблагоприятное течение заболевания существенно влияет объем поражения ПЖ, полноценность и качество лечения.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТОНКОИГОЛЬНЫХ ПУНКЦИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Михайлусов С.В., Моисеенкова Е.В., Черняков А.В., Воробьева Е.А., Эштреков М.С.

ГОУ ВПО РГМУ, кафедра госпитальной хирургии № 1 л/ф,
Городская клиническая больница № 15 имени О.М. Филатова,
Москва, Россия

Цель. Определить место тонкоигольных пункций (ТП) в лечебно-диагностическом алгоритме у больных стерильным и инфицированным панкреонекрозом (ПН).

Материалы и методы. Проанализированы результаты проведения ТП при стерильном и инфицированном ПН под визуальным ультразвуковым контролем у 862 пациентов. Средний возраст больных составил 47,3 (старше 65 лет – 20,4%). Во всех случаях осуществляли комплексное обследование. Тяжесть состояния больных оценивали по многофакторным шкалам SAPS и SIRS. Объем поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки определяли при динамических ультразвуковых исследованиях (УЗИ) с помощью эхотомографа Toshiba SSA 550 NEMIO (Япония) в режиме серой шкалы. ТП выполняли иглами Chiba с использованием ультразвукового аппарата Aloka SSD 630 (Япония) со специальным пункционным линейным датчиком UST-501 8P-3,5, который снабжен направляющим фиксирующимся устройством, позволяющим изменить траекто-рию проведения инструмента от 0 до 20 градусов по отношению к брюшной стенке. Полученный при ТП материал исследовали кинетическим методом на α-амилазу (коммерческими наборами фирмы Human (Германия)) для предположительного выявления панкреатических фистул. Бактериологический анализ производили с использованием модернизируемого «Автоматизированного рабочего места микробиолога, эпидемиолога и химиотерапевта» на базе планшетного фотометра IEMS-Reader (фирма Termo-Electron (Финляндия)), обеспеченного программами системы микробиологического мониторинга «МИКРОБ» (СМММ и усовершенствованная версия СМММ-2) и «МИКРОБ-Автомат». Также проводили микроскопическое исследование материала (нативный мазок, стабилизатор – трилон) с определением количества лейкоцитов, клеточного состава и содержания бактерий.

Результаты исследовании. В клинике накоплен опыт применения лечебно-диагностических пункций при ПН с 1989 года. Анализ клинических наблюдений позволил отметить, что широкое применение одно- и многократных ТП с диагностической целью в процессе лечения ПН способствует дифференцированной тактике ведения пациентов. Визуальный контроль дает возможность выбрать оптимальную траекторию проведения иглы, минуя, прежде всего, сосудистые структуры. Полые органы по траектории движения иглы не следует считать препятствием для манипуляции. ТП показана при:

• первичном выявлении жидкостных структур любого объема и локализации, сформированных на фоне ПН на любой стадии заболевания; • обнаружении секвестрации забрюшинной клетчатки с целью идентификации ее инфицирования;

• динамическом наблюдении за состоянием парапанкреатического инфильтрата в процессе консервативного лечения.

Для идентификации инфицированного процесса считаем важным обнаружение микрофлоры в материале, полученном при ТП (микробное число ≥ 106), а также лейкоцитов ≥ 20 в поле зрения, в основном за счет нейтрофилов и моноцитов.

ТП с лечебной целью целесообразнее всего использовать при острых скоплениях жидкости на ранних стадиях ПН объемом до 100 мл, при уровне α-амилазы до 500 ед., при отсутствии секвестров в нем, а также при абсцессах объемом не более 50 мл.

Вывод. ТП должны быть обязательным этапом обследования больных осложненным ПН. Биохимический, бактериологический и микроскопический анализ пунктата при динамическом исследовании позволяет прогнозировать развитие и прогрессирование гнойного про-цесса.

НЕКОТОРЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Мыльников А.Г., Паньков А.Г., Шаповальянц С.Г.

Кафедра госпитальной хирургии № 2
(заведующий – проф. С.Г. Шаповальянц)
ГОУ ВПО РГМУ им. Н.И. Пирогова Росздрава;
городская клиническая больница № 31
(главный врач – член-корр. РАМН проф. Г.Н. Голухов),
Москва

За период 2002 – 2007 гг. наблюдали 317 пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), у 64 (20,2%) в состав лечебного комплекса входило хирургическое вмешательство. Основными показаниями к неотложной операции (25) служили: картина острого живота у 12 больных, перфорация острой панкреатической кисты или абсцесса у 5, развитие абдоминального компартмент-синдрома у 4-х, аррозивное внутрибрюшное кровотечение у 2-х. Объем неотложной операции сводился к дренированию брюшной полости при ферментативном перитоните (9) либо к ликвидации осложнений ОДП. Запланированные вмешательства (45) выполняли в связи с прогрессированием полиорганной недостаточности (7 больных), подозрением на инфицирование некроза (10) и доказанны инфицированным некрозом (28). Целью запланированных операций считаем выполнение некрсеквестрэктомии одномоментно или в несколько этапов. У 16 пациентов (30,2%) с обширной деструкцией поджелудочной железы (ПЖ) произвели некрэктомию в объеме ее дистальной резекции на различном уровне (6), центральной резекции перешейка и/или тела (10), дистальную культю ПЖ при этом удаляли (7), либо формировали наружную панкреатикостому (3). Спленэктомию выполнили в 14 случаях, холецистэктомию – в 7. Летальность составила 53,1% и объясняется тем, что у половины оперированных пациентов имел место обширный (более 50%) некроз ПЖ, а у 73,4% – инфицированный. Напротив, в группе неоперированных (включая больных, перенесших эндоскопические, лапароскопические, чрескожные вмешательства) обширное поражение ПЖ наблюдали у 20,2% больных, частота инфекционных осложнений составила всего 7,1%, а летальность – 12,7%. Предложено более корректное отношение к понятию «послеоперационная летальность», отражающему исходы лишь вынужденных хирургических вмешательств на ПЖ, но не общие результаты лечения ОДП.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Локтионов А.Л., Тарасов О.Н., Мицкий Г.А., Глебов М.В.
Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Оценка эффективности дренирования гнойно-некротических очагов при панкреонекрозе предложенными нами способами.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 24 пациента с крупноочаговым и субтотально-тотальным панкреонекрозом, у которых осуществляли дренирование сальниковой сумки при помощи разработанного устройства (патент № 2257920) путем широкого вскрытия сальниковой сумки, абдоминизации поджелудочной железы (ПЖ), установки раздувного резинового баллона и дополнительных дренажных систем. Забрюшинное пространство (ЗБП) дренировали в 12 случаях при субтотально-тотальном панкреонекрозе по разработанной методике (патент № 2270700): после удаления некротизированной клетчатки в ЗБП помещали дренажные системы, состоящие из двух полихлорвиниловых дренажных трубок, расположенных по верхнему и нижнему краю резинового баллона объемом 500 мл. Через контраппертуры, справа и слева по задней подмышечной линии, дренажные трубки выводили на кожу.

Результаты. Предложенные методы дренирования позволили поддерживать в сальниковой сумке и ЗБП единую полость и, тем самым, избежать ее фрагментирования. Это в последующем облегчило доступ к гнойно-некротическим очагам и позволило выполнять этапные некрсеквестрэктомии под щадящим внутривенным обезболиванием, что исключило релапаротомии и ускорило излечение больных. Выполнение ранних этапных некрсеквестрэктомий оказалось нецелесообразным, в связи с тем что формирование «клинически значимых» секвестров происходит к 14 – 21 дню от начала заболевания. До этого момента выполняли обильное орошение очагов деструкции антисептиками, проводили проточное промывание сальниковой сумки, ЗБП. В дальнейшем интервалы между этапными некрсеквестрэктомиями выбирались с учетом клинического течения заболевания и по мере созревания секвестров. Две, три этапные некрсеквестрэктомии выполняли с интервалом 4 – 5 дней, а затем через 48 – 72 часа. После каждой этапной некрсеквестрэктомии проводилась смена пневмобаллонов и ограничителей. Послеоперационная летальность составила 17,6%.

Заключение. Дренирование сальниковой сумки и ЗБП по предложенной методике с использованием разработанных нами устройств значительно улучшает течение процессов секвестрации и отторжения некротических тканей, обеспечивает хороший доступ и условия для этапных некрсеквестрэктомий, что позволяет избежать травматичных релапаротомий и достоверно снизить летальность у этой крайне тяжелой группы больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Назыров Ф. Г., Акбаров М. М., Музаффаров Ф. У.
РСЦХ им. акад. В. Вахидова, Ташкент

Лечение больных острым тяжелым панкреатитом (ОП) является наиболее трудоемким разделом абдоминальной хирургии. Мы считаем, что основным фактором прогнозирования течения патологического процесса и вероятности благоприятного исхода лечения ОП является распространенность поражения поджелудочной железы и окружающей ее жировой клетчатки, тяжесть сопутствующих заболеваний, сроки и объем выполняемых хирургических вмешательств.

Цель исследования. Оценка результатов хирургического лечения больных острым тяжелым панкреатитом.

Материалы и методы. Нами проведен анализ результатов хирургического лечения 290 больных ОП в возрасте от 19 до 80 лет за последние 10 лет. Мужчин было 117 (40,3%), женщин – 173 (59,7%). Этилогическими факторами острого панкреатита являлись билиарный, алиментарный. Больные поступали в стационар в сроки от одного дня до двух недель с начала заболевания.

Тяжесть состояния больных и динамику его изменения оценивали по шкалам Ranson, APACHE-II. Полученные КТ признаки оценивались по шкале, предложенной Balthazar в 1990 году.

Результаты. Всем больным, поступившим с клиникой острого панкреатита и его осложнениями, с момента обращения в приемное отделение необходима комплексная диагностика согласно протоколу, анализ полученных результатов и оценка тяжести состояния. Мы проводили интенсивную консервативную терапию, направленную на купирование приступа, дезинтоксикацию и профилактику инфекционных осложнений.

Среди пациентов с ОП у 114 (39,3%) консервативное лечение оказалось эффективным, а 176 (60,7%) больных были оперированы в различные сроки от начала заболевания.

По шкале Balthazar больные распределены следующим образом (таблица 1).

Таблица 1.

Количество баллов	Количество больных	Прогнозируемая летальность (%)	Летальность % (абс.) до 3 баллов:
до 3 баллов:	114	5	0
4 – 6 баллов:	60	15	21,7 (13)
7 – 10 баллов:	116	25	18,15 (21)

Летальность больных с острым панкреатитом в зависимости от тяжести состояния больных приведена в таблице 2.

Таблица 2.

Количество баллов	<3 Ranson <8 APACHE II	>3 Ranson >8 APACHE II	>6 Ranson >15 APACHE II
Форма заболевания	отечный острый панкреатит или очаговый некроз	острый деструктивный панкреатит	тяжелый осложненный панкреатит
Количество больных абс. (%)	159 (54,8)	69 (23,8)	62 (21,4)
Прогноз	Летальность менее 10%	летальность 10 – 20%	Летальность 20 – 50%
Летальность	4 (2,5%)	9 (13%)	21 (33%)

Анализ летальности в зависимости от показателя APACHE II в послеоперационном периоде у больных с инфицированным панкреонекрозом показывает их прямую корреляционную связь.

Заключение. В результате применения разработанной хирургической тактики общая летальность составила 11,72% (34 больных), послеоперационная летальность 19,31%, при лечении 131 больного с тяжелыми формами острого панкреатита (суммарные баллы от 3 до 9 по интегральной шкале RANSON и от 9 до 20 по APACHE II) летальность составила 22,9%.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГОМОЦИСТЕИНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕАТИТА

Пакульневич Ю.Ф., Довнар И.С., Колешко С.В., Наумов А.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Лечение острого панкреатита (ОП) в настоящее время является одной из сложных проблем экстренной хирургии. Несмотря на многолетнюю историю изучения данной патологии, диагностика ОП является сложной задачей, а результаты лечения не всегда успешны. Всё это обусловливает интерес к разностороннему изучению данного заболевания в целях усовершенствования методов диагностики и оптимизации тактики лечения.

Среди многочисленных теорий патогенеза панкреатита в последнее время всё большее внимание придают сосудистой. Нарушение гемомикроциркуляции в поджелудочной железе обусловливает тканевую гипоксию и активацию находящихся внутри клеток ферментов с последующим выходом их во внеклеточное пространство. При этом возникает ОП вплоть до геморрагического панкреонекроза.

Исследования последних десятилетий выявили определенную связь между высоким уровнем гомоцистеина в плазме и увеличением риска нарушения артериального и венозного кровообращения.

Целью исследования было определение содержания гомоцистеина в плазме крови больных острым отечным (ООП), некротизирующим (ОНП) и хроническом (ХРП) панкреатитами для оптимизации патогенетически обоснованного лечения.

Материал и методы. Исследования проведены у 36 больных, все пациенты – мужчины в возрасте от 25 до 50 лет, по 12 человек в каждой исследуемой группе. Причиной развития панкреатита у всех было злоупотребление алкоголем. Забор крови осуществлялся при поступлении в стационар, на третьи и пятые сутки лечения.

Контрольную группу составили 12 практически здоровых людей, не имеющих вредных привычек. Содержание гомоцистеина в плазме у них составляло от 4,89 до 9,98 (в среднем 8,04) мкмоль/л.

Содержание гомоцистеина в исследуемых группах больных представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Концентрация гомоцистеина в плазме крови больных панкреатитом (мкмоль/л)

Формы панкреатита	Сроки исследования		
	1-е сутки	3-е сутки	5-е сутки
ООП	14,99 ± 1,38	11,90 ± 0,94	11,01 ± 1,06
ОНП	13,93 ± 2,69	17,66 ± 3,57	14,74 ± 3,86
ХРП	14,36 ± 2,68	12,20 ± 1,88	11,07 ± 1,53

Уровень гомоцистеина в плазме крови у больных острым отечным панкреатитом составил 14,99±1,38 мкмоль/л и незначительно снижался к 3-м и 5-м суткам на фоне проводимого стандартного лечения. При остром некротизирующем панкреатите наблюдалось увеличение содержания гомоцистеина с 13,93±2,69 мкмоль/л в первые сутки до 17,66±3,57 мкмоль/л к третьим суткам лечения, к пятому дню было отмечено снижение до 14,74±3,86 мкмоль/л. Аналогичные изменения гипергомоцистеинемии отмечались и у больных хроническим рецидивирующим панкреатитом с постепенным снижением к 5-м суткам лечения.

Выводы. Таким образом, гипергомоцистеинемия, отмечаемая у всех больных с различными формами панкреатита алкогольной этиологии, может являться одним из главных факторов риска в развитии данного заболевания, однако требует дальнейшего изучения и разработки методов снижения гомоцистеина в плазме крови.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КОНКРЕМЕНТЕ БСДК

Парфенов И.П., Солошенко А.В., Ярош А.Л., Карпачев А.А., Францев С.П., Ждановский О.М., Сергеев О.С., Балакирева О.В., Битенская Е.П.
Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья

Введение. Основным звеном патогенеза острого билиарного панкреатита (ОБП) принято считать нарушение оттока панкреатического секрета по протоковой системе поджелудочной железы и внепеченочным желчным путям с возникновением билиарно-панкреатического и панкреатобилиарного рефлюкса в результате обструкции конкрементом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) (Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З., 2005; Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Красногоров В.Б. и др., 2006). Вместе с тем в литературе мы не встретили убедительных данных о частоте, характере и прогнозе развития ОБП у больных с ущемленным конкрементом БСДК.

В связи с этим целью работы явилась оценка вероятности развития ОБП у больных с ущемленным конкрементом БСДК на основе анализа ферментного спектра желчи.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 102 больных с ущемленным конкрементом БСДК. Возраст больных составил, в среднем, 61,74±2,56 года. Преобладали женщины – 72,9%. Средний срок от начала заболевания составил 5,26±1,14. Болевой синдром был отмечен во всех наблюдениях (100%), желтуха – у 83 больных (81,37%), повышение температуры у 15 больных (14,7%). Повышенный уровень альфа-амилазы крови был отмечен у 47 больных (46,07%) и, в среднем, составил 738,92±207,19 Ед/л, уровень билирубинемии колебался от 17,4 мкмоль/л до 490 мкмоль/л и составил, в среднем ,135,76±20,06 мкмоль/л. При этом УЗ-признаки острого панкреатита выявлены у 61 больного, что составило 59,80%.

Установленный диагноз ущемленного конкремента БСДК считали показанием для выполнения экстренного эндоскопического транспапиллярного вмешательства в кратчайшие сроки (5,9±1,45 часа от момента госпитализации). При этом всем больным осуществляли забор протоковой желчи с последующим определением уровня альфа-амилазы и липазы. Больные были разделены на две группы, сопоставимые по полу, возрасту, срокам ущемления и тя-

жести состояния на момент поступления в клинику. Основным критерием деления больных на группы являлось наличие повышенных цифр альфа-амилазы и липазы в желчи. В первую группу вошло 58 больных, у которых уровень альфа-амилазы и липазы в желчи превышал 110 Ед/л и 600 Ед/л соответственно. Во вторую группу вошли 44 больных, у которых уровень альфа-амилазы и липазы в желчи не превышал указанных значений.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде на фоне проводимой терапии улучшение состояния (купирование болевого синдрома, нормализация лабораторной симптоматики, УЗ-картины и пр.) было отмечено у 7 больных первой группы (12,06%) и 43 больных второй группы (88,63%). Ухудшение состояния с прогрессированием симптоматики острого панкреатита отмечено у 51 больного (87,93%) первой группы и 5 больных (11,36%) второй группы.

Из приведенных данных видно, что в группе больных с исходными высокими цифрами альфа-амилазы и липазы в желчи (I группа) частота развития ОБП (87,93%) значительно превышает аналогичный показатель в группе больных (11,36%) с исходно низкими показателями ферментов в желчи (II группа). Таким образом, исходя из основных звеньев патогенеза ОБП мы можем предположить, что показатели альфа-амилазы и липазы в желчи могут являться убедительными критериями прогрессирования или купирования острого панкреатита у больных с ущемленным конкрементом БСДК. Это, несомненно, диктует необходимость дальнейшего изучения выявленных закономерностей с детальной проработкой доказательной базы.

ФАКТОР ВРЕМЕНИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Плечев В.В., Гарипов Р.М., Латыпов Р.З., Галимов О.В., Титов А.Р.
Клиника БГМУ, Уфа

В клинике БГМУ с 2000 по 2008 год было пролечено 143 больных с диагнозом острый деструктивный панкреатит. Всего с диагнозом острый панкреатит пролечено 2369 больных. Мужчин среди них было 113, женщин 30. Средний возраст пациентов составил 47±3,5 года. До 24 часов от начала заболевания поступило 84 (58,7%) пациента. В хирургический стационар были доставлены 139 (97,2%) больных. Направительным диагнозом у 97 (67,8%) больных был острый панкреатит или острый холецистопанкреатит, в остальных случаях: острый аппендицит – 14 (9,8%), кишечная непроходимость – 13 (9,1%), прободная язва – 6 (4,2%), другие хирургические диагнозы – 9 (6,3%). В терапевтический стационар были доставлены еще 4 (2,8%) больных с диагнозами инфаркт миокарда, ИБС, пневмония.

В течение трех суток нахождения в стационаре диагноз деструктивного панкреатита установлен у 142 (99,3%) больных, причем у 81 (56,6%) пациента клинически диагноз установлен в течение первых суток нахождения в стационаре. В одном случае диагноз был установлен на 24 день пребывания в стационаре. На основании клинической картины, лабораторных данных, включающих ОАК, ОАМ, определение амилазы мочи, биохимический анализ крови и данные УЗИ поджелудочной железы, диагноз деструктивного панкреатита установлен всего у 95 (66,4%) пациентов или подтвержден на вторые сутки пребывания в клинике.

В 47 случаях для диагностики деструктивного панкреатита потребовались инвазивные методики. Из них в 44 случаях ведущими в диагностике явились данные лапароскопического исследования, причем в 31 случае лапароскопия проведена в первые сутки от поступления, то есть лапароскопия проведена с целью дифференциальной диагностики. В остальных 13 случаях лапароскопия проведена с целью подтверждения деструктивного течения панкреатита. В трех случаях применена лапаротомия, это те случаи, когда данные лапароскопии были малоинформативными.

Среди 143 больных, пролеченных с диагнозом деструктивный панкреатит, умерло 54. Следует отметить, что среди пациентов с установленным диагнозом деструктивный панкреатит в первые сутки от поступления (81 больной) летальность была значительно выше – 35. Это говорит о том, что в данной группе больных была более выраженная клиническая картина, связанная с большей степенью и объемом повреждения поджелудочной железы.

Ведущими клиническими симптомами были боль в верхней половине живота 135 больных, многократная рвота (два раза и более) – 127, вздутие живота (чаще верхняя половина) – 112, положительные симптомы раздражения брюшины (чаще справа по боковому каналу) – 84. Среди лабораторных данных ведущими клиническими симптомами были (анализы в первые сутки после поступления): лейкоцитоз и повышение сахара крови. В анализе мочи отмечено повышение белка, следует отметить, что диагностическая ценность определения диастазы мочи невелика.

Ценность УЗИ велика, однако, особую ценность приобретает УЗИ в динамике – размытость контуров поджелудочной железы в первые сутки и появление выпота в сальниковой сумке и брюшной полости при повторном исследовании говорят о деструкции поджелудочной железы.

Лапароскопия применяется с целью дифференциальной диагностики деструктивного панкреатита с другими заболеваниями органов брюшной полости, когда другие методы диагностики исчерпаны.

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

Подолинский С.Г., Становенко В.В., Мартов В.Ю.
Больница скорой медицинской помощи, Витебск, Беларусь

Сообщение основано на опыте лечения 1142 больных острым панкреатитом в условиях хирургического и реанимационного стационара больницы скорой медицинской помощи Витебска за период с 2005 по 2008 годы.

Лечение острого отечного панкреатита на сегодняшний день не представляет значительной проблемы. Тяжелый панкреатит следует изначально рассматривать как реанимационную патологию. Особого внимания требуют пациенты, поступившие в стационар в состоянии средней тяжести и вначале не внушающие серьезного опасения в плане прогрессирования и осложнений панкреатита. Алгоритм оказания медицинской помощи больным с тяжелым панкреатитом представляется нам следующим образом:

1. На уровне приемного покоя осуществляется отбор больных, требующих сразу госпитализации в РАО. Отбор осуществляется по следующим критериям:
   – эйфория, возбуждение или заторможенность
   – одышка
   – ЧСС > 120 или < 60 в минуту
   – артериальная гипотензия (САД < 100 мм рт.ст.)
   – поражение микроциркуляции: мраморность кожи, цианоз, экхимозы
   – паренхиматозная желтуха
   – парез кишечника
   – эрозивное кровотечение из ЖКТ

   – гипергликемия (при отсутствии сахарного диабета)

2. Больные, поступившие в хирургическое отделение, подлежат тщательному динамическому наблюдению. На этом этапе, кроме клинических симптомов, следует обращать особое внимание на результаты лабораторных и инструментальных методов исследования: в общем анализе крови опасны лейкоцитоз более 14 000/мкл и выраженное сгущение крови, в биохимическом анализе крови – амилаземия, хилез или гемолиз, значительное повышение активности в крови трансаминаз, в анализе мочи – низкая активность амилазы при ее высокой активности в крови. Основная цель наблюдения – не упустить момент своевременного перевода в РАО пациентов, которые вначале не внушали опасений в плане тяжести панкреатита.

3. Лечение панкреатита включает настойчивое адекватное обезболивание (как при остром инфаркте миокарда). Болевой синдром должен быть купирован любыми средствами, вплоть до наращивания доз наркотических анальгетиков и постановки перидурального катетера. Антибиотикотерапия строится по принципу эскалации (первоначально панкреонекроз – асептическое состояние, а риск гнойных осложнений становится очень высоким через 7 – 10 дней от начала заболевания. Медикаментозная терапия должна включать октреотид и блокаторы желудочной секреции. Инфузионная терапия под контролем ЦВД.

4. Методы экстракорпоральной детоксикации – в ферментной стадии тяжелого панкреатита методом выбора должна являться биоспецифическая антипротеазная гемосорбция на «Овосорбе». Первая процедура проводится не позже чем через 12 часов после поступления. Кратность – от 1 до 6 сеансов.

5. При развитии острой дыхательной недостаточности показан своевременный перевод больных на ИВЛ.

6. Выполнение диагностической или лечебной лапароскопии, дренирование жидкостных образований под контролем УЗ исследования.

7. Показания к хирургическому лечению выставляются при развитии или высокой вероятности развития гнойно-септических осложнений на основании клинической картины, лабораторных данных, УЗ – исследования, КТ – исследования, пункции и цитологической и бактериоскопической оценки пунктата жидкостных скоплений.

8. Тяжелое течение острого панкреатита (тотальный или субтотальный панкреонекроз с парапанкреатитом), с наличием панкреатогенного шока или его элементов, и неэффективность интенсивного консервативного лечения с использованием всех методов в течение 36 – 72 часов с момента поступления больного мы считаем показанием к оперативному лечению.

ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Портнягин М.П., Мерзликин Н.В., Кузнецов А.В.
СибГМУ, Томск, Россия

Актуальность. Лечение острого панкреатита и его осложнений остается сложной проблемой абдоминальной хирургии, обусловленной высокой частотой заболевания, вариабельностью клинических проявлений, разнообразием осложнений.

Цель работы. Провести сравнительный анализ результатов лечения больных панкреатитом в зависимости от применяемых методов лечения, оптимизировать тактику лечения в зависимости от вида панкреатита и распространенности процесса.

Материалы и методы. Исследованию подвергнуты 128 больных с установленным диагнозом острого панкреонекроза, разделенных по группам в зависимости от характера оперативного лечения. Для оперативного лечения применялись сравнительно старые методы – абдоминизация поджелудочной железы, криометоды (криодеструкция и криоабдоминизация). Части больных со стерильным панкреонекрозом, перитонитом назначались – лапароскопическое дренирование и санация. В связи с увеличением числа больных с инфицированным панкреонекрозом и забрюшинными флегмонами, выполнялись оментобурсостомии с некрсеквестрэктомиями или наложение лапаростомы с плановыми санациями. Значительное внимание уделялось способу лечения забрюшинных флегмон. При ограниченном процессе это люмботомия, при распространенном – ретроперитонеостомия.

Результаты. Виды выполненных операций: абдоминизаций – 24, летальность – 7 (29%), криодеструкций – 27, летальность – 3 (11%), криоабдоминизаций – 21, летальность – 2 (9,5%), оментобурсостомий – 27, летальность – 11 (40,7%), лапароскопических санаций и дренирования – 10, летальность – 1 (10%), оментобурсостомий и ретроперитонеостомий – 19, летальность – 4 (21%).

Обсуждение. Самая высокая летальность получена у наиболее тяжелой категории больных с распространенным панкреонекрозом и гнойным парапанкреатитом. При стерильном ограниченном панкреонекрозе хороший эффект наблюдается после лапароскопического дренирования и санаций – низкий койко-день и небольшая летальность. При этом только в двух случаях был переход на открытое дренирование при быстром прогрессировании процесса. Криометоды также показывают свои преимущества в отдельных ситуациях – криодеструкция при стерильном ограниченном панкреонекрозе, криоабдоминизация при одновременном ограниченном парапанкреатите. При инфицированном панкреонекрозе наилучшую динамику и результаты дает оментобурсостомия с плановыми некрсеквестрэктомиями. Способ дренирования забрюшинной клетчатки существенно сказывается на конечных результатах. При заинтересованности 1-й или 2-х зон забрюшинной клетчатки достаточно одно- или двухсторонней люмботомии. При обширной забрюшинной флегмоне лучше ретроперитонеостомия.

Выводы. Эффективность хирургического лечения панкреонекроза определяется распространенностью и инфицированием зон некроза, дифференцированным подходом к тактике «закрытых» и «открытых» дренирующих операций, своевременностью перехода с одного вида лечения на другой. Криометоды эффективны при ограниченном стерильном панкреонекрозе. При инфицированном панкреонекрозе оптимальный метод – оментобурсостомия и лапаростомия. При обширной забрюшинной флегмоне можно добиться положительного результата наложением ретроперитонеостомы. В случае фульминантной формы панкреатита спасти жизнь больного можно выполнением упреждающей открытой операции и применением всего арсенала медикаментозных средств.

Заключение. Сравнение результатов лечения различными способами выявило преимущества оптимизированной хирургической тактики. Как правило, причинами летальности является поздняя диагностика осложнений, а также неадекватная тактика. В отдаленном постнекротическом периоде варианты используемых операций не оказывают влияния на физическое состояние пациента. Объем оперативного лечения зависит от формы и распространенности панкреонекроза. Ретроперитонеостомия позволяет эффективно купировать обширную флегмону забрюшинного пространства.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФЕНЕСТРАЦИИ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ У БОЛЬНЫХ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ПЕРИОД ПАНКРЕАТОГЕННОГО ШОКА И ФЕРМЕНТНОЙ ТОКСЕМИИ

Прудков М.И., Нишневич Е.В., Насретдинов З.М., Кармацких А.Ю., Абакумов В.В., Клевакин Э.Л., Деревянко Е.В., Томцев Д.А.

Городская клиническая больница № 14, Екатеринбург

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

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

В клинике неотложной хирургии ГКБ № 14, на базе кафедры хирургии ФПК и ПП УрГМА, с августа 2005 года применяется малоинвазивная методика лечения больных некротизирующим панкреатитом в стадии панкреатогенного шока и ферментной токсемии.

Некротизирующий панкреатит диагностировали на основании клинического осмотра, лабораторных данных и подтверждали инструментальными методами исследования (УЗИ диагностика, лапароскопия).

Показанием к оперативному лечению считали наличие клинических, лабораторных, инструментальных данных, указывающих на наличие у пациента некротизирующего панкреатита в стадии панкреатогенного шока, ферментной токсемии, не имеющих тенденции к регрессу на фоне комбинированной интенсивной терапии в течение 6 – 8 часов в условиях ПИТ РАО, ферментативный перитонит.

При выполнении лапароскопии устанавливали факт наличия перитонита и его распространенность, поражение забрюшинной клетчатки, желчной гипертензии, оментобурсита, исследовали активность амилазы выпота. Пораженные квадранты забрюшинной клетчатки дренировали путем фенестрации париетальной брюшины в местах ее поражения с последующим дренированием брюшной полости. Показанием к дренированию желчных путей считали наличие механической желтухи, дренирование сальниковой сумки выполняли при наличии признаков напряженного оментобурсита.

За 2,5 года (с августа 2005 по декабрь 2008 года) по данной методике пролечено 36 пациентов с панкреатогенным шоком. Тяжесть состояния оценивалась по шкалам и составила: по APACHE II от 6 до 20 (в среднем 14) баллов, по SOFA от 2 до 10 (в среднем 4,5) баллов. Возраст пациентов составил от 18 до 83 лет (средний возраст 45 лет). Мужчин среди них было 27 (75%), женщин 9 (25%). Сроки госпитализации с момента заболевания составили от 2,5 до 72 часов (в среднем 23,7 часа). Местный ферментативный перитонит был выявлен в 2,6% случаев, распространенный в 97,4%. Активность амилазы перитонеального выпота составила от 116 до 230 г/л*ч (в среднем 180,2 г/л*ч). У 24 (66,7%) больных явления шока регрессировали в течении 7 – 24 часов. Летальность от панкреатогенного шока составила 33,3% (12 человек).

ПУТИ ЭВОЛЮЦИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ

Прудков М.И., Галимзянов Ф.В., Шаповалова О.П.

Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, СОКБ № 1, Екатеринбург

Наша клиника много лет занимается концентрацией больных с инфицированным панкреатитом и гнойными осложнениями панкреонекроза из общей сети хирургических стационаров Свердловской области (население – 4,5 млн. человек). К настоящему времени мы располагаем опытом лечения подобных 811 пациентов. Накопленный опыт позволил сформировать некоторые принципиальные позиции.

Забрюшинные клетчаточные пространства – основное поле патологических изменений при тяжелом панкреатите. Инфицирование зон панкреатогенной агрессии нередко происходит уже в первые дни заболевания. Однако сам факт инфицирования еще не означает обязательности возникновения гнойных осложнений.

Адекватная и своевременная антибактериальная терапия в ряде ситуаций позволяет предотвратить их появление. В этом случае может формироваться панкреатогенный инфильтрат без клинических и бактериологических признаков инфицирования.

Неэффективная антибактериальная терапия, исходное массивное инфицирование и ранние операции на клетчаточных пространствах способствуют дальнейшей эволюции инфекционного процесса и развитию гнойных осложнений 3-х основных типов.

1. Инфицированный панкреатогенный инфильтрат, включающий множественные очаги некроза: стерильные, инфицированные и трансформировавшиеся в микроабсцессы. Характерны клинические проявления тяжелого абдоминального сепсиса. Хирургическое лечение противопоказано. Из 23 оперированных – умерло 12 (летальность 52,2%), у 10 (43,5%) имели место ятрогенные осложнения (кровотечения, повреждения органов ЖКТ). Из 96 леченных консервативно 88 выздоровели (летальность 8,3%).

2. Панкреатогенный абсцесс. По сути дела, тот же инфицированный инфильтрат с объединенной одной или несколькими сливными гнойными полостями и плотными стенками. Относительно благоприятный вариант эволюции инфекционного процесса. В большинстве случаев нет явлений тяжелого абдоминального сепсиса и ПОН. 5 больным с абсцессами до 5 см была предпринята пункционная аспирация, 16 больным – пункционное дренирование, 133 больным с абсцессами свыше 7 см или содержавшим секвестры, предпринято минилапаротомное дренирование. Все больные выздоровели.

3. Панкреатогенная флегмона. Стерильные и инфицированные очаги некрозов клетчатки, перемежающиеся с очагами гнойного расплавления без четкого отграничения. Характерны явления тяжелого абдоминального сепсиса и ПОН. Всем 538 пациентам, соответственно поквадрантной распространенности, было предпринято вскрытие, дренирование и программные санации пораженных участков забрюшинной клетчатки. 353 из них вмешательства были предприняты из одиночного или множественных мини-доступов (летальность 11,6%), 185 – из традиционных широких разрезов (летальность 28,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Рыбачков В.В., Дубровина Д.Е., Тевяшов А.В., Аленкин А.Г.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных деструктивным панкреатитом.

Материал и методы исследования. С 2003 по 2008 гг. в клинике госпитальной хирургии находились на лечении 367 больных с панкреонекрозом. Осложненное течение заболевания отмечено у 273 пациентов (74,3%). Асептические осложнения панкреонекроза без наличия очагов гнойной деструкции выявлены у 217 больных (59,1%). Инфицированные осложнения диагностированы у 56 пациентов (16,7%). Все больные поступили в экстренном порядке, в 73,25% случаев в течение первых суток с момента развития заболевания. Среди больных мужчин было 72%, женщин – 28%. Удельный вес лиц пожилого возраста составил 30%.

Результаты. Наиболее часто течение панкреонекроза отягощалось панкреатогенным ферментативным перитонитом (157 пациентов). В соответствии с общепризнанной тактикой всем больным было выполнено лапароскопическое дренирование брюшной полости. Во время лапароскопии выполнялась блокада круглой связки печени. Летальность в этой группе составила 10,8% (умерло 17 больных). У второй группы больных с неинфицированными осложнениями панкреонекроза (60 пациентов) имелось отграниченное скопление асептического панкреатогенного экссудата в сальниковой сумке или наличие парапанкреатического инфильтрата. Для эвакуации токсического экссудата из сальниковой сумки у 42 больных мы использовали чрескожное пункционное вмешательство под УЗ-контролем. В 21 случае положительного эффекта удалось добиться однократной пункцией. У остальных пациентов выполнялись повторные манипуляции (до 7 раз). Количество эвакуируемого экссудата варьировало от 30 до 1000 мл. Как правило, пункция полости сальниковой сумки осуществлялась трансгастрально. При больших размерах жидкостного образования пункция сочеталась с последующим дренированием полихлорвиниловым трубчатым дренажом (11 больных). У большинства больных удалось адекватно санировать скопления панкреатического экссудата. Однако в 3 случаях (7,1%) после пункции сальниковой сумки потребовалось выполнение лапаротомии (прогрессирование явлений панкреонекроза и формирование наружного панкреатического свища). Летальность в группе больных с неинфицированным перипанкреатитом была наименьшей из всех осложнений панкреонекроза и составила 3,3% (умерло 2 больных).

Инфицированные осложнения панкреонекроза в большинстве случаев проявились формированием забрюшинной флегмоны (22 больных). Проводилось вскрытие гнойных очагов внебрюшинным доступом. Летальность при этом осложнении была наибольшей – 59% (умерло 13 больных). Причинами летальных исходов явились: раневое истощение, нарастающая интоксикация, аррозивные кровотечения. Разлитой гнойный перитонит развился у 16 больных. Срединная лапаротомия с дренированием брюшной полости, сальниковой сумки и при необходимости забрюшинной клетчатки являлась единственным методом лечения таких больных. Общая летальность в этой группе составила 37,5% (умерло 6 больных). Формирование панкреатогенных абсцессов брюшной полости и сальниковой сумки отмечено у 18 больных. Лечение подобных осложнений заключается в дренировании гнойника из мини-доступа или путем выполнения лапаротомии. У 6 больных использован пункционный метод под ультразвуковым контролем. Из них 2 больным выполнено дренирование гнойной полости полипропиленовой трубкой, у 4 больных санации абсцесса удалось добиться путем последовательных трансгастральных пункций. Летальность в группе больных с панкреатогенными абсцессами составила 11,1% (умерло 2 больных). Общая летальность составила 10,89% (умерло 40 больных).

Заключение. Таким образом, каждое осложнение панкреонекроза имеет свою направленность лечения. Наиболее актуальным является своевременность начала адекватной терапии и определение сроков оперативного пособия.

ЭВОЛЮЦИЯ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В ИНФИЦИРОВАННЫЙ В УСЛОВИЯХ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Максимова М.А.

ГОУ ВПО Российский государственный медицинский университет Росздравсоцразвития, кафедра факультетской хирургии (зав. – академик РАН и РАМН В.С. Савельев), Москва

Цель. Изучить закономерности и варианты трансформации стерильного некротического процесса в инфицированный в зависимости от распространенности забрюшинного процесса, выраженности полиорганной недостаточности, характеристики некротического и жидкостного компонентов очага деструкции, вариантов тактики консервативных мероприятий, показаний и сроков хирургического вмешательства, методов некрсеквестрэктомии, вариантов дренирования забрюшинного очага, режимов повторных санационных вмешательств.

Материал и методы. Проведен многофакторный анализ результатов комплексного лечения 212 пациентов панкреонекрозом в период с 1998 по 2007 гг. в зависимости от степени распространенности некротического процесса, тяжести полиорганных нарушений, вариантов (первичное/вторичное) инфицирования. Интегральную тяжесть состояния пациентов в динамике заболевания оценивали по шкалам APACHE II, Balthazar (1990), Mortele (2004), De Waele (2007). В соответствии с классификацией В.С. Савельева и соавт. (2008 г.), стратификация больных по факту инфицирования представлена на основании результатов микробиологических исследований некротического материала забрюшинного пространства: стерильный панкреонекроз диагностирован у 63 (29%), первично инфицированный процесс у 96 (45%) и вторично инфицированный у 53 (25%) пациентов.

Результаты. Исследования показали, что ведущими факторами патогенеза панкреонекроза, определяющими ранние (2 недели заболевания) сроки трансформации стерильного процесса в инфицированный, являются: 1) стойкая и прогрессирующая полиорганная недостаточность (APACHE II более 10 баллов); 2) распространенная деструкция поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (индекс тяжести КТ по шкалам Balthazar и Mortele более 8 баллов); 3) доминирование в забрюшинном очаге солидных масс над жидкостными образованиями (индекс тяжести КТ по шкалам Balthazar и Mortele более 6 баллов). Удельный вес распространенных форм при первичном и вторичном инфицировании составил 42 и 51%, соответственно, тогда как при стерильном процессе он был существенно

ниже 5% ($p < 0,05$). В условиях распространенного панкреонекроза сроки первичного (21 сутки) и вторичного (18 сутки) инфицирования не отличались ($p > 0,05$). Летальность при первичном (36%) и вторичном инфицировании (34%) существенно выше, чем при стерильной деструкции (13%) ($p < 0,05$), что определяется характером обширного поражения забрюшинного пространства.

Выводы. Выявленные особенности инфицирования распространенного стерильного панкреонекроза и ограниченная эффективность антибактериальной профилактики с использованием даже карбапенемов обосновывают целесообразность активной хирургической тактики с использованием принципа многоэтапных некрсеквестрэктомий и управляемой ретроперитонеостомии независимо от фазы заболевания. При ограниченном стерильном и инфицированном панкреонекрозе (панкреатогенный абсцесс, инфицированная псевдокиста) целесообразно использование закрытых транкутанных методов дренирования. Разработанные дифференцированные показания, сроки и технологии малоинвазивных и традиционных хирургических вмешательств при различных формах стерильного, первично и вторично инфицированного панкреонекроза позволили существенно улучшить результаты комплексного лечения потенциально фатальных форм деструктивного панкреатита.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ВРЕМЕНИ

Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Гунзынов. Г.Д., Жигаев Г.Ф., Цыбиков Е.Н., Содномов Ч.В.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, Россия

Цель работы. Оценить результаты лечения различных форм острого панкреатита в различные периоды времени.

Материал и методы. Анализируются результаты обследования 99 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003-го по май 2009 года.

Исследуемые пациенты распределены согласно классификации Международного симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000).

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного с 2004 года всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

С 2004 года нами применяется оптимизированная лечебно-диагностическая тактика при различных формах острого панкреатита. Всем больным с подтвержденным деструктивным панкреатитом (УЗИ, КТ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лабораторные показатели), проводили базисную консервативную терапию, включающую антибиотикопрофилактику и терапию (карбапенемы, фторхинолоны, цефалоспорины III и IV поколения).

Показанием к хирургическому вмешательству служили: 1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования; 2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Тактика дифференцированного хирургического лечения заключалась в строго соблюдаемых принципах современной неотложной панкреатологии. Таким образом, при ограниченных формах панкреонекроза, независимо от факта инфицирования, нами применялся «закрытый» метод дренирующих операций в режиме «по требованию», при распространенных формах – «открытый» метод дренирования в режиме «по программе». Определено, что распространенный стерильный некроз поджелудочной железы более 50% неминуемо приводит к инфицированию. В этой связи интенсивная терапия проводилась в одинаковом объеме независимо от факта инфицирования.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с различными формами острого панкреатита.

Так, летальность больных с различными формами острого панкреатита за период 2001–2003 годы составляла 57%, в 2004 году – 25%, 2005 – 22%, 2006 – 21%, 2007 – 19%, 2008 – 18%.

Таким образом, за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом не только к диагностике; корректной оценке степени тяжести состояния больного, но и уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

ОПТИМИЗИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Саганов В.П., Хитрихеев В.Е., Гунзынов Г.Д., Жигаев Г.Ф., Цыбиков Е.Н., Гармаев Б.Г.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, Россия

Цель работы. Оценить результаты лечения больных с различными формами острого панкреатита, оптимизировать диагностику и лечение этой группы пациентов.

Материал и методы. В работе анализируются результаты обследования 99 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 по май 2009 года.

Так, 4 больных оперировано по поводу острого панкреатита отечной формы, двум больным с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия. 31 оперированный пациент вошел в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составили 13 больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза – 32. 15 пациентов оперированы по поводу стерильной и инфицированной псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ), а 2 больных вошли в группу панкретогенного абсцесса ПЖ. Во всех группах превалировали лица мужского пола.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс.

На основании оценки интегральной тяжести состояния всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Показанием к хирургическому вмешательству служили: 1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования; 2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Результаты. Возраст и сроки лечения в различные периоды лечения больных с острым панкреатитом существенно не отличались.

Предикторами неблагоприятного исхода были: мужской пол, алкоголизм, поражение областей забрюшинного пространства, гнойный перитонит, возраст старше 47 лет.

При ОПОФ и ограниченном стерильном панкреонекрозе выполнялось однократное хирургическое вмешательство (лапаротомия/лапароскопия). При ограниченном стерильном панкреонекрозе выполняли 1,2±0,3 операции («закрытый» метод дренирования+релапаротомия по требованию), при распространенном стерильном панкреонекрозе выполняли 1,7±2,5 операции, причем, если наблюдали некрозы, секвестры, проводили программированные некрсеквестрэктомии, и на 3 – 4 операции отмечали признаки инфицирования (гнойное отделяемое сальниковой сумки, положительный бактериальный анализ). При распространенном инфицированном панкреонекрозе выполняли «открытый» метод дренирования+программированные некрсеквестрэктомии. При стерильных псевдокистах ПЖ при малых размерах до 5 см выполняли радикальное иссечение последней – 3 пациентам, при больших размерах – цистоеюноанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну – 6. В случае инфицирования псевдокисты ограничивались вскрытием и наружным дренированием – 6. Панкреатогенный абсцесс также вскрывали и выполняли наружное дренирование.

Летальность при распространенном стерильном панкреонекрозе составила 30,8%, а при распространенном инфицированном панкреонекрозе – 34,4%, причиной которого явилась полиорганная дисфункция, сепсис в последней группе, а в стерильной фазе заболевания – панкреатогенный шок, из них 25% умерших больных с распространенным стерильным панкреонекрозом обусловлено ошибками дежурной бригады в ночное время, когда была выполнена операция по поводу перитонита неясного генеза. В целом, летальность больных с различными формами острого панкреатита составила 15,2%.

Вывод. Тяжесть и течение деструктивного панкреатита коррелируют с масштабами поражения забрюшинного пространства. Учет факторов риска фатального исхода позволяет оптимизировать тактику лечения.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юрищев В.А., Сажин П.В.

Новомосковская городская клиническая больница, Новомосковск, Россия

Цель исследования. Разработать оптимальную хирургическую тактику при инфицированном панкреонекрозе.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения более 1000 больных инфицированным панкреонекрозом. Разработаны оригинальные (авторское свидетельство № 1517946, патент № 2126654) тактические подходы к выбору объема хирургического лечения и ведения послеоперационного периода у больных с гнойными осложнениями панкреонекроза (гнойным оментобурситом, забрюшинной флегмоной и гнойным перитонитом).

Решающими в выборе показаний к оперативному лечению были результаты клинико-биохимического и бактериологического мониторинга, УЗИ, компьютерной томографии, лапароскопии и оментобурсоскопии, которые позволяли установить объем поражения поджелудочной железы и распространенность воспалительного процесса в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке, брюшной полости, степень воспаления желчного пузыря и характер выпота в брюшной полости.

При очаговом панкреонекрозе, гнойном оментобурсите с наличием свободных тканевых секвестров выполняли поперечную лапаротомию, адекватную санацию полости сальниковой сумки и панкреатонекрсеквестрэктомию с последующим формированием оментобурсостомы. В послеоперационном периоде ежедневно проводили эндоскопические ревизии, при необходимости некрэктомии и санации полости сальниковой сумки до купирования воспалительного процесса и появления активных грануляций.

При распространенном гнойном перитоните на фоне субтотального панкреонекроза выполняли срединную лапаротомию, панкреатонекрэктомию, санацию брюшной полости, операцию заканчивали формированием лапаростомы с применением молнии-застежки. В послеоперационном периоде проводили программированные санации брюшной полости антисептиками до купирования воспаления, снижения микробной обсемененности до 103 – 105КОЕ/мл, появления перистальтики кишечника, после чего брюшную полость ушивали с формированием оментобурсостомы и выполняли эндоскопические ревизии, некрсеквестрэктомии поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, санации полости сальниковой сумки, так как воспалительный процесс в поджелудочной железе купировался значительно позже, чем в брюшной полости.

Наличие забрюшинной флегмоны являлось показанием к формированию люмбостомы, что позволяло проводить адекватную ревизию и санацию не только полости сальниковой сумки, но и забрюшинного пространства.

Наличие деструктивного холецистита служило показанием к холецистэктомии с дренированием холедоха, а признаки механической желтухи без деструкции желчного пузыря служили показанием к наложению холецистостомы.

Результаты. Адекватное и последовательное удаление гнойно-некротического субстрата из брюшной полости и забрюшинного пространства привело к существенному снижению (с 48 до 15%) процента гнойных осложнений, абдоминального сепсиса, органной недостаточности и тромбоэмболических осложнений по сравнению с закрытым ведением брюшной полости. Летальность при операциях «открытого» типа снизилась в два раза до 18 – 20% по сравнению с операциями «закрытого» типа, соответственно снизились и сроки лечения больных с 59 до 31 койко-дня.

Заключение. Дифференцированное применение открытых методов лечения инфицированного панкреонекроза, осложненного гнойным оментобурситом, забрюшинной флегмоной, перитонитом с программированными санациями брюшной полости, этапными эндоскопическими некрсеквестрэктомиями позволяет снизить процент осложнений, летальность и сроки лечения данной патологии.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ГЕМОКОРРЕКЦИИ

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Суркин С.А., Соснин Д.Ю., Минеев Д.А.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», ГКБ № 4, Пермь, Россия

Цель исследования. Определить эффективность использования внутрисосудистого ультрафиолетового облучения крови (ВУФОК) и плазмафереза (ПА) в лечении синдрома эндогенной интоксикации при остром панкреатите.

Материалы и методы. Нами проведено обследование и комплексное лечение 1830 больных острым панкреатитом. Всего выполнено 1004 сеанса экстракорпоральной детоксикации: плазмафереза с плазмасорбцией, на курс 2 – 4 сеанса, всего 240 детоксицирующих перфузий.

Результаты исследования. После проведения курса ВУФОК в анализах крови наблюдалось снижение лейкоцитоза и СОЭ в полтора раза, снижение количества палочкоядерных нейтрофилов, достоверное увеличение эритроцитов и гемоглобина на 10 – 15%, нарастание иммуноглобулинов с нижней границы нормы в 1,5 – 2 раза. ЛИИ нормализовался в 77% случаев в течение 5 – 7 дней, в то время как у пациентов контрольной группы – в 24% случаев.

Фиксировалось повышение фагоцитарной активности нейтрофилов на 19,5%, В-лимфоцитов на 13%. Улучшалось микроциркуляторное насыщение артериальной крови на 10 – 15%. Исследования показали, что по мере развития гнойно-воспалительного процесса показатели эндотоксемии возрастают даже после санации гнойного очага.

На этом фоне у 70% больных с сопутствующими заболеваниями создаются условия для развития субкомпенсированных и декомпенсированных органных и системных нарушений и, в соответствии с этим, формируются порочные круги возрастания степени эндотоксикоза. После первого сеанса ПА происходило снижение лейкоцитарного индекса интоксикации с 3,6 ± 0,66 до 1,9 ± 0,1, со 2 – 3 сеанса снижался показатель ВСММ с 0,41 усл. Ед до 0,26 усл. Ед. Детоксикационный эффект оценивали и по биохимическим показателям: уже после первого сеанса уровень билирубина снижался на 50%, АЛаТ, АсаТ на 25 – 30%. После третьей, четвёртой процедуры имелась тенденция к дальнейшему снижению этих показателей. Также в течение второго-третьего сеанса снижались показатели почечной недостаточности на 35 – 40%. После проведения процедур перфузионной детоксикации коэффициент Т-хелперы/ Т-супрессоры приближался к нормальным показателям, а в контрольной группе больных превышал норму в 5 – 6 раз.

Также существенно снижался показатель ЦИК. В целом, исследования показали, что плазмаферез обеспечивает снижение показателей эндотоксемии, ультрафиолетовое облучение собственно детоксицирующего действия не оказывает, но в комбинации с плазмаферезом усиливает элиминацию токсичных компонентов за счёт улучшения реологии и иммуностимулирующего эффекта.

Выводы. Таким образом, применение УФОК и ПА в комплексном лечении больных с острым тяжелым панкреатитом и его гнойно-септическими интраабдоминальными осложнениями позволяет снизить степень эндогенной интоксикации, улучшить реологические и иммунологические показатели крови.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ОЗОНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Осокин А.С.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», ГКБ № 4, Пермь, Россия

Актуальность. Эффективное комплексное и комбинированное лечение острого панкреатита остается актуальной проблемой современной хирургии. Уровень общей и послеоперационной летальности по-прежнему достигает 10,6 – 24%. Среди причин летальности одно из ведущих мест занимают гнойно-септические осложнения.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путём введения в традиционный комплекс лечебных мероприятий комбинированных методов озонотерапии.

Основная задача – определить эффективность использования комбинированных методов озонотерапии для профилактики и лечения гнойно-септических осложнений при остром панкреатите.

Материалы и методы. Нами проведен анализ лечения 1830 больных острым панкреатитом, из них 276 (15,08%) с острым деструктивным панкреатитом (ОДН). Больным с ОДП выполнялось хирургическое лечение по разработанному нами алгоритму. Кроме общепринятых методов лечения нами широко использовалась комбинированная озонотерапия, которая включала: внутривенное введение озонированного физиологического раствора (ОФР), для уменьшения контоминации использовали внутрикишечное введение ОФР, введение газообразного озона в забрюшинное пространство для создания озонового блока, введение газообразного озона в круглую связку печени.

При проведении лапароскопической или минилапаротомной санации сальниковой сумки выполняли промывание сальниковой сумки ОФР.

Результаты. Всего пролечено с использованием озонотерапии 74 человека с острым панкреатитом, на курс выполнялось 2 – 4 забрюшинных введения газообразного озона. Средние сроки начала проведения озонотерапии: от нескольких часов до 24 – 72 часов с момента поступления и интраоперационно во время лапароскопической хирургической санации брюшной полости и сальниковой сумки.

В целом, исследования показали, что озонотерапия усиливает элиминацию токсичных компонентов за счёт улучшения реологии и иммуностимулирующего эффекта, а также убедительно свидетельствуют о том, что один из основных патогенетических механизмов лечебного действия комбинированного применения озонотерапии при остром панкреатите связан с биотрансформацией и элиминацией микробных тел, токсинов, патогенных иммунных комплексов, обусловливающих развитие синдрома эндогенной интоксикации.

Выводы. Таким образом, применение озонотерапии в комплексном лечении больных с острым тяжелым панкреатитом и его гнойно-септическими интраабдоминальными осложнениями благоприятно влияет на клинико-лабораторные показатели уровня эндогенной интоксикации, корригирует реологические и иммунологические показатели крови. Своевременное применение забрюшинного «озонового блока» за счет улучшения микроциркуляции уменьшает риск развития парапанкреатита, что является важным компонентом профилактики интраабдоминальных парапанкреатических гнойно-септических осложнений.

ПОВТОРНЫЕ МИНИ-ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Сандаков П.Я., Самарцев В.А., Зубарева Н.А., Зинец С.И., Осокин А.С.

Кафедра общей хирургии лечебного факультета, ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», ГКБ № 4, Пермь, Россия

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения инфицированного панкреонекроза.

Основными задачами повторных миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите (ОП) являлись: ранняя диагностика интраабдоминальных осложнений в период отсутствия отчетливой

клинической симптоматики; выбор адекватной хирургической тактики и объема повторного хирургического или эндохирургического вмешательства; эффективная хирургическая детоксикация и лечение синдрома интраабдоминальной гипертензии (СИАГ).

Материал и методы. Нами проведен анализ лечения 1830 больных острым панкреатитом, из них 276 (15,08%) с острым деструктивным панкреатитом. На основании мониторинга внутрибрюшного давления (ВБД) у 48 больных с инфицированным панкреонекрозом СИАГ I ст. выявлен у 28 (58,3%), СИАГ II ст. – у 17 (35,4%), СИАГ III ст. – у 3 (6,2%) человек, IV ст. СИАГ в обследуемой группе мы не наблюдали.

При непрямом измерении ВБД в мочевом пузыре при СИАГ I ст. отмечен диапазон колебаний от 8 + 3 до 13 + 2 мм рт.ст. (средний показатель ВБД 9,9+2,5 мм рт.ст.). При СИАГ II ст. диапазон колебаний – от 17 + 2 до 19 + 3 мм рт.ст. (средний показатель ВБД 17,9 + 2,4 мм рт.ст.). При СИАГ III ст. диапазон колебаний – от 28 + 1 до 29 + 3 мм рт.ст. (средний показатель ВБД 28,6+2,6 мм рт ст.).

Результаты. Нами разработан алгоритм повторных миниинвазивных вмешательств при ОП и его гнойно-септических осложнениях с учетом степени СИАГ, данных УЗИ и КТ. При бактериологическом исследовании данной группы больных наиболее частыми микроорганизмами, обнаруженными в экссудатах и гноеродном материале, были следующие бактерии: Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Streptococcus spp. и др.

Мы рассматривали релапароскопию (РЛС) и послеоперационную лапароскопию (ПЛС) как этап комплексного хирургического лечения больных, который может быть промежуточным и окончательным, позволяющим избежать необоснованных релапаротомий. Дренирование ретропанкреатического и ретроколического клетчаточных пространств осуществляли после ретроперитонеоскопии.

Повторные миниинвазивные оперативные вмешательства были произведены 199 больным, им выполнено 257 эндоскопических операций (РЛС и ПЛС) на органах брюшной полости. Сроки выполнения РЛС и ПЛС варьировали от 1 до 13 суток. В 23 случаях причиной выполнения ПЛС являлись интраабдоминальные осложнения после «открытых» и минилапаротомных холецистэктомий в сочетании с послеоперационным панкреатитом.

Выводы. Использование алгоритма повторных миниинвазивных вмешательств при инфицированном панкреонекрозе позволило в два раза уменьшить количество релапаротомий при интраабдоминальных осложнениях, снизить травматичность повторного оперативного вмешательства, уменьшить процент гнойно-септических осложнений и летальности, повысить качество жизни оперированных больных.

НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Варганов М.В., Коробейников В.И.,

ИГМА, Ижевск, Россия

Развитие инфицированного панкреонекроза (ИПН), гнойно-некротического парапанкреатита (ГНПП) является наиболее частой причиной летальных исходов при остром панкреатите. За последних три года в хирургическом отделении Первой республиканской клинической больницы находилось на лечении 138 больных с острым панкреатитом, из них 49 больных с ИПН, из них 30 больных с ГНПП. Большинство этих больных поступило на 5 – 10 сутки от начала заболевания из районов и городов Удмуртии. 10 из них были уже оперированы. Возраст больных – от 33 до 76 лет. Все больные с ИПН и ГНПП были оперированы в клинике. Операции заключались в абдоминизации поджелудочной железы, некрсеквестрэктомии, санации и дренировании брюшной полости, малой сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки. Между санациями проводился сквозной инфузионно-капельный лаваж малой сальниковой сумки раствором фурацилина, физраствором и диоксидином. Плановые санации проводили от 4 до 19 раз, через 24 – 48 часов в зависимости от обширности и тяжести гнойно-деструктивного процесса в поджелудочной железе, брюшной полости, в забрюшинной клетчатке. Для санации использовали растворы фурацилина, 0,15%-ный раствор перекиси водорода. Антибактериальную терапию проводили под динамическим контролем бакпосевов. Применяли аминогликозиды, цефалоспорины II и III поколений, метрогил. Комплекс активной детоксикации и иммунокоррекции включал в себя дискретный плазмаферез с озонированием реинфузии эритроцитов, внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора, криоспленоперфузата или внутримышечное введение спленопида. Всё это проводили на фоне стандартной инфузионной терапии, парентерального и раннего энтерального питания через назоинтестинальный зонд. Соматостатин и октреотид использовали в первые 7 – 10 дней лечения. Послеоперационные осложнения (аррозивные кровотечения, перфорации полых органов, абсцессы брюшной полости, кишечные свищи, прогрессирующая печеночно-почечная, полиорганная недостаточность) привели к смерти 16 больных ИПН и ГНПП.

Клинический анализ летальных исходов показал, что высокой послеоперационной летальности способствовали:

– позднее поступление больных в хирургическое отделение;

– отказ от ежедневного УЗИ мониторинга острого панкреатита;

– комплексная инфузионная консервативная терапия в неполном объеме в фазу энзимной токсемии и асептического некроза;

– запоздалая диагностика и операция при ИП;

– отказ от применения современных методов детоксикации и иммунокоррекции с момента поступления больных острым панкреатитом;

– неадекватное хирургическое лечение ИП и ГНПП, несвоевременные малоинвазивные вмешательства при гнойных очагах.

ОСНОВНЫЕ ИНДИКАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ПУТИ ИХ ОПТИМИЗАЦИИ.

Совцов С.А.

Уральская государственная медицинская академия дополнительного образования, Челябинск, Россия

На фоне постоянно возрастающего числа больных с острым панкреатитом, к сожалению, происходит и увеличение количества деструктивных форм заболевания, что привело к значительному увеличению процента послеоперационной летальности практически до уровня 30 – 40%. На фоне имеющихся цифр уровня 80 – 90 годов прошлого века порядка 20 – 25% сегодняшние показатели лечения выглядят не совсем хорошо. Это обусловлено целым рядом объективных причин. Во-первых, имеет место ежегодное увеличение числа госпитализированных больных с острым панкреатитом (порядка 10%). Во-вторых, нами отмечается рост числа деструктивных форм заболевания, что связано с лучшей их верификацией за счет широкого использования аппаратов ультразвуковой диагностики новых поколений, компьютерной томографии, ядерно-

магнитного резонанса. Одной из причин роста послеоперационной летальности при остром панкреатите, по нашему убеждению, является не всегда обоснованное увеличение процента оперативной активности при этом заболевании. Так, по анализу результатов лечения 7140 больных острым панкреатитом, оперировано было 888 (оперативная активность составила 12,4%). Умерло всего больных 348 (4,8%), из них после операции 270 (30,4%). Если изучить соотношение процентов послеоперационной летальности и хирургической активности, то выявляется практически прямая зависимость этих индикативных показателей: процент оперативной активности за последние пять лет составил: 12,2; 11,6; 11,5; 9,9; 10,2, а показатель послеоперационной летальности был: 31,2; 28,2; 26,6; 21,2; 23,5. Таким образом, уменьшение оперироативной активности на показатель послеоперационной летальности. Наши данные практически полностью совпадают с цифрами, приводимыми в работах H. Beger, M. Buchler (1999,2002).

Уменьшить число оперированных больных позволяет выполнение лапароскопических вмешательств при остром панкреатите, прежде всего в группах больных с геморрагическим перитонитом и стерильным некрозом железы. Нами выяснено, что эти лечебные технологии в группе больных, госпитализированных в ранние сроки от начала заболевания, по сравнению с группой больных, у которых использовалась традиционная хирургическая тактика, – отразились на конечном результате лечения больных деструктивным панкреатитом: в первой группе послеоперационная летальность составила 11,6%, а во второй – 32%. Третьим индикативным показателем результатов лечения острого панкреатита следует считать уровень общей летальности. При увеличении числа госпитализированных больных, уменьшении процента оперативных вмешательств (в связи с улучшением качества объективизации процесса в поджелудочной железе и окружающей клетчатке), вместе с тем наличием достаточно значимого уровня послеоперационной летальности – нам удалось сохранить показатель общей летальности в последние годы в пределах 3,2 – 3,6%, что является весьма хорошим. В связи с этим нам представляется, что уровень общей летальности является более значимым индикативным показателем, чем послеоперационная летальность.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ступин В.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В., Цкаев А.Ю., Хоконов М.А., Пострелова Г.В.

ГОУ ВПО РГМУ МЗ РФ Росздрава, Москва, РФ

Цель исследования. Оценить эффективность хирургического лечения гнойных осложнений панкреонекроза (ГОПЗ).

Материал и методы. Несмотря на широкое использование в нашей клинике чрескожных дренирующих вмешательств, за период 2005 – 2009 гг. оперировали 76 (26,2%) больных в возрасте от 21 до 80 года, из них старше 65 лет – 16%. Преобладали лица мужского пола (68,4%).

Поздняя госпитализация в клинику (свыше 10 суток) – 10 (13%) больных. В течение 14 дней оперированы 39 (51,3%), на 15 – 20-е сутки – 24 (32%), более 20 суток – 13 (17%) пациентов.

У 14 (18%) пациентов выявлена желчнокаменная болезнь, из них у 7(9%) диагностирован ущемленный конкремент в БДС, у 40 (53%) больных приступу предшествовал прием алкоголя, у 22 (29%) этиологический фактор не установлен.

Ведущими методами диагностики ГОПЗ являются УЗИ с тонкоигольными пункциями и бактериологическим исследованием материала, рентгенологическая фистулография. Для оценки тяжести состояния больных применялись многофакторные шкалы.

44 (57,9%) больным до операции произведена предварительная однократная лечебная пункция абсцессов сальниковой сумки и забрюшинного пространства под контролем УЗИ. 15 (20%) больным выполнена лечебная пункция и дренирование гнойников различной локализации, что способствует снижению уровня интоксикации и отграничению некротического процесса. Все больные оперированы «открытым» методом с использованием верхне-срединной лапаротомии и люмботомии.

Полиорганная недостаточность на момент операции была у 6 (8%) пациентов (SAPS > 12).

По поводу ГОПЗ в пределах сальниковой сумки (абсцессы сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, железы с секвестрацией) оперировано 55 (72%), сочетанного гнойного поражения железы и забрюшинного пространства (флегмона) – 21(28%) больных.

Результаты. УЗИ позволяет достоверно диагностировать локализацию ГОПЗ, секвестрацию железы, обеспечить рациональный доступ и объем операции. Изолированная оментобурсостомия (ОБС) произведена 55 (72%), ОБС с люмботомией (у 2 правосторонняя, у 2 – двухсторонняя) – 15 (20%), изолированная люмботомия 6 (8%) больным. У 82% больных выполнена секвестрэктомия, у 20% – некрэктомия. В 39 (51%) случаях потребовались этапные санации сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Послеоперационные осложнения: толсто-, тонкокишечные и желудочные свищи – 8 (11%), аррозивные кровотечения – 5 (7%), панкреатические свищи – 2 (3%).

Послеоперационная летальность составила 28,9%. Высокая летальность отмечена у пожилых больных в поздние сроки поступления, из-за запоздалой операции. В группе больных с использованием перед операцией малоинвазивных манипуляций под контролем УЗИ летальность составила 21%. Летальность после изолированной ОБС – 23,6%, ОБС в комбинации с люмботомией – 40%.

Причинами летальных исходов послужили абдоминальный сепсис, полиорганная недостаточность, аррозивные кровотечения из сосудов железы.

Выводы. Использование высокоинформативного УЗИ позволяет запланировать оптимальный объем оперативного вмешательства. При ГОПЗ целесообразно последовательное применение малоинвазивных методик (первый этап) и своевременных операций (второй этап). При неограниченных инфицированных некрозах парапанкреатической и параколической клетчатки, наличии секвестров показана лапаротомия, люмботомия с дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства. «Открытый» метод дренирующих операций обеспечивает адекватный доступ к очагам деструкции при выполнении динамических санаций. Необоснованно длительная задержка операции способствует прогрессированию полиорганной недостаточности и повышению летальности.

ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА (ОДП)

Тарасенко В.С., Демин Д.Б., Волков Д.В., Смолягин А.И., Шефер А.В., Балпеисова А.Б., Корнилов С.А., Басов Ф.В., Щетинин Н.А.

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург, Россия

Цель исследования. Разработать прогностические критерии течения ОДП, развития гнойно-септических осложнений и оптимизировать лечение на разных этапах течения заболевания.

Материалы и методы. Исследование включает 525 больных, из них 100 пролеченных консервативно с включением в базисную терапию (50 человек – II группа) пробиотика – споробактерина. Остальные подвергнуты эндоскопическим, закрытым и открытым методам оперативного вмешательства.

Применение пробиотика позволило при выписке у больных II группы в 54% нормализовать микробиоценоз кишечника или перевести в легкую степень дисбиоз в сравнении с I группой больных, сократить средний койко-день на 8,8.

Предложен способ прогнозирования исхода деструктивного панкреатита, основанный на определении у 40 больных в интраоперационном биоптате поджелудочной железы содержания МДА (малонового диальдегида), одного из продуктов ПОЛ и при содержании которого до 4,77±0,27 нмоль/мг – прогноз благоприятный, а при показателях 7,053±0,72 нмоль/мг – неблагоприятный (патент № 2153676).

У 74 больных было прогнозировано развитие гнойных осложнений при показателях лактоферрина свыше 2296,5±280,1 нг/мл и ИЛ-8 (интерлейкина) свыше 147,0±20,9 пг/мл, МДА выше 4,64±0,21 нмоль/мл в сыворотке крови (патенты РФ № 2187117; № 2199121), что требовало выполнения этапных некр -, секвестрэктомий.

У 254 выживших больных в послеоперационном периоде наиболее частыми были гнойно-септические осложнения. Включение 48 больным в комплексную терапию пробиотика «Споробактерин жидкий», позволило снизить частоту послеоперационных местных с 56,4% до 43,7%, а общих гнойно-воспалительных осложнений с 39,2% до 31,4%, тем самым сократить пребывание больных в стационаре на 25%(патенты РФ № 2151607; № 2202356).

У 80 больных изучено содержание уровня молочной кислоты (лактата) в сыворотке крови после лапароскопической визуализации, выполненной в течение 3 суток с момента госпитализации.

Отёчный панкреатит выявлен у 20 пациентов (I группа), очаговый панкреонекроз – у 27 (II группа), субтотальный и тотальный – у 25 (III группа). 8 пациентов погибли в течение суток с момента госпитализации на фоне фульминантного течения заболевания (IV группа).

Из 80 больных пункционное дренирование постнекротических кист проведено у 11 (13,7%), у 8 (10%) – полузакрытое дренирование, у 61– консервативное лечение. Умерло 12 пациентов (4 и 3 группы).

Выявлена сильная прямая корреляционная связь между изменением уровня лактата в группах по мере прогрессирования деструкции в поджелудочной железе и показателями шкал Glasgow (r = 0,94) и SAPS II (r = 0,99).

Таким образом, применение в комплексе лечебных мероприятий при остром панкреатите споробактерина позволяет нивелировать микробиоценоз кишечника, снизить вероятность инфицирования поджелудочной железы, сократить частоту развития гнойно-воспалительных осложнений, а предложенные прогностические критерии позволяют оценить течение и исход ОДП с предпочтительным использованием малоинвазивных технологий.

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ, И СРОКИ ЕГО ВЫПОЛНЕНИЯ

Татаршаов М.Х., Караев А.А., Денисов Д.Н.

Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, Черкесск. Россия

Цель исследования. Проанализировать возможность снижения общей и послеоперационной летальности при дифференцированной хирургической тактике лечения больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения 313 больных ОДП. Лёгкое течение имело место у 83(27,7%), средняя степень тяжести у 143(45,6%), тяжёлое течение у 83(26,7%) больных. Установленный диагноз ОДП является показанием к терапии в условиях реанимационного отделения. Интенсивная терапия включала в себя: корригирующую терапию в зависимости от тяжести системных и органных нарушений, энтеральную нутритивную поддержку, экстракорпоральную детоксикацию и энтеросорбцию. Разрыв патогенетической цепи, блокаду энзимной атаки осуществляли сандостатином в первые трое суток, сочетая с 5-фторурацилом.

Антибактериальная терапия у пациентов с лёгким течением заболевания включала цефалоспорины 3-4 поколения, в сочетании с метронидазолом. Больным со средней тяжестью течения назначали цефалоспорины 4 поколения в сочетании с защищенными пенициллинами, при тяжёлой степени проводили монотерапию карбопенемами в сочетании с метронидазолом.

Способ хирургического лечения определялся клиникой, течением заболевания, его ответом на терапию, степенью и особенностями морфологических изменений в поджелудочной железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке, развитием и характером осложнений, сроками, прошедшими с момента заболевания, и этиологией заболевания. Экстренные хирургические вмешательства в фазе ферментной токсемии выполнены в 142(45,3%) наблюдений. Показаниями к их выполнению являлись: наличие патологического выпота в брюшной полости на фоне клиники перитонита, наличие острой билиарной патологии и ранних осложнений, требующих хирургического пособия.

Целью оперативных вмешательств в этот период являлось удаление агрессивного экссудата из брюшной полости, парапанкреатической клетчатки, забрюшинного пространства. Стойкая гипертермия, инфильтрат в подложечной области, в некоторых случаях нарушение проходимости по двенадцатиперстной кишке в сочетании с признаками сохраняющейся или нарастающей интоксикации, данные УЗИ, КТ у 105(33,5%) больных являлись показанием к срочному оперативному вмешательству в связи с подозрением на секвестрацию поджелудочной железы. В 98 наблюдениях выполнена секвестрэктомия, завершенная оментобурсостомией, в 18 из них дополненная люмботомией.

У двух больных с геморрагическим панкреонекрозом в ранние сроки был выявлен гнойный панкреатит. Им произведено иссечение передней поверхности с капсулой поджелудочной железы. Операция завершена оментобурсостомией. Обязательными условиями полной визуализации ПЖ и секвестрэктомии является мобилизация и низведение селезёночного угла ободочной кишки. По поводу гнойного панкреатита и гнойных осложнений в более поздние сроки (18-35 сутки) оперировано 22 больных. Санация гнойного очага, оментобурсостомия-10; дополненная люмботомией слева-6; люмботомия слева и справа-2, дополнительное дренирование забрюшинного пространства из подвздошно-пахового доступа-4.

Умерло – 28(9,3%) больных. Из них: оперированных в фазе ферментной токсемии – 15(10,5%),оперированных в фазе секвестрации – 7(7,7%), оперированных по поводу гнойного панкреатита и гнойных осложнений – 7(31,7%) больных.

Заключение. Результаты ретроспективного анализа лечения больных ОДП позволяют считать справедливым мнение В.С. Савельева, изложенное в принятой на IX съезде хирургов России

резолюции: «Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную терапию в течение 1– 3 суток, что свидетельствует об обширном панкреонекрозе ПЖ и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития, является показанием к операции». В каждой фазе течения ОДП показано адекватное патоморфологическим изменениям оперативное вмешательство. Лечение больных с ОДП должно осуществляться в специализированных хирургических стационарах.

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ КАК ИНСТРУМЕНТ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Теплякова О.В., Цедрик Н.И.

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

Цель. Оптимизация комплексной диагностики и прогнозирования исхода деструктивных форм острого панкреатита.

Материал и методы. Под наблюдением находились 160 больных с различными формами острого панкреатита, из них у 77 диагностирован отечный панкреатит, у 43 – стерильный панкреонекроз (СПН), у 40 - инфицированный панкреонекроз (ИПН). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства, эзофагогастродуоденоскопию, компьютерную томографию, диагностическую лапароскопию. Решающим в верификации формы панкреонекроза считали бактериологическое исследование. У всех больных дополнительно оценивали параметры железоиндуцированной люминолзависимой хемилюминесценции сыворотки крови и эритроцитов. Тяжесть состояния больных в динамике оценивали с помощью интегральной шкалы SOFA, объем некроза – с учетом критерия E.Balthazar и индекса экстрапанкреатических проявлений T.Schroder.

Результаты. У больных отечным панкреатитом при поступлении отмечается достоверное увеличение значения максимальной интенсивности свечения в 3,14 раза, светосуммы – в 1,92 раза. Коэффициент антиоксидантной активности при поступлении превышал нормальные показатели в 1,65 раза. Максимальные значения интенсивности хемилюминесценции при поступлении регистрировались у больных стерильным панкреонекрозом. Уровень интенсивности хемилюминесценции в течение первой недели стационарного лечения превышал нормальное значение более чем в 7 раз. При развитии ИПН отмечалось крайне низкое значение интенсивности хемилюминесценции, не превышавшее 30 мВ. Критерием разрешения инфекционного процесса у больных панкреонекрозом явилось увеличение содержания гидроперекисей в сыворотке крови (в 3,8 раза) и повышение суммарной антиокислительной активности.

У больных с неблагоприятным исходом заболевания в раннем послеоперационном периоде отмечен спад интенсивности хемилюминесценции эритроцитов на фоне двукратного увеличения светосуммы, свидетельствующий о дестабилизации эритроцитарных мембран.

Совершенствование комплексной диагностики позволило свести к минимуму количество ранних хирургических вмешательств за счет снижения количества случаев неустановленного источника перитонита и гипердиагностики ИПН. При диагностированном СПН производились в основном видеолапароскопические вмешательства, направленные на эвакуацию содержимого и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, по показаниям – дополнялись холецистэктомией или холецистостомией.

У больных ИПН после оценки предположительного объема некроза при сумме баллов производили операции из мини-доступа или верхнесрединного лапаротомного доступа с абдоминизацией поджелудочной железы, проточно-промывным дренированием, марсупиализацией сальниковой сумки, назоинтестинальным дренированием. Улучшение диагностики ИПН позволило ограничить показания к обширным и травматичным одномоментным вмешательствам и расширить показания к этапным хирургическим санациям.

Выводы:

1. Критериями, указывающими на развитие инфицированного панкреонекроза, являются значения максимальной интенсивности хемилюминесценции сыворотки менее 30 мВ с чувствительностью и специфичностью 92,5 и 83,7% соответственно. Критерием неблагоприятного прогноза заболевания является спад интенсивности хемилюминесценции эритроцитов на фоне двукратного увеличения светосуммы и отсутствие тенденции к увеличению перекисной резистентности эритроцитов в послеоперационном периоде.

2. Учет хемилюминесцентных критериев диагностики и прогнозирования течения тяжелых форм панкреонекроза позволяет улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом, уменьшить уровень послеоперационной летальности с 32,1 до 20,7%.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Д.М., Хафизов Т.Н.

ГОУ ВПО БГМУ Росздрава, Уфа, РФ

С внедрением и активным развитием эндовидеохирургических технологий в хирургии в последнее десятилетие отмечается значительный прогресс, в том числе в диагностике и лечении больных острым панкреатитом (ОП) и его осложнениями.

Цель исследования. Уточнить наиболее оптимальные сроки и возможности лапароскопии в диагностике и лечении больных ОП. Проведен ретроспективный анализ лечения больных ОП за последних три года. Алгоритм диагностики, принятый в нашей клинике: определение амилазы крови, УЗИ брюшной полости, ФЭГДС, обзорная рентгеноскопия, лапароскопия.

В клинике факультетской хирургии ГОУ ВПО БГМУ Росздрава с 2005 по 2008 годы лечебно-диагностическая лапароскопия выполнена у 72 больных ОП. Мужчин было 45 (62,5%), женщин - 27 (37,5%). Возраст больных колеблется от 22 до 76 лет.

К прямым признакам ОП во время лапароскопии мы относили выпот в свободной брюшной полости, очаги стеатонекроза, стекловидный отек, имбибицию забрюшинной клетчатки и корня брыжейки мезоколон. К косвенным признакам – инфильтрированный большой и/или малый сальник, выбухание в проекции желудочно-ободочной связки, стекловидный отек по переходной складке париетальной брюшины, наличие даже незначительного количества жидкости в свободной брюшной полости. Видеолапароскопия была выполнена всем больным, у которых выявлена при УЗИ жидкость в брюшной полости.

В первые сутки с момента заболевания и поступления видеолапароскпия выполнена 52 (72,3%) больным, при этом у 70% больных переведена в лечебную. В этой группе все больные выздоровели, осложнений не было. На 3-5 сутки с момента заболевания видеолапароскопия была выполнена 20 (27,7%) больным, всем выполнена лечебная лапароскопия и переведена в программную. Отрицательную динамику наблюдали у 11 (55%) больных. В последующем у них развились различного рода осложнения, которые потребовали выполнения программных санаций от 2 до 5 раз.

В процессе санации производили посев экссудата, удаляли панкреатогенный выпот, а брюшную полость промывали 5 литрами физиологического раствора, дренировали подпеченочное пространство и малый таз. У 10 больных во время лапароскопии было обнаружено напряжение желчного пузыря, была наложена чрескожная микрохолецистостома под лапароскопическим контролем. У 8 больных во время лечебно-диагностической лапароскопии была выполнена катетеризация и блокада круглой связки печени. 7 пациентам выполнена лапароскопическая санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

После лапароскопических лечебных манипуляций (санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, блокада и катетеризация круглой связки печени, наружное дренирование желчного пузыря) достоверно отмечено улучшение клинической, лабораторной и ультрасонографической картины течения заболевания у больных с острым панкреатитом.

В группе тяжелого течения панкреонекроза 10 больным выполнены открытые операции – лапаротомия, марсупилизация и программная санация сальниковой сумки. Осложнения в виде панкреатических свищей развились у 3 больных, кровотечение у 2 больных, абсцессы у 4 пациентов, нагноившиеся кисты у 5 больных, инфицированная флегмона забрюшинного пространства у 7 больных.

Проведенный анализ результатов исследования позволяет заключить, что лапароскопия является высокоинформативным методом в диагностике и лечении ОП. Она позволяет в кратчайшие сроки не только диагностировать, но и установить клинико-морфологическую форму и степень тяжести течения, тем самым, способствует своевременному выбору рациональной лечебной тактики в каждом конкретном случае заболевания.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Толстокоров А.С., Осинцев Е.Ю., Гоч Е.М., Борзов С.Ю., Рахнаев Д.Я.

ГОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Обоснование. Гнойные осложнения панкреонекроза сопровождаются высокой летальностью от 12 до 80%.Основными причинами тяжёлого течения панкреонекроза являются: 1) Поздняя госпитализация больных; 2) Неадекватность первичного вмешательства на поджелудочной железе при её деструкции; 3) Запоздалое использование комплексного лечения панкреонекроза на фоне проведения малоинвазивных вмешательств.

Цель исследования. Оценить результаты программированных ревизий брюшной полости при многоэтапных хирургических вмешательствах в комплексном лечении гнойных осложнений панкреонекроза.

Материал и методы. Проведён анализ лечения 94 больных (мужчин – 62, женщин – 32, средний возраст 45,1± 6,3 года). У 16 (17%) больных диагностирован жировой панкреонекроз, у 9(9,6%) – геморрагический панкреонекроз и смешанный панкреонекроз выявлен у 64 (68,1%) пациентов. Генез заболевания был обусловлен злоупотреблением алкоголем (68 больных), желчнокаменной болезнью (21) и у 5 больных диагностирована травма поджелудочной железы, в том числе у 2 пациентов этой группы тотальный панкреонекроз развился после ЭРХПГ.

Первичное оперативное вмешательство выполнено в других клиниках региона у 18 (19,1%) пациентов. Повторные операции проведены 32 (34%) больным. Всего выполнено 149 операций у 94 больных. Одна операция проведена 62 (66%) пациентам. Программированные ревизии брюшной полости реализованы 17 (18,8%) больным 2 раза, 11 (11,7%) больным 3 раза, 3(3,2) больным 4 раза и 1 (1,1%) больной 8 раз. Во время повторной операции, кроме вмешательства на поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и наложения холецистостомы, 8 (8,6%) пациентам выполнены дополнительные хирургические вмешательства (наложение кишечных стом, резекция тонкого и толстого кишечника, спленэктомия).

Для проведения оперативного вмешательства при гнойных осложнениях панкреонекроза в клинике нами применяется стандартизированная методика: широкая лапаротомия, ревизия сальниковой сумки с абдоминизацией поджелудочной железы. При наличии гнойных затёков вскрывается забрюшинное пространство путём мобилизации двенадцатиперстной кишки и восходящего или нисходящего отделов поперечно-ободочной кишки. Проводится радикальная хирургическая обработка гнойно-некротических очагов. Операция заканчивается формированием оментобурсопанкреатостомии. Программированные санации брюшной полости проводим через 24-48 часов. Дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства осуществляем аспирационно-промывным методом. Обязательной является назоинтестинальная интубация кишечника.

Результаты. У 29(30,9%) больных операция закончилась только дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Оментобурсопанкреатостомия выполнена 65(69,1%) больным. Больные с панкреонекрозом, без забрюшинной флегмоны, провели в стационаре 21 к/д; с забрюшинной флегмоной – 23,9 к/д. Общая летальность составила 36,2%, при этом у больных без забрюшинной флегмоны летальность снизилась до 13,8%, а с забрюшинной флегмоной, т.е. самых тяжелых пациентов – до 22,3%.

Заключение. Комплексное лечение гнойных осложнений панкреонекроза, с применением программированных ревизий брюшной полости позволяет улучшить результаты лечения и снизить летальность у наиболее тяжёлой группы больных с панкреонекрозом.

ПЕРВИЧНОЕ ДРЕНИРУЮЩЕЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО БЕЗ НЕКРСЕКВЕСТРЭКТОМИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Топузов Э.Г., Рубцов М.А., Галеев Ш.И.

Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И. Мечникова

Оптимальные сроки хирургического вмешательства при панкреонекрозе, сопровождающиеся нарушением функций жизненноважных органов, до сих пор не определены. С одной стороны, операции, отложенные до 3-4 недель, выполняются в условиях хорошей демаркации нежизнеспособной ткани, что значительно облегчает первичную секвестрэктомию, снижает количество послеоперационных осложнений. С другой – вызванная сепсисом органная недостаточность нередко наблюдается раньше времени демаркации, делая такую задержку операций опасной. Целесообразность же хирургической стратегии, подразумевающей ранние резекции поджелудочной железы и агрессивную некрэктомию, спорна в силу большого количества местных осложнений и высокой послеоперационной летальности. Целью исследования стал анализ результа-

тов раннего дренирующего вмешательства без первичной некрэктомии у пациентов, страдающих панкреонекрозом с системными осложнениями.

Материал и методы. В работу были включены данные 50 пациентов, оперированных за период с 2002 по 2009 год. Хирургическое вмешательство подразумевало раннее открытое дренирование сальниковой сумки, забрюшинных клетчаточных пространств с последующими этапными ревизиями зон деструкции и отсроченной секвестрэктомией в период демаркации некроза. В ретроспективном анализе особое внимание было уделено послеоперационной летальности; бактериальному статусу некроза; баллам согласно шкалам APACHE II и MODS (при поступлении больного в стационар и до хирургического вмешательства); местным осложнениям.

Результаты. Средние сроки первой операции (сутки от начала заболевания) и некрэктомии (сутки с момента первой операции) составили 7,1±1,0 и 11,3±1,5, соответственно. Умерло 18 больных (36%). Отмечена статистически достоверная корреляция баллов интегральной оценки системных нарушений APACHE II и MODS (особенно до операции) с летальностью. Инфицирование очагов деструкции до или во время первого хирургического вмешательства выявлено у 16 пациентов (32%). В силу позднего поступления больных с инфицированным некрозом, как первичное вмешательство, так и некрэктомия выполнялись у них позже, нежели у тех, кто имел асептический процесс. Связи между бактериальным статусом некроза и выраженностью системных нарушений установлено не было. Однако инфицированный некроз был ассоциирован со значительным ухудшением состояния пациентов (с момента госпитализации), что нашло отражение в достоверно более высоких баллах APACHE II и MODS перед операцией и более высокой послеоперационной летальности.

Выводы. Полученные данные демонстрируют возможность применения раннего хирургического вмешательства у пациентов с панкреонекрозом и органной дисфункцией при условии «облегчения» первичной операции за счет отказа от некрэктомии. Гиподиагностика инфицирования в раннюю фазу заболевания у крайне тяжелого больного с острым панкреатитом и, как следствие, задержка с хирургическим пособием, приводят к прогрессии системных осложнений панкреатита и увеличению летальности в группе оперированных поздно.

ВНУТРЕННИЕ И НАРУЖНЫЕ ДРЕНИРУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ.

Третьяк С.И.[1], Ращинский С.М.[1,2], Ращинская Н.Т.[2], Козлов В.Г.[1], Громак А.Ф.[2], Невмержицкий М.П.[2]

[1] Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь.
[2] Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Цель исследования. У 15-30% пациентов острый панкреатит (ОП) или обострение хрониче-ского панкреатита (ХП) протекает с развитием некротизирующего процесса (НП) в ткани поджелудочной железы (ПЖ) и перипанкреатической клетчатки. НП сопровождается летальностью до 15-25% даже среди пациентов, которые находятся на лечении в специализированных хирургических отделениях.

Материалы и методы. В период 2002 – 2008 гг. на базе отделения хирургической гепатологии оперировано 19 пациентов, у которых были признаки отграниченного инфицированного панкреонекроза. Они поступили в стационар в сроки более 4-6 недель с момента проявления ОП или обострения ХП. Параллельно проанализированы результаты лечения 38 больных, которым была выполнена лапаротомия и наружное дренирование НП в связи с тем, что эти пациенты поступили в поздние сроки заболевания с клиникой распространенного перитонита. До операции протокол обследования включал трансабдоминальное УЗИ (в последнее время дополнен эндосонографией - ЭУС), СКТ ОБП, МРТ-холангиографию. В случаях перитонита накануне хирургического вмешательства выполнялось только УЗИ.

Результаты. В первой группе, состоящей из 19 больных, размеры очагов некроза с наличием жидкостного компонента и секвестров были более 6 см, присутствовала фиброзная оболочка, ограничивающая НП. Очаг НП у 8 пациентов располагался в зоне перешейка и проксимальной трети ПЖ, сальниковой сумке. У всех пациентов, несмотря на проводимое лечение, сохранялся болевой синдром, были признаки кальцификации и фиброза ткани ПЖ. В этой группе больных после выполнения некрсеквестрэктомии из полости НП было произведено наложение цистогастроанастомоза (ЦГА) диаметром не менее 3 см. У 11 пациентов очаг НП располагался в проекции дистальной части тела либо хвоста ПЖ и прилежащих к ним отделам перипанкреатической клетчатки. В связи с зоной локализации НП после выполнения некрсеквестрэктомии был наложен цистоэнтероанастомоз (ЦЭА) на петле по Ру. В ближайшем послеоперационном периоде прогрессирования гнойно-септических осложнений (ГСО) не отмечено. У всех пациентов наступило стойкое купирование болевого синдрома и улучшение показателей качества жизни, оценка которого проведена с использованием русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2™

У 38 пациентов второй группы, поступивших в стационар с клиникой НП и перитонита, была выполнена лапаротомия с некрсеквестрэктомией и наружным дренированием очагов НП. В связи с прогрессированием НП у 9 больных выполнялась программированная релапаротомия и дополнительная некрсеквестрэктомия. Летальный исход у 36,8% больных наступил в связи с прогрессированием ГСО и полиорганной недостаточности. У выживших 29 пациентов более 4- 6 месяцев существовали наружные панкреатические свищи, что, согласно результатам опросника SF-36 v.2™, в меньшей мере улучшало качество жизни (p = 0,009), чем в первой группе, и ухудша-ло прогноз течения НП.

Выводы. Наружное дренирование после некрсеквестрэктомии является вынужденным вариантом хирургического вмешательства, которое сопровождается высокой послеоперационной летальностью. Варианты внутренних дренирующих оперативных вмешательств (ЦГА, ЦЭА) после некрсеквестрэктомии обеспечивают адекватное купирование гнойно-септического и болевого синдромов даже в случае инфицированного НП.

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ АСЦИТ КАК ВАРИАНТ ЭВОЛЮЦИИ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА: АНАЛИЗ ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Третьяк С.И.[1], Ращинская Н.Т.[2], Ращинский С.М. [1,2], Авдевич Д.А.[2]

[1] Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь.
[2] Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь.

Цель исследования. Панкреатогенный асцит (ПА) – редкое и малоизученное осложнение некротизирующего панкреатита (НП),

которое наблюдается менее чем у 5% пациентов с НП. В основе патогенетических механизмов его развития лежит нарушение герметичности главного панкреатического протока (ГПП), дистальнее места его стриктуры, с формированием внутреннего свища, который сообщается со свободной брюшной полостью порой через полость существующей псевдокисты. До настоящего времени остаются нерешенными вопросы о характере и сроках подобных оперативных вмешательств этой группы больных, диапазон которых колеблется от дренирующих операций с использованием видеолапароскопической техники до выполнения обширных резекций поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В период с 2002 по 2008 г. на базе отделения хирургической гепатологии находилось на лечении 14 пациентов с НП, у которых имел место ПА. Все больные были распределены на две группы. В первую группу вошли 8 пациентов, которым была произведена видеолапароскопия с наружным дренированием ПА. Во вторую группу вошли 6 больных, которым произведена лапаротомия с последующим выполнением различных видов внутренних дренирующих операций. До операции протокол обследования включал СКТ ОБП с в/в болюсным усилением «Омнипаком 300» по стандартной методике. Результаты лечения в обеих группах оценены с использованием русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2™.

Результаты. Во время операции в асцитической жидкости отмечено повышение α-амилазы более чем в 5-10 раз в обеих группах пациентов. В первой группе выполнялось видеолапароскопическое исследование с некрсеквестрэктомией, которое заканчивали наружным дренированием зоны поражения НП, что в последующем приводило к образованию длительно существующих (6 – 8 месяцев) наружных панкреатических свищей, что требовало повторной госпитализации в стационар. В двух случаях, закончившихся летальным исходом, возникло аррозивное кровотечение, потребовавшее проведения лапаротомии с прошиванием кровоточащих сосудов зоны поражения ПЖ. Однако прогрессирование гнойно-септических осложнений привело к летальным исходам. Во второй группе после некрсеквестрэктомии произведены внутренние дренирующие операции: цистодуоденостомия у 3 больных (локализация НП и внутренней панкреатикоперитонеальной фистулы (ВППФ) в области головки ПЖ), цистогастростомия у 1 пациента (локализация НП и ВППФ в области тела ПЖ), в двух случаях (локализация НП и ВППФ на границе тела и хвоста ПЖ) была выполнена цистоеюностомия на петле по Ру. Некрсеквестрэктомия с фистулопанкреатодигестивными анастомозами позволила избежать прогрессирования гнойно-септических осложнений и сократить сроки временной нетрудоспособности пациентов, страдавших НП с ПА. При сравнении качества жизни после оперативного лечения выявлены лучшие результаты в группе с внутренними дренирующими операциями по сравнению с наружными дренирующими операциями (p = 0,009).

Выводы. Одним из вариантов эволюции НП является образование внутренней панкреатоперитониальной фистулы, приводящей к ПА. Сочетание некрсеквестрэктомии зоны НП с последующим наложением фистулопанкреатодигестивных анастомозов, характер которых определяется зоной некроза ткани ПЖ, является адекватным оперативным вмешательством, позволяющим купировать НП, сократить сроки временной нетрудоспособности и улучшить показатели качества жизни у пациентов, страдающих НП.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ И ОТГРАНИЧЕННОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОМ И ПЕРИПАНКРЕАТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ

Третьяк С.И.[1], Прохоров А. В.[1], Баранов Е.В.[1], Ращинская Н.Т.[2], Ращинский С.М.[1,2]

[1] Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь.
[2] Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь

Цель исследования. Около одной трети случаев острого панкреатита (ОП) и практически каждый десятый случай обострения хронического панкреатита (ХП) протекают по типу некротизирующего процесса (НП), который затрагивает ткань поджелудочной железы (ПЖ) и жировую ткань перипанкреатических клетчаточных пространств. До настоящего времени остаются нерешенными вопросы о характере и сроках оперативных вмешательств у этой группы больных.

Материалы и методы. В период с 2002 -2008 гг. на базе отделения хирургической гепатологии оперировано 58 пациентов, у которых имелись признаки отграниченного инфицированного НП в различные сроки с момента проявления ОП или обострения ХП. Проанализированы результаты лечения 39 больных, которым выполнялись дренирующие операции под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), и 19 пациентов, у которых после секвестрнекрэктомии выполнены различные виды внутренних дренирующих операций (цистогастростомия в 8 случаях и цистоеюностомия – у 11 пациентов).

Результаты. В первой группе, состоящей из 39 больных, размеры очагов некроза с наличием жидкостного компонента и секвестров были более 6 см, имели место симптомы некупирующейся полиорганной дисфункции (ПД). Однако сроки появления симптомов НП были менее 4-6 недель, и результаты исследований показывали отсутствие четко сформированной грануляционной капсулы. В связи с чем всем пациентам выполнено наружное дренирование под контролем УЗИ. Эффективность этого вмешательства оценивалась по степени компенсации ПД в течение последующих 3 дней. У 8 пациентов потребовалось дополнительное дренирование очага НП под контролем УЗИ. В отдаленном периоде у 51% больных отмечены наружные панкреатические свищи, которые в различной мере снижали качество жизни пациентов перенесших НП.

Основным отличительным признаком во второй группе было присутствие фиброзной оболочки, ограничивающей НП в срок заболевания, превышающий 6 недель. Очаг НП у 8 больных располагался в зоне перешейка и проксимальной трети ПЖ, сальниковой сумке. У всех пациентов, несмотря на проводимое лечение, сохранялся болевой синдром, были признаки кальцификации и фиброза ткани ПЖ. В этой группе больных после выполнения некрсеквестэктомии из полости НП было произведено наложение цистогастроанастомоза (ЦГА) диаметром не менее 3 см. У 11 пациентов очаг НП располагался в проекции дистальной части тела либо хвоста ПЖ и прилежащих к ним отделов перипанкреатической клетчатки. В связи с зоной локализации НП после выполнения некрсеквестэктомии было произведено наложение цистоэнтероанастомоза (ЦЭА) на петле по Ру. У всех наступило стойкое купирование болевого синдрома и улучшение показателей качества жизни.

Выводы. Наружное дренирование под контролем УЗИ целесообразно применять у пациентов с НП в сроки до 4-6 недель при наличии признаков ПД, что улучшает прогноз течения НП. При наличии

НП с фиброзной оболочкой целесообразно выполнение некрсеквестрэктомии с последующим ЦГА или ЦЕА – вариант выполнения которой зависит от зоны локализации НП.

ОПЕРАЦИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П., Ротков А.И., Кузнецов А.Б.

Нижегородская государственная медицинская академия, городская больница № 35, Н. Новгород, Россия

Цель исследования. Изучение роли дренирующих вмешательств под ультразвуковым контролем (УЗ-контролем) в лечении острых скоплений жидкости, осложняющих течение панкреонекроза.

Материалы и методы. В период 2002–2009 гг. в хирургическом отделении находились на лечении 50 пациентов с жидкостными образованиями поджелудочной железы в возрасте от 23 до 70 лет. В исследование включены лица (n = 40), у которых формирование ограниченного скопления жидкости в брюшной полости явилось стадией текущего панкреонекроза. Показаниями к пункционному дренированию жидкостного образования под УЗ-контролем у больных данной группы явились: сохраняющиеся симптомы интоксикации, фебрильная лихорадка, несмотря на антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, большой объем жидкостного образования, являющегося причиной стойких болей и угрожающего прорывом в брюшную полость. При выполнении дренирования предпочтение отдаем методике Ившина В.Г. с установкой одного или более катетеров типа pigtail различного диаметра.

Результаты. Пункционное дренирование под УЗ-контролем осуществлено 16 больным. У всех них отмечали улучшение состояния, снижение температуры тела, уменьшение явлений интоксикации и воспалительных изменений в анализе крови в течение первой недели после пункционного дренирования. У 8 пациентов на фоне положительной клинической и лабораторной динамики, уменьшения количества отделяемого до нескольких миллилитров в сутки дренажи были поэтапно удалены (после перехода с проточного промывания на фракционное). Рентгенологическое исследование (фистулография) не проводили. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. При контрольных ультразвуковых исследованиях в сроки от 2 до 12 месяцев ограниченных скоплений жидкости в проекции поджелудочной железы не выявлено. У 8 человек пункционное дренирование оказалось неэффективным ввиду формирования секвестров, что потребовало выполнения открытого дренирования и секвестрэктомии. У 1 пациента произошла дислокация дренажа на 5 сутки после дренирования, от повторной пункции он отказался и покинул стационар. Других осложнений пункционного дренирования не наблюдали. В 9 случаях первично выполнено открытое дренирование абсцесса с секвестрэктомией. Не оперированы 15 пациентов, при динамическом контроле в ходе консервативного лечения у них отмечена полная ликвидация жидкостного образования в сроки до 2 месяцев.

Заключение. У больных с жидкостными образованиями поджелудочной железы, перенесших панкреонекроз менее 3 месяцев назад, при прогрессировании гнойно-воспалительного процесса и неэффективности всего комплекса консервативных методов лечения дренирование под УЗ-контролем является операцией выбора и для половины пациентов оказывается окончательным методом оперативного лечения.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАЦИИ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Хакимов М.Ш., Давлатов У.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Микробиологическая оценка эффективности санации сальниковой сумки (СС) электролизным водным раствором (ЭВР) гипохлорита натрия в комплексном лечении инфицированного панкреонекроза.

Материал исследований. Анализу подвергнуты результаты микробиологических исследований, проведенных у 38 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. В контрольной группе (29 больных) проводилась традиционная санация СС, в основной (9 случаев) – по предложенному нами способу.

Традиционный лаваж заключался в лаваже СС 0,02% раствором фурацилина. Предложенный нами способ санации заключался в лаваже СС 0,1% ЭВР гипохлорита натрия.

Результаты исследований. Для оценки эффективности санации СС нами проанализирована динамика изменений микробной контаминации в обеих группах. При традиционной санации СС отмечался рост аэробов, которые были представлены эпидермальным и золотистым стафилококками, кишечной и синегнойной палочками, клебсиеллами, протеем. Анаэробный спектр микроорганизмов был представлен Pr.melaninogenica и B.fragilis. Исходная концентрация аэробов была 8,5±0,7 lg КОЕ/мл, анаэробов – 8,1±0,9 lg КОЕ/мл. На фоне проводимой санации СС происходило уменьшение микробной контаминации. На 1-е сутки концентрация аэробов снизилась до 7,9±0,6 lg КОЕ/мл, а анаэробов – до 7,7±0,7 lg КОЕ/мл, на 5-е сутки концентрация аэробных микроорганизмов уменьшилась до 6,1±0,5 lg КОЕ/мл, анаэробов – до 6,3±0,5 lg КОЕ/мл. Минимальный уровень микробной контаминации отделяемого из СС достигнут на 11 сутки, когда уровень аэробов снизился до 3,4±0,3 lg КОЕ/мл, а анаэробов – 3,9±0,4 lg КОЕ/мл. С 15-х суток и далее рост отмечался лишь у аэробной микрофлоры, которая была в основном представлена эпидермальным стафилококком и бациллами.

В 11 (37,9%) наблюдениях отмечалось закупоривание просвета дренажей, что требовало проведения дополнительных манипуляций, и повышало риск развития послеоперационных осложнений.

Исходная концентрация бактерий и их спектр в основной группе особо не отличались от контрольной. Исходная концентрация аэробов была 8,6±0,6 lg КОЕ/мл, анаэробов – 8,0±0,7 lg КОЕ/мл. На фоне проводимой санации СС ЭВР гипохлорита натрия отмечалось резкое уменьшение концентрации анаэробных бактерий. На 1-е сутки концентрация аэробов снизилась до 7,2±0,6 lg КОЕ/мл, а анаэробов – до 6,1±0,5 lg КОЕ/мл, на 5-е сутки концентрация аэробов достигла 4,8±0,4 lg КОЕ/мл, анаэробов – 3,0±0,3 lg КОЕ/мл. Уже к 7-м суткам удалось достичь минимального уровня роста аэробных бактерий. На 9-е сутки высевались бациллы и эпидермальный стафилококк.

Ни в одном случае в послеоперационном периоде закупоривание дренажей не отмечено.

Вывод. При использовании ЭВР гипохлорита натрия отмечается значительное снижение микробной загрязненности СС, что обусловлено высоким бактерицидным эффектом данного антисептика. Санация СС ЭВР гипохлорита натрия, благодаря фибринолитическому свойству, способствует лизису детрита и предупреждает закупорку просвета дренажей.

ПРОГРАММИРОВАННАЯ ОМЕНТОБУРСОСКОПИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Хасанов А.Г., Суфияров И.Ф., Нуртдинов М.А., Закиров И.А.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Комплексное лечение острого деструктивного панкреатита, особенно в стадии гнойно-некротических осложнений, несмотря на развитие панкреатологии и появление современных методов исследования поджелудочной железы, новой патогенетически обоснованной медикаментозной терапии, продолжает привлекать внимание хирургов. Летальность от этого заболевания даже в ведущих специализированных клиниках составляет от 14 до 29%.

Цель исследования. Использование программированной эндоскопической бурсооментоскопии в лечении осложнений острого деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней БГМУ внедрен в клиническую практику способ программированной бурсооментоскопии с секвестрнекроэктомией (приоритетная справка по заявке на изобретение № 2003133409/14 от 17.11.03г.).

За период с 2003 по 2008 год в клинике пролечено 128 больных с острым панкреатитом. Из них 66 больных с распространенной и тотальной формами острого деструктивного панкреатита. Больным основной группы в послеоперационном периоде проводим бурсооментоскопию фиброхоледохоскопом CHF P 20 фирмы Olympus, которая включает несколько этапов. Первый этап – удаляем дренажи, установленные в сальниковую сумку во время операции. В дальнейшем проводится аспирация экссудата сальниковой сумки. Следующий этап включает осмотр сальниковой сумки, поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки. Во время осмотра промываем полость сальниковой сумки растворами антисептиков, мелкие секвестры вымываем током жидкости и удаляем с помощью электроотсоса. Крупные секвестры с помощью зажима «аллигатор» подтягиваем к отверстию бурсооментостомы и удаляем с помощью зажима «кохер». Удаляем грубые фибринозные наложения, проводим ревизию гнойных затеков в забрюшинной клетчатке с эвакуацией содержимого, санацией и установкой двухпросветного дренажа для промывания гнойной полости. Устанавливаем и фиксируем дренажи в полости сальниковой сумки для фракционного введения антисептиков. Данный способ использован нами для лечения 45 больных основной группы со стерильной и инфицированной формой панкреонекроза.

Обсуждение результатов: в послеоперационном периоде гнойный оментобурсит был у 13 больных основной группы (28,9%) и у 26 больных (38,8%) контрольной. Больным основной группы (45), которым проводилась программированная бурсооментоскопия с секвестрнекроэктомией, панкреатический свищ был у 1 больного (2,2%), тогда как в контрольной группе у 4 больных (5,9%). В основной группе не было таких осложнений, как абсцесс сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, что было причиной проведения релапаротомий у 6 (8,9%) больных контрольной группы. Послеоперационный период у 5 (7,5%) больных контрольной группы осложнился аррозивным кровотечением из оментобурсостомы, что явилось причиной смерти 2 больных (2,9%), тогда как в основной группе данное осложнение не наблюдалось. Абдоминальный сепсис развился у 3 больных (6,7%) основной группы, из них умер 1 больной (2,2%), в контрольной группе данное осложнение было у 8 больных (11,9%), их них умерло 5 больных (7,5%). Выводы: применение эндоскопической бурсооментоскопии в хирургическом лечении острого панкреатита позволяет контролировать течение гнойно-некротического процесса в самой железе и парапанкреатической клетчатке, что снижает количество осложнений, уменьшает сроки пребывания больного в стационаре на 5.3 койко-дня, снижает летальность до 11,1%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Черкасов В.А., Урман М.Г., Бурнышев И.Г., Субботин А.В.

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А.Вагнера, кафедра госпитальной хирургии, Пермь, Россия

Цель исследования. Обоснование выбора сроков и оптимальной хирургической тактики при инфицированном панкреонекрозе.

Материал и методы. В краевой клинической больнице находилось 347 больных различными клинико-морфологическими формами панкреонекроза (ПН): стерильный ПН – 96 пациентов, инфицированный ПН – 112, панкреатогенный абсцесс – 39, сочетание инфицированного ПН с панкреатогенным абсцессом – 81, инфицированная постнекротическая киста поджелудочной железы у 19 человек. Мужчин было 222, женщин 125. Средний возраст 44,8 года. Позднее 7 суток от начала заболевания в клинику поступили 213 человек. Первично оперированы в стационарах области 130 больных, причем 17 – дважды. Транспортом санитарной авиации доставлены 137 больных. В тяжелом состоянии с картиной сепсиса и полиорганной недостаточности госпитализировали 180 пациентов ПН. Санационные релапаротомии выполнены 155 (44,7%) больным.

Результаты. Инфицирование очагов некроза может развиваться уже на 4 сутки от начала заболевания. При распространенном инфицированном ПН с вовлечением в воспалительный процесс парапанкреатической, забрюшинной клетчатки оперативное вмешательство завершали некрсеквестрэктомией, абдоминизацией железы, проведением сквозного дренажа сальниковой сумки и формированием бурсостомы. Если дренировать сальниковую сумку не сквозным дренажом, то на фоне продолжающейся секвестрации железы и забрюшинной клетчатки невозможно обеспечить адекватный отток патологического отделяемого вследствие обтурации просвета дренажей фибрином и детритом. Формирование бурсостомы позволяло выполнять оперативные вмешательства в режиме «по программе». Высокий процент летальности (40,9%) обусловлен исходной тяжестью состояния больных и поздней госпитализацией. Санационные релапаротомии заканчивали «открытым» способом дренирования. При наличии флегмоны забрюшинной клетчатки выполняли люмботомию.

Заключение. Оптимальным сроком оперативного вмешательства больных панкреонекрозом от начала заболевания оказался промежуток между второй и третьей неделями.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Чернов В.Ф., Радченко С.А., Меренков В.Г., Кочева В.В.

ГУ «Клинико-диагностический центр гастроэнтерологии», Курган, Россия

Цель. Рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП) и высокая летальность при инфицированном панкреонекрозе (ИП) делают проблему актуальной. Сложность лечения ИП заключается в многообразии тяжелых системных осложнений, среди которых сепсис, полиорганная недостаточность. Кроме того, в стадии инфицирования панкреонекроз приобретает разнообразные клинические формы, отличающиеся по локализации и распространенности некротического процесса, протяженности забрюшинной флегмоны, создает риск некрозов и свищей внутренних органов, кровотечений и других осложнений, требующих дополнительных специальных хирургических усилий. Целью исследования было улучшение организации и результатов лечения ИП.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 58 больных с инфицированным панкреонекрозом в Курганской областной клинической больнице в 2004 –2008 гг. Больные были переведены из других ЛПУ в связи с прогрессирующим ухудшением состояния. При поступлении и в ходе дальнейшего лечения у больных фиксировались следующие осложнения: распространенная забрюшинная флегмона (36), кишечные свищи (9), гнойный перитонит (8), эрозивные кровотечения (8), пневмонии и экссудативные плевриты (30), острая почечная недостаточность (16), тяжелый сепсис (58), септический шок (9), полиорганная недостаточность (24) и др. Все больные требовали сугубо индивидуальной оценки тяжести состояния и выработки соответствующей тактики на каждом этапе лечения.

Проводились длительные мероприятия интенсивной терапии (в том числе респираторная и инотропная поддержка, коррекция водно-электролитного баланса, антиинфекционная химиотерапия, энтеральная и парентеральная нутритивная поддержка). На протяжении всего пребывания в стационаре требовался лабораторный, бактериологический, инструментальный и лучевой мониторинг с привлечением соответствующих специалистов. Выполнено 182 повторных широких и миниинвазивных оперативных вмешательств – от 2 до 7 у одного больного - с целью санации гнойных очагов, остановки кровотечений, закрытия кишечных свищей, причем каждое повторное вмешательство при ИП отличалось достаточно высокой сложностью и риском. Одномоментная радикальная санация гнойно-некротического очага на стадии флегмоны забрюшинного пространства практически невозможна, поэтому главным принципом этапного хирургического лечения при ИП должна быть рациональная хирургическая тактика, разумная и достаточная некрэктомия, адекватное дренирование с предшествующей лучевой визуализацией очагов.

Умерло 3 больных (6,2%) от септического шока и прогрессирующей полиорганной недостаточности (2) и массивной ТЭЛА (1).

В то же время анализ клинического материала и летальных случаев в 27 ЛПУ районного и городского уровня, где летальность оперированных больных с ОП составила от 22,8 до 35,1%, показывает, что исключительная тяжесть больных ИП и сложность лечения не позволяет надеяться на успех в условиях ЛПУ, не имеющих широкого диапазона диагностических и лечебных средств, а также серьезного специального опыта лечения подобных больных.

Выводы.

1. В настоящее время хирургическое лечение ИП является сложным и достаточно узкоспециализированным разделом хирургии с целым рядом необходимых организационных требований, включая наличие специализированного отделения многопрофильного ЛПУ клинического уровня, обеспеченного всеми необходимыми диагностическими возможностями и отделением реанимации и интенсивной терапии соответствующего уровня.

2. В лечении пациентов с ИП должна принимать участие специально подготовленная бригада врачей, включая хирурга, анестезиолога-реаниматолога, рентгенолога и врачей смежных специальностей.

3. Ключом к повышению выживаемости при ИП является рациональная хирургическая тактика на фоне адекватной интенсивной терапии и обязательного лучевого мониторинга.

ЭВОЛЮЦИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В УСЛОВИЯХ ОТКРЫТОЙ БУРСООМЕНТОСТОМЫ ПОСЛЕ АБДОМИНИЗАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Чернядьев С.А., Макарочкин А.Г., Айрапетов Д.В.

Кафедра хирургических болезней лечебно-профилактического факультета ГОУ ВПО УГМА, МУ ЦГКБ № 1, Екатеринбург, Россия

Цель. Проанализировать результаты программированных санаций сальниковой сумки после ранней абдоминизации поджелудочной железы.

Материалы и методы. По нашему мнению, инфицированный панкреонекроз не может являться единственным показанием к хирургическому вмешательству. При стерильном панкреонекрозе в нашей клинике применяется ранняя абдоминизация поджелудочной железы, разработанная В.А. Козловым, направленная на предотвращение или ограничение зоны некроза в забрюшинной клетчатке. Оригинальная хирургическая технология, включающая санацию брюшной полости и абдоминизацию поджелудочной железы, эффективна именно в первые 12-24 часа заболевания. Очевидно, что выполнение некрсеквестрэктомии в эти сроки невозможно, показаны программированные санации сальниковой сумки с этапными некрсеквестрэктомиями. Располагая опытом лечения 463 пациентов с распространенными формами панкреонекроза, оперированных в нашей клинике, мы изучили закономерности патоморфоза очагов некрозов в условиях программированной открытой бурсооменостомы.

В исследование включены 147 пациентов, которым была выполнена ранняя абдоминизация с последующими этапными санациями и некрсеквестрэктомиями. Диагноз панкреонекроза и его осложнений устанавливался на основании рекомендаций IX Всероссийского съезда хирургов (Волгоград, 2000), клинико-морфологические формы заболевания диагностировались в соответствии с классификацией В.С. Савельева. Степень тяжести панкреонекроза оценивалась по ранним критериям J.Ranson, шкале SAPS, интегральной шкале тяжести физиологического состояния (ТФС) и индексу поражения поджелудочной железы, забрюшинного пространства и брюшной полости (ИПБП). Тяжесть перитонита оценена с использованием Мангеймского перитонеального индекса (MIP).

Результаты и их обсуждение. Число санаций колебалось от 1 до 23, в среднем составив 5,6±2,7. Не обнаружено корреляции между тяжестью состояния по критериям J.Ranson и количеством перенесенных программированных вмешательств. Оптимальным

сроком для выполнения первой санации считаем 4-6 сутки после выполнения первичного вмешательства. Исключением являлись санации «по требованию», выполняемые при аррозивных кровотечениях или тяжелом поражении забрюшинной клетчатки. Сроки первой санации в среднем составили 5,5±1,2 суток. В эти сроки отмечалось диффузное геморрагическое пропитывание ткани железы и парапанкреатической клетчатки с тенденцией к отграничению зон некрозов. В дальнейшем (6-12 сутки), что, как правило, соответствовало 2 и 3 санациям, имелись признаки отграничения зон некроза с формированием фиксированных секвестров. Формирование свободно лежащих секвестров, позволяющих выполнить некрсеквестрэктомию, как правило, отмечалось с 12-15 суток, что соответствовало 4-5 санации. Средние сроки начала некрсеквестрэктомии у больных после ранней абдоминизации составили 14,7±4,8 суток от первичного вмешательства. В исходе бурсооментостома выполнялась грануляционной тканью. Средняя продолжительность программированных санаций сальниковой сумки составила 29,3±13,0 суток. Частота аррозивных кровотечений составила 6,1%. Сроки формирования свободно лежащих секвестров не зависели от сроков вмешательства и тяжести панкреонекроза. Наряду с этим при абдоминизации поджелудочной железы, выполненной в первые сутки заболевания, нами отмечены меньшие значения ИПБП, а также меньшая продолжительность периода программированных санаций.

Вывод. Ранняя абдоминизация поджелудочной железы позволяет контролировать некротический процесс и своевременно выполнять некрсеквестрэктомию. В условиях открытой бурсооментостомы после абдоминизации поджелудочной железы эволюция зон некроза проходит фазный характер. Формирование свободно лежащих секвестров происходит на второй неделе после операции и продолжается в течение 4-6 недель.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ В ОРГАНОЩАДЯЩЕЙ ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Чистохин С.Ю,, Белоцкая Л.В., Блюменкранц А.Э., Баятакова Д.А.

Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия.

Цель исследования. Уменьшить частоту и тяжесть послеоперационных панкреатитов после антрумрезекций с ваготомией по поводу осложненных язв желудка или (и) двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Клиника общей хирургии на базе ДКБ ст.Чита-II имеет 27-летний опыт применения органосберегающих и органощадящих операций на желудке с различными вариантами ваготомии при осложненных гастродуоденальных язвах, по разным показаниям выполнено около 1600 таких операций. За последние 10 лет (1999-2008) в сочетании с ваготомией выполнено 235 пилороантрумэктомий с терминолатеральным гастродуоденоанастомозом по Габереру-Финнею (I группа) и 87 пилоросохраняющих антрум-резекций, модифицированных полным удалением антральной слизистой из оставляемой препилорической зоны (II группа). Вовлеченность поджелудочной железы в патологический процесс (пенетрации язв, индуративные панкреатиты, фиброзные перипанкреатиты и др.) подтверждена в ходе операций у половины пациентов обеих групп – в 47 и 44%. Поражение билиарного тракта (холецистолитиаз, пенетрация язвы в пузырь или холедох, перихолецистит) отмечено у 12 и 10% больных. При наложении гастро-пилороанастомозов во II группе почти всегда удавалось избегать травматизации поджелудочной железы, в отличие от I группы. Все операции завершали дренированием сальниковой сумки силиконовой трубкой через винслово отверстие и декомпрессивной назодуоденальной интубацией с аспирацией содержимого в течение 2-4 суток. В эти же дни общепринятое лечение – анальгетики, инфузии, антибиотики, Н2-блокаторы – дополняли средствами, подавляющими панкреатическую секрецию: 5-фторурацил по 500 мг/сут. у большинства больных или, реже, октреотид по 200-300 мкг/сут., а после симультанных и технически трудных операций – продленной перидуральной анальгезией.

Результаты. Более чем у половины (54%) больных I группы и у четверти (24%) II группы – наблюдались бессимптомные, умеренные, но продолжительные гиперамилаземия и гиперамилазурия. В I группе у 26 (12%) и во II группе у 6 (7%) послеоперационный панкреатит проявлялся не столько болевым синдромом, сколько гастро- и энтеростазом, более обильным и продолжительным выделением из дренажей экссудата с высоким содержанием ферментов. Консервативным лечением удалось достичь успеха у всех пациентов из второй и у 22 из первой группы. Трем больным пришлось выполнять релапаротомию, санацию инфицированных ложных кист и наружное желчеотведение: исходы благоприятные. Одной больной потребовались многократные санационные релапаротомии по поводу тотального панкреонекроза с гнойными и свищевыми осложнениями, приведшими к летальному исходу (0,4%).

Заключение. Хирургическое лечение язвенной болезни до развития тяже-лых осложнений, применение пилоросохраняющих антрумрезекций с ваготомией и назначение октреотида сразу после операций значительно уменьшают частоту и тяжесть постгастрорезекционных панкреатитов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Чуклин С.Н.

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, Львов, Украина

Цель исследования. Одной из основных опасностей в течение тяжелого острого панкреатита, кроме полиорганной дисфункции, остается инфицирование панкреонекроза. Целью работы является оценка эффективности хирургического лечения распространенного инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. Оперирован 61 больной острым панкреатитом с распространенным гнойно-некротическим процессом. Проводили некрсеквестрэктомию с дренированием и последующим закрытым лаважом инфицированных очагов.

Результаты. У 49 пациентов инфицирование было обусловлено одним микроорганизмом, у 12 – ассоциацией бактерий. Развитие инфекции в большинстве случаев вызывалось грам-отрицательными микроорганизмами. Раннее развитие (в течение первой недели) инфицирования наблюдали у 8 больных, у 18 – в течение второй недели, у 25 – третьей, у 10 – после третьей недели. Во время операции удаляли свободно расположенные секвестры, некротические ткани и раскрывали все затеки. Интраоперационно промывали остаточные полости. Дренирование проводили силиконовыми трубками (Charriere 28-36), которые проводили в сальниковую сумку и выводили через контрапертуры в боковых стенках живота. Забрюшинное пространство добавочно дренировали такими же трубка-

ми, которые вводили сзади восходящей и нисходящей ободочной кишки. Лаваж проводили 5-6 литрами специальных растворов до уменьшения количества экссудата, исчезновения его гнойного характера и девитализированных тканей. У 3 больных выполнены плановые релапаротомии, у 4 - вынужденные по поводу кровотечения и прогрессирования некротического процесса. Умерло 9 больных (14,75%), оперированных на протяжении 1-2 недели (от прогрессирования полиорганной дисфункции и 1 больной от кровотечения).

Заключение. Оптимальным хирургическим вмешательством при инфицированном панкреонекрозе считаем некрсеквестрэктомию с пролонгированным закрытым лаважом, что позволяет уменьшить количество осложнений и число релапаротомий.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Юдин В.А.

Рязанский государственный медицинский университет, ГКБ №11, Рязань, РФ

Цель исследования. Выбор оптимального варианта прогнозирования тяжести течения панкреонекроза.

Материал и методы. На 537 клинических случаях острого деструктивного панкреатита проведен кластерный анализ признаков тяжести течения панкреатита по 14 критериям, наиболее часто встречающимся в клинке заболевания, которым были присвоены балльные оценки: абдоминальная боль – 5 баллов; многократная рвота -5 баллов; «калликреиновое лицо» - 15 баллов; амилазурия – 10 баллов; амилаземия – 10 баллов; гипергликемия – 15 баллов; альбуминурия – 5 баллов; гипокальцемия – 15 баллов; энцефалопатия – 10 баллов; лейкоцитоз >10х109/л – 10 баллов; брадикардия – 10 баллов; гипотония – 10 баллов; тахикардия - >90 ударов в мин. -10 баллов; олигурия – 10 баллов.

Используя метод «средней связи», определяя «ближайшего» и «удаленного соседа», удалось разделить клинические формы течения на 3 класса: абортивный, переходный и прогрессирующий. Сопоставляя эти данные с клиническим течением, удалось найти устойчивую связь определения тяжести течения панкреатита. Данный метод был предложен в 1992 году. В 2009 г. Карапыш Д.В. провел сравнительный анализ существующих методов оценки тяжести панкреонекроза и пришел к выводу, что вышеуказанный метод имеет высокую степень специфичности, составляя в первые часы заболевания 82,1±2,3%, а после 24 часов 83,8±2,1%. В 2008 г. J. Windsor опубликовал в Pancreatology данные, свидетельствующие о низкой достоверности классических методов оценки тяжести течения панкреонекроза, и привел доказательства перспективности применения интегральных систем оценки, что согласуется с приведенной классификацией тяжести течения панкреонекроза.

Заключение. Оперативная оценка тяжести течения панкреонекроза должна отвечать трем требованиям: доступность, информативность и специфичность.

ТАКТИКА И СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ярешко В.Г., Рязанов Д.Ю.

Запорожская медицинская академия последипломного образования, Запорожье, Украина

Постоянно вносимые изменения в диагностику и лечение, уточнение клинических терминов и понятий, конкретизация отдельных форм и осложнений порождают многообразие тактических установок и способов хирургического лечения больных с инфицированными формами острого панкреатита (ОП).

Цель исследования. Оптимизация тактики и способов хирургического лечения инфицированных форм ОП на основании применения малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 148 больных с инфицированными формами ОП, из них панкреонекроз отмечался у 75 (50,7%), панкреатический абсцесс – у 73 (49,3%). У 29 (38,7%) больных панкреонекрозом отмечалась панкреатическая флегмона. Традиционные открытые операции выполнены у 61 (41,3%), малоинвазивные – у 87 (58,7%) человек.

Результаты. Хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза осуществляли двухэтапным способом: на первом этапе выполнялось наружное чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем очага панкреонекроза, на втором (через 13-15 суток) – плановая секвестрнекрэктомия преимущественно из мини-доступа (72,1% случаев) в проекции локализации очага некроза поджелудочной железы, дренирование остаточной полости. Лечение панкреатической флегмоны осуществляли аналогичным способом, с тем отличием, что второй этап выполняли спустя 2-3-е суток с применением множественных селективных мини-доступов в проекции границ распространения флегмоны.

Операцией выбора при лечении панкреатического абсцесса было наружное чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем. Однако у 22,3% больных способ оказался неэффективным, что потребовало выполнения операции открытым способом.

Показаниями к ранней повторной операции при инфицированных формах ОП являлись: сохраняющиеся признаки персистирующей инфекции; локальные осложнения (аррозивное кровотечение, дигестивный свищ, абсцесс брюшной полости); прогрессирующий перитонит; ранняя спаечная острая кишечная непроходимость.

Объективными клиническими критериями, которые свидетельствовали о наличии персистирующей инфекции, являлись: сохранение или ухудшение состояния больного по критериям Ranson, сохранение температурной реакции, гнойное отделяемое по дренажам без тенденции к уменьшению, сохранение размеров остаточной полости или её увеличение, выявление при ультразвуковом исследовании или компьютерной томографии нелизированных остаточных секвестров поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки.

Повторные операции выполняли через предыдущий мини-доступ, при необходимости производили дополнительные доступы в проекции границ полости, которые оценивали в динамике при ультразвуковом исследовании, чрездренажной фистулографии, компьютерной томографии.

Предложенная тактика с применением малоинвазивных методов хирургического лечения инфицированных форм ОП, выполнением повторных операций при наличии объективных признаков персистирующей инфекции или развитии жизнеугрожающих осложнений, сопровождалась достоверно меньшей частотой выполнения релапаротомии, что уменьшало травматизацию раны передней брюшной стенки, предупреждало ятрогенное повреждение полых органов, сосудов брюшной полости в сравнении с тактикой выполнения «программируемой» релапаротомии.

Заключение. Реализация предложенной тактики и способов этапных операций с использованием эхонтролируемых вмешательств и секвестрнекрэктомий из мини-доступов позволила снизить послеоперационную летальность при инфицированном панкреонекрозе с 57,1 до 9,2%, панкреатическом абсцессе с 25,0 до 5,4%, панкреатической флегмоне с 66,7 до 23,5%.

III РАЗДЕЛ

ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЯ

ЭПСТ В СОЧЕТАНИИ С НАЗОБИЛИАРНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Арипова Н.У., Исмаилов У.С., Хошимов М.Р., Лим В.Г.

НЦХП и ЖВП МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время гнойный холангит приобрел статус самостоятельной проблемы. В значительной степени это обусловлено увеличением числа больных с осложненными формами ЖКБ, снижением эффективности антибактериальных препаратов в лечении гнойных заболеваний, склонностью гнойного холангита к генерализации с образованием множественных абсцессов печени и развитием билиарного сепсиса, при этом послеоперационная летальность у больных с данной патологией составляет 15 – 45%. Основной причиной летальности является прогрессирующая печеночная недостаточность, развитие холангиогенных гнойных осложнений, усугубляющих течение заболевания, что увеличивает летальность.

Материал и методы исследования. В НЦХП и ЖВП МЗ РУз наблюдались 124 больных с синдромом механической желтухи. У 96 больных имело место осложненное течение желчнокаменной болезни с явлениями механической желтухи и клиническими проявлениями острого холангита.

Среди лабораторных методов наибольшее значение имело определение уровня свободного и связанного билирубина, ферментов крови, что позволяло отличить паренхиматозную желтуху от механической, выявить степень повреждения гепатоцитов и функциональную способность печени. Всем больным с механической желтухой при поступлении было произведено УЗИ, при котором в 96% случаев выявлено наличие гипертензии желчевыводящих протоков (расширение холедоха), а у 83 больных обнаружены конкременты холедоха.

Результаты. Большинству больных выполнялось ЭРПХГ с ЭПСТ. Последняя является методом выбора для 75 – 86% пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой. В подавляющем большинстве случаев (83,6%) ЭПСТ была выполнена типичным способом, а в остальных использовались неканюляционная или комбинированная методики. У 36 больных (8%) вмешательство выполнено в два и более этапов, из-за технических трудностей или возникшего кровотечения из папиллотомического разреза.

Несомненным успехом в решении многих вопросов явилось внедрение в клиническую практику назобилиарного дренирования (НБД). Оно значительно повысило эффективность эндоскопических методов лечения. В 42 наблюдениях в комплексе эндоскопического лечения нами было применено назобилиарное дренирование. У 36 пациентов эта методика использовалась с целью купирования явлений гнойного холангита и для предупреждения его возникновения после вмешательств на БДС. В этих случаях развивающийся массивный отек тканей в зоне рассеченного сосочка значительно нарушает пассаж желчи в кишку. В 6 случаях НБД применялось для предотвращения обтурации протока оставленным конкрементом. Широкие возможности НБД позволили повысить эффективность эндоскопического метода лечения с 92 до 97,7%, уменьшить количество осложнений с 10,3 до 7,5%, а летальность – с 4,2 до 2,9%.

Вывод. Таким образом, применение ЭПСТ в сочетании с назобилиарным дренированием у больных острым холангитом, осложненным механической желтухой, является высокоэффективным лечебно-диагностическим комплексом, позволяющим значительно улучшить результаты лечения данной категории больных.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОЦИРКУЛЯТОРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ХОЛАНГИТЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Ахаладзе Г.Г.

Отдел хирургии печени (зав. – проф. Т.Г. Дюжева), курс хирургической гепатологии (зав. – проф. Э.И. Гальперин) кафедры хирургии ФПК и ПОВ ММА им. И.М.Сеченова

Мы сравнили морфологические изменения печени белых крыс Wistar при механической желтухе (МЖ) и холангите. Исследовали препараты печени белых крыс с холангитом (n = 7). На 9 сутки выявлены все признаки распространенного, тотального, выраженного продуктивного воспаления (значительное расширение синусоидов, сильное возбуждение купферовских клеток, инфильтрация нейтрофилами, мононуклеарами, гибель гепатоцитов, очаги апоптоза) и инфильтрации молодыми стволовыми клетками, фибробластами и лимфоцитами. Расширенные протоки были заполнены гноем, эпителий гипертрофирован.

При МЖ (n = 7) в те же сроки изменения были выражены меньше: в протоках нет гноя, отмечаются менее выраженная инфильтрация мононуклеарами и фибробластами, обнаружено много плазматических клеток. Синусоиды незначительно расширены, менее выражена гипертрофия клеток Купфера, меньше очагов апоптоза гепатоцитов. Частицы туши, введенной в брыжеечную вену для исследования фагоцитарной способности купферовских клеток, захвачены ими, их нет в сосудах, т.е. нет недостаточности фагоцитоза.

Таким образом, при МЖ тоже присутствуют признаки воспаления, но они выражены не так интенсивно, как при холангите. Менее расширены синусоиды, т.е. в них давление ниже, чем при холангите.

С помощью полярографического метода определения клиренса водорода мы исследовали объемную скорость локального кровотока (ОСЛК) печени в контрольной группе (n = 7), в группе МЖ (n = 7) и холангита (n = 7). Выяснилось, что при МЖ уже к исходу 3 суток снижение ОСЛК составляет 21,7%, а к 6 и 9 суткам – 46,3 и 66,7% показателей контрольной группы ($p < 0,05$). При гнойном холангите на всех сроках происходит еще более резкое замедление микроциркуляции. К 3 суткам ОСЛК снижается на 36,8%, к 6-м – на 60,4%, к 9-м – на 80,8% ($p < 0,05$).

По-видимому, при МЖ и холангите патологические процессы имеют различный темп и динамику развития. Для развития эндотоксемии при МЖ необходимо несколько дней. А холангит развивается быстрее, стремительно и при нем порой нет желтухи. Наши клинические исследования подтверждают это. Из 132 больных острым гнойным и рецидивирующим холангитом у 31 (23,5%) МЖ не было. У этих больных манифестировала ярко выраженная картина СВР. При МЖ (чаще всего, вызванной полной обструкцией опухолевого генеза) холестаз развивается в темпе, соответствующем темпу секреции желчи. Нарушение функции печени при этом обусловлено дисфункцией гепатоцитов и вызвано холестазом. К секреторному давлению желчи при холангите

добавляется стремительное увеличение давления в результате колонизации бактерий, часть из которых – анаэробы. В замкнутом пространстве билиарной системы под возрастающим давлением развивается очаг инфекции. В печеночных балках растягиваются межклеточные щели, по пространству Диссе в печеночный синусоид прорывается инфицированная желчь, концентрация ЭТ в которой во много раз превышает фагоцитарную способность купферовских клеток. Эти клетки, не справившись локально с помощью фагоцитоза, включают системное оружие защиты (TNF-α, IL-6 и другие цитокины) и развивается СВР. Эта реакция реализуется в основном выбросом специфических воспалительных медиаторов клетками Купфера. Развивается билиарный сепсис, приводящий к полиорганной недостаточности (ПОН).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Ахмедов С.М., Расулов Н.А., Раджабов А.М.
Таджикский институт последипломной подготовки медкадров, Душанбе, Таджикистан

Острый гнойный холангит, как правило, развивается на фоне деструктивного холецистита, холедохолитиаза, стриктур внепеченочных желчных протоков, вследствие энтеро– и дуоденобилиарного рефлюкса после билиодигестивных соустий, на почве длительного нахождения дренажей в просвете желчных протоков, при абсцессах печени. Наблюдаются и редкие формы холангита (склерозирующий, прорыв паразитарной кисты и абсцесса печени в желчные пути, пиефлебитический).

Приведен опыт хирургического лечения 172 пациентов с острым холангитом, обусловленным холедохолитиазом (62), стенозом терминального отдела холедоха (16), стриктур общего желчного протока и БДС доброкачественного (23) и ракового (14) генеза, бескаменным холециститом (13). Прорыв эхинококковой кисты в желчные пути установлен у 12 больных, энтеро- и дуоденобилиарный рефлюкс после билиодигестивных соустий и связанный с ним регургитационный холангит – у 9, холангит на почве длительного пребывания дренажей в желчных протоках – у 8, абсцесса печени – у 8, восходящий холангит на фоне дуоденостаза – у 3 и склерозирующий холангит – у 4.

В постановке диагноза наряду с клинико-лабораторными и инструментальными данными (УЗИ, эндоУЗИ, МРХПГ, ЭРХПГ) окончательный диагноз устанавливался интраоперационно по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.

Ведущее значение в успешной реализации лечебной программы имело определение степени морфологических изменений в стенке желчных протоков, распространенности воспалительного процесса и тяжесть синдрома эндогенной интоксикации.

Превалировали случаи катарального холангита (124), в то время тяжелое течение заболевания отмечено при флегмонозном (38) и гангренозном (10) вариантах заболевания.

Отделяемое из желчевыводящих путей носило фибринозный (87), фибринозно-гнойный (56) и гнилостный (8) характер.

Синдром эндогенной интоксикации легкой степени установлен у 28, средней тяжести – у 97 и тяжелой степени – у 47 больных. Сопутствующий перитонит имелся у 23 пациентов, а септическое состояние – у 10 пациентов.

Лечебная программа больных с острым холангитом предусматривала краткосрочную (до 3-х суток) комплексную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию с регионарным подведением лекарственных препаратов. Во всех возможных случаях использованы варианты неотложного пункционного и дренажного наружного выведения инфицированной желчи и диализ билиарного тракта антисептиками, важнейшего лечебного звена печеночной недостаточности. Прооперированы все 172 больных, в том числе 65 больных по неотложным показаниям (до 12 часов), т.е. все случаи перитонита, деструктивного холецистита, холедохолитиаза и прорыва эхинококковых кист в билиарное дерево, стриктуры терминального отдела холедоха, обеспечивающие тяжелый холангит и синдром недренируемой печени. Целью операции явилось удаление источника инфекта, разобщение внутренних свищей, формирование билиодигестивных соустий и наружное дренирование холедоха. Умерло 4 больных.

В срочном порядке оперированы 107 больных, в т.ч. двухэтапное лечение гнойного холангита – у 28. Холецистэктомия и наружное дренирование холедоха выполнены у 46, холецистэктомия и холедоходуоденостомии – 32, холедохоэнтероанастамоз – 29, лапароскопическая микрохолецистостомия – 42 больным. Умерло 3 пациента. Общая летальность составила 5,5%. Таким образом, улучшение результатов лечения больных с острым гнойным холангитом зависит от правильного выбора лечебной тактики, степени изменений в гепатобилиарной зоне и тяжести синдрома эндогенной интоксикации.

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Ахмедов С.М., Раджабов А.М., Иброхимов Н.К., Давлатбеков З.А., Ганиев Ф.
ТИППМК, ГКБСМП, Душанбе

Холангиогенные абсцессы составляют до 40% от всех абсцессов печени, и эта цифра имеет тенденцию к росту. Данная патология приводит к тяжелым осложнениям, необратимым изменениям паренхимы печени и отличается высокой летальностью. Поэтому больные с холангиогенными абсцессами подлежат как можно более раннему проведению хирургического и специфического лечения.

Под нашим наблюдением за период 2000 – 2008 гг. находилось 34 больных с холангиогенными абсцессами печени. Среди них 21 женщина и 13 мужчин в возрасте 32 – 78 лет.

Наиболее частой причиной холангиогенных абсцессов является нарушение проходимости желчных протоков, что у наблюдаемых нами больных обусловливалось холедохолитиазом – у 18 больных, рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастамозов – у 9, злокачественными новообразованиями гепатопанкреатодуоденальной зоны – у 7.

У 15 больных абсцессы были солитарными, у 19 – множественными. Диаметр абсцесса в 18 наблюдениях составил до 5 см, в 11– до 10 см и в 5 случаях – больше 10 см.

Дооперационное обследование больных с холангиогенными абсцессами печени было направлено не только на установление точного диагноза, но и на выявление вероятного объема, количества, взаимоотношения гнойника с сосудисто-секреторными протоками. Наряду с общеклиническими методами исследований в обязательном порядке применяли УЗИ, МРТ и ИОУЗИ.

Лечебная тактика при холангиогенных абсцессах печени выбиралась индивидуально в каждом конкретном случае. Так, в 9 случаях при средних и мелких солитарных абсцессах хирургическое лечение гнойника начинали с попытки предварительного опорожнения

и дренирования полости гнойника под контролем ИОУЗИ с регионарным (в условиях операционной) подведением антибиотиков через канюлированную пупочную вену и коррекцию проходимости билиарного тракта (холедохолитостомии, холедоходуоденостомии и наложения гепатико-энтероанастамоза).

В 8 случаях осложненного холелитиаза с множественными (6) и солитарными (2) абсцессами единственно возможным вариантом адекватного пассажа билиарного дерева оставалось выполнение резекции анатомической доли печени с формированием высокого билиодигестивного анастамоза на разгрузочном дренаже для санации билиарного тракта в раннем послеоперационном периоде антисептиками Декасан, Бетадин. Множественные мелкие холангиогенные абсцессы ракового генеза (7) отличались тяжелым перихолангитом и смешанной интоксикацией, и ввиду генерализации процесса показано было только наружное выведение желчи через гепатикостому и лаваж билиарного дерева, регионарное подведение антибиотиков.

В 10 наблюдаемых случаях тяжелого холедохолитиаза (6) и рубцовых стриктур билиодигестивных анастомозов с развитием множественных абсцессов печени, вслед за устранением препятствия билиарного тракта ограничивались раздельным вскрытием и дренированием полости гнойников с наружным дренированием желчных ходов и реконструкцией внепеченочных желчевыводящих путей через 6 месяцев.

В послеоперационном периоде от тяжелой интоксикации умерло 7 больных.

Общая летальность составила 20,5%.

Таким образом, лечение холангиогенных абсцессов печени во многом зависит от ранней диагностики, степени инфицированности, генерализации процесса и адекватности устранения источника инфекции.

ПОЛИЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Бабаджанов Б.Р., Курьязов Б.Н.
Ташкентская медицинская академия. Ургенчский филиал., Хорезмская обл., Ургенч Узбекистан

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с гнойным холангитом.

Материал и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 84 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной гнойным холангитом. Возраст больных – от 19 до 75 лет. Женщин было 63, мужчин – 21. Давность заболевания от 19 дней до 2,5 мес.

Острый флегмонозный холецистит и холангит выявлены у 36, гангренозный холецистит и холангит – у 30, холангит, сочетанный с механической желтухой на фоне холедохолитиаза, выявлен у 18 больных.

В первую группу включены 39 больных, в комплексном лечении которых использованы полусинтетические пенициллины в сочетании с метронидазолом и флагилом, дезинтоксикационные, промывание холедоха с антибиотиками.

Во 2-й группе (основная) больных наряду с вышеизложенными мероприятиями в лечение включали полилазерное облучение (ПЛО) у 45 больных. ПЛО осуществляли с использованием высокоинтенсивных лазерных установок: – «Ромашка-1», АИГ лазер и низкоинтенсивных: – «АФЛ-1», «Шифо-1», а также полупроводникового лазера «Узор». Основные этапы операции выполняли с использованием высокоинтенсивных лазеров. Эндохоледохеальное лазерное облучение проводилось у 26 больных: излучение гелий-неоновым лазером АФЛ-1 с длиной волны 0,633 мкм, максимальная мощность – 20 мВт.

Внутривенное лазерное облучение крови /ВЛОК/ проводили также на аппарате АФЛ-1, – длина волны 632,8 нм, мощность на выходе световода 0,2 – 0,4 мВт см², ежедневно по 25 – 30 мин. в течение 7 – 10 дней у 28 больных.

Результаты. После 3 – 4 сеансов ПЛО отмечалось значительное снижение микробной загрязненности желчи, улучшалось самочувствие больных, нормализовалась температура, уменьшился болевой синдром, улучшились клинико-биохимические и иммунологические показатели по сравнению с контрольной группой, где отмечалось увеличение количество Т-, Т-активных лимфоцитов, Т-хелперов, уменьшение ЦИК, лейкоцитоза и СОЭ.

Выводы. Использование ПЛО в комплексном лечении гнойного холангита способствует снижению послеоперационных гнойных осложнений с 10,6 до 5,8%, койко-дней с 20+1,3 до 13+1,0 м, летальности почти в 1,4 раза.

ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ И БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС. ВЗГЛЯД С СОВРЕМЕННЫХ ПОЗИЦИЙ

Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю.
НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Определение взаимоотношений холангита как патоморфологического процесса в желчевыводящих путях и различных форм системных проявлений в виде септических реакций (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) и выработка на этой основе современных классификационных признаков.

Материал и методы. Проведен анализ течения заболевания и оказания хирургической помощи у 1291 пациента с гипербилирубинемией, госпитализированного в клинику по неотложным показаниям в период с 2002 по 2007 г. Определялась динамика следующих показателей: наряду со стандартными биохимическими исследованиями, изучались признаки системной воспалительной реакции, уровень билирубина в сыворотке, концентрация прокальцитонина (PCT Analyzer Lumat LB 9507). Все исследования выполнялись в момент поступления больного, в первые, третьи и пятые сутки послеоперационного периода.

Степень органной дисфункции определялась по шкале SOFA, (J-L. Vincent, 1996). Кроме того, проведен анализ результатов ультразвукового исследования до операции (фиксировались признаки билиарной гипертензии), интраоперационно определялся морфологический субстрат билиарной гипертензии (конкременты, стриктура, опухоль), а также исследовалась макроскопически морфология желчи (наличие гноя и фибрина).

Все исследуемые показатели в каждой группе были статистически обработаны с использованием программы Statistica, ver 7.0 с учетом критериев параметрической и непараметрической статистики. Достоверность различий оценивали при $p < 0,05$.

Результаты исследований:

Согласно полученным результатам, все больные были разделены на четыре группы.

• Группа 1 – пациенты с механической желтухой без признаков воспалительной реакции (SIRS = 0) – 684 больных.

• Группа 2 – пациенты с механической желтухой и незначительно выраженной воспалительной реакцией (SIRS один признак) (острый холангит) – 607 больных.

• Группа 3 – пациенты с двумя или более признаками SIRS (билиарный сепсис) – 153 больных.

• Группа 4 – пациенты с двумя или более признаками SIRS и органной дисфункцией SOFA более 2 (тяжелый билиарный сепсис, септический шок) – 39 больных.

Заключение: 1.Современный подход к диагностике холангита и билиарного сепсиса должен основываться на морфофункциональном принципе, дифференцирующим морфологические изменения в печени и желчных путях и системные проявления различной степени выраженности септических реакций. 2. Сформулированный морфофункциональный подход ведет к систематизации лечебной тактики, что, в свою очередь, положительно сказывается на результатах лечения больных данной категории.

ДРЕНИРОВАНИЕ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА В РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Бакаев А.Б.

Клиника Самаркандского мединститута, Самарканд, Узбекистан

Целью нашего исследования являлось изучение целесообразности применения дренирования гепатикохоледоха в реконструктивной хирургии доброкачественных стриктур желчных протоков.

За 10 лет в клинике было оперировано 12 больных по поводу доброкачественных стриктур гепатикохоледоха и 4 больных по поводу «свежего» повреждения протока. У 7 больных была выявлена высокая ятрогенная стриктура гепатикохоледоха (+2 по Э.И. Гальперину, Н.Ф. Кузовлеву) в сроки от 1,5 до 4 месяцев.

У 4 больных, которым анастомоз по поводу «свежего» повреждения протока наложен был с дренажом по Фелькеру – Thyroll , желчеистечение после операции было незначительным и наблюдалось лишь в течение 2 – 3 дней. Отдаленные результаты нами прослежены у 8 больных из 12 со стриктурами и у всех 4 больных со «свежими» повреждениями протока. Рецидивов стриктуры, механической желтухи у наших больных не выявлено.

Таким образом, использование ЧТД при стриктурах гепатикохоледоха позволяет в предоперационном периоде быстро купировать явления холангита, а в послеоперационном периоде уменьшить давление в желчевыводящей системе. Дренирование гепатикохоледоха по Фелькеру – Thyroll при повреждении нерасширенного протока позволяет проводить декомпрессию и уменьшить риск несостоятельности анастомоза, и в течение первых 2 – 3 месяцев обеспечить каркасную функцию.

ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Бакиров С.Х., Хасанов А.Г., Сафиуллина З.Х., Суфияров И.Ф..

ГКБ № 8, кафедра хирургических болезней БГМУ , Уфа

Абсцессы печени относятся к редким, но тяжелым по течению и трудным для диагностики хирургическим заболеваниям. Они составляют до 0,16% заболеваний, с которыми госпитализируются больные, требуют, как правило, хирургической агрессии и сопровождаются послеоперационной летальностью от 16,9 до 55,0% (Ф.И. Тодиа и соавт., 1990 г.; А.Д. Тимошин и соавт., 2003 г.).

Под нашим наблюдением находилось 24 больных (25% мужчин, 75% женщин) с абсцессами печени различной этиологии, поступивших в ГКБ № 8 за 10 лет (1997 – 2007 гг.). По этиологии больные распределились следующим образом: посттравматические – 6, после деструктивных холециститов – 4, после эхинококэктомии (остаточная полость) – 4, нагноившаяся непаразитарная киста – 2, холангиогенного характера – 8. Возраст больных составлял от 40 до 85 лет.

Диагноз абсцессов печени во всех наблюдениях был поставлен на основании анамнестических и клинических данных, результатов ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии. Применение аппарата УЗИ (SSD-630 фирмы ALOKA) позволяло с достаточно высокой точностью установить локализацию, размер гнойной полости, провести дифференциальный диагноз.

Всем больным применена чрескожная чреспеченочная аспирация содержимого абсцессов печени под контролем УЗИ, что во всех случаях позволяло обеспечить точность и безопасность пункции.

Для пункции обычно использовались иглы с наружным диаметром 1,5 мм, длиной 15 – 20 см. Пункцию выполняли в наиболее доступных местах под местной анестезией, преимущественно по заднеподмышечной линии. При пункции стремились максимально удалить гнойное содержимое, после чего полость абсцесса промывалась раствором антисептика (хлоргексидин, диоксидин) и в остаточную полость вводили антибиотик широкого спектра действия. Наряду с антибиотикотерапией проводили дезинтоксикационную и общеукрепляющую терапию.

Добиться выздоровления путем пункционной аспирации удалось у 23 больных. При этом в 12 случаях оказалось достаточно однократной пункции, в 8 – двухкратной, в 3 – трехкратной пункции для ликвидации внутрипеченочного гнойника. В одном случае при выявленной гигантской непаразитарной кисте после безуспешного пункционно-проточного дренирования была произведена кистэктомия лапаротомным доступом.

В настоящее время большинство хирургов признают целесообразность применения пункционно-аспирационного метода лечения полостных образований печени под контролем УЗИ. Накопленный опыт пункционно-аспирационного лечения позволяет считать этот метод, ввиду его эффективности и безопасности, альтернативой оперативному вмешательству.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Богомолов Н.И., Гончаров А.Г., Томских Н.Н.

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Цель исследования состояла в разработке нового способа лечения гнойного холангита.

Материалы и методы. Число больных с гнойно-деструктивными процессами в печени, желчных протоках не уменьшается и достигает 34% в ургентной хирургии органов брюшной полости. Наиболее частой причиной является желчнокаменная болезнь, осложнившаяся деструктивным холециститом, гнойным холангитом, холангиогенными абсцессами, билиарным сепсисом. Нами разработан «Способ лечения гнойного холангита» (Патент РФ № 2277916). Способ осуществляется следующим образом. После санации гнойно-деструктивного очага путем его удаления (холецистэктомия, вскрытие холангиогенного абсцесса и др.) выполняют холедохотомию, ревизуют вне- и внутрипеченочные протоки по общепринятой методике, включая холедохоскопию. В гепатикохоледох устанавливают микроирригатор, который выводят на кожу через отдельный

прокол и фиксируют. Через него вводят гипохлорит натрия капельно по 150 – 200 мл 0,02%-ного раствора 3 – 4 раза в сутки в течение 7 – 14 дней. Введение гипохлорита натрия чередуют с введением антибиотиков, метрогила, гепарина. Параллельно с вышеописанными мероприятиями осуществляют реканализацию и катетеризацию пупочной вены с заведением конца катетера, минуя устьевой клапан в просвет воротной вены. Интрапортальное воздействие осуществляют как традиционными средствами (антибиотики, метрогил с учетом разовых доз, а также до 75% суточного объема инфузионной терапии – реополиглюкин, глюкозоновокаиновая смесь, полиионные растворы, альбумин и др.), так и гипохлоритом натрия 0,04%-ного раствора 50 – 80 мл 3 раза в сутки. Интрапортальную инфузионную терапию осуществляют от 7 до 14 суток, индивидуально варьируя в зависимости от лабораторных показателей портальной и кавальной крови, а также динамики общего состояния пациента. Микроирригатор удаляют после бактериологического исследования желчи, купирования признаков острого холангита и улучшения общего состояния пациента.

Результаты. Способ применен при лечении 32 больных холангитом в трех клиниках города. Средние сроки лечения в основной группе (ОГ) на 9 суток меньше, чем в группе клинического сравнения (ГКС); летальность составила 2,21 и 20,8% соответственно. Холангиогенные абсцессы и сепсис зарегистрированы только в ГКС.

Заключение. Эффективная санация первичного очага и билиарного тракта, в целом, играют решающее значение в исходе заболевания. Новый способ предусматривает использование действенных антисептиков в очаге поражения, что повышает, в целом, эффект их применения.

ЛАБОРАТОРНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЖЕЛЧИ В ОТДАЛЁННОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ СУПРАДУОДЕНАЛЬНОЙ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИИ И ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ СИМПТОМИЧЕСКОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ХОЛАНГИТА

Бородач А.В., Бородач В.А., Попов А.Л., Данилычева Т.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель работы. Изучить состав желчи в отдалённом послеоперационном периоде наиболее распространённых операций внутреннего дренирования внепечёночных желчных путей по поводу желчнокаменной болезни, симптомического холедохолитиаза, холангита.

Материал и методы. Выполнено проспективное биохимическое и микроскопическое исследование желчи методом минутированного хроматического зондирования у 56 больных в отдалённом послеоперационном периоде операций внутреннего дренирования внепечёночных желчных путей за период 2000 – 2005 гг. (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, супрадуоденальная холедоходуоденостомия). Лабораторное исследование желчи включало в себя определение количественного содержания желчных кислот (по Петтенкоферу в модификации Карбача), сиаловых кислот (по Гессу), холевой кислоты (по Рейнхольду-Уилсону), билирубина (по Ендрашику). Средняя длительность послеоперационного периода составила 5,1±2,3 года. Пациенты были отобраны по принципу отсутствия ранних и поздних послеоперационных осложнений. Для исключения органических изменений билиодигестивного соустья выполнено клиническое обследование, фиброгастродуоденоскопия с визуальной оценкой соустья, стандартное трансабдоминальное ультразвуковое исследование брюшной полости. Средний возраст пациентов составил 65,12±17,85 года. Мужчин было 25 (44,6%), женщин – 31 (55,4%). В качестве контрольной группы использованы результаты дуоденального зондирования 186 пациентов без желчнокаменной болезни, без органических изменений желчного пузыря и желчных протоков, с функционирующим желчным пузырём, сопоставимого возраста. Сравнение химического состава желчи проводилось по порции С пациентов контрольной группы.

Результаты. Снижение холатохолестеринового индекса вследствие гиперхолестеринхолии (2,2±1,03 г/л) обнаружено у 53 пациентов (94,6%). При этом у 34 пациентов (60,7%) после операций внутреннего дренирования внепечёночных желчных путей найдено снижение содержания общих желчных кислот по сравнению с пациентами контрольной группы (54 пациента, или 29,03%).

Заключение. Холедохолитиаз относится к наиболее тяжёлым проявлениям желчнокаменной болезни. При большинстве видов холедохолитиаза общепринятыми операциями выбора являются операции создания постоянного внутреннего билиодигестивного соустья: эндоскопическая папиллосфинктеротомия, супрадуоденальная холедоходуоностомия. При изучении отдалённых результатов этих операций путём хроматированного дуоденального зондирования удалось выяснить, что у большинства пациентов в отдалённом послеоперационном периоде операций внутреннего дренирования внепечёночных желчных путей (94,6%) сохраняются характерные отклонения от нормального химического состава желчи, а именно, повышение содержания холестерина, снижение концентрации желчных кислот, увеличение индекса литогенности желчи; повышение объёма выделяемой в кишечник желчи (гиперхолерез). Подобные изменения, вероятно, связаны с утратой резорбтивной и концентрационной функций желчного пузыря и снижением компенсаторных резорбтивно-концентрационных возможностей желчных протоков после наложения внутреннего билиодигестивного соустья.

ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

Бородач В.А., Бородач А.В.

Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Анализ результатов лечения острого холедохолитиаза, холангита.

Материалы и методы. За последние пять лет (2004 – 2008 гг.) в клинике неотложной хирургии оперировано 924 пациента с острым воспалительным процессом в желчных путях. Из них у 187 больных выявлен холедохолитиаз (20,2%). Из них женщин – 124 (66,3%), мужчин – 63 (33,7%) в возрасте от 23 до 92 лет. Средний возраст – 64,6 года.

Сопутствующие заболевания отмечены у всех пациентов, причем у лиц свыше 60 лет их несколько: сердечно-сосудистая система – 67,9%, дыхательная система – 11%, мочекаменная болезнь – 26,1%, сахарный диабет – 24,8%, ожирение III – IV ст. – 12%, прочие (инсульт, ХПН, остеохондроз и т.д.) – 8,2%. Таким образом, лечение данной группы больных сопряжено с определенным риском. У всех больных холедохолитиаз и холангит сопровождался выраженной билирубинемией: 70 – 100 мкмоль/л отмечен у 27 пациентов (14,4%), билирубинемия 101 – 170 мкмоль/л – у 31(16,6%), 171 – 210 мкмоль/л – у 57(30,5%), 211 – 270 мкмоль/л – у 41(21%) и свыше 270 мкмоль/л – 31(16,6%). Больные, поступившие

с острым холециститом, холедохолитиазом, оперированы в срочном порядке (24 – 48 ч от момента поступления) после общепринятой предоперационной подготовки.

Во время операции (подтверждено гистологически), острый флегмонозный холецистит оказался у 112 пациентов, острый гангренозный холецистит – у 47. У 28 пациентов холецистэктомия была сделана ранее (от двух недель до 7 лет). Эти больные оперированы после проведения диагностических мероприятий (УЗИ, КТ, РХПГ). Гнойный холангит отмечен у 72% оперированных больных, фибринозный – у 18% и серозно-фибринозный – у 10%. Чаще всего гнойный холангит выявлен у лиц с острым гангренозным холециститом, сопровождающимся микролитиазом. При микроскопии протоковой желчи в этих случаях обнаружены кристаллы билирубината кальция и холестерина.

Результаты. После холедохотомии одиночного камня мы проводили наружное дренирование желчных протоков по методу, разработанному в клинике: Т-образный дренаж мы устанавливали через культю пузырного протока, что позволяло адекватно проводить не только декомпрессию, но и санацию протоков. При наличии нескольких камней и «замазки» формировали холедоходуоденальное соустье (ХДС) в сочетании с наружным дренажом Т-трубкой через культю пузырного протока. При отсутствии культи пузырного протока (холецистэктомия выполнена ранее) наружную трубку дренажа мы выводили через прокол в латеральной стенке печеночного протока, по указанной ранее методике (2003). Дренажную трубку ежедневно промывали 0,5%-ным раствором новокаина. Удаляли дренаж после контрольной холангиографии на 12 – 15-й день после операции. У пациентов со сниженными пластическими свойствами тканей (сахарный диабет, эндокринные заболевания и т.д.) трубку закрывали и больного выписывали домой, а удаляли ее в амбулаторных условиях, через 24 – 48 дней после операции. Из 187 пациентов в послеоперационном периоде погибли 4 (2,1%).

Заключение. Актуальной проблемой лечения острого холангита является выбор способа дренирования желчных путей. Адекватным способом наружного дренирования желчных протоков является Т-трубка, установленная через культю пузырного протока. Данной манипуляции достаточно, чтобы обеспечить надежную фиксацию, отличную герметичность и физиологичность функции дренажа. ХДС по Киршнеру в нашей модификации (однорядный шов рассасывающейся нитью), дополненный наружным дренированием, – надежный способ декомпрессии желчных протоков.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Бухарин А.Н., Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Сапанюк А.И., Сачечелашвили Г.Л., Константинова И.В., Мамедов С.Х., Хачатрян Д.В.

ММА им. И.М. Сеченова, Москва, ЦГБ им. М.В. Гольца, Фрязино, Россия

Хирургическое лечение больных с острым калькулезным холециститом (ОКХ), осложненным холедохолитиазом и гнойным холангитом, по-прежнему остается одной из актуальных проблем ургентной хирургии.

За последних 8 лет нами прооперировано 1180 больных по поводу острого калькулезного холецистита, в возрасте от 35 до 89 лет. Из них женщин – 325 (83,3%), мужчин – 65 (16,7%). У 390 пациентов отмечались такие осложнения, как механическая желтуха и гнойный холангит, что составило 33,1% от общего числа больных острым калькулезным холециститом. Основной причиной обструкции при гнойном холангите явился холедохолитиаз, установленный у 365 (93,6%) больных, у 15 (3,8%) пациентов выявлен изолированный стеноз большого дуоденального сосочка, травматическая стриктура общего желчного протока – у 10 (2,6%). Практически у всех наблюдаемых больных клиническая картина сопровождалась билиарным стазом и механической желтухой.

Тактика хирургического лечения больных острым холециститом, осложненным гнойным холангитом, была преимущественно двухэтапной.

У 285 (73,1%) больных были выполнены эндоскопические и лапароскопические операции, а 105 (26,9%) пациентам, с относительными противопоказаниями к малоинвазивным операциям, были выполнены традиционная холецистэктомия, холедохотомия, холедоходуоденостомия, удаление камней, чрескожно-чреспеченочная холецистостомия под ультразвуковым контролем.

Эндоскопические вмешательства ЭРПХГ у больных с гнойным холангитом старались выполнить в ранние сроки с момента госпитализации (на 1 – 2-е сутки). У 336 (86,2%) больных ЭРПХГ выполнялось однократно, у 45 (11,5%) осуществлялись повторные исследования. У 9 (2,3%) больных, в связи с невозможностью катетеризации БДС и проведения ЭРПХГ и эндоскопических операций (протяженный стеноз терминального отдела холедоха, перенесенная резекция желудка по Бильрот II), выполняли чрескожно-чреспеченочное дренирование желчных протоков и желчного пузыря.

Дифференцированный подход к лечению гнойного холангита определяется характером процесса и выраженностью эндотоксикоза.

У 325 (83,3%) больных при сочетании ОКХ с гнойным холангитом, холедохолитиазом, стриктурой терминального отдела холедоха, рубцовыми изменениями в области большого дуоденального сосочка с нарушениями пассажа желчи первоначально как первый этап операции была выполнена ЭПСТ, с удалением конкрементов из холедоха.

87(22,3%) пациентам проведена эндоскопическая механическая литотрипсия и эндоскопическая экстракция желчных камней. У 53 (13,6%) больных после выполнения эндоскопических вмешательств и удаления камней из желчных путей осуществлено назобилиарное дренирование.

В дальнейшем по улучшению состояния больных и снижению уровня билирубина на 5 – 7 сутки на втором этапе выполнялась лапароскопическая холецистэктомия.

У 66 (16,9%) больных, у которых острый гнойный холангит сочетался с деструктивным холециститом, перитонитом, проведено традиционное оперативное лечение.

17(4,3%) крайне тяжелым больным ограничились выполнением только первого этапа – эндоскопической папиллосфинктеротомии, позволяющей удалить камни из холедоха и восстановить пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку.

У 6 (1,5%) больных после ЭПСТ отмечены послеоперационные осложнения (панкреонекроз, повреждение задней стенки 12-перстной кишки, кровотечение).

Летальных исходов в послеоперационном периоде не было.

Таким образом, разработанная дифференцированная двухэтапная тактика хирургического лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и гнойным холангитом, является оптимальной и позволяет значительно снизить летальность и уменьшить число послеоперационных осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Вафин А.З., Делибалтов К.И.

Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Актуальность. Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков составляет 0.09 – 3% всех операций на органах брюшной полости (Панченков Д.Н., Мамалыгина Л.А 2004 г.).

Цель исследования. Совершенствование лечебной тактики и метода хирургического лечения ятрогенных повреждений желчных протоков.

Материалы и методы. В 1987 – 2008 гг. в клинике лечились 96 пациентов, в возрасте 17 – 80 лет, с ятрогенными повреждениями и стриктурами внепеченочных желчных протоков, 75% из них были женщины. 82,3% больных поступали из других лечебных учреждений в сроки от 2 суток и позднее после первой операции в среднетяжелом и тяжелом состоянии. До поступления в клинику 48,1% пациентов по поводу повреждений желчных протоков перенесли в других лечебных учреждениях от 4 и более различных видов хирургических вмешательств. Основными симптомами были: желтуха – у 63,5% больных, холангит – у 30,2%, желчный перитонит – у 20,8%, наружный желчный свищ – у 28,1% и подпеченочный абсцесс – у 3,1%. С целью раннего выявления характера повреждения, установления уровня и протяженности стриктуры использовался комплекс диагностических методов: УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолеграфия, ЧЧХГ, КТ, МР–холеграфия. По классификации стриктур Гальперина (2002) установлены: +2 – у 17,7%; +1 – у 28,1%; 0 – у 40,6%; –1 – у 11,5% и –2 – у 2,1% больных.

Результаты и их обсуждение. При выборе хирургических вмешательств учитывались тяжесть состояния больных, сроки диагностики, вид и характер ятрогенных повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков.

Первым этапом проводилась декомпрессия билиарного тракта и мероприятия, направленные на нормализацию функции печени, снижение билирубина и гнойной интоксикации, коррекцию водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния, а также профилактику кровотечения, иммунодефицита.

Вторым этапом выполнено 15,3% восстановительных операций на Т-образном дренаже и 83,3% реконструктивных операций, из них гепатикодуоденоанастомия – у 18,7%, гепатикоеюноанастомия – у 64,6%, кроме того, у 9,4% больных была произведена реконструкция и реканализация билиодигестивного анастомоза.

Оперативные вмешательства выполнялись с соблюдением принципов прецизионности. При каркасном транспеченочном дренировании желчных путей проводились ежедневные санации дренажей, их смена каждые 3 месяца и удаление через 2 года. Послеоперационные осложнения были у 33% оперированных. Стриктура анастомоза выявлена у 11%, умерли 14% оперированных.

Заключение. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчных протоков зависит от сроков диагностики, уровня повреждения и состояния больных. Реконструктивные вмешательства можно выполнять только после декомпрессии желчной системы и нормализации функций печени в большинстве случае путем гепатикоеюностомии с использованием длительного каркасного дренирования.

ХОЛАНГИТ И МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Вафин А.З., Делибалтов К.И.

Государственная медицинская академия, Ставрополь, Россия

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с холангитом и механической желтухой при ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков путем оптимизации предоперационной подготовки.

Материалы и методы. В период 1987 – 2008 гг. на лечении в клинике находились 96 пациентов. Средний возраст больных 48,5±13,5 года, большую их часть составили женщины – 75%. 79 (82,3%) больных поступали из разных стационаров края в сроки от двух суток и позднее после первой операции в среднетяжелом и тяжелом состоянии: с механической желтухой – 63,5% больных, холангитом – 30,2%, желчным перитонитом – 20,8%, наружным желчным свищом – 28,1% и подпеченочным абсцессом – 3,1%. Сочетание желтухи и холангита имелось у 24% больных, наружного желчного свища и холангита у 6,3%. С целью раннего выявления тяжести желтухи, холангита, уровня и протяженности повреждения или стриктуры использовался диагностический комплекс: УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолеграфия, ЧЧХГ, КТ/МРТ.

По классификации стриктур Гальперина (2002) установлены: +2 тип у – 17,7%; +1 тип – у 28,1%; 0 тип – у 40,6%; –1 тип – у 11,5% и –2 тип – у 2,1% больных.

Результаты и их обсуждение. Выбор хирургических вмешательств зависел от тяжести желтухи, холангита и характера повреждений и стриктур желчного дерева. Первым этапом проводилась декомпрессия билиарного тракта и комплекс мероприятий, направленных на нормализацию функции печени, снижение билирубина и гнойной интоксикации, коррекцию водно-электролитного обмена и кислотно-основного состояния, а также профилактику кровотечения, иммунодефицита. Средний уровень билирубина в группе больных с желтухой составил 70,9±55,1 мкмоль/л (N – 22.5 мкмоль/л). Проявления холестатического гепатита в виде повышения уровня трансаминаз и щелочной фосфатазы были у 47,9% пациентов. С целью разрешения механической желтухи и острого холангита 39,6% больных перед основным вмешательством выполнены: наружное дренирование общего печеночного протока у 9,4% , ЭПСТ у 12,5%, ЧЧХС у 17,7% пациентов.

После дренирования желчных путей проводились ежедневные санации желчного дерева растворами антисептиков.

Реконструктивный этап лечения выполняли после купирования холангита и механической желтухи, через 40 – 70 суток после восстановленного оттока желчи и снижения гипербилирубинемии ниже 30 мкмоль/л. Произведены 16 (15,3%) восстановительных и 80 (83,3%) реконструктивных операций.

Послеоперационные осложнения были у 33% оперированных, стриктура анастомоза выявлена у 11% пациентов. Умерли 8 (14%) человек.

Заключение. Лечебная тактика при ятрогенных повреждениях желчных протоков зависит от длительности и тяжести желтухи и холангита, уровня повреждения желчных протоков и общего состояния больных. Декомпрессия желчного дерева является основным этапом предоперационной подготовки и создания оптимальных условий для радикального лечения ятрогенных повреждений желчных протоков и их последствий.

ОПТИМАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Воровский О.О., Мамчич В.И.

Областной госпиталь для инвалидов Отечественной войны, Винница, Украина

Медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии и проктологии (зав. кафедрой проф. Мамчич В.И.), Киев, Украина

Цель. По результатам исследования определить критерии для применения различных способов лечения холедохолитиаза (ХЛ) у больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В хирургическом отделении областного госпиталя для инвалидов Отечественной войны с 2002 по 2008 гг. было прооперировано 46 больных с ХЛ у возрасте от 60 до 84 лет. Женщины составили 22 (30,6%) случая, мужчины – 24 (33,3%).

Результаты. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была исполнена в 30 (41,7%) случаях, из них у 27 (37,5%) больных, где также имела место комбинация хронического калькулёзного холецистита (ХКХ) с ХЛ, данная манипуляция была исполнена как первый этап хирургического лечения перед лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ). Самостоятельное отхождение конкрементов из холедоха после ЭПСТ отмечали у 12 (16,7%) больных, у 5 (6,9%) – конкременты от 1,0 до 1,2 см отходили отломками. Осложнения, кровотечение из фатерового соска имели место у 2 (2,8%) больных. В 8 (11,1%) случаях данная манипуляция не принесла успеха, из-за чего в дальнейшем понадобилось исполнение открытой холедохотомии (ОХТ). ЛХЕ как второй этап хирургического лечения жёлчекаменной болезни исполняли на 5 – 10 день после ЭПСТ. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства в объёме ЛХЕ и ЛХТ с литоэкстракцией были исполнены у 9 (12,5%) больных. ВТХ имело место у 10 (17,6%) больных, где холедоходуоденоанастомоз (ХДА) был наложен в 8 (9,7%) случаях. У 7 (9,7%) больных супрадуоденальный антирефлюксный ХДА наложили усовершенствованным нами способом. Данным способом определяется минимальное натяжение между двенадцатиперстной кишкой и холедохом, при этом почти неповреждённый циркулярный слой мышечной оболочки предупреждает рефлюкс содержимого кишки в просвет холедоха. Операцию оканчивали интраоперационной холангиографией и наружным дренированием холедоха.

Заключение. Таким образом, все вышеуказанные способы, в зависимости от ситуации и инструментального оснащения клиники, должны применяться при хирургическом лечении ХЛ у больных пожилого и старческого возраста. При фиксированных конкрементах в просвете холедоха от 1,5 см и больше рекомендуется применять ВХТ с супрадуоденальным антирефлюксным ХДА.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА «БЫСТРОЙ ДЕКОМПРЕССИИ» БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Гаджакаева А.И., Меджидов Р.Т.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Синдром «быстрой декомпрессии» билиарного тракта развивается после наружного и внутреннего дренирования билиарного тракта по поводу механической желтухи тяжелой степени почти у 30% больных.

Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения больных с механической желтухой.

Материал и методы. В нашей практике на 468 больных, оперированных по поводу механической желтухи за последние 5 лет, синдром «быстрой декомпрессии» билиарного тракта развился у 135 (24,6%) пациентов. Проведен сравнительный анализ двух групп больных (контрольная – 200 и основная – 268) с механической желтухой тяжелой степени. Среди них механическая желтуха доброкачественного генеза была у 88 (18,8%) пациентов, опухолевого генеза – у 380 (81,2%) больных. У всех пациентов имелась тяжелая форма желтухи. В контрольной группе больных средний уровень общего билирубина составил 352,7 ± 22,4 ммоль/л, другие биохимические показатели были в пределах: мочевина – 14,2 ± 2,4 ммоль/л, креатинин – 145,6 ± 8,7 мкмоль/л, АСТ – 0,64 ± 0,1 МЕ/л, АЛТ – 0,85 ± 0,15 МЕ/л. В основной группе больных показатели, отвечающие за печеночную функцию, находились в пределах: общий билирубин – 358,8 ± 21,3 ммоль/л, мочевина – 14,7 ± 2,1 ммоль/л, креатинин – 149,5 ± 7,3 мкмоль/л, АСТ – 0,68 ± 0,13 МЕ/л, АЛТ – 0,89 ± 0,14 МЕ/л.

В основной группе больных для профилактики синдрома «быстрой декомпрессии» билиарного тракта применялись «дозированные» способы наружного и внутреннего дренирования желчных путей и реамберин в дозе 400,0 мл в сутки.

Результаты. В основной группе состояние больных, по сравнению с контрольной группой, улучшалось значительно быстрее, явления печеночной недостаточности купировались на 5 – 6 сутки, тогда как в контрольной группе явления печеночной недостаточности к этим срокам сохранялись. В основной группе нормализация биохимических показателей происходила к 11– 12 суткам после декомпрессии билиарного тракта (общий билирубин – 28,4 ± 1,8 ммоль/л, мочевина – 7,8 ± 0,5 ммоль/л, креатинин – 104,6 ± 6,3 мкмоль/л, АСТ – 0,44 ± 0,09 МЕ/л, АЛТ – 0,36 ± 0,3 МЕ/л), тогда как в контрольной группе эти показатели приходили к норме лишь к 15 – 16 суткам (общий билирубин – 33,2 ± 2,3 ммоль/л, мочевина – 9,2 ± 0,6 ммоль/л, креатинин – 101,4 ±4,2 мкмоль/л, АСТ – 0,49 ± 0,2 МЕ/л, АЛТ – 0,50 ± 0,3 МЕ/л). В основной группе больных в послеоперационном периоде синдром «быстрой декомпрессии» билиарного тракта не наблюдался, 3 пациента умерли от нарастающей печеночной недостаточности.

Заключение. Синдром «быстрой декомпрессии» билиарного тракта – нередкое патологическое состояние, и в случаях ускоренной декомпрессии билиарного тракта следует проводить профилактические мероприятия в виде включения в лечебный комплекс курс инфузионной терапии реамберином.

ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ: ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Котовский А.Е., Глебов К.Г.

Курс хирургической гепатологии (зав. – проф. Э.И. Гальперин) кафедры хирургии ФППОВ ММА им. И.М. Сеченова

Гнойный холангит развивается у 37 – 40% больных обтурацией желчных протоков (в основном неопухолевого генеза). Следует различать острый (ОХ), острый рецидивирующий (ОРХ) и хронический холангит (ХХ). В патогенезе ОХ и ОРХ основную роль играет внезапная закупорка желчных протоков, приводящая к застою желчи, желчной гипертензии, рефлюксу желчи в пространства Диссе, внедрению микрофлоры в паренхиму печени, системный кровоток с развитием эндотоксикоза, ССВР септического шока и в дальнейшем

ПОН. Генерализация инфекции приводит к развитию холангитических абсцессов и сепсису. Наши экспериментальные исследования показали что при холангите имеются нарушения фагоцитарной функции Купферовских клеток, изменение микроциркуляции и морфологической структуры печени.

В работе приведено сравнение трех видов оперативных вмешательств при гнойном холангите:

1. Традиционная оперативная холедохотомия для декомпрессии желчных протоков и удаления препятствия току желчи (в основном конкрементов) – 350 больных холангитом, летальность – 12,2%. У больных «угрожаемой» группы (старческий возраст, печеночные, мозговые нарушения, сепсис) из 85 умерло 38 (44,7%).

2. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – у 254 больных, летальность – 1,2%. Произведено радикальное удаление конкрементов – 226 больных (89%), оставлен назобилиарный дренаж (НБД) для декомпрессии у 54 (21,2%) больных. Необходимость открытой операции после ЭПСТ для удаления камня возникла у 3 (1,1%) больных.

3. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) для декомпрессии и удаления камней. В докладе приводятся данные литературы по этому вопросу.

Сравнение указанных основных методик позволяет заключить, что в настоящее время наиболее применимым является метод эндоскопического лечения больных холангитом.

Отдельно следует рассматривать больных с гнойным холангитом, развившимся у 177 больных с рубцовой стриктурой желчных протоков. По нашим данным, острый и хронический холангит у таких больных не требует предварительной декомпрессии и позволяет выполнить радикальную операцию в полном объеме.

НАЗОБИЛИАРНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Гиберт Б.К., Иванов Д.В.

ГЛПУ «ТОКБ», Тюмень, Россия

Проблема билиарной гипертензии – актуальная в хирургии желчевыводящих путей. Острый гнойный холангит является серьезным осложнением билиарной обструкции. Декомпрессия желчевыводящей системы у таких больных – главная цель и важный компонент в лечебной программе.

Были проанализированы результаты лечения 114 больных с механической желтухой, у которых методом декомпрессии билиарного тракта было применено назобилиарное дренирование. Наиболее частой причиной механической желтухи была желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом, – 73 пациента (65,8%). У 23 пациентов блокада желчевыводящей системы была обусловлена опухолевой обструкцией (20,2%).

У 38 человек клинические проявления сопровождались симптомами холангита. Продолжительность заболевания у пациентов с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, составила в среднем 10,3±2,3 суток. Перед эндоскопическим вмешательством уровень билирубина в этой группе в среднем был 177,9±21,2 мкмоль/л. Экстренное эндоскопическое вмешательство им было выполнено в первые сутки при клинических проявлениях холангита. НБД функционировал от 3 до 25 суток (в среднем 8,1±0,9 сут.) В результате проведенного назобилиарного дренирования средний уровень билирубина снизился до 75,1±13,1 мкмоль/л. У 29 (76,3%) пациентов с гнойным холангитом выполнено бактериологическое исследование отделяемой по дренажу желчи. Количество исследований у каждого больного было от 1 до 6, общим числом 70. У 27(93,1%) из обследованных пациентов был получен рост микрофлоры. Из них у 18 (66,6%) выявлена смешанная микрофлора, моноинфекция – у 9 (33,3%) пациентов. При этом выделено 25 разновидностей микроорганизмов. В соответствии с чувствительностью проводили антибактериальную терапию.

Анализируя динамику клинической картины холангита, изменения показателей функции печени и почек в процессе назобилиарного дренирования, у этой группы больных (27 человек), не удалось обнаружить различий с теми пациентами (11 человек), которым антибактериальная терапия проводилась без учета чувствительности микрофлоры.

У 18 больных использовали промывание желчных протоков через дренаж 0,5%-ным раствором диоксидина (до 50 мл) 2 раза в сутки. Несмотря на положительную динамику в отношении качества желчи, изменений в характере микробной обсемененности у них выявлено не было. При сравнении этих пациентов с теми, кому промывание не выполняли, отличий в динамике клинических проявлений гнойного холангита выявлено не было.

В результате проведенных исследований выяснено, что наиболее значимым элементом НБД является декомпрессия желчных протоков и условие свободного оттока желчи. Определение чувствительности микрофлоры при проведении антибактериальной терапии, промывание протоков антисептическими растворами через НБД не первостепенно в лечении гнойного холангита. Декомпрессия и санация билиарной системы через НБД при гнойном холангите позволила: добиться снижения уровня билирубина сыворотки крови, минимизировать проявления печеночной недостаточности, стабилизировать показатели гемостаза, купировать явления холангита, улучшить показатели функциональной активности почек.

Таким образом, неотложное назобилиарное дренирование при механической желтухе, осложненной холангитом, позволило выполнить эндоскопические радикальные операции с частотой осложнений 1,8% и открытые хирургические вмешательства без осложнений и с отсутствием летальных исходов, что относится в равной мере к доброкачественной и злокачественной патологии.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПРЕССИОННЫХ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОАНАСТОМОЗОВ

Гиберт Б.К., Кутергин А.В.

ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница», Тюмень, Россия

Цель исследования. Изучить динамику размеров ХДА, сформированных компрессионным способом устройством из никелида титана, и влияние дуоденобилиарного рефлюкса на слизистую оболочку гепатикохоледоха в отдаленном послеоперационном периоде.

Для этого у 86 пациентов изучено состояние ХДА и слизистой оболочки гепатикохоледоха от 1 года до 10 лет после операции. Анастомоз формировали двухвитковым устройством, изготовленным из никелид-титановой проволоки с эффектом памяти формы, размером 20х8 мм. Результаты изучали методом рентгенконтрастного исследования ДПК и желчных протоков, фиброгастродуоденоскопии, морфологического исследования биоптата слизистой оболочки гепатикохоледоха, общеклинического и биохимического исследования крови.

Эндоскопическую оценку размеров ХДА производили специальным градуированным катетером. Через год после операции у

обследованных средний размер анастомоза был 10,1±0,5 х 6,8±0,5 мм. В течение последующих 10 лет он оставался таким же. При рентгенконтрастном исследовании у всех был отмечен провоцированный дуоденобилиарный рефлюкс. При этом контрастное вещество как свободно поступало в протоковую систему через анастомоз, так же быстро и опорожнялось. Наданастомозная часть гепатикохоледоха освобождалась от бариевой взвеси тотчас после опорожнения желудка и ДПК. Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки гепатикохоледоха свидетельствовало об отсутствии признаков острого, подострого и хронического воспаления. Во всех препаратах обнаружена картина хронического атрофического процесса с фиброзом разной степени выраженности.

Таким образом, сформированный компрессионным способом ХДА в отдаленном периоде не подвержен патологическому рубцовому сужению. При хорошей функции анастомоза дуоденобилиарный рефлюкс не вызывает воспаление слизистой оболочки гепатикохоледоха.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЁННЫМ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Глухов А.А., Кошелев П.И., Лейбельс В.Н., Боев С.Н.

Институт хирургической инфекции. Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Цель исследования. Анализ результатов и выработка рациональной тактики лечения холедохолитиаза, осложнённого острым холангитом.

Материал и методы. С 2004 по 2008 год в клинике был оперирован 2661 больной по поводу желчнокаменной болезни. Холедохолитиаз был выявлен у 443 больных (16,7%). У 92 (3,5%) пациентов диагностирован холедохолитиаз, осложнённый острым холангитом и механической желтухой. У 12 больных наличие первичного очага, триады Шарко и пентады Рейнолдса, а также синдрома системной воспалительной реакции трактовалось как проявление острого билиарного сепсиса.

В течение 48 часов с момента поступления 9 больным при ущемлёнии камня в большом дуоденальном сосочке была произведена папиллотомия и восстановлен пассаж желчи. 11 больным произведена чрескожная, чреспечёночная гепатико- или холецистостомия. Таким образом, предварительную декомпрессию удалось произвести 20 больным. Учитывая выраженные воспалительные изменения, больные этой группы были оперированы в течение 48 часов после декомпрессии. 72 пациента были оперированы без предварительной декомпрессии также в течение 48 часов. У всех больных причиной гнойного холангита и механической желтухи явился холедохолитиаз, причём у 4 больных во время операции был выявлен синдром Мириззи II типа. Во всех случаях проводилась холецистэктомия, холедохолитотомия, санация билиарного дерева и холедохоскопия. У 81 больного операция была завершена дренированием общего желчного протока по Керте или по Керу. У 11 пациентов был диагностирован протяженный стеноз дистального отдела холедоха, в связи с чем им был наложен холедоходуоденоанастомоз. В послеоперационном периоде больным с клиникой билиарного сепсиса назначали карбапенемы, проводили профилактику развития стрессовых язв и тромбоэмболических осложнений.

Результаты. В послеоперационном периоде умерли 8 больных (8,7%). Два пациента умерли от полиорганной недостаточности после операции с предварительной декомпрессией билиарного дерева. Из 72 больных, которые были оперированы без предварительной декомпрессии, умерли 6 (8,3%) пациентов также от печеночно-почечной недостаточности.

Заключение. У всех пациентов острый холангит развился как следствие холедохолитиаза и непроходимости гепатикохоледоха. Несмотря на то, что мы не отметили существенной разницы результатов лечения больных с предварительной декомпрессией билиарного дерева и без него, проведение декомпрессии считаем целесообразным. Мы считаем правомерным понятие «холангиогенный (билиарный) сепсис», развивающийся на почве гипертензии желчевыводящих путей и эндотоксикоза.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ

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

ММА им. И.М. Сеченова, кафедра общей хирургии, Москва

Цель. Разработать дифференцированный алгоритм диагностической и лечебной тактики у больных гнойным холангитом пожилого и старческого возраста в зависимости от степени тяжести воспалительных изменений в гепатобилиарной системе, степени внепеченочного холестаза, нарушения функции печени, степени эндогенной интоксикации, тяжести операционно-анестезиологического риска при использовании миниинвазивных методов декомпрессии желчных путей.

Материалы и методы. За последние 10 лет проведено хирургическое лечение 420 пациентов с гнойным холангитом, что составило 43,75% от больных с внепеченочным холестазом. На лечении находились преимущественно больные пожилого и старческого возраста, пациенты старше 60 лет составили 72%, женщины – 78%, мужчины – 22%. Продолжительность течения желчнокаменной болезни у 70% пациентов составила 0,5 – 5 лет. Превалировали больные с калькулезным холециститом (81,2%: с острым – 96,8%, хроническим – 3,2%), пациенты с «постхолецистэктомическим синдромом» составили 18,8%. При остром калькулезном холецистите, осложненном заболеваниями терминального отдела общего желчного протока, гнойный холангит был диагностирован в 47%. Причиной гнойного холангита были следующие заболевания, вызывающие обтурацию общего желчного протока: холедохолитиаз – в 27,82%, в сочетании с папиллитом – в 30,07%,стенозом канала БДС – в 12,03%, парафатериальным дивертикулом – в 4,51%, папиллит – в 18,8%, стеноз БДС – в 5,26%, парафатериальный дивертикул – в 1,5% случаев. Холедохолитиаз выявлен у 74,43%, папиллит – у 48,87% больных. Комплексное обследование включало скриннинговую эхографию в первые сутки поступления больных, далее (ЭРПХГ, ЧЧХГ, сцинтиграфию (2 – 3 сутки). Лабораторное обследование позволило установить степень эндогенной интоксикации. Эхография определяла дальнейшую диагностическую и лечебную тактику, степень воспаления и деструкции желчного пузыря, показания к методам прямого контрастирования желчных путей. Гепатобилисцинтиграфия позволяет установить нарушение пассажа желчи на ранней стадии, степень нарушения поглотительно-выделительной функции печени.

Доля пациентов с легкой степенью холестаза составила 17,6%, с тяжелыми степенями – 82,4%. Для определения операционно-анестезиологического риска, тяжести состояния, для оптимизации тактики лечения использовали прогностическую шкалу SAPS II.Учитывая преобладание пациентов с тяжелым эндотоксикозом (75,63% – более 35 баллов по SAPS II), разработана этапная эндохирургическая лечебная тактика. По экстренным (43%) или неотложным (57%) показаниям выполняли эндоскопическую или чрескожную чреспеченочную декомпрессию и санацию желчных путей (ЭПТ, НБД, ЭЛЭ, ЧЧХС, ЧЧМХС). Дифференцированный вариант декомпрессии позволяет ликвидировать холестаз и эндотоксикоз, уменьшить травматичность и риск операции. При деструкции желчного пузыря выполняли холецистостомию под ультразвуковым контролем. При определенных показаниях в срочном (28,1%) или отсроченном (67%) порядке производили лапароскопическую или минилапаротомную холецистэктомию, в том числе с ревизией желчных протоков, при необходимости дополненную их дренированием. Показанием к одномоментному хурургическому лечению был деструктивный холецистит, перитонит (5% больных).

Результаты: Комплексное применение миниинвазивных лучевых методов позволило в 99,5% установить причину холангита и определить показания к эндоскопическим операциям. Основной причиной холангита является холедохолитиаз в сочетании с патологией терминального отдела общего желчного протока. Источники инфицирования – желчный пузырь при остром холецистите и лимфогенном, гематогенном инфицировании, реже восходящая инфекция. Эндоскопические и миниинвазивные операции оказались эффективны в 90%. Наиболее оптимальными сроками второго этапа хирургического лечения являются 7 – 14 сутки, так как в эти сроки происходит восстановление функции печени.

Выводы. Обследование больных гнойным холангитом должно быть дифференцированным и комплексным. Наиболее информативны методы прямого контрастирования ЭРПХГ и ЧЧХГ. Цель лечения – устранение источника инфекции (дренирование и санация, удаление желчного пузыря), декомпрессия и санация желчных путей. При 37,2+8 баллах SAPS II показана этапная тактика, при - 43,1+7,7 – должны выполняться только миниинвазивные операции. Разработанная дифференцированная диагностическая и этапная лечебная тактика при остром гнойном холецистогенном холангите позволила значительно сократить число осложнений (до 10%), снизить послеоперационную летальность до 3,1% .

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ САНАЦИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Григорьев С.Н., Фролов А.В., Родочинский Е.В., Лазаренко В.А., Охотников О.И.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель работы. Улучшить результаты лечения больных с абсцессами печени.

Материалы и методы. Мы располагаем опытом лечения 123 больных с абсцессами печени за период с 1998 г., при этом отмечается увеличение числа больных, большинство обращений пришлось на 2000 г. – 19 пациентов. Возраст пациентов колебался от 6 до 86 лет, подавляющее число больных – мужчины 78,3%. Размеры гнойников варьировали от 0,9 до 13 см.

Результаты. Предпочтение отдавали методикам перкутанного дренирования по Сельдингеру. Всем больным проводили антибактериальную и комплексную медикаментозную терапию по схемам, принятым для лечения абсцессов печени и абдоминального сепсиса. Количество абсцессов и большой объем деструкции не является ограничивающим фактором в использовании малоинвазивных технологий под контролем УЗИ. Всего у 104 больных выполнено 304 дренирующих вмешательства, из них крупнокалиберные у 12 пациентов. Используемый диаметр дренажей напрямую не зависит от объема полости деструкции, а определяется критериями адекватного дренирования полости и безопасности проведения манипуляции. Абсцессы печени, как правило, не содержат тканевые секвестры, требующие крупнокалиберного дренирования, что позволило нам эффективно использовать дренажи № 8 Fr. В санации бактериальных, криптогенных, посттравматических абсцессов, нагноившихся кист использовали рутинную методику чрескожного чреспеченочного дренирования по Сельдингеру с элементами стилет-катетерной техники. Эффективность метода как окончательного способа лечения в сочетании с консервативной терапией составила 97%, оперированы 2 больных с абсцессами подкапсульной локализации. При пилефлебитических абсцессах в 4-х случаях использовали чрескожную катетеризацию воротной вены. В санации контактных и холангиогенных абсцессов печени лечение подразумевало два момента: типичная санация и наружное дренирование гнойной полости, и воздействие на причинный фактор. Методика чрескожной холецистолитолапаксии применена у 7 больных с хорошими ближайшими и отдаленными результатами, и заключалась в дренировании абсцесса печени и дополнительном крупнокалиберном дренировании желчного пузыря с последующей чресфистульной холецистолитоэкстракцией. За последние годы мы отметили значительное увеличение количества больных с холангиогенными абсцессами. Так, если их доля в структуре пациентов до 2005 года составляла 32,5%, то с 2008-го – 67,2% и в общей массе больных 54,6%, наряду с увеличением числа больных пожилого и старческого возраста, так средний возраст больных с холангиогенными абсцессами печени составил 63,3+4,1г. При холангиогенных абсцессах печени на фоне механической желтухи, обусловленной трудными конкрементами холедоха, нами разработана и используется методика чрескожных холедохо-холангиолитолапоксий, успешно апробированная в санации 12 больных. После купирования гнойного холангита и санации полостей деструкции созданный малокалиберный доступ трансформировали в доступ большого диаметра, с последующей холедохо-холангиолитоэкстракцией. Полноту санации билиарного дерева контролировали визуально и рентгенологически. Время стояния дренажей определялось динамикой репаративных процессов печени, в среднем 27+3,5 дня.

Нарушения проходимости дистального отдела холедоха при невозможности эндоскопическго вмешательства устраняли антеградной баллонной папиллопластикой. Витальных осложнений, связанных с диапевтическим вмешательством, не отмечалось, летальных случаев в группе обсуждаемых пациентов не наблюдалось.

Заключение. Диапевтическим технологиям в лечении абсцессов печени на сегодняшний момент альтернативы нет, они являются высокоэффективным и прагматичным методом лечения больных с данной патологией.

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Грубник В.В., Ткаченко А.И.

Одесский государственный медицинский университет, Одесса, Украина

В литературе всё чаще дискутируется вопрос о выборе оптимального метода лечения механической желтухи.

Целью настоящего исследования было проанализировать эффективность лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных с механической желтухой и холангитом.

За последние 15 лет лапароскопические вмешательства на желчных протоках выполнены у 398 больных. Механическая желтуха диагностирована у 179 (45%) больных. Причиной механической желтухи у 116 пациентов был холедохолитиаз, у 63-острый билиарный панкреатит. У больных с тяжелым течением холангита старались добиться декомпрессии желчного дерева, используя малоинвазивные методики. У 28 больных произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Удалить конкременты удалась только у 12 пациентов. У остальных 16 больных применялось стентирование либо назобилиарное дренирование. У 25 пациентов после эндоскопической папиллосфинктеротомии наблюдалось кровотечение, что затрудняло вмешательство на большом дуоденальном сосочке (БДС). В связи с этим использована методика чрескожно-чреспеченочных вмешательств на желчных протоках. У 89 пациентов лапароскопические операции были выполнены после эндоскопической папиллотомии с безуспешными попытками удаления конкрементов. При этом выполняли фиброхоледохоскопию. Удаление конкрементов из протоков производилось с помощью корзинок, катетеров, а также разработанного нами холедохоэкстрактора. Удалить конкременты из холедоха через пузырный проток удалось у 9 (54%) пациентов. У больных с билиарным панкреатитом производилась баллонная дилатация сфинктера БДС, по разработанной в клинике методике, с вымыванием конкрементов в просвет двенадцатиперстной кишки. Наружное дренирование выполнялось у 52 (56,5%) больных только при наличии холангита или сужении интрапанкреатической части холедоха. У 36 больных произведено антеградное стентирование специальными стентами 5-7 Fr, без наружного дренирования протоков. Лапароскопическая холедохолитотомия выполнена у 87(48,6%). Удалить конкременты из протоков удалось у 82 (94,2%) пациентов Наружное дренирование холедоха после лапароскопической операции выполнено у 64 (73,6%)больных. При хорошей проходимости БДС выполнено ушивание холедохотомического разреза.

Осложнения после лапароскопических операций, выполненных у больных с механической желтухой, наблюдались в 8(4,5%) случаях. Умерло 2(1%) больных.

У больных с тяжелой механической желтухой, на первом этапе, целесообразно выполнять эндоскопическую папиллотомию со стентированием или назобилиарным дренированием, либо чрезкожную холангиостомию.

Лапароскопические вмешательства на желчных протоках позволяют улучшить результаты лечения больных с осложненной желчнокаменной болезнью.

При наличии в холедохе одиночных конкрементов небольшого диаметра оптимальным методом являются лапароскопические вмешательства через пузырный проток.

При множественных конкрементах большого диаметра целесообразно проводить лапароскопическую холедохолитотомию.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РЕГУРГИТАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА

Даминова Н.М., Курбонов К.М.

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения механической желтух.

Материалы и методы. Располагаем опытом диагностики и хирургического лечения 34 пациентов с доброкачественной (n = 18) и злокачественной (n =16) механической желтухой, для лечения которых применяли разработанные и усовершенствованные в клинике арефлюксные билиодигестивные анастомозы. Мужчин было 12, женщин 22. Возраст пациентов составил от 30 до 78 лет.

Для диагностики механической желтухи и выбора способа операции больным проводили клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, включающие УЗИ, ФГДС, КТ, МРТ, ЭРХПГ, ЧЧХ.

Результаты и их обсуждения. При формировании холедоходуоденоанастомоза (Патент РТ N70) в 17 наблюдениях формировали поперечный холедоходуоденоанастомоз, при этом соустья формировали атравматическими иглами узелками наружу с помощью инертной (пролен) или рассасывающей нити (викрил). Для профилактики регургитационного синдрома и несостоятельности швов формировали анастомоз с использованием комбинированного манжеточного шва и образования в нем асимметричной манжеты. Линия швов сформированного холедоходуоденоанастомоза дополнительно герметизировали пластинами ТахоКомб (Патент РТ N68).

В 8 случаях для формирования арефлюксного гепатикодигестивного анастомоза эффективно использовали манжеточные анастомозы. Биологический клапан «стома» создавали на стенке тощей кишки анастомозируемых с внепеченочными желчными протоками. После выполнения поперечной энтеротомии, вдоль циркулярных мышечных волокон до 2,5 см по обе стороны от энтеростомии накладывали 4 ряда гофрирующих швов параллельно оси пищеварительного канала. После затягивания и завязывания узлов образовался серозно-мышечно-слизистый валик. Затем осуществляли формирование «стомы» путем наложения погружающих швов на концах разреза до момента смыкания между собой. После выполнения разработанных арефлюксных билиодигестивных анастомозов в отдаленном послеоперационном периоде регургитационных холангитов не наблюдали.

Заключение. Разработанные и усовершенствованные методики арефлюксных билиодигестивных анастомозов при лечении механической желтухи позволяют в значительной степени уменьшить частоту послеоперационного регургитационного холангита.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУРАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дарвин В.В., Лысак М.М., Онищенко С.В., Ильканич А.Я. Васильев В.В.

Кафедра госпитальной хирургии (рук. – проф. В.В. Дарвин) медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры, Сургут, Россия.

Цель исследования. На основании анализа результатов лечения больных с доброкачественными стриктурами желчных протоков определить оптимальный лечебно-диагностический алгоритм.

Материалы и методы. Клинический материал включает анализ результатов лечения 29 больных с доброкачественными стриктурами желчных протоков: посттравматические стриктуры после ранее перенесенных операций (холецистэктомия) имели место у 17 больных (58,6%), воспалительные (исход склерозирующего холангита) – у 12 (41,4%). Среди них женщин было 21 (72,4%), мужчин – 8 (27,6%). Возраст от 24 до 70 лет. Основные клинические синдромы, отмеченные у пациентов: холестаз, механическая желтуха (при среднем уровне билирубина к моменту поступления 215,2+18,5) – у 21 (72,4%), холангит – у 15 (51,7%), наружный желчный свищ с дебитом желчи от 200 до 1000 мл/сут – у 5 (17,2%). Диагностический алгоритм включал клинико-лабораторные данные (физикальные методы, клинический и биохимический анализ крови, исследование свертывающей системы), УЗИ (100%), холефистулография (17,2%), ЧЧХГ с последующей холангиостомией (62,1%), ЭРХПГ (51,7%) с назобилиарным дренированием (34,4%), КТ (24,1%). ЯМРТ – (41,4%). Окончательный диагноз с определением типа и протяженности стриктуры устанавливался интраоперационно с применением ревизии, интраоперационного УЗ исследования, пункции желчных протоков и холангиографии.

Результаты. До - и интраоперационное исследование позволило разделить больных согласно классификации Bismuth – Гальперина по уровню локализации стриктуры: «+2» имело место у 6 больных, «+1» - у 7, «0» - у 8, «-1» - у 4, «-2» - у 4. Большая доля больных с «высокими» стриктурами (79,3 %)обусловлена тем, что у около половины больных стриктуры развились как исход склерозирующего описторхозного холангита, при котором нами отмечено тотальное поражение внепеченочных желчных путей с их постепенным замещением соединительной тканью, в то время как внутрипеченочные сегменты значительно делятированы и истончены. До операции у 90,4% больных с осложнением стриктур билиарной гипертензией удалось достичь эффективной декомпрессии (ЧЧХС, назобилиарное дренирование). Выполнены следующие виды реконструктивных операций: гепатикоеюностомия на сменном транспеченочном каркасном дренаже (СТКД) по Сейпол – Куриан – у 20 больных, гепатикодуоденостомия на СТКД по Прайдери – Смит – у 1, бигепатикоеюностомия на СТКД по Сейпол – Куриан – у 7, билиоеюнальный анастомоз с 3 протоками – у 1. С целью профилактики подтекания желчи в месте выведения транспеченочного дренажа нами разработана методика дополнительной герметизации пластиной Тахо Комб, проведенной через дренаж. Ранний послеоперационный период протекал без осложнений у 20 (68,9%) больных. У 9 больных имели место послеоперационные осложнения: острая печеночная недостаточность – у 3, кровотечение в просвет дренажа – у 2, околопеченочные абсцессы – у 2, несостоятельность анастомоза – у 1, нагноение послеоперационной раны – у 1. В послеоперационном периоде умер 1 больной (3.4%) – острая печеночно-почечная недостаточность. При изучении отдаленных результатов хорошие и удовлетворительные результаты получены у 92,8% обследованных

Заключение. Оптимальным способом коррекции доброкачественных стриктур желчных путей является гепатикоеюностомия с отключенной по Ру - петле тощей кишки, которая при технических трудностях формирования прецизионного билиодигестивного анастомоза, наличии холангита, цирроза печени и местных воспалительно-инфильтративных изменений должна формироваться на сменном транспеченочном каркасном дренаже.

ОСТРЫЙ ОПИСТОРХОЗНЫЙ ХОЛАНГИТ: КЛИНИКО-ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М., Краснов Е.А., Токовенко В.Н., Степанов А.В.

Кафедра госпитальной хирургии (рук. – проф. В.В. Дарвин) медицинского института Сургутского государственного университета ХМАО-Югры, Сургут, Россия.

Цель исследования. На основании анализа клинико-патоморфологических особенностей течения и результатов лечения определить оптимальный лечебно-диагностический алгоритм у больных с острым описторхозным холангитом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 4137 вскрытий, у 212 (5,1%) обнаружены признаки описторхозной инвазии. В клинике изучены результаты лечения 4327 больных с патологией ЖВП, у 812 (18,8%) имелся описторхозный холангит. У 562 (69,2%) пациентов холангит сочетался с острым холециститом, у 27 (3,3%) - имели место абсцессы, перитонит. Верификация описторхозного поражения желчных путей основывалась на данных копроскопии, исследования желчи, лучевых методов диагностики. Многоуровневые стриктуры желчных протоков диагностированы у 174 (23,4%) обследованных. Явления папиллита при ФГДС обнаружены у 748 (92,1%) обследованных, рентгенологические признаки стеноза БСДПК - у 206 (27,7%). Сочетание описторхоза с ЖКБ отмечено у 157 (19,3%) пациентов. Показания к оперативному лечению: неэффективность консервативной терапии, сочетание описторхозного холангита с холангиолитиазом, наличие гнойных осложнений. Оперированы 335 (41,3%) больных.

Результаты. В зависимости от хирургической тактики больные разделены на 3 группы: первая – оперированы в экстренном порядке, вторая – подвергшиеся двухэтапному хирургическому лечению, третья – прооперированные одномоментно. Первая группа - 27 (8,1%) больных, объем вмешательства - лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование гепатикохоледоха. Послеоперационные осложнения развились у 5 (18,5%), летальный исход - у 2 (7,4%) больных. При формировании лечебной тактики у больных, не требующих экстренных вмешательств, предпочтение отдавали этапному лечению с применением сначала миниинвазивных технологий - 251 (74,9%). ЭПСТ выполнена 58 больным (23,2%), неэффективной она оказалась у 12 (20.7%). При сочетании холангита с острым холециститом 96 (38,2%) больным выполнена холецистостомия. Особенностью лечения больных с аденофибропластическим папиллитом является возможность использования эндоскопической папиллодилатации: ЭПД выполнена 114 (45,4%) больным, завершающим этапом лечения она оказалась у 106 (92,3%). При начальных явлениях папиллита выполняли только НБД (94), позволившее у 76 (80,8%) купировать холангит. После малоинвазивных вмешательств осложнения развились у 9 (3,6%), летальный исход - у 3 (1,2%). Неэффективность первого этапа потребовала выполнения лапаротомии, холецистэктомии, дренирования ЖВП у 30 (11,9%) больных. К особенностям холецистэктомии при описторхозе относится необходимость тщательной профилактики желчеистечения. После вмешательств второго этапа лечения осложнения наблюдались у 4 (13,3%) больных, умерли 2 (6,6%). В третьей группе (57 – 17%), осложнения развились у 7 (12,3%) пациентов, летальные исходы - у 6 (10,5%).

Заключение. Оптимальной хирургической тактикой при описторхозном холангите является двухэтапный ее вариант с выполнением на первом этапе миниинвазивных декомпрессивных манипуляций: ЭПСТ, ЭПД, НБД; при этом способ декомпрессивных и санирующих мероприятий при изолированном описторхозном холангите, папиллите определяется стадией процесса: при аденоматозе – НБД, при аденофиброзе – ЭПД и НБД, при аденосклерозе – ПСТ и НБД. Внедрение в клиническую практику лечения двухэтапной методики позволило сократить частоту осложнений с 12,3 до 5,2%, летальности – с 10,5 до 2%

ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭПИТЕЛИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ – ТРЕТИЙ (НОВЫЙ) ФАКТОР ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Даценко Б.М., Тамм Т.И., Крамаренко К.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

По современным представлениям основными факторами патогенеза острого гнойного холангита (ГХ) являются холестаз и инфекция. Клинический опыт свидетельствует, что действие этих факторов не всегда ведет к развитию ГХ.

Целью исследования явилось уточнение причин развития ГХ.

Материал и методы. В эксперименте на кроликах моделировали условия развития ГХ. Для этого животным первой серии (n = 12) производили перевязку холедоха с введением в него выше лигатуры 2 млрд. микробных тел кишечной палочки. Во второй серии эксперимента (11 кроликов) помимо перевязки холедоха с введением в него кишечных палочек в той же дозе дополнительно вызвали механическую травму стенки холедоха путем передавливания его зажимом выше лигатуры.

О возникновении ГХ у животных судили на основании данных клинического наблюдения и микробиологического исследования желчи, а также по результатам патоморфологического изучения биоптатов холедоха и печени по срокам наблюдения.

В клинике проведено исследование 1302 больных с механической желтухой, которая у 981 (75,3%) осложнилась развитием острого холангита, катарального – у 747 (76,1%) и гнойного – у 234 (23,9%).

Результаты. Экспериментальное моделирование острого ГХ путем создания холестаза и инфицирования желчных путей у животных I группы не привело к развитию холангита. Однако на 8-9 сутки после операции у кроликов клинически возник ГХ, причиной которого явилось повреждение стенки холедоха в виде некроза эпителия в зонах фиксации к слизистой формирующихся желчных тромбов.

У животных II серии исследований измененный способ моделирования ГХ вызвал его развитие на 2-3 сутки после операции у всех животных. Патоморфологически в эти сроки обнаруживался очаговый некроз слизистой с участками его отторжения в просвет протоков. Очаги некроза локализовались как в зоне интраоперационной компрессии холедоха зажимом, так и в вышележащих его отделах. В печени – очаги некроза гепатоцитов по ходу внутрипеченочных протоков. Все кролики погибли от ГХ на 7-8 сутки после операции.

Результаты клинических исследований основаны на анализе материала обследования и лечения 1309 больных с синдромом механической желтухи на почве холедохолитиаза или дистальной непроходимости желчных путей. Из 1092 пациентов с желтухой, обусловленной холедохолитиазом, ОХ возник у 861. Первые его признаки на 2-5 день от начала желтухи отмечены у 637 (73,9%) больных, на 6-10 день – у 224 (26,1%). Выраженность клинических проявлений ОХ зарегистрирована у 711 (82,6%) больных этой группы.

У 210 больных с дистальной непроходимостью холедоха на почве увеличенной головки поджелудочной железы (псевдотуморозный панкреатит или рак головки), а также стеноза большого дуоденального сосочка острый холангит развивался реже (40,9% наблюдений) и в более поздние сроки, на 16-25 сутки – в 73,3% наблюдений. Тяжелое течение этого осложнения зарегистрировано лишь в 20,9% наблюдений.

Вывод. Помимо действия двух «известных» факторов (холестаз и инфекция) обязательным условием развития ГХ является феномен повреждения слизистой желчных путей, что установлено в эксперименте и подтверждено данными клинических наблюдений.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОЛИЗА И ХОЛЕСТАЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ХОЛАНГИТЕ

Дюжева Т.Г. , Момунова О.Н. , Русина И.Г.

Отдел хирургии печени ММА им. И.М.Сеченова, .Москва.

Известно, что холангит на фоне механической желтухи значительно ухудшает функцию печени. Ранняя декомпрессия желчных протоков – единственный путь к снижению осложнений.

Цель. Изучить влияние декомпрессии желчных протоков на динамику показателей билирубина, АСТ, АЛТ и ЩФ при механической желтухе и ее осложнении холангитом.

Материалы и методы. Обследованы 95 больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, поступивших в клинику в 2007-2008 гг. Мужчин было 33, женщин – 62. У 47 больных (1 группа) механическая желтуха сопровождалась клиникой холангита, возраст больных составил 66,3±2,2 года, длительность желтухи - 5,4±1,0 дня. У 4 больных были явления почечной недостаточности. У 48 больных (2 группа) отмечена только механическая желтуха, возраст больных (64,5±2,5 года) и длительность желтухи (4,6±0,8 дня) были сравнимы с 1 группой. Всем больным в обеих группах декомпрессию осуществляли путем ЭПСТ и литоэкстракции (n = 83), либо ЭПСТ и назобилиарного дренирования (n = 12). Исследование биохимических показателей осуществляли на 3, 6, и 9 сутки после декомпрессии.

Результаты. К моменту поступления уровень общего билирубина в 1 группе составил 112±11мкмоль/л (преобладала непрямая фракция - 72±8 мкмоль/л), отмечено повышение АСТ (169±12 Е/л), АЛТ (209±22 Е/л) и ЩФ (746±52 Е/л). После декомпрессии общий билирубин снижался на 3 сутки (70±21 мкмоль/л, p<0,05) и оставался в этих пределах до 9 суток. Содержание АСТ снижалось до 80±17 Е/л (3сутки, p< 0,001) и оставалось на таком же уровне к 9 суткам. Такая же тенденция отмечена у АЛТ (98±17 Е/л на 3 сутки, p<0,001 и 101±24 Е/л – на 9 сутки). ЩФ достоверно снижалась к 6 суткам (522±65 Е/л) и к 9 суткам (452±78Е/л). После декомпрессии умер один больной от прогрессирования почечной недостаточности.

При механической желтухе без холангита, при той же исходной длительности желтухи, общий билирубин был достоверно ниже, чем в первой группе, составляя 76±6 мкмоль/л (p<0,001), также, как в первой группе, преобладала непрямая фракция. Показатели АСТ (140±12 Е/л), АЛТ (183±19 Е/л) и ЩФ (651±67Е/л) достоверно от 1 группы не отличались. В то же время, после декомпрессии показатели общего билирубина снижались быстро и прогрессивно: 32±6 (3сутки), p<0,001; 23±5,9 (6 сутки) и 18±8мкмоль/л (9сутки). Отмечено более значительное снижение АСТ (до 56±13 Е/л) и АЛТ (59±15 Е/л) на 9 сутки, p<0,001. ЩФ изменялась в тех же пределах, как и в 1 группе, составляя 534±86 Е/л (6 сутки) и 457±69 Е/л (9 сутки).

Заключение. Холангит на фоне механической желтухи у больных холедохолитиазом замедляет восстановление функции печени после декомпрессии.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАВЕЗИКАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Загидов М.З., Загидова А.М.

г. Махачкала.

Паравезикальные абсцессы печени (ПАП) встречаются редко, лечебная программа не отработана. УЗИ диагностика затрудняется, в связи с наслоением полости абсцесса на желчный пузырь.

Выявляя конкременты находящиеся в пузыре, а в части случаев и в гнойной полости, исследования завершаются заключением о наличие калькулезного холецестита с признаками выраженного воспалительного процесса. В основном ПАП диагностируются субоперационно.

Генез их ясен- воспалительная деструкция и нарушение целостности внебрюшинной части стенки желчного пузыря происходит под действием длительных мелких травм крупными конкрементами, что приводит к формированию пролежней и дефекту стенки пузыря. Поврежденные и деструктивно измененные участки стенки при остром холецистите становятся входными воротами инфекции. При желчной гипертензии на почве стеноза терминальной части холедоха и холедохолитиазе наслаивается протеолитическая деструкция стенки желчного пузыря, что способствует инфицированию паренхимы печени и развитию гнойной полости.

Из оперированных в клиниках Республиканской Клинической больницы 4508 больных с острым холециститом у 28(0.4%) субоперационно установлено наличие ПАП, из них у 12 выявлен холедохолитиаз, а у 4-стеноз терминального отдела холедоха, у 7- эмпиема желчного пузыря, а у 5- обтурационный холецистит.

При хирургическом лечении ПАП хирургу приходится решать ряд сложных задач: холецистэктомия, санация, дренирование полости ПАП, изоляция гнойника и дренажей от брюшной полости. Оперативное вмешательство выполнялось последовательно, холецистэктомия, ревизия, санация и дренирование полости ПАП. Всем больным произведена холецистэктомия и по показанию супрадуоденальная холедохолитотомия, вскрытие, санация и дренирование полости абсцесса с применением различных способов дренирования ПАП. Дренирование через отверстия, сообщающиеся ПАП с желчным пузырем, с изоляцией гнойника и дренажей от брюшной полости туннелем, сформированным из большого сальника на питающей сосудистой ножке, по разработанному нами способу (авторское свидетельство № 1326254) выполнено 9 больным. Суть способа сводиться к формированию туннеля из лоскута большого сальника, выкроенного с правого его края с сохранением питающей сосудистой ножки, идущего в виде спирали, вокруг дренажных трубок, соединяющей полость гнойника с контропертурой, на месте выведения трубок. Сформированный из сальника туннель изолирует дренажи и полость гнойника печени от брюшной полости и создает внебрюшинный свободный отток вновь формируемым порциям гноя сохраняя интактность брюшной полости. При этом подводит страховочный дренаж в подпеченочную область. При краевом расположении ПАП у 4-больных произведена краевая резекция печени вместе с гнойником. У 9 больных полость ПАП санирована и дренирована через контропертуру. При этом обязательно ушивается ложе пузыря и выполняется пластика перфорационного отверстия лоскутом сальника на питающей ножке. Для изоляции дренажей, гнойной полости ПАП выполнена гепатопариетофиксия. У 6 больных ПАП дренирован традиционным способом без изоляции брюшной полости от дренажей и гнойника.

В 12 случаях холецистоэктомия, абсцессотомия и дренирование сочеталось с продольной супрадуоденальной холедохотомией с наружным дренированием по Вишневскому.

Из 28 оперированных больных умер 1. Причиной летального исхода явилось продолжающие инфицирование брюшной полости, развитие и прогрессирование перитонита полиорганной недостаточности при традиционном дренировании ПАП через прободное отверстие без изоляции полости гнойника и дренажей от брюшной полости.

Таким образом, паравезикальные абсцессы печени являются опасным осложнением хронического калькулезного холецистита. Предсказать объем оперативного вмешательства при ПАП невозможно, оно зависит от особенностей каждого случая. Необходимым условием успеха хирургического лечения ПАП является дренирование с изоляцией полости гнойника и дренажей от брюшной полости туннелем, сформированным из сальника на питающей сосудистой ножке, или прикрытием перфоративного отверстия им же и дренирование через контропертуру с гепатопариетофексией. При краевом расположении гнойника допустима резекция участка печени, несущего гнойник.

ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИКА ХОЛАНГИТИЧЕСКИХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Загидов М.З., Загидова А.М.

Махачкала

Холангический абсцесс печени-тяжелейшее заболевание с высокой смертностью развивающиеся на фоне холангита с желчной гипертензией. Для него характерно: потливость, высокая температура, желтуха, гепатомегалия, боли в печени, тяжелая интоксикация септического характера связанные с нарушением функции печени, в части случаях энцефалопатия и эндотоксический шок. В крови: высокий лейкоцитоз,сдвиг формулы влево, снижение количество лифоцитов, с повышением нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс доходит до 8-9, высокий креатинин, гипо -и диспротеинемия, альбуминемия, повышение грубодисперстной фракции белка, билирубинемия за счет прямого. Почти у всех наблюдавшихся больных установлено токсичекое поражение почек с повышением мочевины, снижение удельного веса. При УЗИ невсегда и не все вопросы диагностики решаются окончательно.

Инфицируется паренхима печени формируются мелкие гнойники с проникновением инфекции через воспаленные, местами гнойно расплавленные участки внутрипеченочных желчных протоков при гнойных холангитах. Способствует этому желчная гипертензия наблюдаемая при обтурации холедоха. Высокое давление в желчных протоках приводит к гипоксии прилежащей к ним печеночной ткани, снижению ее толерантности к инфекции, местному иммунодефициту и формированию множественных абсцессов вокруг протоков. Стаз инфицированной желчи способствует распространению инфекции в концевые мелкие желчные протоки, вовлечению в воспалительный процесс синусоидов, посткапиллярных вен. Также возможен перенос инфекции по току крови с развитием пиэмии, флебита портальной системы при септикопиэмии. Это способствует наслоению множественных пиэмических очагов в печени и развитию тотального гепатита. При этом в процесс вовлекается и лимфатическая система печени. Источником гематогенного инфицирования печени может быть деструктивный холецистит, аппендицит и острые воспалительные заболевание органов брюшной полости.

Данные по частоте множественных холангитических абсцессов среди различных форм нагноений печени у разных авторов разноречивы — от 5% D. Watts ,до 37% Д. Аломан.

В числе наблюдавших у нас 506 больных с гнойниками печени различной этиологии холангитические абсцессы были у 49 (7.7%), только у 21 (4.0%) они развивались на почве остро-воспалительных заболеваний желчных путей, а у 28 они были парапузырными, развившимися в результате нарушения целостности внебрюшинной части стенки желчного пузыря при обострении хронического

калькулезного холецистита. Все они жители дальних сел и были доставлены с запущенными формами заболевания. Конкременты у всех больных были крупные, они вызывали пролежни с нарушением целостности внебрюшинной части желчного пузыря, что привело к инфицированию паренхимы печени и формированию гнойника печени.

Причинами холангита желчной гипертензии явились-стенозы холедоха после повторных операций при восстановлении целостности ятрогенного повреждения-у 8, желчевотводящего анастомоза у-3, и доброкачественных стриктурах у области большого дуоденального соска -у 2, холедохолитиаз- уб, прорыв нагноившегося эхинококка в желчные протоки- у 2 больных.

Основными задачами лечения множественных холангитических абсцессов печени являются устранение причин гипертензии и застоя желчи, санация и дренирование билиарного тракта. При наличии налаженной эндоскопической службы — папиллосфинктеротомия в сочетании с дренированием подпеченочного и поддиафрагмального пространства. Традиционное дренирование выполнено только 3 больным со сливными холангитическими гнойниками. В послеоперационном периоде больные с множественными холангитическими абсцессами нуждаются в активном антибактериальном, дезинтоксикационном и гепатотротропном лечении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА НА ФОНЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

Земляной В.П., Непомнящая С.Л., Летина Ю.В., Сидоров Р.С.

Медицинская академия последипломного образования, Санкт-Петербург, Россия

Целью настоящего исследования являлась оценка результатов лечения больных механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза на фоне вирусного гепатита (ВГ).

Материалы и методы исследования. В клинике был проведен анализ течения МЖ злокачественного генеза у 110 больных на фоне ВГ, составивших основную группу; в контрольную группу вошли 104 пациента с МЖ злокачественного генеза без сопутствующего ВГ.

Результаты исследования. При исследовании сроков МЖ к моменту оперативного вмешательства были получены следующие результаты: сроки желтухи среди пациентов основной группы составляли: медиана 18 суток (25 квартиль 12,5 суток; 75 квартиль 28,5 суток); в контрольной: медиана 12 суток (25 квартиль 10 суток; 75 квартиль 16 суток) (р

Наиболее тяжело протекал послеоперационный период у больных МЖ злокачественного генеза с цирротической стадией ВГ (n = 18). Наиболее частым осложнением являлся гнойный холангит. В одном наблюдении гнойный холангит протекал с холангиогенными абсцессами печени. Тяжелая степень ПН была констатирована у 10 больных (55,5%), почечная недостаточность встречалась в 4 случаях (22,2%), а эпизоды кровотечений возникли у 6 больных (33,3%).

Послеоперационная летальность в основной группе составила 25,4% (28 умерших), в контрольной - 11,5% (12 умерших) (при р

Заключение. Наличие сопутствующего ВГ значительно отягощает течение МЖ и характеризуется более частым развитием тяжелых послеоперационных осложнений. Тяжесть послеоперационного периода зависела от стадии ВГ и длительности МЖ.

ЭНДОТОКСЕМИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НА ФОНЕ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

Земляной В.П., Ремизов А.С., Ахметов А.Д., Желнинов М.Г.

ДКБ ОАО РЖД СПб (директор Ефимов Н.В), Россия

Течение механической желтухи доброкачественного генеза у пациентов с хроническим вирусным гепатитом протекает на фоне функциональной и морфологической перестройки печеночной паренхимы и протоковой системы. Это увеличивает риск развития осложнений. Одной из особенностей патогенеза данного заболевания является накопление продуктов метаболизма, активированных ферментов, которые вызывают повреждение ткани, медиаторов воспалительных реакций, продуктов перекисного окисления липидов, молекул средней массы, то есть развивается «эндотоксемия». Поэтому подход к планированию лечебных мероприятий и хирургической коррекции должен исходить из позиции оценки синдрома эндогенной интоксикации.

Цель исследования. Изучение СЭИ у больных МЖ на фоне ВГ. Проведен анализ течения МЖ у 92 пациентов, у 41 пациента (44%) выявлено сочетание МЖ и ХВГ. Эти больные составили основную группу, сравнение результатов проводилось с группой пациентов с МЖ и ЖКБ без сопутствующего ХВГ. Мы исследовали концентрацию основных эндотоксинов, характерных для данной патологии, показатели гемограммы, некоторые клинико-лабораторные показатели в различные сроки лечения пациентов для выявления уровня полиорганного дистресса. Расчет лейкоцитарного индекса интоксикации позволял определить остроту воспалительных изменений и реакцию на холестаз. Модификации ЛИИ по Островскому (ЛИИО) использовались для групповых расчетов и для прогнозирования тяжести состояния в зависимости от сроков МЖ. Ядерный индекс (ЯИ) позволял оценить возможности компенсаторных механизмов.

У пациентов с МЖ без ВГ, невысокие цифры ЯИ и умеренный лейкоцитоз с регенераторным нейтрофильным сдвигом говорили о слабой стимуляции систем детоксикации. Это свидетельствовало об умеренном компенсаторном запасе. Показатели степени воспалительного ответа были максимальными на 1 сутки после операции, одновременно происходило снижение ферментов клеточной гибели, гипербилирубинемии. Восстановительный период характеризовался наличием печеночно-почечного синдрома на 6-7 сутки после операции, а также развитием субкомпенсированной недостаточности поджелудочной железы, в ряде случаев переходящей в острый панкреатит.

При ХВГ на фоне лимфоцитоза присутствовала депрессия иммунных систем, связанная с эндогенной интоксикацией. Эти два противоположных процесса приводили к тому, что показатели СЭИ, такие, как ЛИИ, ЛИИО, ЯИ, пациентов с высокой активностью гепатита, были равны результатам исследования больных без ВГ. Это означало, что, несмотря на явную более выраженную тяжесть состояния пациентов этой категории, показатели клинического анализа крови не отражали глубину метаболических нарушений. Изменение ЛИИ в динамике по срокам до операционного вмешательства и после больных с ВГ показывало, что наибольшее накопление продуктов первичного аффекта приходилось на 1-3 сутки после операции. Системный ответ протекал по регенераторно-гиперрегенераторному типу, сопровождался значительным снижением компенсаторных резервов. У некоторых пациентов на фоне лейкопении происходил резкий сдвиг нейтрофилов, что свидетельствовало

об истощении систем детоксикации. Период после билиарной декомпрессии характеризовался значительным нарушением печеночно-почечной функции, развитием полиорганной недостаточности. Для прогнозирования течения этой патологии необходима интерпретация показателей СЭИ в до- и послеоперационном периодах в зависимости от активности ХВГ, актуальной проблемой оказалась разработка шкал для более объективной оценки степени ПОН.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Зубарев П.Н., Котив Б.Н., Иванусa С.Я., Дзидзава И.И., Алентьев С.А., Шершень Д.П

Военно-медицинская академия, Санкт-Петербург, Россия

По данным различных авторов, частота встречаемости гнойного холангита колеблется от 10 до 80% среди различных форм билиарной инфекции. Такой широкий диапазон свидетельствует об отсутствии четких критериев диагностики различных форм острого воспаления желчевыводящих протоков. Столь же неоднозначны подходы к лечебной тактике у больных этой категории.

За последние десять лет под нашим наблюдением находилось 143 пациента с различными формами холангита. Диагноз устанавливался на основании клинической картины (гипертермия, озноб, боли в правом подреберье), лабораторных изменений (лейкоцитоз, повышение уровня общего билирубина и его фракций, повышение уровня трансаминаз) и данных инструментального обследования (УЗИ, МРХПГ, ЭРХПГ). Основной причиной развития холангита была обтурация просвета ЖВП различной степени, обусловленная холедохолитиазом (57), опухолевыми, посттравматическими и другими стриктурами гепатикохоледоха (72), послеопрационный рефлюкс-холангит (14).

Гнойный холангит диагностирован у 35 больных. Критериями диагностики этой формы билиарной инфекции считали наличие клинической картины собственно холангита с сопутствующими признаками системной воспалительной реакции (СВР) и/или обнаружение при выполнении лечебно-диагностических манипуляций в просвете желчевыводящих протоков отделяемого гнойного характера. Необходимо отметить, что наличие гноя в ЖВП не всегда сопровождалось СВР, такое течение гнойного холангита чаще встречалось у онкологических больных и у пациентов, длительно получающих антибактериальную терапию. Лечение начинали с назначения интенсивной инфузионной терапии с использованием антибиотиков широкого спектра действия элиминирующихся с желчью (цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны). Чрескожные чреспеченочные (21) и эндоскопические декомпрессивные вмешательства выполняли на 2-3 сутки от момента диагностики в зависимости от тяжести состояния пациента и уровня и природы обструкции желчевыводящих путей. Холангиогенные абсцессы диагностированы у 8 больных. Лечение данной группы пациентов включало пункцию, санацию и дренирование абсцесса под УЗ-наведением, внутриартериальную регионарную антибиотикотерапию, назначение иммуномодуляторов. Летальность составила 5,8%. После купирования проявлений системной воспалительной реакции 17 больным выполнены различные радикальные оперативные вмешательства. Во всех случаях интраоперационной диагностики гнойного холангита (8) у больных с механической желтухой опухолевого генеза операцию заканчивали наложением одного из видов гепатикоеюноанастомозов с применением прецизиозным швом и обязательной послеоперационной декомпрессией желчевыводящих протоков. Случаев несостоятельности билиодигестивных анастомозов не отмечено.

Таким образом, своевременная диагностика и комплексное лечение с использованием малоинвазивных декомпрессивных методик в сочетании с регионарной холангиотропной антибактеральной терапией позволяет достичь удовлетворительных результатов лечения этой тяжелой категории больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Исмаилов У.С., Арипова Н.У.,

НЦХП и ЖВП МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Целью нашего исследования было изучение причин рецидивного холедохолитиаза и выработка современной рациональной тактики лечения данной группы больных.

Материалы и методы исследования. Мы располагаем опытом лечения 58 больных с рецидивным холедохолитиазом после различных видов операций.

Основными методами диагностики рецидивных камней желчевыводящих путей явились: УЗИ, ЭРХПГ, и диагностическая значимость которых соответственно составляет 86, 97%.

Результаты и их обсуждение. Больные с рецидивным холедохолитиазом были подвергнуты следующим вмешательствам: неоперативное удаление камней через наружный желчный свищ - 1; эндоскопическая папиллосфинктеротомия - 48; холедохолитотомия, билиодигестивные анастомозы - 9.

Самый надежный метод устранения рецидивного холедохолитиаза - ЭПСТ, эффективность которой составляет 94,5%. Частота осложнений при ЭПСТ составила 8,8% (острый панкреатит, холангит, амилаземия). Летальных исходов не было.

При неудавшихся ЭПСТ повторная холедохолитотомия завершалась наружным дренированием протоков. Причинами неудовлетворительного лечения явились резидуальный холедохолитиаз у 7 больных, рецидивный у 4, стриктура терминального отдела холедоха в одном наблюдении. Отдаленные результаты при ЭПСТ расценены как неудовлетворительные у 2,6% больных (холангит, рестеноз БДС). Причиной неудовлетворительных результатов холедохотомии с наружным дренированием холедоха явились оставленные камни, что потребовало ЭПСТ у 3 больных, а у остальных четырех больных после извлечения камней был сформирован холедоходуоденоанастомоз.

Билиодигестивные анастомозы формировались лишь при парафатериальных дивертикулах, а также при множественном холедохолитиазе в сочетании с протяженными рубцовыми стенозами или воспалительными изменениями терминального отдела холедоха. Неудовлетворительные результаты получены у 3 больных (холангит, резидуальный холедохолитиаз и синдром «слепого мешка»).

Таким образом, основной причиной рецидива камней является неадекватный отток желчи по билиарной системе. Наилучшие результаты устранения рецидивных камней получены после эндоскопической папиллосфинктеротомии, и повторные открытые вмешательства должны выполняться по строгим показаниям для обеспечения адекватности лечения.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЕ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИТА И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Каниковский О.Е., Кадощук Т.А., Харчук А.В., Стукан С.С.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Винница, Украина

Цель работы. Обоснование целесообразности соблюдения принципа этапности хирургического лечения больных с холангитом и механической желтухой с использованием эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТВ) и трансабдоминальной коррекции.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 140 пациентов с холангитом и механической желтухой. Мужчин 43 (30,7%), женщин 97 (69,3%), средний возраст 49,2±11,7 года. Причиной желтухи и холангита в 111 (79,3%) случаев был хелелитиаз, в 12 (8,6%) – опухоли поджелудочной железы, в 11 (7,8%) – хронический панкреатит, осложнённый кистами головки железы и дуоденостазом, в 6 (4,3%) – стриктуры холедоха. В предоперационном периоде выполнялась ультрасонография, в 136 случаях (97,1%) - фиброгастродуоденоскопия, в 58 (41,4%) – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Интраоперационно выполняли пункционную холангиографию (АС №1183072), патоморфологическое исследование стенки холедоха и бактериологическое исследование желчи. Для уменьшения и ликвидации холестаза и билиарной гипертензии применялись ЭТВ: назобилиарное дренирование (НБД) – как первый этап разгрузки билиарной системы, папиллосфинктеротомия (ПСТ) и литоэкстрация (ЛЭ) – как окончательный или этапный метод ликвидации холестаза. Восстановление адекватной эвакуации желчи достигалось формированием супра-, ретродуоденального антирефлюксного холедоходуоденоанастомоза (ХДА) в сочетании с наружным дренированием холедоха открытым способом (патент № 85986). В послеоперационном периоде восстановление нормального функционирования билиарной системы контролировались инструментальными (ультрасонография, чрездренажная холангиография) исследованиями и мониторингом бактериологии протоковой желчи.

Результаты и обсуждение. С учетом наличия острого гнойного холангита, выраженность холемической интоксикации и её длительности, 140 пациентов разделены на три группы. Первая группа — 53 пациента (37,9%) с острым гнойным холангитом и (или) билирубинемией >150 мкмоль/л, которые из-за тяжести интоксикации и общего состояния нуждались в максимально быстрой билиарной декомпрессии малоинвазивным способом. Таким пациентам первым этапом выполнялись ЭТВ (НБД – 30 пациентов, ПСТ+НБД – 4 и ПСТ+ЛЭ+НБД – 19) и лишь после уменьшения явлений интоксикации и снижения операционного риска выполнялась открытая коррекция нарушений билиарной проходимости с формированием ХДА. У 58 пациентов второй группы (41,4%), с явлениями хронического воспаления желчных путей и гипербилирубинемией

Заключение. Применение ЭТВ позволяет у больных с холангитами и механической желтухой с минимальной травмой уменьшить явления билиарной гипертензии, интоксикации, что даёт возможность адекватной подготовки пациента к последующей открытой оперативной коррекции нарушений билиарной проходимости. В 20% наблюдений ЭТВ являются окончательным методом лечения билиарной патологии. Соблюдение дифференциального подхода к этапному хирургическому лечению больных с холангитом и механической желтухой дают возможность сократить сроки стационарного лечения и снизить летальность при этой патологии до 1,4%.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Майзельс Е.Н.
Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской хирургии, Москва

Цель исследования. Разработка оптимальной тактики лечения больных с синдромом Мириззи.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 45 больных с синдромом Мириззи. Среди пациентов было 10 (22,2%) мужчин и 35 (77,8%) женщин. Средний возраст больных составил 69,6±15,8 лет. По классификации C.McSherry, (1982) пациенты разделены на две группы: I тип-стриктура выявлен у 10 (22,2%) больных, II тип-свищ – у 35 (77,8%). Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование. ЭРХПГ выполнена 31 больному. При этом у 25(86%) пациентов выявлен холедохолитиаз, холангит – в 19 (61,3%) случаях.

Результаты: При наличии механической желтухи лечение начинали с эндоскопической декомпрессии желчных протоков. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией выполнили 14(50%) пациентам. При неудаляемых больших камнях протоков исследование завершали назобилиарным дренированием в 18(64,3%) случаях, стентированием желчных протоков – в 6(21,4%). Только эндоскопическое лечение проводили 11(35,6%) больным, с I типом – 3 (27,3%) пациентам, со II типом – 8 (72,7%). В 14 (31,1%) случаях ЭРХПГ не выполнялось, диагноз установлен интраоперационно.

Оперированы 34 (75,6%) пациента. Холецистэктомия сочеталась с инструментальной ревизией желчных протоков и литоэкстракцией в 28 (82,4%) случаях. Пластику желчного протока выполнили у 9 (26,5%) пациентов, у 2 (5,9%) больных наложение гепатикоэнтероанастомоза, дренирование по Керу через свищевое отверстие в 3(8,8%) случаях, наложение глухого шва при небольшом дефекте стенки желчного протока у 4 (11,8%) пациентов. Общая летальность составила 6,7%, послеоперационная – 5,9%.

Заключение. Больным с синдром Мириззи целесообразно на первом этапе лечения проводить эндоскопическую декомпрессию желчных протоков, на втором – хирургическое вмешательство, а у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском необходимо ограничиться эндоскопическим лечением.

УЗИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ПОКАЗАНИЙ К ЭКСТРЕННЫМ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ

Климов А.Е., Иванов В.А., Федоров А.Г., Габоян А.С., Малюга В.Ю., Давыдова С.В., Малюга Н.С.
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

Цель исследования. Показать роль ультразвуковой диагностики в определении показаний к экстренной эндоскопической коррекции желчной гипертензии у больных с острым холангитом.

Материал и методы. В 2000-2009 гг. было выполнено 738 эндоскопических транспапиллярных вмешательств у 476 пациентов с холедохолитиазом. Каждому пациенту выполнено от 1 до 5 эндоскопических вмешательств. При поступлении в стационар всем пациентам выполнялось УЗИ. При этом наличие ультразвуковых признаков

острого холангита явилось решающим в определении показаний к проведению эндоскопического вмешательства.

Результаты. Прямыми ультразвуковыми признаками острого холангита явились выявленные утолщения стенки желчевыводящих протоков с нечеткостью ее контура на фоне расширения желчного протока с неоднородностью его содержимого в виде мелких включений повышенной эхогенности, не дающих акустических теней. Иногда на фоне острого холангита при ультразвуковом исследовании выявляется неоднородность структуры паренхимы печени с чередованием мелких участков пониженной эхогенности. Всем пациентам выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с последующей попыткой экстракции конкрементов. В экстренном порядке вмешательство выполнялось в 237 случаях, из них в 68 (28,7%) случаях имел место гнойный холангит, у 169 (71,3%) – фибринозный. Механическая литотрипсия осуществлена в 49 (20,7%) случаях, баллонная дилатация желчного протока при наличии стриктуры – у 7(3%) пациентов. К дополнительному назобилиарному дренированию прибегали лишь в случаях выраженного гнойного холангита с целью последующего промывания желчных протоков. В случае неполного удаления конкрементов из желчных протоков и предполагаемом повторном эндоскопическом вмешательстве и/или дальнейшем хирургическом лечении вмешательство завершали назобилиарным дренированием для профилактики вклинения конкремента в терминальном отделе холедоха и промывания геапатикохоледоха для купирования холангита. В ряде случаев при невозможности эндоскопического удаления конкрементов и наличия противопоказаний к хирургическому лечению у тяжелых пациентов, вмешательство завершали транспапиллярным билиарным эндопротезированием. Назобилиарное дренирование выполнено в 82(34,6%) случаях, эндопротезирование гепатикохоледоха – в 33 (13,9%) случаях.

Заключение. Таким образом, для успешного лечения больных с острым холангитом при холедохолитиазе необходима своевременная эндоскопическая коррекция, направленная на восстановление желчеоттока. При этом выявленные УЗ-признаки острого холангита являются одним из решающих факторов для определения показаний к экстренному вмешательству.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Климов А.Е., Федоров А.Г., Малюга В.Ю., Давыдова С.В., Габоян А.С., Бархударов А.А.
Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской хирургии, Москва, Россия

Цель исследования. Оценить возможности эндоскопической декомпрессии желчных протоков у больных хроническим панкреатитом.

Материал и методы. Проведен анализ эндоскопического лечения 18 пациентов с хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой. Причиной желтухи в 13 (72,2%) случаях явилось увеличение головки поджелудочной железы, в 5 (27,8%) случаях — кисты поджелудочной железы. Эндоскопическое вмешательство проводилось в качестве первого этапа перед операцией 5 (27,8%), либо было окончательным способом лечения при отказе больных от хирургического лечения или при невозможности выполнения операции в связи с выраженной сопутствующей патологией и/или преклонным возрастом пациентов 13 (72,2%). В 13 (72,2%) случаях хронического головчатого панкреатита при наличии механической желтухи выполнена, эндоскопическая папиллосфинктеротомия и стентирование общего желчного протока, в 2 (11,1%) случаях эндоскопическая папиллосфинктеротомия сочеталась с назобилиарным дренированием. В 3 (16,7%) случаях эндоскопическое вмешательство не удалось.

Результаты. Явления механической желтухи и холангита купированы у всех 18 больных с нормализацией лабораторных показателей. Пяти (27,8%), больным вторым этапом выполнено оперативное вмешательство в объеме резекции головки поджелудочной железы. В 13 (72,2%) случаях проводилось повторное стентирование общего желчного протока из-за окклюзии эндопротеза.

Заключение. Механическая желтуха и холангит, осложняющие течение хронического панкреатита, являются показаниями к эндоскопическому дренированию желчных протоков. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндопротезирование общего желчного протока и назобилиарное дренирование выполняются как с целью подготовки больных к хирургическому вмешательству, так и могут служить методом билиарной декомпрессии у пациентов в случаях невозможности выполнения операции. Недостатком эндоскопического лечения является необходимость многократной смены эндопротезов из-за их окклюзии в сроки до 3-4 месяцев.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Епифанцев В.А., Хрипкова Е.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Украина

Цель исследования. Оптимизация лечения острого холангита для снижения количества осложнений и летальности.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и комплексного лечения 70 больных с острым холангитом при холедохолитиазе. Женщин было 51, мужчин - 19, в возрасте 32 - 80 лет. Диагноз ставили на основании клинических, инструментальных (ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожная чреспеченочная холангиография, интраоперационная холангиография, фиброхолангиоскопия), биохимических исследований крови, бактериологических анализов желчи. 27 пациентов лечились комплексно, с применением разработанного изобретения «Способ лечения острого обтурационного холангита» (патент Украины на полезную модель 30307 от 25.02.2008 г.) — I группа; 43 больным применено традиционное лечение — II группа.

Результаты. При бактериологическом исследовании содержимого из желчных протоков выделены: кишечная палочка – в 25 (36,2%) случаях, неклостридиальные анаэробы — в 9 (13,9%), клебсиелла — в 9 (13,9%), энтерококки в 5 (8,2%), синегнойная палочка в 4 (5,6%), ассоциации микроорганизмов в 39 (56,3%).

У больных с острым холангитом проводили консервативное лечение, предварительную декомпрессию желчных путей, хирургическое вмешательство. Комплексное лечение включало антибиотикотерапию, инфузионную терапию, витамины, иммунокоррекцию, гемо-, лимфо- и билиосорбцию, внутрибрюшной электрофорез. Консервативное лечение позволило ликвидировать проявления холангита у 41,2% пациентов. Предварительная декомпрессия билиарной системы малоинвазивными методами

(эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия, чрескожная чреспеченочная холангиостомия) выполнена при высоком риске операции у 57 пациентов. Срочные (в течение 24 - 72 часов после госпитализации) операции сделаны у 2 больных при неэффективности консервативного лечения или невозможности инструментальной декомпрессии желчных протоков.

При радикальном оперативном лечении использованы 3 способа: эндоскопический, хирургический и комбинированный. Новый «Способ лечения острого обтурационного холангита» заключается в санации протоков через дренаж озонированным раствором мефоксина в 100 мл 0,25% раствора новокаина и внутривенном введении 400 мл озонированного раствора реамберина. В результате этого в 1 группе больных количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 7,2%, а летальность — на 2,3%.

Заключение. Новый способ в комплексном лечении острого калькулёзного холангита способствует уменьшению цитолитического синдрома, улучшению кровообращения печени, активации иммунной системы, что в свою очередь приводит к уменьшению числа осложнений и летальности. Таких пациентов целесообразно лечить в специализированных хирургических гепатологических отделениях.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Колыванова М.В., Заривчацкий М.Ф., Смольков А.А., Колеватов А.П.

Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Гнойный холангит является серьезным, порой жизнеугрожающим осложнением у больных с холедохолитиазом.

Цель исследования. Оптимизация методов диагностики и лечения холедохолитиаза, осложненного гнойным холангитом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения за 2006-2008 гг., 176 больных с осложненным холедохолитазом, подвергшихся оперативному вмешательству. Ими являлись пациенты в возрасте от 25 до 60 лет. Среди них было 142 (75%) женщины (75%) и 44 мужчины (25%). Диагноз устанавливался на основании клинических, инструментальных (УЗИ, в том числе интраоперационное, ФГДС, РХПГ, фиброхолангиоскопия, интраоперационная холангиография) и лабораторных методов обследования. У 17 пациентов (9,65%) отмечалось атипичное течение холангита: отсутствие болевого синдрома и механической желтухи.

Во время операции проводили забор желчи для микробиологического и микроскопического исследования.

Результаты. При микробиологическом исследовании желчи в 92 случаях (52,27%) верифицирована E. coli. В связи с этим предоперационная антимикробная профилактика унифицирована в пользу назначения амоксициллина/клавуната, с вероятностью коррекции лечения после оценки тяжести инфекционно-воспалительного процесса.

Операция холедохолитотомии проводилась преимущественно из мини-доступа с последующим наружным дренированием. У 28 пациентов (15,9%) при распространенном перитоните выполнялась широкая лапаротомия с последующей санацией и дренированием холедоха и брюшной полости.

Заключение. Трехлетний анализ результатов процесса диагностики и лечения острого холангита при холедохолитиазе определил:

1) наличие бакфлоры в желчи пациентов в 78,54% случаев;

2) I. Coli является преимущественным бактериальным агентом (52,27%);

3) с целью унификации протокола антимикробной профилактики и терапии пациентов с холедохолитиазом и холангитом сделан выбор в пользу амоксициллина/клавуната.

ЛАБОРАТОРНО-БИОХИМИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Копейкин А.А., Зайцев О.В., Натальский А.А., Левитин А.В., Соколов П.В., Успенская Н.А.

МУЗ ГК БСМП .Рязани, кафедра госпитальной хирургии РязГМУ

Вопросы своевременной диагностики и лечения печеночной недостаточности (ПН) при механической желтухе (МЖ) остаются актуальными и нерешенными по нескольким причинам: отсутствию специфических симптомов в ранней стадии ПН, большому числу послеоперационных осложнений и летальности (8-45%). В клинической практике нет высокоинформативных лабораторно-биохимических маркеров ПН, а четкие морфологические критерии ПН при МЖ не сформулированы.

Целью работы явился поиск клинически доступного способа оценки степени тяжести ПН при МЖ, выявление достоверных лабораторно-биохимических и морфологических критериев ПН при МЖ, изучение возможности прогнозирования течения холестатической гепатодепрессии у больных с МЖ и ПН.

Обследовано 85 больных с МЖ и ПН неопухолевой этиологии. Традиционные лабораторно-биохимические исследования проводились при поступлении и в динамике постдекомпрессионного периода. Известен метод определения связывающей способности альбумина (ССА) (Добрецов Ю.А., Грызунов Г.Е.,1994), используемый в клинике для оценки степени тяжести холестатического эндотоксикоза, детоксикационной функции печени, эффективности проводимых детоксикационных мероприятий. Мы использовали флуоресцентный метод оценки ССА при помощи флуоресцентного зонда АНС. Для оценки морфологических изменений в печени при МЖ использовали полуколичественный метод балльной оценки. Материал для гистологического исследования получали путем пункционной биопсии иглой «Гепафикс» (BBraun) при поступлении и в динамике. У больных, оперированных на высоте МЖ, гистологическое исследование выполнялось интраоперационно.

При изучении 35 лабораторно-биохимических показателей путем метода пошагового дискриминантного анализа выявлены наиболее достоверные показатели для каждой степени ПН (в соответсвтвии с классификацией В.Г. Астапенко, 1985), а также описаны типичные морфологические изменения печени в каждой стадии, которые оценены с помощью оригинального метода балльной оценки морфологических изменений печени. Произведена попытка прогнозирования исхода лечения больных МЖ и ПН: при помощи метода, аналогичного дискриминантному анализа, разработано уравнение прогноза. Апробация дискриминантной функции в реальной клинической практике показала высокую чувствительность и специфичность для прогнозирования развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

Таким образом, флуоресцентный способ определения ССА может быть использован для оценки степени тяжести холестатического эндотоксикоза, а также в качестве критерия функционального состояния печени. В клинике это возможно использовать для обоснования тактики хирургического лечения, а также для оценки эффективности различных методов детоксикации.

Наиболее достоверными показателями ПН при МЖ являются: непрямой билирубин, ССА, сорбционная способность эритроцитов, активность фермента миелопероксидазы гранулоцитов периферической крови, протромбиновый индекс, уровень альбумина в крови.

Полуколичественный способ морфологического исследования печени достоверно отражает изменения печени при ПН в условиях холестаза.

Разработанный способ дискриминантных функций позволяет с высокой точностью (92%) прогнозировать развитие послеоперационных осложнений у больных с холестатической гепатодепрессией.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Коссе Д.М., ШаталовА.Д., Шаталов С.А., Кузьменко А.Е., Тюрин И.В.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования. Расширить возможности эндоскопических оперативных вмешательств у больных с патологией панкреатобилиарной системы при доброкачественном генезе механической желтухи.

Материал и методы исследования. За последние 10 лет после прямого контрастирования протоков панкреатобилиарной системы (ЭРПХГ) выполнено 196 (90,32%) ЭПСТ. Показаниями для выполнения ЭПСТ служили: так называемый синдром после холецистэктомии, желчнокаменная болезнь, острый панкреатит, обусловленный острым или хроническим папиллитом или вклиненным камнем терминального отдела общего желчного протока.

Результаты и их обсуждение. Типичным канюляционным методом ЭПСТ выполнена у 48 (24,48%) больных и 148 (75,51%) с помощью игольчатого папиллотома. В 32 (16,33%) случаях ЭПСТ выполнялась порционно, в 2-3 этапа с интервалом 2-4 дня. У 29 (14,79%) больных рассечение папиллы проводилось контактным способом над камнем. У 5 (2,55%) больных с гнойным холангитом операция завершалась постановкой назобилиарного дренажа. Непосредственно после ЭПСТ при холедохолитиазе в 29 (14,79%) случаях отмечено отхождение конкрементов в просвет кишки, в 28 (14,28%) случаях произведена холедохолитоэкстракция крупных конкрементов диаметром от 1,5 до 2,0 см корзинкой Дормиа. Неудачные попытки удаления конкрементов отмечались у 7 (3,57%) больных. Наиболее серьезным осложнением ЭПСТ является острый панкреатит, частота которого составила 12,75% (25 пациентов), а также кровотечение из краев папиллотомной раны у 5 (2,55%) больных.

Выводы. Эндоскопические операции на БСДК в современной клинической практике являются альтернативными лапаротомным, так как сопровождаются низкой послеоперационной летальностью и низким % осложнений в послеоперационном периоде.

ДРЕНАЖ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Костырной А.В., Бабалич А.К., Шестопалов Д.В., Резниченко А.М.

Кафедра общей хирургии (зав. кафедрой – проф. А.В. Костырной), Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского , Симферополь, АРК, Украина

Цель. В связи с широкой распространенностью заболеваний гепатодуоденальной области и появлением новых методов вмешательств на желчных путях, решено провести анализ способов дренирования желчного дерева.

Материалы и методы. В клинике наблюдалось 117 больных в возрасте от 19 до 85 лет, из которых женщин было 82 (70,1%), мужчин — 35 (29,9%). Острый катаральный холецистит был у 18, флегмонозный – у 19, хронический – у 48. Они сочетались с панкреатитом (35), холедохолитиазом (33), папиллитом (3), стенозом фатерова сосочка (9), холангитом (17), водянкой желчного пузыря (1), синдром Мирризи (2), эмпиемой желчного пузыря (4), инфильтратом в печеночно-двенадцатиперстной связки (1), пузырно-кишечным свищом (1). У 7 пациентов были повреждены протоки при лапароскопической холецистэктомии и 2 поступили после холецистэктомии с холедохолитиазом. Рак фатерова сосочка был у 1 наблюдаемого и рак головки поджелудочной железы – у 19. Преходящая или постоянная желтуха была у 101 больного из 117. Операции выполнялись из обычного разреза у 108 пациентов, из мини-доступа – у 2 и лапароскопическая, при которой сделана конвесия, – у 7.

Результаты. Дренирование выполнялось в зависимости от имевших место изменений. Холецистэктомия выполнена у 92 больных. При холедохолитиазе при удалении конкрементов холедоходуоденоанастомоз наложен у 16, холецисто-еюноанстомоз с энтеро-энтероанастамозом – 1, папиллосфинктеропластика – у 3, дренирование по Керру – у 17, по Вишневскому – у 1, а у остальных больных по Холстеду-Пиковскому. При стенозе фатерова сосочка произведено – у 3 пациентов папиллосфинктеропластика, у 6 – холедоходуоденоанастомоз. При сопутствующем хроническом и остром панкреатите, часто с холангитом использован у 3 больных холедоходуоденоанастомоз, у 9 – дренирование по Керру, а у остальных по Холстеду-Пиковскому. У 7 пациентов при лапароскопической холецистэктомии были повреждены желчные протоки. У 6 из них это повреждение обнаружено во время операции или на следующие сутки. Проведено дренирование по Керру (2) и по Вишневскому (1). У 2 больных наложен гепатикоеюноанастомоз по Ру. И еще в одном наблюдении при склерозирующем ангиохолите наложен гепатикоеюноанастомоз на длинной петле. При панкреонекрозе у 2 пациентов была использована холецистостома. У 2 больных с постхолецистэктомическим синдромом удалены конкременты из холедоха и наложен холедоходуоденоанастомоз (1) и дренирование по Керру (1). При опухолях, сопровождающихся желтухой, наложены холецистоеюноанастомозы на длинной петле с заглушкой на приводящую петлю по Д.В. Шестопалову (19) и по А.А. Шалимову (1) с энтеро-энтероанастомозом. Умер 1 больной через сутки после операции по поводу флегмонозного холецистита, холангита, распространенного перитонита.

Заключение. Таким образом, способы дренирования желчных путей зависят от характера патологического процесса при любых способах операций.

РЕЗЕКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Котенко О.Г., Гусев А.В., Коршак А.А., Гриненко А.В., Попов А.О., Федоров Д.А
Институт хирургии, Киев, Украина

В последние 10 лет отмечается четкая тенденция увеличения количества больных с хроническими абсцессами печени различной этиологии. Большинство пациентов — лица молодого, трудоспособного возраста, что и обусловливает несомненную актуальность данной проблемы. Консервативные и миниинвазивные методы лечения хронических абсцессов печени практически не эффективны. Результаты оперативного лечения не удовлетворяют современным требования, что диктует необходимость поиска новых, более совершенных методов лечения.

Цель исследования. Изучить результаты резекционного способа лечения хронических абсцессов печени.

Материалы и методы. Нами обобщен опыт хирургического лечения 68 больных с хроническими абсцессами печени за период с 1995 по 2009 год. Под хроническим абсцессом печени мы понимаем ограниченное скопление гноя в паренхиме печени, находящееся в капсуле толщиной более 2-х мм., окруженное зоной перифокальной инфильтрации, формирующиее в течение 3-х месяцев и более.

В зависимости от проведенного оперативного лечения все больные были разделены на две группы: 1) 34 (50%) пациентам выполнена резекция печени с гнойным очагом без вскрытия последнего интраоперационно; 2) 34 (50%) пациентам выполнено дренирование гнойного очага со вскрытием и санацией гнойной полости интраоперационно. Резекция правой доли печени выполнена у 15 (44,1%) больных, резекция одного сегмента у 1 (4%) пациента, резекция Sg 8 и Sg 4-b — у одного больного (4%), задняя правосторонняя секциоэктомя (резекция Sg 6, Sg 7) у 5 (14,8%) больных, атипичня резекция у 1 (4 %), резекция левой доли печени у 7 (20,5 %) больных, левосторонняя трисекциоэктомия у двух больных (5,9%), правосторонняя трисекциоэктомия у двух больных (5,9%).

Результаты и их обсуждение. Послеоперационный период у 32 (94,1%) больных первой группы протекал значительно легче, чем у пациентов 2 группы. Это обусловлено ликвидацией не только гноя,но и деструктивных очагов печеночной паренхимы, что существенно уменьшает интоксикационный синдром. У двух (5,9%) больных в послеоперационном периоде наблюдался реактивный правосторонний плеврит. Дренажи из брюшной полости были удалены на 7-е сутки после операции. Во второй группе больных нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 6 (17,6%), лигатурный свищ — у 1 (2,9%), экссудативный плеврит — у 4 (11,7%), повторным оперативным вмешательствам по данной патологии подверглись 2 (5,8%) больных. 8 (23,5%) больных второй группы были выписаны с наличием дренажа в полости гнойного очага под наблюдение хирурга по месту жительства. Длительность антибактериальной терапии в первой группе составила от трех до пяти дней, во второй, в среднем, — 22 дня. Средний срок нахождения дренажей у больных той же группы составил 23 дня. Средняя продолжительность пребывания в стационаре больных с данной патологией составила: в первой группе больных 23 дня, во второй группе — 39 дней.

Выводы. Резекция печени с гнойным очагом в пределах здоровой паренхимы является радикальным и эффективным способом лечения хронических абсцессов печени, позволяющим существенно снизить частоту развития послеоперационных осложнений, значительно сократить сроки пребывания в стационаре и обеспечить своевременную физическую и социальную реабилитацию больного.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Захарова А.В.
Казанский государственный медицинский университет, РКБ МЗ РТ, Казань, РФ РТ

Острый гнойный холангит является наиболее тяжелым осложнением обструктивных заболеваний желчевыводящих путей. Высокая летальность при этой патологии связана с прогрессирующей печеночной недостаточностью и развитием билиарного сепсиса.

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных гнойным холангитом различной этиологии.

Материалы и методы. Сочетание минимально-инвазивных и открытых оперативных вмешательств у больных гнойным холангитом различной этиологии.

В хирургической клинике № 1 КГМУ на базе ГМУ РКБ МЗ РТ за период с 2004 по 2008 гг. находилось на лечении 418 больных с гнойным холангитом. Соотношение мужчин и женщин составило 1:3 (24% - 76%), 74% больных были старше 60 лет с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска.

Причиной гнойного холангита в 242 случаях было осложненное течение желчекаменной болезни с явлениями механической желтухи (холедохолитиаз), в 51 случае холедохолитиаз сочетался со стенозом БДС, в 69 случаях – стеноз БДС и терминального отдела холедоха, в 44 случаях – доброкачественная гиперплазия БДС, в 12 случаях – злокачественное поражение БДС, холедоха.

Всем больным при поступлении в экстренном порядке выполнялось комплексное обследование, включающее в себя общий и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, ФГДС, РКТ.

Результаты. Основным моментом в лечении больных гнойным холангитом является декомпрессия желчных путей с последующей их санацией. В течение первых суток проводилась ЭРПХГ в сочетании с ЭПСТ, экстракцией конкрементов, санацией желчевыводящих протоков. Всего выполнено 174 ЭРПХГ с ЭПСТ. У 79 больных вмешательство проходило в 2-3 этапа с интервалами в 3-4 дня с повторной санацией растворами антисептиков. В случаях, когда не удавалась ЭПСТ, проводилась ЧЧХС под лучевым наведением, как первый этап лечения холангита, – выполнено 90 манипуляций. При осложнении гнойного холангита, множественными абсцессами печени (21 пациент) проведено дренирование абсцессов, в сочетании с катетеризацией воротной вены или ее ветвей, в зависимости от локализации абсцессов. В 56 случаях после минимально инвазивных вмешательств проведены открытые операции, устраняющие причины гнойного холангита. Этой группе больных были проведены открытые операции, законченные во всех случаях наружным дренированием холедоха.

Всем больным проводилась комплексная интенсивная терапия, включавшая в себя антибиотики (цефалоспорины 3-4 поколения в/в в течение 2-3 недель, метронидозол в/в), дезинтоксикационную терапию, гепатопротекторы, ингибиторы протонной помпы, ферменты, белковые препараты, компоненты крови. Антибактериальная терапия проводилась с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам.

Заключение. Применение минимально-инвазивных вмешательств при гнойном холангите позволяет значительно улучшить результаты лечения у данной категории больных, снизить летальность до 2, 5% и сократить койко-день до 21.

МЕТОДЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ СТРИКТУРАХ ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Кропачева Е.И., Чичкань С.И., Никишин А.С., Сигаева Ю.С.
НУЗ «Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск – I ОАО РЖД.

Нарушение пассажа желчи по внепеченочным желчным протокам некалькулезной этиологии с развитием механической желтухи является одной из актуальных проблем ургентной хирургии.

Являясь грозным осложнением, желтуха значительно утяжеляет состояние больного и в случае несвоевременного и неадекватного лечения может привести к развитию холангита, полиорганной недостаточности и летальному исходу.

Внедрение в клиническую практику ретроградного эндоскопического дренирования желчных протоков у пациентов с локализацией блока в дистальных отделах холедоха при доступности ампулы желчного протока позволяет существенно снизить уровень билирубинемии, устранить печеночную недостаточность, нормализовать систему гемостаза и стабилизировать состояние пациента. Однако четкой тактики по применению методов эндоскопического дренирования при стриктурах терминального отдела холедоха различной этиологии не определено. При онкологической природе механической желтухи ретроградное эндоскопическое дренирование может являться как временным дренирующим вмешательством, направленным на купирование синдрома холемии, так и окончательным паллиативным методом лечения.

С 2006 по 2009 год в клинике под наблюдением находились 34 пациента со стриктурами терминального отдела холедоха различной этиологии. Всем пациентам для уточнения диагноза выполнялась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ). Доброкачественные стриктуры холедоха были подтверждены в 26 случаях, в 8 случаях стриктура холедоха носила злокачественный характер.

При доброкачественных стриктурах терминального отдела холедоха с протяженностью стриктуры не более 1,0 см (18 случаев), объем вмешательств ограничивался выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Длина разреза в данных случаях составляла от 1,0 до 1,5 см. В 8 случаях короткие стриктуры терминального отдела сочетались с наличием холедохолитиаза.

Протяженные стриктуры, как доброкачественного, так и злокачественного генеза от 1,0 см и более, составили 16 случаев. Транспапиллярные пластиковые эндопротезы устанавливались на высоте желтухи сразу после РХПГ и определения блока в желчных протоках. В качестве эндопротезов применялись пластиковые самофиксирующиеся дренажные трубки фирмы Cook длиной от 5,0 до 12,0 см и диаметром 7 – 8,5 Fr (15 случаев). Однако недостатком этой методики являлась быстрая закупорка стента, особенно у больных с гнойным холангитом. Ранняя закупорка стентов, от 14 суток до 2-х месяцев наблюдалась у пяти пациентов. Восстановить проходимость дренажной трубки удалось с помощью механической очистки канала без извлечения устройства из желчных протоков. После этой процедуры эндопротезы функционировали еще до 3-4 месяцев.

В 8 случаях метод эндоскопической установки стента являлся окончательным методом лечения и требовал лишь санации или плановой замены стента. В 8 случаях стентирование желчного протока было этапом подготовки к плановому оперативному лечению.

В одном случае при опухолевой стриктуре холедоха как окончательный паллиативный метод лечения был применен нитиноловый сетчатый самораскрывающийся стент со специальным пластиковым покрытием фирмы M.I. Tech.

Таким образом, использование малоинвазивного эндоскопического вмешательства (эндоскопического транспапиллярного эндопротезирования) для декомпрессии желчных протоков способствует быстрой регрессии симптомов холестаза. Кроме того, больным с холедохолитиазом при функционирующем эндопротезе рекомендуется литолитическая терапия, что способствует изменению консистенции и структуры камней.

ХОЛАНГИТ ПРИ ОСТРЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.

Кропачева Е.И., Хоменко А.И., Коновалов В.А., Хвостиков М.С.
НУЗ Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск - I ОАО РЖД, Россия

За пять лет в хирургическом отделении Дорожной клинической больницы на ст. Хабаровск-1 находилось на лечении 716 больных с острыми осложнениями желчно-каменной болезни. Острый холецистит наблюдался у 609 больных, в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой - у 63. С острым холециститом оперировано 398 (65%) больных. Деструктивные формы наблюдались у 258 , что составляет 64,8% среди оперированных больных. Все оперированные с деструктивными формами поступили после 24 часов с начала заболевания, а оперированы через 5-6 часов. Лапароскопически выполнено 194 холецистэктомии, через мини-доступ – 37, остальные 167 - лапаротомным доступом. Из 546 больных с острым холециститом без клинических проявлений механической желтухи холангит встретился у 4 больных. У 2 больных холангит установлен при РХПГ до операции. Билиарной гипертензии и холедохолитиаза не было. Во время операции у них отмечался гнойный холецистит с широким пузырным протоком. У 2 других больных гнойный холангит выявлен во время оперативного вмешательства. При выполнении холангиографии – установлена стриктура терминального отдела общего желчного протока при сохранении проходимости пузырного протока.

У 170 больных выявлен холедохолитиаз с механической желтухой. В 63 случаях наблюдалось сочетание с острым холециститом, в 107- с хроническим. Срок механической желтухи колебался от 18 часов до 12 суток. Всем больным предпринята попытка выполнения РХПГ, её удалось выполнить у 152 (89,4%) больных. Во всех случаях диагноз верифицирован. Эндоскопическим путем механическая желтуха разрешена у 144 больных, а у 26 больных выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия под контролем УЗИ. Клинически и эндоскопически острый гнойный холангит установлен у 24 пациентов. Во всех случаях удалось разрешить механическую желтуху и холангит эдоскопически. У 63 больных, где отмечалось сочетание механической желтухи с острым холециститом выполнялась лапароскопическая холецистэктомия у 47 больных, через «мини» лапаротомию у 11 больных. На фоне антибактериальной терапии эндоскопическое разрешение билиарной гипертензии с промыванием позволяло во всех случаях без дополнительного дренирования купировать острый холангит.

Выводы: 1.Основной причиной острого холангита является билиарная гипертензия.

2. Острый гнойный холангит при холецистите встречается относительно редко.

3. Раннее эндоскопическое разрешение блока и санация на фоне антибактериальной терапии купирует острый холангит.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА КАК ПРИЧИНЫ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Кузьменко А.Е., Дудин А.М., Дрозд П.И., Шаталов С.А., Сухинина О.А.

Национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Целью работы явилось совершенствование методов диагностики и хирургического лечения ятрогенннных повреждений внепечёночных желчных протоков и их отдалённых последствий для улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Мы наблюдали 278 больных с ятрогенными повреждениями желчных протоков и их отдаленными последствиями в виде стриктур, желчных свищей и лигатурного холедохолитиаза. Результаты. Повреждение протоков во время операции требует обязательного их восстановления. Для профилактики этих осложнений нами разработано и внедрено изобретение «Способ формирования билиодигестивного анастомоза при ятрогенном повреждении гепатикохоледоха » (патент Украины № 21869 А от 11.07.2000 г.). Способ применён у 17 пациентов без осложнений. У 37 человек, повреждение гепатикохоледоха во время операции осталось незамеченным. Здесь целесообразна тактика двухэтапного лечения. Для предупреждения ахолической болезни после операции в клинике разработано изобретение «Способ профилактики ахолической болезни» (патент Украины № 15125 А от 8.06.1999 г.). Спустя 1,5-2месяца больному выполняется радикальная реконструктивная операция. В клинике отдаем предпочтение гепатикодуоденостомиии (188 чел.). Для транспечёночного дренирования используем разработанные бужи-проводники различного диаметра, соответствующие диаметру протока (патент Украины № 15207 А от 01.07.1997) и дренажное устройство (патент Украины № 64520А .

Выводы. При применении указанной методики, устройств и предложенных нами операций удалось снизить число послеоперационных осложнений с 13,8 до 9,4%. За последние 5 лет послеоперационная летальность снижена с 11,3 до 4,2%.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ

Кульчиев А.А. , Сланов А.В., Елоев В.А., Морозов А.А.

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра хирургии факультета последипломного и дополнительного образования, РСО-Алания, Владикавказ

Последние 15 лет ознаменовались широким внедрением в практическую хирургию малоинвазивных операций на желчевыводящих путях, что следует признать значительным успехом хирургии. Однако, уменьшение доступа чревато более высоким риском повреждения желчевыводящих протоков, особенно в сложных клинических ситуациях, что обусловливает актуальность восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях.

Цель исследования. Улучшение результатов восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях.

Материалы исследования. Нами выполнено 47 восстановительных и реконструктивных операций на желчевыводящих путях, по поводу: свежее пересечение общего печеночного протока – 9, иссечение общего печеночного протока более 3 см – 4 (тип 1,2), иссечение общего печеночного протока тип 0 – 5, свежее краевое повреждение холедоха – 9; рубцовый стеноз холедоха до 1 см – 3, рубцовый стеноз холедоха с полным наружным свищом – 8, рубцовый стеноз долевых печеночных протоков с наружным свищом – 4, неполный наружный свищ (краевое повреждение протоков) – 5.

Характер выполненных операций: билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже – 10, гепатикоеюностомия на потерянном дренаже – 17, гепатикоеюностомия на СТД – 6, пластика стенки общего печеночного протока на Т-образном дренаже – 9, эндоскопическое эндопротезирование (ЭП) – 5.

Результаты. Летальных случаев не было. У 11 больных (23,4%) в течение 5-7 суток после операции отмечалось выделение желчи по подстраховочным дренажам. Отдаленные результаты до 10 лет изучены у 33 больных. Из них у 4 в сроки до 2 лет после гепатикоеюноанастомии на потерянном дренаже наступил стеноз анастомоза. Они оперированы повторно, им произведено бужирование анастомоза и дренирование его на управляемом дренаже на длительный срок (6 месяцев). После этого признаков стеноза нет, состояние их удовлетворительное. У одного больного после били-билиарного анастомоза, выполненного на узком холедохе, через год наступил стеноз холедоха, потребовавший выполнения гепатикоеюноанастомоза. Еще у 4 больных из группы с гепатикоеюноанастомозом в отдаленные сроки, более 7 лет, периодически (1-2 разав год) отмечаются «атаки» холангита, хорошо поддающиеся консервативной терапии. У остальных 23 больных отдаленные результаты операции признаны хорошими.

Заключение.

1. Количество больных, нуждающихся в восстановительных и реконструктивных операциях на желчевыводящих путях, не имеют тенденции к уменьшению и остаются проблемными.

2. Своевременно выявленное повреждение и восстановительные операции дают лучшие результаты, чем реконструктивно-восстановительные, выполненные в отдаленном периоде.

3. Выбор метода восстановительно-реконструктивных операций в каждом конкретном случае должен быть индивидуальный, они должны выполняться в специализированных отделениях.

МИНИЛАПАРОТОМНАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО–СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.

Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Провести анализ использования минилапаротомной холецистэктомии (МЛХЭ) у больных с тяжелой сопутствующей сердечно–сосудистой патологией.

Материалы и методы. В период 2001-09 гг. нами были оперированы 286 больных желчнокаменной болезнью с сопутствующей

сердечно-сосудистой патологией, среди них гипертоническая болезнь отмечена у 82% больных, ишемическая болезнь сердца у 75%, постинфарктный кардиосклероз у 12,3% и у 37% больных регистрировали различные виды аритмии. Возраст больных составлял от 56 до 84лет. 75% пациентов составляли женщины. Катаральный холецистит был выявлен в 25,87% случаев, флегмонозный – 59,2%, гангренозный – 14,93%. При этом у 28,77% был выявлен перивезикальный инфильтрат, у 7,98% перивезикальный абсцесс. Пациенты с IV степьнью операционно – анестезиологического риска составляли 39,12%. В зависимости от клинико – морфологической формы калькулёзного холецистита больным в различные сроки проводили соответствующую предоперационную подготовку.

Результаты. Противопоказанием к наложению пневмоперитонеума вследствие тяжелого соматического состояния больных являлось показание к выполнению холецистэктомии из минилапаротомного доступа. МЛХЭ выполнена у 254 (88,81%). МЛХЭ как конверсия лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) была выполнена у 17 пациентам. Причинами конверсии были: невозможность продолжить операцию лапароскопическим доступом вследствие интраоперационной диагностики осложнений желчнокаменной болезни. Вместе с тем технические сложности при выполнении МЛХЭ потребовали перехода на открытую холецистэктомю (ОХ) у 15 пациентов. Конверсия составила 5,24%. В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная консервативная терапия, направленная на коррекцию сердечно – сосудистых расстройств. Всего в исследуемой группе послеоперационные осложнения составила 1,92%. Летальный исход отмечали в 2-х (0,7%) случаях. Послеоперационный койко-день в среднем составил 7,5.

Заключение. Минилапаротомная холецистэктомия сокращает частоту кардиопульмональных послеоперационных осложнений. Анализ полученных данных показывает, что холецистэктомия из минилапаротомного доступа у больных с сопутствующей сердечно – сосудистой патологией по основным клиническим и статистическим показателям превалирует открытой и лапароскопической холецистэктомии, являясь при этом технически значительно более простой.

ОБОСНОВАНИЕ МИНИЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНЕННОЙ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ.

Курбаниязов З.Б. , Рахманов К.Э.

Самаркандский медицинский институт, кафедра факультетской и госпитальной хирургии, Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Обоснование минилапаротомных операций при желчнокаменной болезни, осложненной гнойным холангитом.

Материалы и методы. У 39 больных желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, были выполнены оперативные вмешательства на внепеченочных желчных путях из минилапаротомного доступа. Длительность желтухи — от 2 суток до 5 недель. Средний возраст 56,2±1,2 года. 2/3 пациентов — женщины. У 72% больных имелась сопутствующая патология. Операции выполнялись через минилапаротомный доступ в правом подреберье используя набор для минилапаротомных операций фирмы «САН».

Результаты. У 37 больных произведена холецистэктомия, холедохолитотомия, ревизия, санация общего желчного протока и дренирование его по А.В. Вишневскому. У 3 больных эта операция выполнена через 3 и 5 суток после чрескожной пункции желчного пузыря. После этой процедуры уменьшились явления холангиогенной интоксикации. При стриктуре терминального отдела холедоха у 2 пациентов после холецистэктомии и холедохолитотомии были наложены холедоходуоденоанастомоз по методу Юраш - Виноградова. В послеоперационном периоде больным проводилась интенсивная консервативная терапия направленная на дезинтоксикацию организма, коррекцию гомеостаза, печеночной недостаточности, устранение воспалительных изменений в желчных протоках. Послеоперационные осложнения возникли у 4 (10,2%) пациентов. Умерли 2 (5,1%) больных от прогрессирования гнойного холангита и печеночной недостаточности.

Заключение. Минилапаротомные операции сочетают малоинвазивность с полнотой традиционных манипуляций, что актуально для этих больных с тяжелой основной и сопутствующей патологией.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Лагун М.А., Харитонов Б.С.

Государственный медицинский университет, Саратов, Россия

Цель работы. Оптимизировать методы оперативного лечения калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом.

Материалы и методы. 127 больным желтухой произведена эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ). При этом холедохолитиаз найден у 103 больных, у 2 – рак общего желчного протока, у 7 – стриктура холедоха на фоне хронического холангита, у 9 причиной желтухи оказался отек головки pancreas и у 9 органической патологии найдено не было. У этих больных причиной желтухи был гепатит. В процессе ЭРПХГ у 64 больных холедохолитиазом выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия, которая у 17 была дополнена литоэкстракцией.

Результаты. При контрольном исследовании у всех 64 больных конкрементов в желчных протоках обнаружено не было. В последующем больным была выполнена холецистэктомия различными доступами, преимущественно (43 человека) лапароскопическим.

Остальным 39 больным с холедохолитиазом эндоскопическая папиллосфинктеротомия не выполнялась по техническим причинам (активная перистальтика, деформация 12-перстной кишки, дивертикулы 12-перстной кишки, папилломы и полипы большого дуоденального соска). Им выполнена холецистэктомия с холедохолитотомией во время открытого вмешательства.

Заключение. Таким образом, ЭРПХГ в сочетании с папиллосфинктеротомией позволяет ликвидировать холедохолитиаз и выполнить малотравматичную лапароскопическую холецистэктомию в большинстве случаев.

ГЕПА-МЕРЦ У ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Лаптев В.В., Румянцева С.А., Цкаев А.Ю., Гивировская Н.Е

ГОУ ВПО РГМУ Росздрава МЗ РФ, Москва

Цель. Изучение эффективности гепатопротектора Гепа Мерц в комплексном лечении больных с механической желтухой средней и тяжелой степени тяжести.

Материал и методы. Обследовано 73 пациента. У 62 (84,9 %) пациентов причиной холестаза был холедохолитиаз. Стеноз БДС диагностирован у 6 (8,3%) больных, парафатеральный дивертикул- у 5 (6,8%). Пациенты рандомизированно распределены на 2 группы. В основную группу вошли 38 человек, которым применяли Гепа Мерц. Женщин - 22 (57,9%), мужчин - 16 (42,1%), средний возраст- 72,6±16,4 года. Тяжесть состояния - 37,8±6,7 балла. Препарат вводили внутривенно в дозе 20 г в первые 3-е сутки, на 4-5 сутки по 15 г и на 6 сутки - по 10 г. С 7-х суток назначали в виде гранулята по 1 пакету 3 раза в день. Контрольную группу составили 35 человек. Женщин - 22 (62,9 %), мужчин - 13 (37,1%), средний возраст - 69,4±14,6 года. Тяжесть состояния - 36,9±7,9 балла. Диагностический алгоритм включал: клинико-лабораторные данные, ультразвуковое исследование гепатобилиарной зоны, дуоденоскопия и ретроградная панкреатохолангиография. Разрешение холестаза проводилось на 1-3-и сут от момента поступления с использованием малоинвазивных методик. В связи с неэффективностью последних, 13 (17,8%) больным выполнены традиционные оперативные вмешательства. Уровень эндогенной интоксикации оценивали в динамике по показателям флуоресцентного альбуминового теста - эффективной (ЭКА) и общей (ОКА) концентрации альбумина. С целью изучения нарушений когнитивных функций использовалась шкала оценки высших психических функций MMSE (Mini–Mental State Examination).

Результаты исследования. Биохимические показатели крови (щелочная фосфатаза, γ-глутамилтранспептидаза, АлАТ, АсАТ) у больных основной группы снижались в динамике заболевания и достигли нормальных значений на 14 сут. (p<0,05). При поступлении значения ОКА в основной группе составили 33,2±9,1 г/л, ЭКА- 25,2±8,6 г/л, в контрольной- 33,9±6,4 г/л и 26,4±5,6 г/л соответственно. На 14-е сут концентрация ОКА в основной группе увеличилась до 40,6±8,9 г/л, в контрольной- до 36,7±7,6 г/л (p=0,049). Концентрация ЭКА в основной группе увеличилась и составила 32,4±9,4 г/л, в то время как в контрольной показатель оставался на прежнем уровне- 26,1±5,3 г/л (p<0,001). При исследовании мнестико-интеллектуальных функций пациентов по тесту MMSE выявлено, что при поступлении в обеих группах суммарный балл был снижен в среднем на 31,5% от нормы (20,33,4 2,4 балла в конт балла в основной и 20,8рольной группе; p=0,178). На 14-е сутки исследования, средний показатель теста MMSE в основной группе составил 28,42,8 балла, в 0,009). Максимальный балл теста MMSE, 2,3 балла (p контрольной - 25,7 характеризующий нивелирование симптомов печеночной энцефалопатии, определялся у 71% больного в группе больных с применением гепатопротектора, а в группе сравнения подобный эффект достигнут лишь у 42% пациентов.

Заключение. Включение препарата Гепа Мерц в комплекс лечебных мероприятий при механической желтухе является патогенетически оправданным и сопровождается достаточно быстрой нормализацией биохимических показателей крови, уменьшением степени эндогенной интоксикации, восстановлением когнитивных функций и позволяет улучшить результаты лечения у больных с механической желтухой.

ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛАНГИТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Макаров В.И., Перерва О.В., Салиенко С.В., Шумейко В.М., Ракович Е.В.

ГОУ ВПО Владивостокский государственный медицинский университет, кафедра хирургических болезней № 2 с курсом эндоскопии, Владивосток, Россия

Холедохолитиаз в большинстве случаев протекает с той или иной степенью выраженности клиникой механической желтухи. На этом фоне у лиц пожилого и старческого возраста в сравнительно короткие сроки появляется симптоматика острого холангита.

Цель работы. Улучшить результаты лечения пациентов пожилого и старческого возраста с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой и холангитом.

Материалы и методы. За последние 5 лет в клинике хирургических болезней № 2 с курсом эндоскопии находилось на лечении 229 пациентов в возрасте от 60 до 93 лет с симтоматикой холедохолитиаза. В работе выделяем пять клинических групп холедохолитиаза. В исследуемой группе проявления холангита (холангитическая форма холедохолитиаза) отмечены у 46 (20,1%) человек и наблюдались в 2 раза чаще, чем у лиц более молодого возраста. Умеренная желтуха у лиц исследуемой группы возникала к концу первых суток заболевания, а уже на 2-3 сутки быстро нарастали явления гнойной интоксикации, высокая лихорадка, сопровождающаяся ознобами.

Важным фактором, влияющим на выбор лечебной тактики, является наличие сопутствующих заболеваний, степень их компенсации и патогенетическая связь с основной патологией.

37 больным была выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), экстракция конкрементов, санация билиарного тракта, назобилиарное дренирование. У 6 пациентов при ЭРХПГ отмечена протяженная стриктура терминального отдела холедоха, еще у трех – мегалиты из общего желчного протока удалить не удалось. Этой группе поступивших выполнено эндопротезирование пластиковыми стентами.

Результаты. У 45 больных на 5-7 сутки наблюдалась нормализация билирубина и температуры. У одного отмечено отхождение стента и он был оперирован в экстренном порядке. 6 пациентам оперативное лечение не потребовалось, 5 – от операции отказались, еще 4 – не оперированы из-за выраженной сердечно-легочной недостаточности. 24 больным выполнена лапароскопическая холецистэктомия, 7- традиционная. У всех оперированных операция завершена дренированием холедоха.

Умер один пациент от инфаркта миокарда.

Заключение. Декомпрессия в виде ЭПСТ, назобилиарного дренирования и стентирования желчных путей при холангитической форме холедохолитиаза в течение 3-5 дней позволяет значительно снизить выраженность холангита, ликвидировать гипербилирубинемию и улучшить результаты лечения этой группы больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Макаров И.В., Косякин В.А., Зайцев В.Е., Сидоров А.Ю., Бодрова А.В.

Самарский государственный медиинский университет, кафедра хирургических болезней № 1, НУЗ ДКБ на ст. Самара, Самара, Россия.

За период с 2004 по 2008 г. с диагнозом механическая желтуха наблюдали 60 пациентов. У 32 больных причиной желтухи была ЖКБ, у 17 - опухоль желчевыводящих путей и головки pancreas, у 5 – стриктуры холедоха, у 6 – сочетание ЖКБ и рака желчевыводящих путей. 14 пациентам проведена консервативная терапия, 46 больным были выполнены различные хирургические вмешательства. Умерло 8 (13,3%) пациентов.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

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

Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова, ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Определить возможности минимально-инвазивных операций под контролем УЗ и рентгенотелевидения в лечении гнойного холангита.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко за период с 2003 по 2009 год выполнено 43 чрескожных пункционных и катетерных вмешательства при холангите и его осложнениях у 24 больных в возрасте от 23 до 72 лет. Мужчин было 15, женщин 9. Причинами развития холангита в 5 случаях были рубцовые стриктуры после оперативного вмешательства, в 5 случаях – рефлюкс после наложения ХДА, в 3 случаях – холедохолитиаз, в 11 случаях – другие причины. У 10 (41,7%) пациентов заболевание сопровождалось желчной гипертензией. Было выполнено 10 холангиостомий под контролем УЗ, 16 наружных катетерных дренирований и 11 чрескожных пункций абсцессов печени, 2 наружных катетерных дренирования поддиафрагмального и подпеченочного абсцессов, 3 пункции плевральной полости, еще в одном случае было выполнено чрескожное катетерное дренирование правой ветви воротной вены с последующей чрескатетерной внутрипортальной антибиотикотерапией. Кроме того, 3 пациентам с холангиогенными абсцессами печени выполнялась катетеризация внепеченочных притоков воротной вены, в т.ч. пупочной вены из внебрюшинного мини-доступа по разработанной в клинике методике, для проведения внутрипортальной антибиотикотерапии.

Результаты. У 14 пациентов достигнуто стойкое клиническое выздоровление только благодаря использованию малоинвазивных методов. 10 больным после минимальноинвазивных чрескожных вмешательств в последующем потребовалось выполнение адъювантного открытого оперативного вмешательства. А именно производились реконструктивные операции при стриктурах желчных протоков (5) и при рефлюкс-холангитах у больных с ХДА (2), а также холедохолитотомии (3). Отмечен 1 летальный исход, после реконструктивной операции при рубцовой стриктуре гепатикохоледоха.

Заключение. Чрескожные пункционные и катетерные вмешательства являются относительно безопасным и эффективным методом хирургического лечения гнойного холангита и его осложнений, в ряде случаев приводящим к полному клиническому выздоровлению пациентов, либо являющимся этапом, предшествующим хирургической операции.

ВАРИАНТЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

Меджидов Р.Т., Койчуев Р.А., Абдурашидов Г.А.

Россия, Республика Дагестан, Махачкала, ДГМА

Основными причинами острого холангита являются: холедохолитиаз, доброкачественные и злокачественные обструкции желчных путей, инфицирование билиарного тракта (деструктивный холецистит, абсцессы печени) и ретроградным (дуоденобилиарный рефлюкс) путями. В связи с этим и предложены различные варианты декомпрессии билиарного тракта при остром холецистите.

Цель исследования – оптимизация способов декомпрессии билиарного тракта при остром гнойном холангите.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 213 больных с острым гнойным холангитом. Причинами послужили: деструктивный калькулезный холецистит, холедохолитиаз – 155(72,5%), ПХЭС, холедохолитиаз – 27(12,6%), доброкачественные стриктуры внепеченочных желчных протоков – 7(3,3%), злокачественная обструкция билиарного тракта – 13(6,1%), антеградное инфицирование протоков на почве гнойного холецистита – 4(1,8%) и абсцессов печени – 2(0,9%), рефлюкс холангит – 5(3,0%). Диагностика причин острого холангита проводилась путем использования современных методов исследования (УЗИ, КТ, ЭРХПГ).

В 67(31,4%) наблюдениях как первый этап хирургического лечения была выполнена холецистостомия: под контролем УЗИ – 9, лапароскопическая – 26, из мини-доступа – 32. Из них острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз отмечен в 42 случаях; острый деструктивный калькулезный холецистит – 8, опухолевая дистальная обструкция билиарного тракта – 6; острый деструктивный калькулезный холецистит, билиарный панкреатит – 11. ЭПСТ выполнена – 6(2,8%) пациентам с острым деструктивным холециститом, холедохолитиазом и панкреатитом. Из них в 3 случаях она завершена назобилиарным дренированием. ЧЧХС выполнена – 9(4,3%) наблюдениях. В основном при опухолевой окклюзии билиарного тракта одноэтапное хирургическое лечение проведено 131(61,5%) пациентам. Холецистэктомия, холедохотомия и наружное дренирование холедоха выполнено 71 больному; холецистэктомия, холедоходуоденостомотомия на назобтлиарном дренаже – 48; холедохотомия, холедохоеюностомия с выключенной по Ру петлей на «каркасном» дренаже – 3; панкреатодуоденальная резекция – 2; вскрытие и дренирования абсцесса печени с наружным дренированием билиарного тракта – 2; эндоскопическое назобилиарное дренирование – 5.

При двухэтапном лечении на втором этапе выполнены следующие оперативные вмешательства: холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия – 55; холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохоеюноанастомоз -12; холецистэктомия, холедохоеюностомия с выключенной по Ру петлей на «каркасном» дренаже – 4; панкреатодуоденальная резекция -3; резекция желчных протоков, бигепатикоеюностомия с выключенной петлей на «каркасных» дренажах -2; холецистоеюностомия с Брауновским

соустьем -3. Трое пациентов выписаны на амбулаторное лечение после декомпрессии билиарного тракта.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде были отмечены у 13 (6,1%). Из них на первом этапе лечения имелись: желчеистечение в свободную брюшную полость вследствие дислокации катетера у 3 пациентов. Они были оперированы в экстренном порядке, умерла одна больная. Несостоятельность билиодигестивного анастомоза имела место у 2 больных. Выполнена релапаротомия, умер 1 пациент. В 7 случаях отмечено нагноение послеоперационной раны. Послеоперационная летальность составила 0,9%.

Заключение. Острый гнойный холангит является тяжелой билиарной патологией. В особенно тяжелых случаях следует проводить хирургическое лечение в два этапа, выполнив первый этап (декомпрессия билиарного тракта) в малоинвазивном варианте.

ВЫБОР ВАРИАНТА ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ДЛЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Меджидов Р.Т., Хатуев А.Г., Койчуев Р.А.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель работы – разработка научно-обоснованных критериев выбора оптимального варианта оперативного доступа при вмешательствах на желчевыводящих путях у больных холелитиазом.

Материал и методы. Всего 341 пациент с ЖКБ и ее осложнениями. Все больные разделены на три группы: первая - больные, которым выполнена ЛХЭ - 116 человека; вторая – пациенты, которым выполнена операция из минилапаротомного доступа (МЛД), с элементами «открытой» лапароскопии – 113 человек; третью группу составили лица, перенесшие операцию путем широкой лапаротомии (ШЛ) – 112 больных. Хронический холецистит – у 238 пациентов, или 69,8%. Из них 89 (76,7%) пациентов оперировано лапароскопическим доступом (ЛД), 63 (55,8%) – с использованием МЛД и 86(76,8%) – путем ШЛ. Флегмонозный холецистит встретился в (66,0%), гангренозный (20,2%) случаев. ЛХЭ выполнена 20 (17,2%) больным с деструктивными формами острого холецистита, с элементами «открытой» лапароскопии – 40 (35,4%) и традиционная – 20 (17,9%). Неосложненные формы хронического калькулезного холецистита отмечены у 191(56,0%) больных. В их числе 74 (38,7;%) пациента, оперированных из ЛД, 47 (24,6%) – из МЛД и 70 (36,7%) – путем ШЛ. Осложненное течение холелитиаза в анализируемых группах больных наблюдалось у 146 (42,8%) человек. Из них 39 (26,7%) больных, оперированных с использованием «закрытой» лапароскопии, 66(45,2%) – из МЛД и 41(28,1%) – путем ШЛ. ЛХЭ выполнялась в 76,7% от числа всех видеолапароскопических холецистэктомий. МЛД с элементами открытой лапароскопии при хроническом процессе проводились в (55,8%), при остром (42,5%). ЭРПХГ была применена у 34(10,0%) больных и у 18 пациентов завершено эндоскопической папиллосфинктеротомией.

Результаты. Интраоперационные осложнения при ШЛ встречались у 7,1% (8) оперированных. Местные осложнения отмечены у 5,4% (6) пациентов, общие – у 1,8%. Переход к ШЛ из второй группы в 6(5,3%) случаях. Ранние послеоперационные осложнения в группе ХЭ из МЛД встречались у 7% (8) больных: местные – у 5,3% (6), общие – у 1,8% (2) пациентов. Умерла одна больная от тромбоэмболии легочной артерии и послеоперационная летальность во второй группе составила 0,89%. Интраоперационные осложнения наблюдались при ЛХЭ у 6,9% (8 человек) оперированных. Из них общие – у 1,7% (2), местные – у 5,2% (6). В раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 11,2% (13) оперированных. Летальных исходов после ЛХЭ в анализируемой группе (116 человек) не отмечено. В группе оперированных путем ШЛ отмечается самый высокий процент послеоперационных осложнений (17,0%), с преобладанием осложнений общего характера (8,9%), а интраоперационные осложнения отмечены во всех группах примерно с одинаковой частотой. Высокий процент послеоперационных осложнений среди оперированных из ШЛ коррелирует со сравнительно высокой летальностью в данной группе (2,68% против 0,44% при ЛХЭ и холецистэктомии из минилапаротомного доступа (МЛХЭ).

Выводы. ЛХЭ – радикальная операция, которая должна выполняться большинства больным с ЖКБ и ее осложнениями. Использование ШЛ более оправдано, когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии; в случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются операции из минидоступа.

ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭХИНОКОККЭКТОМИЮ ИЗ ПЕЧЕНИ

Меджидов Р.Т., Койчуев Р.А., Гамзатов Р.М.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Цель исследования – уточнить этиопатогенез развития острого холангита после эхинококкэктомии из печени и показать возможность консервативной терапии.

Материал и методы. В анализируемой группе 97 пациентов в возрасте от 27 до 73 лет, из них 52 мужчины и 45 женщин, у которых после эхинококкэктомии из печени путем широкой лапаротомии в послеоперационном периоде развился острый холангит. Все пациенты были с первичным эхинококкозом, множественный эхинококкоз печени имелся у 31(31,9%) больного. Размеры кист варьировались в пределах от 11,5 до 17,6 см. Монокистозный эхинококкоз правой доли отмечен в 49 (50,5%) наблюдениях, левой доли – в 17 (17,5%), поликистозный эхинококкоз правой доли – в 13 (13,4%), левой – 3(3,1%), в обеих долях кисты локализовались в 15 (15,5%) случаях. Все кисты были с преимущественной интрапаренхиматозной локализацией, и связи с чем эхинококкэктомия во всех случаях была завершена наружным дренированием остаточной полости. В 8 наблюдениях остаточная полость была уменьшена путем инвагинации фиброзной капсулы. Интраоперационно цистобилиарные свищи выявлены в 42 (43,3%) наблюдениях, а в 37(88%) – выполнено ушивание свищей.

В послеоперационном периоде желчеистечение по дренажной трубке, установленной в остаточную полость, имелось у 73 (75%) пациентов. Начиная с 3-4-х суток во всех случаях наблюдалась лихорадка, умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При УЗИ печени в остаточных полостях жидкостное содержимое не определялось. Всем пациентам проводилась комплексная терапия: антибиотикотерапия с учетом чувствительности микробной флоры, препараты метронидазола, гепатотропная терапия, промывание остаточной полости озонированным физиологическим раствором в концентрации 5мг/л, внутривенное введение озонированного физиологического раствора в концентрации 3мг/л. По стихании явлений холангита проводились рентгенконтрастные исследования остаточных полостей.

Результаты. Явления холангита после лечения у 56 (57,7%) пациентов купировались на 2 сутки, у 30 (30,9%) – на 3 и у 11 больных холангит носил длительный характер. Проведенные рентгенконтрастные исследования показали, что почти во всех случаях имеются функционирующие цистобилиарные свищи и, следовательно, основной причиной холангита является инфицирование билиарного тракта антеградным путем, то есть инфицирование остаточной полости через дренажную трубку и затем билиарного тракта через цистобилиарные свищи.

Заключение. Появление клиники острого холангита после эхинококкэктомии из печени следует расценивать как результат инфицирования билиарного тракта через цистобилиарные свищи при наружном дренировании остаточной полости, и лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены на предупреждение дренажной инфекции и санацию остаточной полости. Наилучшие результаты при этом достигаются при применении озонированного физиологического раствора.

О ПРОФИЛАКТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Мохов Е.М., Сергеев А.Н., Чумаков Р.Ю., Великов П.Г.

Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

Цель исследования – сравнительная оценка различных методов профилактики гнойных осложнений после операций по поводу острого холецистита.

Материалы и методы. Операции по поводу деструктивных форм острого холецистита (открытая и лапароскопическая холецистэктомии, открытая холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией и наружным дренированием общего желчного протока) выполнены у 110 больных (32 мужчины и 78 женщин) в возрасте от 31 года до 85 лет. Из указанных пациентов методом случайной выборки образованы 3 группы. У больных первой группы (контрольной), состоящей из 41 человека, каких-либо специальных методов профилактики гнойных осложнений не использовали. У больных второй группы (34 человека) с целью предупреждения инфекционных осложнений операции проводились с помощью биологически активного (антимикробного) шовного материала «Никант», разработанного с нашим участием во Всероссийском научно-исследовательском институте синтетического волокна (ВНИИСВ). У пациентов третьей группы (35 человек) наряду с этим для профилактики инфекционных осложнений применяли по отдельности или в сочетании друг с другом однократное внутривенное введение за 30 минут до операции антибиотика цефтриаксона в дозе 1,0 г и послеоперационную местную лазеротерапию на зону вмешательства аппаратом УЗОР 2К-А. Сравниваемые группы пациентов были сопоставимы по полу, возрасту и характеру выполненных операций. После операции наблюдали за общим состоянием больных и симптоматикой, характеризующей динамику восстановительных процессов в зоне операционной раны. Осуществляли регистрацию развившихся послеоперационных осложнений инфекционного генеза.

Результаты. Все больные благополучно перенесли хирургическое вмешательство. Заметной разницы в динамике общего состояния больных в раннем послеоперационном периоде в зависимости от принадлежности к той или иной группе не отмечено. Предвестниками развития местных инфекционных осложнений были повышение температуры тела до субфебрильных и более высоких цифр, сохранение болевых ощущений в зоне вмешательства, появление признаков воспаления тканей в области операционной раны. Различные осложнения инфекционного происхождения (воспалительный инфильтрат в области раны, нагноение ее, абсцесс брюшной полости) зарегистрированы у 11 (10,0%) пациентов. В первой группе таких больных оказалось 9 (22,0 %), во второй – 2 (5,9 %). В третьей группе осложнений инфекционного происхождения не отмечено.

Заключение. Таким образом, наиболее действенной оказалась комплексная профилактика послеоперационных нагноений. Вместе с тем выполнение операции с помощью биологически активного шовного материала без дополнения антибиотикопрофилактикой и лазеротерапией также привело к заметному снижению числа гнойных осложнений. Для окончательного суждения об эффективности использованных профилактических мер необходимы дальнейшие исследования.

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Муртазаев З.И., Курбаниязов З.Б., Арзиев И.А.,Саидмуродов К.Б.

Самаркандский медицинский институт, Самарканд, Узбекистан.

Цель исследования. Обоснование хирургической тактики при гнойном холангите как осложнении эхинококкоза печени.

Материал и методы. С 2000 по 2009 гг. в клинике оперировано 269 больных эхинококкозом печени, из них мужчин – 116 (43%), женщин – 153 (57%). Возраст больных варьировал от 5 до 83 лет. Осложненное течение заболевания в печени выявлено у 92 (34,2%) больных. Из них у 53 (57,6%) больных наблюдалось нагноение кисты, у 6 (6,5%) больных отмечен прорыв кисты в брюшную полость, еще у 33 (35,9%) в желчные ходы с признаками механической желтухи и холангита.

Результаты и обсуждение. 33 (12,3%) больных оперировано по поводу эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Клиническая картина перфорации кист в желчные пути протекала в 2 вариантах: тяжелая форма с клиникой механической желтухи и холангита и стертая форма с малозаметным началом и скудными симптомами. Тактика и объем операции при прорыве эхинококковой кисты в желчные пути зависел от степени поражения желчных протоков.

У 8 больных со стертой клиникой прорыва эхинококковых кист в желчные ходы во время операции и после проведения кистотомии обнаруживалось содержимое кист, окрашенное желчью. При ревизии фиброзной капсулы выявлялся цистобилиарный свищ. Свищ ушивался атравматической иглой с нерассасывающейся нитью и во всех случаях производилась полузакрытая эхинококкэктомия.

При эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой и холангитом, у 23 больных произведена полузакрытая эхинококкэктомия с ушиванием устья цистобилиарного свища, холецистэктомия, холедохотомия и санация желчных протоков. Операция завершалась наружным дренированием холедоха.

При эхинококкозе печени, осложненным прорывом кист в желчные пути, механической желтухой и холангитом с признаками сужения терминального отдела холедоха, у 2 больных операция завершена проведением съемного транспеченочного дренажа.

Выводы. В хирургии эхинококкоза печени приоритетным считаем выполнение органосохраняющих операций. При нагноившихся кистах выполняли полузакрытую эхинококкэктомию, а при

наличии цистобилиарных свищей дополняли их ушиванием. При осложнениях механической желтухой и холангитом операцию завершали дренированием магистральных желчных протоков.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИТА У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Огородник П.В., Шкарбан В.П., Булик И.И.

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

Сочетание холангита с непроходимостью желчных путей значительно осложняет течение заболевания. Прогрессирующая печеночно-почечная недостаточность и эндотоксикоз требуют неотложной билиарной декомпрессии с коррекцией функциональных и метаболических нарушений. Однако выполнение одномоментных корригирующих вмешательств значительно повышает риск операции.

Целью нашего исследования было улучшение результатов лечения больных с холангитом, обусловленным доброкачественной обструкцией желчных путей.

В период с 2002 по 2009 гг. в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Национального института хирургии и трансплантологии имени А.А. Шалимова находились на лечении 785 больных с доброкачественной обструкцией желчных путей, осложненной холангитом. У большинства больных причиной холангита являлся холедохолитиаз – 576 (73,4%) пациентов, в частности резидуальный – у 103, рубцовые стриктуры желчных путей у 98 (12,5%), стеноз билиодигестивных анастомозов у 89 (11,3%), ятрогенные повреждения желчных путей у 22 (2,8%) больных. У 93 (11,8%) пациентов с холангитом были диагностированы холангиогенные абсцессы печени.

Диагностический алгоритм включал лабораторные и инструментальные методы исследования, с использованием методов прямого контрастирования желчных путей, дополненных лечебными манипуляциями. Для оценки эффективности проводимого лечения использовали динамическую оценку тяжести состояния пациентов по адаптированной шкале APACHE II.

Основой лечебного алгоритма была двухэтапная тактика с преимущественным использованием на первом этапе миниинвазивных методик. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства были выполнены у 604 (76,9%) больных (эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – 112 (18,5%), ЭПСТ с литоэкстракцией – 178 (29,4%), ЭПСТ с контактной литотрипсией – 126 (20,9%), назобилиарное дренирование – 116 (19,2%), стентирование общего желчного протока – 72 (11,9%)). У 76 больных с резидуальным холедохолитиазом и 3 пациентов с частичной рубцовой стриктурой общего печеночного протока эндоскопические вмешательства были окончательными, остальных пациентов позволили подготовить к плановым оперативным вмешательствам. При неэффективности или невозможности выполнения эндоскопических вмешательств у 119 (15,2%) пациентов, выполняли чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей с последующим возможным выполнением лечебных манипуляций.

Больным с холангиогенными абсцессами печени на первом этапе лечения кроме вышеупомянутых мероприятий проводили их санацию путем пункции и дренирования под ультразвуковым контролем.

После стабилизации общего состояния больного, снижения уровня желтухи и уменьшения явлений холангита выполняли оперативные вмешательства направленные на коррекцию основного заболевания.

Неотъемлемой частью комплексного лечения острого холангита является своевременно начатая консервативная терапия, которая включает в себя адекватную общую и регионарную противомикробную, дезинтоксикационную и иммуномодулирующую терапию. Учитывая снижение экскреции антибактериальных препаратов желчью при обтурацинной желтухе и как следствие недостаточную эффективность общей антибактериальной терапии, обязательным этапом лечения было проведение санации желчных путей растворами антисептиков.

Таким образом, лечение больных холангитом должно быть комплексным, строго индивидуализированным по срокам и этапности, базироваться на данных анамнеза, степени тяжести общего состояния больного, данных до- и интраоперационных методов обследования, динамической оценки эффективности лечения, с использованием в полном объеме мини-инвазивных технологий, современных методов и средств консервативной терапии.

УНИФИЦИРОВАННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА КАК ОСНОВА ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Огородник П. В., Ничитайло М. Е., Беляев В. В., Дейниченко А. Г., Леоненко С. Н.

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

Причиной возникновения острого гнойного холангита в 92% случаев является холедохолитиаз. С 1993 по 2008 год в клинике выполнено 15 765 лапароскопических холецистэктомий по поводу желчекаменной болезни. Диагноз холедохолитиаза (ХЛ) был установлен у 1525 (9,7%) пациентов. В зависимости от лечебной тактики больные с холедохолитиазом были разделены на 2 группы: 1 группа – 342 (22,4%) больных, которым выполняли лапароскопическую эксплорацию желчных протоков, и 2 группа – 1183 (77,6%) пациента, у которых первым этапом производили эндоскопическую папиллосфинктеротомию с транспапиллярными вмешательствами, а на 2-3 сутки – лапароскопическую холецистэктомию.

Лапароскопическую эксплорацию желчных протоков выполняли: через культью пузырного протока – у 212 (62%) больных,с ее рассечением - у 46(13,5%) пациентов, супрадуоденальную холедохолитотомию (СДХТ) выполняли – у 84 (24,5%) больных. Операцию заканчивали клиппированием пузырного протока у 135 (39,5%), наружным дренированием желчных протоков - у 165 (48,2%), глухим интракорпоральным швом холедоха – у 42 (12,3%) больных.

Осложнения возникли у 16 (1,35%) пациентов. Интраоперационные осложнения выявили - у 6 (0,5%) больных, среди которых у 3 отмечалось кровотечение, у 2 – повреждение печени, и у 1 – электротравма двенадцатиперстной кишки. Послеоперационные осложнения наблюдали у 10 (0,85%) больных: у 5 – подтекание желчи по страховочному дренажу, у 4 –воспалительные осложнения со стороны параумбиликальной раны, у 1 - мелкие резидуальные конкременты в общем желчном протоке. Конверсия была необходима у 8 (0,68%) больных.

Во 2 группе больных типичная папиллосфинктеротомия выполнена у 746 (63,1%), атипичные методики рассечения большого

дуоденального сосочка применялись – у 437(36,9%) пациентов. Баллонную дилятацию сосочка с целью сохранения сфинктерного аппарата применяли после частичной папиллотомии у 174 больных. Эндоскопическую литоэкстракцию корзиной Дормиа или баллонным катетером выполняли у 831 больного, механическую литотрипсию с последующим удалением фрагментов - у 352 пациентов. При явлениях гнойного холангита у 74 (6,3%) пациентов после безуспешной эндоскопической литоэкстракции выполняли назобилиарное дренирование. Осложнения во второй группе больных имели место у 62 (5,24%) пациентов: кровотечение из краев папиллотомной раны – у 25, острый панкреатит – у 6 больных. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями.

ОСТРЫЙ ХОЛАНГИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Оморов Р.А., Мусаев У.С.

Кыргызская государственная медицинская академия, кафедра факультетской хирургии, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель. Представить результаты комплексного лечения больных острым холангитом. Наблюдали 67 больных, страдавших желчнокаменной болезнью, осложненной холангитом, из них 47 женщин и 20 мужчин. В обследовании использовали показатели функционального состояния печени и почек, УЗИ, лейкоцитарный индекс интоксикации, парамецийный тест, иммуноглобулины до операции, в послеоперационном периоде. В лечении больных холангитом использовали в первую очередь устранение его причины и дренирование холедоха, в момент операции региональное введение лимфотропной смеси в гепатодуоденальную связку, реканализация пупочной вены для инфузионной терапии после операции. Антибиотики широкого спектра действия внутривенно (цефазолин, кефзол, роцефин и метрогил). В случаях с содержанием билирубина выше 250 мкмоль/л использовали дискретный плазмаферез. Разработанный комплекс лечения предотвратил развитие такого осложнения как печеночно-почечная недостаточность.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ХОЛАНГИОГЕННЫЕ АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ-ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Охотников О.И., Григорьев С.Н., Пахомов В.И., Николаев С.Б.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель исследования. Определить особенности лечебно-диагностической тактики при холангиогенных абсцессах печени, учитывая локальную специфику внутрипечёночной желчной гипертензии.

Материал и методы. Клинико-инструментальному обследованию и малоинвазивному дренажному и пункционному лечению подвергнуты 182 пациента с абсцессами печени. Холангиогенный характер достоверно был установлен у 52 пациентов (28,6%) по результатам сонографии, контрастной динамической абсцессографии. У 46 пациентов (88,5%) билиарная обструкция была доброкачественного генеза. Все пациенты с холангиогенными абсцессами печени были подвергнуты перкутанному дренированию и повторным пункционным санациям полостей абсцессов под ультразвуковым контролем в сочетании с превентивным перкутанным наружным дренированием желчного дерева (чрескожная чреспечёночная холангиостомия - ЧЧХС) и последующим использованием эндоскопической, антеградной чреспечёночной или традиционной «открытой» коррекцией причины билиарной гипертензии. У 52 пациентов были перкутанно дренированы 206 (от 1 до 8 у одного пациента) холангиогенных абсцессов печени, и выполнено 32 пункционных санации, наложено 82 ЧЧХС под сонофлуороскопическим контролем.

Результаты и их обсуждение. У обследованных нами 52 пациентов с холангиогенными абсцессами печени в 21 (40,4%) случае была выявлена разноуровневая внутрипечёночная желчная гипертензия. Этот синдром сонографически характеризовался асимметричностью не только билобарной дилятации желчного дерева при внепечёночной обструкции желчного дерева, но и различной степенью расширения внутрипечёночных желчных ходов в пределах одной половины печени. Выявленный феномен определяется, по-видимому, возникновением вторичной блокады внутрипечёночных желчных ходов высоких генерация продуктами воспаления на фоне первичной обструкции дистальных отделов желчного дерева. Очевидно, этот процесс носит местный характер и определяется особенностями морфологии желчного дерева, и, опосредованно, – спецификой локальной желчединамики. По-видимому, встречаемость этого феномена выше, учитывая традиционно неравномерное распределение холангиогенных абсцессов по печёночной паренхиме. При этом в зоне формирования холангиогенных абсцессов печени выраженность гипертензии оказывается выше, чем в дистальном русле. Следовательно, целесообразно не просто дренировать холедох, но и разгрузить сегментарные протоки, ответственные за формирование холангиогенных абсцессов печени. Оптимальным способом декомпрессии представляется комбинированная магистральная и сегментарная чреспечёночная холангиостомия, когда один из дренажей локализуется во внутрипечёночном протоке высоких генераций, а второй – в холедохе или общем печёночном протоке в комбинации с перкутанным дренированием наиболее крупных холангиогенных абсцессов.

Если на фоне билиарной декомпрессии и транспариетального дренирования крупных холангиогенных абсцессов (от 20 мм) достоверно уменьшаются размеры недренированных зон деструкции – достаточно повторных пункций для санации этих областей. При стабильных размерах зон экссудации в течение суток – необходимо дополнительное перкутанное дренирование абсцессов размером до 20 мм самофиксирующимися дренажами № 8-10 Fr. Обсуждаемая методика оказалась эффективной у 50 (96,2%) пациентов с холангиогенными абсцессами печени.

К ВОПРОСУ О ВОЗМОЖНОСТИ И НЕОБХОДИМОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В НОВОСИБИРСКЕ

Павленко С.С., Поршенников И.А., Быков А.Ю., Григоров Е.В., Юданов А.В., Толстых Г.Н.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Россия

Трансплантация печени признана на сегодняшний день единственным радикальным методом лечения многих заболеваний печени в терминальной стадии. К сожалению, состояние проблемы в нашей стране нельзя назвать удовлетворительным. За Уралом нет

ни одного центра, где осуществлялась бы трансплантация печени. Между тем реализация программы трансплантации печени в Новосибирске представляется нам скорее организационной проблемой. Действительно, в Новосибирске эффективно реализованы трансплантация почек (ОГУЗ «Государственная Новосибирская областная клиническая больница») и трансплантация сердца (ФГУ «Новосибирский научно-исследовательский институт патологии кровообращения им. акад. Е. Н. Мешалкина Росмедтехнологий»). При этом изъятие органов для трансплантации осуществляется в большинстве случаев на основании констатации факта смерти мозга у донора.

Считается, что ежегодная потребность в трансплантации печени составляет около 20 на 1 млн. населения. Численность населения Новосибирской области на 2008 год составляет 2,636 млн. Таким образом, ежегодная потребность в донорских органах составляет около 50. На сегодняшний день количество эффективных доноров в Новосибирске составляет около 20 в год, при этом донорский пул может быть увеличен ориентировочно до 100 в год за счет увеличения количества донорских баз.

В данной работе мы попытались сформировать модель листа ожидания трансплантации печени, используя результаты работы ОГУЗ «ГНОКБ» за 2008 год. Так, за этот период было госпитализировано 77 больных с хроническими диффузными заболеваниями печени от 17 до 72 лет (средний возраст 50,7 года), их них 13 (16,9%) – в экстренном порядке в связи с развитием кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРПВ). Из госпитализированных в течение 1 года пациентов потенциальными кандидатами в лист ожидания трансплантации печени могли быть 36 (46,8%) пациентов. Среди этих пациентов печеночная недостаточность Child-Pugh A имела место у 20 (55,6%), Child-Pugh B – у 14 (38,9%), Child-Pugh C – у 2 (5,6%) больных. Значение MELD колебалось от 3 до 32 и составило в среднем 10,4±5,94. Распределение по нозологическим формам в данной группе выглядит следующим образом: цирроз печени HCV-этиологии – 13 (36,1%) пациентов; алкогольный цирроз печени – 13 (36,1%%) пациентов; криптогенный цирроз печени – 5 (13,9%) пациентов; первичный билиарный цирроз – 2 (5,6%) пациента; первичный склерозирующий холангит – 1 (2,8%) пациент; гепатоцеллюлярная карцинома на фоне HCV-цирроза печени – 2 (5,6%) пациента (удовлетворяющие Миланским критериям). Клинически значимая портальная гипертензия имела место у 18 (50%) пациентов, у всех из них были применены эндоскопические методы профилактики кровотечений из ВРВП.

Таким образом, создание листа ожидания пациентов на трансплантацию печени не представляется нам большой проблемой. Успешно функционирующая донорская служба и отработанные протоколы иммуносупрессивной терапии при трансплантации других органов являются хорошей базой для организации программы трансплантации печени в Новосибирске.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Павлюк Г.В., Цыбырнэ К.А., Абабий Ф.С., Андон Л.Г., Дану М.И.

Кишиневский госмедуниверситет им. Н. Тестемицану, кафедра хирургии № 2, Республика Молдова

Развитие осложнений со стороны остаточной фиброзной полости (ОФП) после эхинококкэктомии печени остается актуальной и наиболее обсуждаемой проблемой в хирургии эинококкоза.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени путем снижения процента послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2009 гг. в нашей клинике прооперированы 78 больных с эхинококкозом печени. Из них 23 (29,3%) с осложненными нагноением эхинококковыми кистами.

Диагностический алгоритм включал лабораторные методы, УЗИ, рентгенографию, КТ, иммунодиагностику.

Были выполнены различные виды оперативных вмешательств. Больным с нагноившимися кистами зачастую невозможно выполнить радикальные виды операций, а открытая эхинококкэктомия с частичной резекцией фиброзной капсулы и наружным дренированием часто дает осложнения в виде нагноения ОФП с формированием наружных гнойных и желчно-гнойных свищей.

Для снижения числа осложнений в послеоперационном периоде, улучшения репаративных возможностей печени, ускорения процессов облитерации ОФП у 15 больных мы производили иммуностимуляцию мононуклеарными клетками паренхимы печени вблизи фиброзной капсулы (патентное изобретение - MD 3356 G2). Суспензия мононуклеарных клеток – биоактивная субстанция, которая активизирует иммунные реакции организма, ингибирует воспалительный процесс. В области введения суспензии происходит улучшение микроциркуляции, пролиферации, интенсификация процессов резорбции. Методика заключалась в следующем: за 24 – 48 часов до плановой операции у пациента набиралось 10 – 20 мл крови. В лабораторных условиях лимфоциты сепарировались, активировались, помещались в термостат. После эхинококкэктомии, максимальной резекции фиброзной капсулы и обработки остаточной полости культура вводилась в паренхиму печени вблизи фиброзной капсулы по 0,5 – 1 мл с расстоянием между инъекциями в 5 – 6 см в шахматном порядке. Операция завершалась тампонированием ОФП сальником с использованием клеевых композиций.

Результаты. В данной группе не было зарегистрировано осложнений в виде нагноения ОФП в раннем послеоперационном периоде, быстрее протекал восстановительный послеоперационный период, а в отдаленном послеоперационном периоде прослеживалась быстрая облитерация ОФП.

Заключение. Применение взвеси активированных лимфоцитов на этапе хирургического лечения является обоснованным и эффективным методом, позволяющим добиться хороших результатов оперативного лечения.

ЛАЗЕРОАНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА

Пантелеев В.С., Мушарапов Д.Р., Нартайлаков М.А., Соколов В.П.

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

Гнойный холангит – воспаление желчных протоков, чаще всего вторичного характера, и обусловлено инфицированием застойной желчи при обструкции желчных протоков различной этиологии. При прогрессировании гнойного холангита развиваются грозные осложнения в виде холангитических абсцессов печени, острой печеночной и почечной недостаточности, бактериально-токсического шока и сепсиса, с летальностью от 13 до 40%.

Нами разработан способ лечения гнойного холангита (заявка № 2008152890 с приоритетом от 30.12.08 г.), состоящий из двух этапов. На первом этапе проводим декомпрессию желчевыводящих протоков путем выполнения наружной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) под контролем УЗИ. Благодаря этому появляется возможность для купирования механической желтухи. Вторым этапом производим лазероантибиотикотерапию. Для этого используем антибиотик цефобит (цефоперазон). Содержимое каждого флакона с антибиотиком, всего два флакона по одному грамму каждый, разводим в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида, находящегося в пластиковом пакете. Затем производим облучение растворенной субстанции антибиотика через стенку пластикового пакета инфракрасным низкоинтенсивным лазерным излучением. Для этого используется полупроводниковый низкоэнергетический лазерный аппарат АЛТ «Матрикс» с излучателем в импульсном режиме ЛО3, длиной волны 0,89 мкм, мощностью 200 мВт, частотой 1500 Гц, экспозицией 6 минут. После этого облученную субстанцию антибиотика в течение 30 минут вводим внутривенно капельно. Параллельно, в это же время, через другой венозный коллектор производим лазерное облучение крови, для чего используем полупроводниковый лазерный аппарат «Матрикс-ВЛОК» с излучателем в непрерывном режиме, длиной волны 0,63 мкм, мощностью 2 мВт, экспозицией 30 минут.

По данной методике нами пролечено 14 пациентов. Осложнений в виде абсцессов печени и летальных случаев среди пролеченных больных не наблюдали.

Таким образом, полученные клинические результаты позволяют достигнуть эффективного излечения гнойного холангита за счет наружного отведения желчи в результате проведенной чрескожной чреспеченочной холангиостомии в сочетании с противомикробным действием активированной лазерным излучением антибактериальной растворенной субстанции цефобита с системным воздействием лазерного излучения на макроорганизм.

РЕШАЕТ ЛИ ДЕКОМПРЕССИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРОБЛЕМУ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА?

Паршиков В.В., Измайлов С.Г., Градусов В.П., Самсонов А.А., Фирсова В.Г., Романов Р.В., Теремов С.А., Петров В.В., Ходак В.А.

Нижегородская государственная медицинская академия

Цель работы. Определить влияние декомпрессии протоков на флору желчных путей у больных с механической желтухой и гнойным холангитом. Материал и методы. Под наблюдением находился 621 пациент с механической желтухой. Изучили флору желчных путей в двух сериях бактериологических исследований. В первой производили посев желчи, взятой интраоперационно или в ближайшие часы после оперативного вмешательства для выбора средств эмпирической антибиотикотерапии. Во второй серии исследовали желчь на 5 - 8 сутки, чтобы иметь возможность адекватной терапии возможных осложнений. Результаты. У всех пациентов отмечена высокая степень бактериальной контаминации желчи. Титр микроорганизмов достоверно не зависел от этиологии и длительности желтухи, уровня билирубина, трансаминаз. В первой серии исследований почти всегда наблюдали монокультуру, во второй – достоверно чаще микробные ассоциации. Наиболее часто ассоциации встречались в старших возрастных группах. В первой серии исследований ведущая роль принадлежала монокультурам, чаще всего E. coli (49%). На 5 – 8 сутки послеоперационного периода (после адекватной декомпрессии и купирования симптомов холангита) желчь была в 100% контаминированной, флора в 75% случаев была представлена микробными ассоциациями. Наиболее частым возбудителем являлась Pseudomonas aer. (37%), другими были Citrobacter (8%), Acinetobacter (8%), St. epidermidis (8%), Ent. gergoviae (8%), Micrococcus (8%), Ent. cloacae (8%), E. coli (7%) и неферментирующие грамотрицательные палочки (8%). На момент операции в 75% случаев флора была чувствительна к полусинтетическим пенициллинам, цефалоспоринам первых поколений. На 5-8 сутки были активны только препараты резерва. Обсуждение. Преобладание монокультуры в первой серии исследования существенно отличается от данных зарубежной литературы [Povoski S.P. et al.,1999]. Выявленный в ходе работы уровень контаминации желчи (100%) не полностью согласуется с результатами других исследователей [Neve R. et al., 2003]. Декомпрессия желчных путей снижает поступление микроорганизмов в системный кровоток и купирует симптомы холангита, но не деконтаминирует билиарное дерево. Антибиотикотерапия на этом фоне приводит к селекции высокорезистентной флоры. Поэтому при этапном хирургическом лечении гнойно-воспалительные осложнения в ряде случаев имеют место чаще, чем при одномоментной коррекции непроходимости желчных путей. Это не противоречит данным ряда зарубежных исследований [Povoski S.P. et al., 1999; Arai T. et al., 2002]. Заключение. Антибиотикотерапия необходима с момента госпитализации вследствие 100% бактериальной контаминированности желчи в высоких титрах. В периоперационном периоде флора чувствительна к традиционно применяемым антибиотикам. На 5 – 8 сутки микробный пейзаж меняется в сторону полиморфной резистентной флоры. Следует использовать препараты резерва. Предпочтительный путь введения медикаментов — внутривенный. Средствами выбора являются антибиотики с максимальной экскрецией в желчь и препараты с антисинегнойной активностью. Декомпрессия желчевыводящей системы купирует симптомы холангита, но не санирует желчные пути. Наружное декомпрессивное дренирование желчных путей должно быть по возможности кратковременным, необходим адекватный энтеральный возврат желчи.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОГО ГЕНЕЗА

Парфенов И.П., , Ярош А.Л., Сергеев О.С., Солошенко А.В., Карпачев А.А., Францев С.П., Ждановский О.М., Балакирева О.В., Битенская Е.П.

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья

Введение. В настоящее время, с применением малоинвазивных вмешательств на протоках, нельзя не отметить определенные успехи в хирургическом лечении острого холангита, результатом чего является снижение количества осложнений и послеоперационной летальности (Ахаладзе Г.Г., 2003; Багненко С.Ф., Шляпников С.А., Корольков А.Ю., 2007). Однако в диагностике и лечении холангита до настоящего времени остается ряд нерешенных проблем. Определение показаний к применению того или иного метода декомпрессии билиарного тракта, по-прежнему, является одним из наиболее спорных вопросов желчной хирургии. В связи с этим целью работы явился анализ эндоскопических транспапиллярных методов де-

компрессии в хирургическом лечении острого гнойного холангита желчнокаменного генеза.

Материалы и методы. С 2007 по 2008 год под нашим наблюдением находилось 114 больных с острым гнойным холангитом желчнокаменного генеза. Возраст больных варьировал от 21 до 85 лет и составил, в среднем, 65,7±1,62 года. Среди пациентов преобладали женщины, составившие 71,5%. Средняя продолжительность желтухи у больных от начала заболевания до поступления в клинику составила 7,21±1,31 суток и колебалась от 1 до 72-х суток. При поступлении у 63,15% больных тяжесть состояния по шкале SAPS II была средней степени (26±2,4 балла), у 25,4% – тяжелое (35,2±2,5 балла) и у 11,4 % – крайне тяжелое (44,7±1,7 балла).

Все больные подвергались комплексному обследованию: общий и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, эндоскопическая ретроградная холангиография. Для оценки исходного состояния желчных протоков и контроля за эффективностью лечения проводили анализ цитограмм соскобов слизистой холедоха и микроскопическое, бактериологическое, биохимическое и иммунологическое исследования желчи, полученной при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах.

Результаты и обсуждение. Разрешение механической желтухи проводили в экстренном порядке, при этом среднее количество часов от момента поступления в клинику до оперативного вмешательства составило 14,33±1,7 часа. Всем больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), при этом у 36% больных она была дополнена назобилиарным дренированием (НБД). Показанием для НБД считали: неразрешенный холедохолитиаз на фоне высоких цифр билирубинемии, холангит в сочетании с острым билиарным панкреатитом, а также отсутствие адекватного желчеоттока после ЭПСТ. Эндоскопическая литоэкстракция была выполнена у 31% больных, у остальных отмечено самопроизвольное отхождение конкрементов в просвет двенадцатиперстной кишки. При неэффективности малоинвазивных эндоскопических декомпрессивных вмешательств выполняли «традиционные» оперативные вмешательства на желчевыводящих путях (4,4% больных).

Средняя продолжительность пребывания в стационаре колебалась от 5 до 28 суток и, в среднем, составила 9,47±0,54 суток.

Умерло двое больных, летальность составила 1,75%. Причиной летального исхода в одном случае явился бактериально-септический шок, в другом – острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелого билиарного сепсиса.

Таким образом, активное применение эндоскопических транспапиллярных декомпрессивных вмешательств при остром холангите желчнокаменного генеза позволяет добиться хороших результатов в лечении и значительно снизить процент летальных исходов.

ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПУНКЦИОННЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Погребняков В.Ю., Хавень Б.Н.

Медицинская академия,
Чита, Россия

Основным методом хирургического лечения абсцессов печени является наружное дренирование. При этом одной из проблем является часто сопутствующая продукция желчи в полость абсцесса, что в немалой степени способствует поддержанию воспалительного процесса, а также является причиной формирования длительно функционирующих желчных свищей.

Цель исследования. Определить особенности ведения больных при малоинвазивном чрескожном пункционном дренировании (ЧПД) абсцессов печени.

Материалы и методы. Обобщен опыт лечения с использованием ЧПД дренирования 34 больных с абсцессами печении различной этиологии. Холангиогенная природа абсцессов была в 15 (44%) наблюдениях, посттравматическая – в 9 (26,5%), абсцессы септической этиологии — в 10 (29,5%) наблюдениях.

У всех больных в качестве основного метода применяли малоинвазивное пункционное дренирование абсцессов под сочетанным ультразвуковым и рентгенотелевизионным (РТВ) наблюдением. В качестве дренажей использовали малотравматичные эластичные пластиковые трубки диаметром от 2,5 до 5 мм, чаще однопросветные. Целесообразность использования эластичных дренажей была обусловлена предупреждением разрушения внутреннего грануляционного вала и созданием максимальной возможности к спадению полости абсцесса.

У больных с септическими абсцессами печени, как правило, существенного желчного отделяемого в полость абсцесса не было, а проводимые неоднократные фистулографии позволили установить отсутствие сообщений с магистральными желчными протоками. Основными местными лечебными мероприятиями в данной группе были проведение активного приточно-аспирационного промывания антисептическими растворами, внутриполостное введение антибиотиков. При купировании основного воспалительного процесса в лечение добавляли внутриполостную склеротерапию.

При холангиогенных абсцессах, в отличие от септических, отмечалась значительная примесь желчи в гнойном отделяемом. У всех больных данной группы в сроки от 1 до 7 дней после ЧПД при фистулографии было установлено сообщение абсцессов с желчными протоками. На первом этапе использовали активное приточно-аспирационное промывание антисептическими растворами. После выявления сообщений с желчевыводящими протоками постепенно уменьшали время и интенсивность активной аспирации с целью предотвращения ретроградного инфицирования. Затем, по мере купирования местного воспаления, стремились к созданию устойчивого оттока по желчевыводящим путям, для чего проводили внутриполостные инфузии растворов под небольшим давлением и ведение больных на отключенном дренаже с постоянно возрастающим временным интервалом отключения. Склеротерапию у данной группы больных не применяли.

При посттравматической природе заболевания в 7 случаях из 9 абсцессы имели сообщение с желчными протоками, и лишь у двух больных, при поверхностной локализации, значимой связи с желчевыделительной системой не было. Ведение данных больных проводили по вышеприведенным схемам.

Результаты. Чрескожное пункционное дренирование позволило достичь полного излечения заболевания у 32 больных. В двух случаях потребовалось дополнительное плановое «открытое» вмешательство с целью удаления крупных секвестров в полостях абсцессов.

Таким образом, наш опыт свидетельствует, что в основе лечения абсцессов печени должна быть ориентация на их сообщение с желчевыделительной системой, что позволяет добиться успеха и снять проблему длительно функционирующих желчных свищей в подавляющем большинстве случаев.

ОПЫТ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПРЕДПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Поршенников И.А., Старостин С.А.

Новосибирский государственный медицинский университет,
Государственная Новосибирская областная
клиническая больница, Россия

Основной целью лечения больных с синдромом портальной гипертензии является минимизация риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП). При предпеченочной окклюзии воротной вены шунтирующие вмешательства позволяют достичь этой цели у большинства пациентов.

Материалы и методы. С 2000 по 2009 год в ГНОКБ был оперирован 31 пациент (17 мужчин и 14 женщин) с предпеченочной портальной гипертензией в возрасте от 5 до 28 лет (средний возраст 15,3±6,06 года). У 28 пациентов (90,3%) в анамнезе имелись кровотечения из ВРВП. 5 пациентов (16,1%) поступили экстренно в связи с продолжающимся кровотечением.

Результаты. Все операции выполнены в плановом порядке. У всех пациентов, поступивших с кровотечениями, гемостаз был достигнут консервативно, первым этапом выполнено эндоскопическое лигирование ВРВП. Мы не являемся сторонниками шунтирующих операций на высоте кровотечения, хотя и не исключаем возможность их выполнения. Мезентерикокавальное шунтирование было наиболее частым вмешательством, у 23 больных (74,2%) оно выполнено в варианте латеролатерального мезентерикокавального анастомоза, у 1 (3,2%) – в варианте Н-образного шунта PTFE-вставкой. Необходимо отметить, что 16 пациентам (51,6%) из этой группы ранее была выполнена спленэктомия в других лечебных учреждениях. Спленоренальное шунтирование у 1 больного (3,2%) реализовано в варианте латеролатерального спленоренального анастомоза, у 6 (19,4%) – в варианте центрального спленоренального анастомоза в сочетании со спленэктомией. Последние мы выполняли до 2003 года у пациентов с выраженным гиперспленизмом, однако в настоящее время отказались от этого варианта операции. Действительно, любой тип портосистемного шунта эффективно корригирует явления гиперспленизма, однако спленэктомия в послеоперационном периоде приводит к тромбоцитозу, что может являться причиной тромботических осложнений, в том числе тромбозов шунтов. Так, уровень тромбоцитов после операции в группе «шунт без спленэктомии» составил 183,8±31,65 ×10^9/л, в группе «шунт+спленэктомия» – 568,8±236,33 ×10^9/л, различия статистически значимы: p<0,001. Послеоперационная летальность составила 0%. Срок наблюдения составляет от 4 до 105 месяцев, все пациенты живы. Нами не отмечено ни одного случая развития постшунтовой энцефалопатии. Тромбоз шунта в отдаленном послеоперационном периоде зафиксирован у 7 больных (22,6%), при этом рецидив кровотечения имел место в 3 случаях (9,7%). Важно, что 6 пациентов с тромбозами шунтов в анамнезе имели спленэктомию до шунтирования, а 1 пациентке выполнена спленэктомия в сочетании со спленоренальным анастомозом (тромбоз наступил во время беременности). Всем пациентам с тромбозами шунтов выполняется этапная эндоскопическая коррекция ВРВП, на фоне которой рецидивы кровотечений не зафиксированы.

Заключение. Портосистемное шунтирование эффективно и корректно ликвидирует проявления портальной гипертензии и гиперспленизма у пациентов с предпеченочной окклюзией воротной вены, не приводя к постшунтовой энцефалопатии. Спленэктомия и различного рода разобщающие операции не должны выполняться у данных пациентов (за исключением спленэктомии при «левосторонней» портальной гипертензии).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ И РАКЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Пострелов Н.А., Дрогомирецкая Е.А.,
Васильев А.Н. , Фетуллаев М.Ф.

СПбГМА им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Цель. Изучить признаки холангиогенной инфекции при холедохолитиазе и раке желчных путей в связи с SIRS.

Материалы и методы. Проведён анализ историй болезни 222 больных холедохолитиазом, осложнённым острым катаральным и гнойным холангитом, а также 374 больных холедохолитиазом с субклиническим течением холангита и 265 больных раком желчных путей.

Результаты. В группе 143 больных острым катаральным холангитом после холедохолитостомии признаков SIRS не выявлено (t°тела >38°С, лейкоцитоз > 14 000, частота пульса > 90 ударов в минуту, одышка в покое). В группе 374 больных с субклиническим течением холангита при холедохолитиазе до операции вышеперечисленных признаков воспалительной реакции также не выявлено. У 99 больных выявлены проявления обострения холангиогенной инфекции после холедохолитостомии, у 8 с летальным исходом. У 61 определялась холангиогенная лихорадка с t° тела более 38,5°С, продолжительностью от 2 до 6 дней. У 38 выявился другой вариант течения инфекции, характеризовавшийся тяжестью состояния и продолжительностью лихорадки >38,5°С с другими признаками воспалительной реакции до 3–4 недель. При этом, несмотря на адекватное дренирование протоков и отсутствие других причин гнойной интоксикации, наблюдались ознобы, проливные поты, олигурия, нередко длительная билирубинемия, что свидетельствовало о септическом характере воспаления. У 3 больных диагностированы острые язвы желудка и тонкой кишки, у 4 – причиной летального исхода был септический шок, у 4 – перитонит. Факторами риска тяжелого послеоперационного течения были сахарный диабет, возраст старше 70 лет, холемия в связи с обтурацией протоков свыше 171 ммоль/л, а также сопутствующие билиобилиарные и билиодигестивные свищи. Проявления гнойной инфекции усугублялись наличием гнойного поражения печени и желчных протоков. Тяжесть состояния этих больных объяснялась присоединением полиорганной недостаточности, что соответствует современным представлениям о SIRS при гнойном холангите.

Сопоставление признаков холангита при раке желчных путей у 265 больных выявило субклиническое течение инфекции у 173 в связи с раковым иммунодефицитом, химиотерапией, зависимость от локализации опухоли. Возникновение холангита, как правило, было связано с хирургическим лечением (билиодигестивные анастомозы, наружно-внутреннее дренирование, стентирование – катетерный холангит). В клинических проявлениях отсутствовал холестатический компонент, но инфекция поддерживала гнойную интоксикацию и усугубляла тяжесть состояния у больных этой группы.

Выводы. Клиническое течение гнойной инфекции при холангите соответствует последовательности развития SIRS.

ФАКТОРЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Потапов А.В. , Ионин В.П.

Ханты-Мансийский Государственный медицинский институт, Ханты-Мансийск, Российская Федерация

Среди больных острым деструктивным калькулезным холециститом группу повышенного риска в основном составляют пациенты пожилого возраста с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. Летальность в указанной группе составляет 2-8%. Учитывая неоднозначные результаты лечения, представляется актуальным уточнение факторов группы повышенного риска.

Цель исследования. Определить факторы формирования группы повышенного риска у больных острым калькулезным холециститом.

Материал и методы. Изучались результаты хирургического лечения 254 больных острым калькулезным холециститом. В качестве анализируемых факторов использовались пол, возраст, сопутствующая патология, степень декомпенсации (по классификации ASA) клинико-анамнестические, лабораторные, инструментальные данные и результаты способов лечения. Кластерный и лог-линейный анализ проводился с помощью программе SPSS 13.0.

Результаты. Иерархический агломеративный кластерный анализ позволил выделить 4 статистически однородных группы пациентов. В 1 группу включено 68 человек. 4 пациента излечены консервативно, 29 выполнена лапароскопическая, 35 – открытая холецистэктомии. Частота послеоперационных осложнений составила 14%, летальность 3%. Основными причинами летальных исходов были у двух женщин 63 и 67 лет с сопутствующей патологией (гипертоническая болезнь II стадии в сочетании с сахарным диабетом II типа) прогрессирующая почечная недостаточность в послеоперационном периоде, которой не было исходно. Длительность госпитализации 12 дней. Это группа повышенного риска.

2 группа из 68 пациентов. 58 выполнена лапароскопическая холецистэктомия, 10 - открытая. Частота послеоперационных осложнений составила 4%, летальность 0%. Длительность госпитализации 10 дней. Эта группа больных с невысоким риском.

3 группа – 86 пациентов, 78 из которых излечены консервативно, у 8 выполнена лапароскопическое вмешательство без осложнений и летальных исходов. Длительность госпитализации составила 7 дней. Эта группа больных – с неосложненным острым холециститом.

4 группа – 32 пациента, которым холецитсэктомия выполнена позже, чем через 7 суток после поступления: 12 – лапароскопическим и 20 – открытым способом. Частота послеоперационных осложнений составила 3%. Летальных исходов не было. Длительность госпитализации 9 дней. Эта группа – больные, оперированные по отсроченным показаниям.

Выявлено, что группу повышенного риска образуют не только пациенты с сопутствующей патологией и III–IV степени по ASA (chi-square=126,1), но и взаимодействие таких факторов, как возраст и сопутствующая патология (chi-square=89,6), пол и сопутствующая патология (chi-square=21,1), пол и возраст (chi-square=14). Все различия статистически значимы.

Выделены следующие особенности пациентов в группе повышенного риска:

– сопутствующая патология с декомпенсацией в 50,1% случаев;

– взаимодействие факторов: возраст и сопутствующая патология в 35,6% случаев, пол и сопутствующая патология у 8,4%, пол и возраст у 5,8% пациентов.

Заключение. Группа повышенного риска у пациентов с острым холециститом определяется не только степенью декомпенсации сопутствующей патологии (риск операции и анестезии по ASA III–IV ст.), но и взаимодействие таких факторов, как пол и возраст, пол или возраст с сопутствующей патологией в стадии компенсации.

ПУНКЦИОННАЯ ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ И МИНИ-ДОСТУП В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА

Притула А.Е.

Россия, Московская обл. Дубна МУЗ «Дубненская городская больница»

Западная Сибирь является самым большим очагом заболевания описторхозом. Хронический описторхоз усугубляет течение острого холецистита, а в некоторых случаях является его причиной. Клиническую картину при длительной описторхозной инвазии определяют пролиферативные процессы внутри и вне печеночных желчных протоков, что ведет к развитию холангиоэктазов, холангитов, холециститов.

Изучено 110 историй болезни больных острым холециститом на фоне хронического описторхоза, которые лечились с 1997 по 2007 годы в Городской больнице г. Мегиона. Выборка осуществлялась сплошным методом. В исследование включены оперированные больные с острым холециститом на фоне хронического описторхоза старше 60-ти лет, с различной сопутствующей патологией. 45(40,9%) пациентов лечились с использованием пробной консервативной терапии и традиционной холецистэктомии в радикальном лечении.

При анализе обращает на себя внимание, что летальность и количество осложнений у больных, оперированных экстренно, срочно и отсрочено остается высокой, при этом количество деструктивных форм не меняется в зависимости от сроков операции. Выполнено: холецистэктомии 31(68,9%); ХЭ+ХДА 2(4,5%); ХЭ+холедохотомия 11(24,5%). Умерло 6 пациентов, летальность составила 13,33%. Послеоперационных осложнений, потребовавших релапаротомии было 4(8,88%), средний койко-день составил 23,4. Неудовлетворительные результаты лечения данной группы пациентов и сомнительные показания к операции при остром холецистите без ЖКБ и стриктур желчевыводящих путей заставили изменить хирургическую тактику. Применение ранней пункционной декомпрессии желчного пузыря и открытой лапароскопической холецистэктомии легли в основу разработанного алгоритма обследования и лечения острого холецистита на фоне описторхоза, использовали принципы активности, малотравматичности, этапности и диапевтической направленности.

ЧЧМХС произведена у 65 (59,1%) больных при поступлении, показанием являлась желчная гипертензия, выявленная по данным УЗИ. У всех пациентов отмечалось повышенное давление в желчном пузыре (среднее 363,8 мм.в.ст.). Устранение ведущего патогенетического фактора позволило купировать клинические и воспалительные проявления болезни и провести более точную диагностику. Выявлено: холедохолитиаз 6 (9%); стриктура терминального отдела холедоха 6 (9%); стриктура БДС 5(7,7%); отключенный желчный пузырь 48 (74%). При продолжении санации желчного пузыря, на вторые сутки у 44 (92%) проходимость пузырного протока восстановилась. Сочетание описторхоза и ЖКБ выявлено в 32 (48,2%) случаях.

Показанием для оперативного лечения являлась ЖКБ и стриктуры желчевыводящих путей, предпочтение отдавалось минилапаротомному доступу по М.И. Прудкову, поскольку он сочетает в себе достоинства лапароскопических операций и сохраняет преимущества традиционной холецистэктомии, позволяет производить вмешательства на холедохе.

Выполнено 30 (46%) холецистэктомий, 9(14%) ХЭ+ХДА, в 8 (13,5%) камни холедоха удалось удалить эндоскопически. Все операции сопровождались дренированием холедоха, для послеоперационной декомпрессии и дегильминтизиции. В 26 (40%) случаях при отсутствии по данным чресфистульной холецистохолангиографии и УЗИ иной причины острого холецистита, кроме описторхоза, удалось отказаться от холецистэктомии после восстановления проходимости желчных путей и дегельминтизации йединолом.

В результате применения этапного и малоинвазивного подхода в лечении острого холецистита на фоне описторхоза, более точной дооперационной диагностики, продолженной декомпрессии, ранней санации и дегельминтизации, позволило снизить послеоперационную летальность до 1,5%, уменьшить тяжелые послеоперационные осложнения до 1,53%, сократить пребывание на больничной койке до 14,43 дней.

ВЫБОР СПОСОБА ПРОДОЛЬНОЙ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ ПРИ НЕШИРОКОМ

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

Клиника факультетской хирургии на базе областной клинической больницы, Омск.

Основным показанием к продольной панкреатоеюностомии (ППЕС) считается наличие внутрипротоковой гипертензии с доказанной дилатацией главного панкреатического прока (ГПП).

Цель исследования. Улучшить результаты операций внутреннего дренирования при облитерации ГПП при хроническом панкреатите (ХП).

Материалы и методы. Анализированы результаты лечения 46 пациентов после ППЕС. Мужчин было 35, женщин 11. Средний возраст 45,8 года. Дуоденостеноз имел место у 13%, механическая желтуха у 8,7%, выходящие за пределы поджелудочной железы (ПЖ) кисты у 37% и панкреатические свищи у 15,2% пациентов. Наиболее информативным методом диагностики оказалась МСКТ с чувствительностью метода 97,8%. Вирсунголитиаз имел место у 65,2%, стриктуры ГПП - у 56,5% пациентов. Для косвенной оценки степени внутрипротоковой гипертензии по данным МСКТ рассчитывалась ширина ГПП. Дилатация ГПП более 5 мм определена у 93,5%, менее 5 мм – у 6,5% (неширокий ГПП).

ППЕС в модификации Pustow II выполнена 26 пациентам, Pustow I - 2, в сочетании с частичной резекцией головки ПЖ - 13, с иссечением тела ПЖ – 5. ППЕС считается оптимальным методом хирургического лечения ХП. Одним из сложных вариантов течения ХП является обтурация (или облитерация) ГПП, когда обычное рассечение последнего оказывается нерадикальным. Известны способы, позволяющие увеличить (расширить) площадь анастомозируемой поверхности ПЖ. (Шалимова А.А., 1979 г., K. Warren 1980 г.). С 2005 года мы использовали оригинальную методику ППЕС (патент № 2296517), которая заключалась в том, что на протяжении разреза ГПП через одинаковые расстояния производится иссечение паренхимы ПЖ в виде фрагментов треугольной с вершинами, обращёнными к верхнему и нижнему краям ПЖ, формируется поверхность зубчатой формы, с которой и анастомозируется петля тонкой кишки. При этом максимально вскрываются все полости, лакуны и ответвления ГПП вместе с поражёнными панкреатическими протоками 1-го порядка. По данной методике оперировано 5 пациентов.

Результаты. Послеоперационные осложнения имели место в 4,3% (2 релапаротомии с благоприятным исходом), летальность 0%. В отдалённом периоде (от 1 до 5 лет) оперировано по поводу прогрессирования ХП 3, умерло - 2 пациента (1 из них от малигнизации кисты). Отдалённые результаты в целом расценены как хорошие у 82,6%, удовлетворительные у 10,9%, плохие у 6,5% пациентов. Среди 5 пациентов, оперированных в объёме ППЕС в сочетании с иссечением паренхимы тела ПЖ, удовлетворительных результатов в отдалённом периоде оказалось 3, неудовлетворительных - 1 и хороших - 1.

Заключение. Результаты выполнения ППЕС зависят от адекватности дренирования протоковой системы ПЖ. При неширокомГПП необходимо выполнять иссечение паренхимы ПЖ для вскрытия панкреатических протоков 1-го порядка и увеличения анастомозируемой поверхности. Несмотря на попытки улучшить дренаж протоковой системы ПЖ, процент хороших результатов ППЕС при неширокомГПП значительно ниже результатов общей статистики ППЕС.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОТОКСИКОЗА И ВОЗМОЖНОСТИ ДИСКРЕТНОГО ПЛАЗМАФЕРЕЗА ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ

Рыбачков В.В., Кабанов Е.Н., Майоров М.И.

Ярославская государственная медицинская академия, Ярославль, Россия

Цель исследования. Изучение структуры эндогенной интоксикации и оценка эффективности плазмафереза при остром гнойном холангите.

Материалы и методы. 210 больных с гнойным холангитом, находившихся на лечении с 1990 по 2007 годы. Среди них 159 женщин (75,7%) и 51 мужчина (24,3%) в возрасте от 23 до 92 лет. Средний возраст составил 70,2 ± 4,3 года. Причинами холангита в 86,2% случаев явился холедохолитиаз, у 13,8 % больных стеноз БДС и стриктуры желчного протока. Наиболее часто холангит сочетался с острым (53,3%) или хроническим (27,1%) холециститом, в остальных случаях развился после выполненной ранее холецистэктомии. У 34 больных (16,2%) диагностирован синдром полиорганной недостаточности (СПОН). Преобладала печеночно-почечная недостаточность (88,2% случаев). Всем больным выполнялись открытые или эндоскопические вмешательства по восстановлению проходимости желчных путей. Предпочтение отдавали двухэтапной тактике с первичной эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) и последующей малоинвазивной холецистэктомией в холодном периоде. Из 243 оперативных вмешательств первичная эндоскопическая декомпрессия была эффективной у 116 больных (55,3%). В 38,6% наблюдений ЭПСТ стала окончательным методом лечения холангита в период данной госпитализации. У 67 наиболее тяжелых больных в послеоперационном периоде в комплексе детоксикационной терапии выполнено 126 сеансов дискретного плазмафереза.

Результаты исследования и их обсуждение. Установлено, что при развитии гнойного холангита в плазме крови больных нака-

пливаются токсические продукты промежуточного метаболизма. Из 10 выявленных соединений ведущая роль в развитии эндотоксикоза принадлежит н-масляному альдегиду, изовалериановому альдегиду, триметиламину и этаннитрилу. Степень увеличения их уровня в плазме крови колебалась от 2,6 до 114 раз относительно группы контроля. Дальнейший рост концентрации ацетальдегида, диэтиламина и метилизоцианида в 3, 3 – 9,1 раза оказывал непосредственное влияние на развитие полиорганной недоста-точности. Исследование конечных продуктов обмена (билирубин, мочевина, креатинин, остаточный азот) при холангите показало увеличение всех показателей в плазме крови в 1,5 – 3,3 раза. Изменение токсичности плазмы происходило на фоне нарастания токсических свойств желчи. Специальные исследования у 14 больных с холангитом выявили в желчи 16 токсических соединений, среди которых доминируют альдегиды, спирты, ацетон и диацетил. Содержание их превысило параметры контроля в 1,9 – 23,1 раза.

Оценка эффективности дискретного плазмафереза при гнойном холангите выявила снижение концентрации конечных метаболитов на 29,2 - 47,3% и промежуточных токсических соединений в 1,2 – 2,9 раза после сеанса эфферентной детоксикации. При среднем уровне летальности в 11,4% при гнойном холангите, в группе больных без полиорганных нарушений процент неблагоприятных исходов уменьшился в 1,5 раза с 6,25 до 4,2 %. При наличии синдрома ПОН возможности плазмафереза были менее значимы и проявились в снижении уровня летальности с 46,7 до 36,8%.

Выводы. Развитие гнойного холангита сопровождается прогрессирую-щей эндотоксемией, имеющей непосредственное отношение к формированию синдрома полиорганной недостаточности у данного контингента больных.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Рябков М.Г., Ершов В.В., Сабаури Р.В., Гаврилов С.В., Светозарский Н.Л

Институт ФСБ России (Нижний Новгород), Россия; МУЗ БСМП, Дзержинск, Россия

Целью исследования стала разработка оптимального лечебно-диагностического алгоритма у больных с острой хирургической патологией желчных путей.

Материалы и методы. В 2007-2009 годах под нашим наблюдением находились 26 больных с механической желтухой и острым калькулезным холециститом, тяжесть состояния которых по шкале В.С. Савельева превышала 50 баллов, что явилось показанием к 2-этапному методу лечения. Всем больным в первые сутки после поступления выполнялось ультразвуковое исследование, биохимические анализы крови, ФГДС. С диагностической и лечебной целью всем больным в первых трое суток нахождения в стационаре выполнена чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧПХС) под контролем УЗИ.

У 12 пациентов на этапе неинвазивных исследований выявлена желчнокаменная болезнь, острый калькулезный холецистит. В данной группе пациентов ЧЧПХС завершалась удалением жидкого содержимого желчного пузыря, забором содержимого пузыря для микробиологического исследования, определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам, дренированием и санацией полости пузыря растворами антисептиков в течение 5-9 суток.

У 14 обследованных пациентов наблюдали синдром механической желтухи. В данной группе больных первый этап оперативного вмешательства состоял из ЧЧПХС, дренирования желчного пузыря, декомпрессии желчных путей до нормализации уровня билирубина в крови. При неустановленной причине желтухи больным проводили чрескожную чреспеченочную холецистохолангиографию.

У 8 пациентов механическая желтуха была вызвана злокачественным новообразова¬нием поджелудочной железы, у 2 пациентов – псевдотуморозным панкреатитом в области головки поджелудочной железы, у 4 пациентов – холедохолитиазом. Применение холецистохолангиографии во всех неясных случаях позволило определить локализацию и протяженность обтурации желчных путей. Независимо от этиологии механической желтухи и степени печеночной недостаточности дренирование желчных протоков уже в течение первых суток значительно улучшало общее состояние, лабораторные показатели крови. К 10-12 суткам состояние больных приближалось к удовлетворительному, светлели кожные покровы, склеры, восстанавливалась двигательная активность.

После малоинвазивного вмешательства радикальная операция в плановом и отсроченном порядке у больных с калькулезным холецистотитом проведена в 7 случаях, а у при механической желтухе - радикальная у 4 пациентов, паллиативная – у 5 пациентов. У 5 пациентов с неоперабельным раком поджелудочной железы ЧЧПХС явилась окончательным хирургическим пособием.

В 2 наблюдениях билиарная декомпрессия осложнилась желчным затеком с развитием неотграниченного перитонита, по причине чего больные были оперированы в неотложном порядке. В связи с развившимися осложнениями в раннем послеоперационном периоде умер 1 больной.

Таким образом, наружное билиарное дренирование под контролем УЗИ позволяет купировать воспалительный процесс у наиболее тяжелых больных с острым калькулезным холециститом и подготовить их к отсроченному радикальному оперативному вмешательству. У пациентов с механической желтухой малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ эффективны при определении уровня и протяженность обтурации, а также должны использоваться в качестве предоперационной подготовки или окончательного вида лечения инкурабельных больных.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Сажин В.П., Юрищев А.В., Климов Д.Е., Нуждихин А.В., Сажин И.В.

Новомосковская городская клиническая больница, Новомосковск, Россия

Цель исследования. Оценить возможности эндовидеохирургических технологий в лечении острого холецистита, осложнённого механической желтухой.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2008 годы госпитализировано 725 больных с острым холециститом. Из них у 59 (8,14%) больных были выявлены признаки желчной гипертензии. Диагноз во всех случаях устанавливался на основании клинических данных, лабораторного обследования и ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости. Сразу после поступления начинали проводить консервативную терапию, направленную на коррекцию патологических изменений и на подготовку к возможному оперативному лечению. При наличии механической желтухи больным в срочном порядке выполняли эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). ЭРХПГ удалось выполнить 50 (84,8%) больным. У 9 (15,3%) больных попытки ЭРХПГ оказались безуспешны, что объясняется в 6 (10,2%) случаях анатомическими особенностями (парапапиллярный дивертикул, резекция желудка в анамнезе). В 3 (5,1%) случаях был отказ больных от манипуляции. ЭРХПГ позволила диагностировать холедохолитиаз у 39 (78,2%), папиллостеноз у 11 (22,3%) больных. Всем больным во время ЭРХПГ выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с возможным этапным продолжением операции через 24 часа до возможно полного рассечения большого дуоденального сосочка (БДС).

Результаты: у 43 (86,4%) больных, подвергшихся ЭРХПГ, причины желчной гипертензии удалось устранить посредством ЭПСТ. Папиллостеноз был устранён у 11 (22,3%) больных, холедохолитиаз у 32 (64,3%) больных. После успешно выполненной ЭПСТ положительная динамика острого холецистита достигнута у 31 (62,1%) больного. Всем им в плановом порядке выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). 12 (38,0%) больных после устранения желчной гипертензии были оперированы в срочном порядке в связи с отсутствием положительной динамики острого холецистита. 9 (75,0%) из этих больных удалось выполнить ЛХЭ. Причины конверсии у остальных 3 (25,0%) больных - это технические трудности во время ЛХЭ, связанные с выраженным инфильтратом в шейке желчного пузыря. У 7 (14,0%) больных устранить причины желчной гипертензии выполнением ЭПСТ не удалось. Это объясняется множественным холедохолитиазом, высокими стриктурами холедоха, невозможностью полного рассечения БДС из-за анатомических особенностей. Однако проведением консервативной терапии удалось добиться положительной динамики (купирование острого холецистита и механической желтухи) у 3 (42,9%) из этих больных. В плановом порядке они были оперированы. Всем им выполнена ЛХЭ с интраоперационной холангиографией. Ни в одном случае признаков желчной гипертензии не было, что объясняется уменьшением воспалительного инфильтрата в области холедоха. 4 (57,1%) из этих больных были оперированы в срочном порядке. У всех из них во время ЛХЭ выполнена конверсия из-за выраженного воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря и холедоха.

Заключение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия при остром холецистите, осложнённом механической желтухой, позволяет в большинстве случаев добиться полной регрессии заболевания и провести ЛХЭ в плановом порядке. При отсутствии положительной динамики острого холецистита подобная тактика позволяет выполнять малоинвазивные вмешательства.

МИНИИНВАЗИВНОЕ ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЛИТИАЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Самарцев В.А., Сандаков П.Я., Дьяченко М.И., Соснин Д.Ю.

ГОУ ВПО «ПГМА Росздрава», кафедра общей хирургии лечебного факультета

Цель исследования – улучшение результатов этапного миниинвазивного лечения холелитиаза и его осложнений у групп высокого операционного риска.

Материал и методы. У 263 больным ЖКБ с высоким операционным риском, осложненной холедохолитиазом и холангитом, выполнены этапные операции с целью декомпрессии желчевыводящих путей и коррекции формирующейся полиорганной дисфункции и печеночной недостаточности. Хирургическая тактика состояла из нескольких этапов и зависела от преобладания клиники острого холецистита, острой блокады терминального отдела гепатикохоледоха или их сочетания. Из них у 58 (22%) человек с ХКХ произведена изолированная ЭПТ без холецистэктомии в дальнейшем. Все пациенты были старше 65 лет и имели тяжелую компенсированную или субкомпенсированную сопутствующую патологию, операционно-анестезиологический риск 4-5-й степени. Летальных исходов в этой группе не было.

Результаты. У 55 (21%) пациентов первым этапом произведена ЭПТ с эндоскопической литотрипсией и литоэкстракцией, а на 2-4-е сутки -ЛХЭ. У 121 (46%) больного с крупными камнями в холедохе первым этапом произведена ЭПТ, а на 2-3-и сутки - МХЭ. Из них 73 (61%) пациента имели в анамнезе различные операции на верхнем и нижнем отделах брюшной полости. У 29 (11%) человек с ОДКХ и холедохолитиазом первым этапом произведена МХЭ с наружным дренированием гепатикохоледоха и интраоперационной холангиографией, а затем на 6-7-е сутки выполнена ЭПТ.

Всего из 568 больных, имевших осложнения со стороны внепеченочных желчевыводящих путей и поджелудочной железы, по поводу острого калькулезного холецистита оперировано 156 (27,4%) человек, из них у 74 (47,4%) была высокая степень операционного риска. Все больные оперированы в течение 6-12 часов от момента поступления в стационар после предоперационной подготовки и обследования. Основной задачей являлась декомпрессия билиарного и панкреатического трактов и холецистэктомия. По экстренным показаниям 114 (73%) больным произведена ЭРХПГ и ЭПТ, 6 (3,8%) в связи с крайней тяжестью состояния произведено наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ, 8 (5,1%) после диагностической лапароскопии выполнено наложение подвесной холецистостомы по Прудкову с литоэкстракцией и динамической холецистоскопией для оценки воспалительных изменений в желчном пузыре. 82 (52,6%) больным была выполнена ЛХЭ после адекватного внутреннего дренирования билиарного тракта. Из 74 (47,4%) больных с высоким операционным риском 23(31%) произведена ЭПТ с последующей ЛХЭ; 4(5%) – первым этапом, в связи с наличием ОГКХ, произведена ЛХЭ с последующей ЭПТ, 7 (9%) пациентам с крупными конкрементами первым этапом выполнена ЭПТ с дальнейшей МХЭ холедохотомией и литоэкстракцией, 32(43%), в связи с гнойно-септическими осложнениями ОГКХ, выполнена первым этапом ОХЭ с холедохостомией и последующей ЭПТ, 8 (11%) больным произведена первым этапом МХЭ с холедохостомией и последующей ЭПТ. Все больные этой группы в послеоперационном периоде находились на лечении в ОРИТ.

Выводы. Таким образом, хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой и холангитом, у групп высокого операционного риска индивидуальна, вариабельна и заключается в экстренной одномоментной или этапной декомпрессии билиарного и панкреатического трактов, выбор метода которой зависит от формы воспаления желчного пузыря, наличия гнойно-септических осложнений, характера и причины билиарной обструкции.

ОСОБЕННОСТИ МИКРОФЛОРЫ ЖЕЛЧИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ

Саморуков Ю.Н., Асташов В.Л.
ГВКГ им. Бурденко,
Москва, Россия

Цель исследования. Изучение микрофлоры желчных путей у больных механической желтухой (МЖ) и острым холангитом (ОХ) различного генеза.

Материалы и методы. Проанализирован микробный пейзаж желчных путей при механической желтухе опухолевого и неопухолевого генеза у 72 пациентов с МЖ и ОХ. Причинами развития МЖ неопухолевого генеза (1-я группа – 49 пациентов) были: холедохолитиаз у 24 (48,9%), сочетание стриктуры ТОХ и холедохолитиаз у 11(22,4%), сдавление наружных желчевыводящих протоков воспалительным перивезикальным инфильтратом у 7(14,4%), сдавление наружных желчевыводящих протоков отечной головкой поджелудочной железы при вторичном панкреатите у 5 (10,2%), перихоледохеальный лимфаденит у 2 (4,1%) человек. Причинами развития МЖ опухолевого генеза (2-я группа - 23 пациента) были: рак головки поджелудочной железы у 14 (60,9%), рак большого дуоденального сосочка у 2 (8,7%), опухоль внепечёночных желчных протоков (опухоль Клацкина) у 4 (17,4%), сдавление печеночно-двенадцатиперстной связки метастазами у 3 (13%) человек.

Результаты. В 1-й группе исследований чаще всего мы наблюдали монокультуру Escherichia coli – у 31 (63,3%), а также Klebsiela – у 8 (16,3%), Enterobacter aerogenes – у 4 (8,2%), Proteus – у 3 (6,1%), Enterococcus faecalis – у 2 (4,%), Pseudomonas aeruginosa – у 1 (2,0%) больных. В 27% случаев высеивались ассоциации микроорганизмов. Во 2-й группе чаще всего наблюдали ассоциации микроорганизмов – у 18 (78,3%) пациентов, в состав которой преимущественно входили Pseudomonas aeruginosa, Enterococcus faecalis и Escherichia coli.

Выводы. При изучении микробного пейзажа желчи при МЖ неопухолевого генеза наиболее часто высеваемым возбудителем является Escherichia coli в монокультуре – более чем в 60% случаев. При МЖ опухолевого генеза наиболее часто высеваются ассоциации микроорганизмов – почти в 80% случаев, что определяет дифференцированный подход к проводимой антибактериальной терапии у данного контингента больных.

ПРИМЕНЕНИЕ МОНООКСИДА АЗОТА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИТА

Сандаков П.Я., Самарцев В.А., Зубарева Н.А., Дьяченко М.И., Минеев Д.А.
ГОУ ВПО ПГМА им. ак. Е. А. Вагнера,
Пермь, Россия

Цель исследования. На основании внедрения современных технологий улучшить результаты лечения холангита у больных с доброкачественными стенозирующими заболеваниями дистального отдела общего желчного протока.

Материалы и методы: за период с 2002 года эндоскопическое пособие выполнено 132 больным с гнойным холангитом. Более 75% из них были старше 60 лет с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью операционно-анестезиологического риска. У 36 пациентов ранее уже была выполнена холецистэктомия.

Причинами острого холангита являлись: холедохолитиаз – 16 случаев (12,1%), холедохолитиаз в сочетании со стенозом большого дуоденального сосочка – 63 (47,7%), изолированный стеноз большого дуоденального сосочка – 41 (31,1%), протяженный стеноз терминального отдела холедоха – 8 (6,1%), ампулярная аденома - 4 (3%).

У 47 больных с доброкачественными стенозирующими заболеваниями большого дуоденального сосочка и терминального отдела холедоха нами использован способ прямого воздействия охлажденного (до 18-20ºС) газового потока монооксида азота на слизистую оболочку гепатикохоледоха и холедохеальную желчь. Прямое подведение экзогенного монооксида азота осуществляли через назобилиарный дренаж, установленный при дуоденоскопии. Для пролонгированной санации гепатикохоледоха использовали методику назобилиарного дренирования стандартной системой «Wilson Cook» 6 Fr.

Как источник экзогенного монооксида азота использовали воздушно-плазменный стимулятор СКСВП/ NO – 01 «Плазон», генерирующий газовый поток из атмосферного воздуха. Лечебный эффект терапии связан с антимикробным и противовоспалительным действием за счет диффузии молекул монооксида азота, активизации антиоксидантной защиты, фагоцитарной и секретирующей функции макрофагов. Содержание молекул монооксида азота дозировали от 1000 до 1500 ppm путем изменения газа в потоке. Терапию монооксидом азота проводили однократными процедурами ежедневно в течение трех суток, время экспозиции составляло 120-90-60 секунд, продолжительность воздействия определяли в зависимости от выраженности холангита.

Результаты. Продолжительность назобилиарного дренирования составляла от 3 до 4 суток. Эффективность его оценивали по динамике купирования клинических и лабораторных проявлений острого холангита. Положительный лечебный эффект подтвержден результатами лабораторного, биохимического мониторинга и клиническими исследованиями. Применение назобилиарного дренирования в сочетании с эндохоледохеальной терапией монооксидом азота позволило сократить сроки лечения без продолжительного курса антибактериальной терапии, избежать повторных полостных операций у больных холангитом, ранее перенесших операции на желчевыводящих путях.

Вывод. Таким образом, использование монооксида азота в комплексе эндоскопических технологий позволяет эффективно решать проблемы лечения острого гнойного холангита.

ОЗОНОТЕРАПИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА.

Ситников В.А. , Стяжкина С.Н., Варганов М.В. , Тарасов С.А., Злобин Д.П., Коробейников В.И.
ИГМА,
Ижевск, Россия

Развитие гнойного холангита на фоне механической желтухи всегда опасно генерализацией инфекции в виде холангиогепатита, множественных абсцессов печени, пилефлебита, сепсиса, септического шока. Тяжесть состояния этих больных усугубляется нарастающей холемической интоксикацией, острой печеночной и иммунологической недостаточностью. За последние 10 лет в клинике находилось 312 больных механической желтухой, из них 82 с гнойным холангитом. В хирургическую клинику 1 республиканской клинической больницы поступают наиболее сложные и тяжелые больные из районов республики после продолжительного лечения, нередко после неоднократных повторных операций. Длительность холестаза у 25% больных превышала 1 месяц. Лечебно-диагностический комплекс, проводимый в клинике с первого дня, включал в себя УЗИ, компьютерную томографию, лапароскопию с лапароскопической холецистэктомией, фибродуоденоскопию с РПХГ и по возможности с эндоскопической папиллотомией и декомпрессией холедоха. Методы щадящей декомпрессии желчных путей проводили на фоне интенсивной инфузионной, противовоспалительной, детоксикационной и иммунокорригирующей терапии. Радикальные операции устранения холестаза проводили вторым этапом при улучшении состояния больных.

Осложняющими факторами раннего послеоперационного периода при гнойном холангите остаются продолжающийся гнойно-воспалительный процесс, бактериохолия, холестаз, холемическая и бактериальная интоксикация, печеночная недостаточность. У 80 больных с антисептической, антигипоксической, детоксикационной и иммунокоррегирующей целью помимо традиционной инфузионной и антибиотикотерапии использовали сочетанные варианты озонотерапии – внутривенный, эндохоледохеальный и энтеральный. В течение 7-10 дней после операции применяли ежедневное внутривенное введение 250 мл озонированного физиологического раствора с концентрацией озона 2 мг/л, эндохоледохеальное капельное введение через наружный дренаж холедоха до 100 мл идентичного озонированного раствора. При потерях дренажной желчи свыше 500 мл 1 сутки для детоксикации, предотвращения ахолического синдрома и восстановления энтерального питания применяли энтеральную реинфузию сорбированной и озонированной аутожелчи. Использование различных вариантов озонотерапии позволило снизить уровень эндотоксикоза в 1,5 раза быстрее, чем при традиционной терапии, на 50% уменьшить частоту осложнений, на 10% снизить послеоперационную летальность.

SIRS И БИЛИАРНЫЙ СЕПСИС У БОЛЬНЫХ ОБТУРАЦИОННЫМ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

Столин А.В., Нишневич Е.В., Прудков М.И.
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава,
Екатеринбург, Россия

Гнойный холангит, рассматриваемый ранее как спутник механической желтухи, в настоящий момент приобретает статус самостоятельной проблемы. Связано это не только с высокой летальностью – 15-60%, но и, в первую очередь, с его ключевой ролью в развитии билиарного сепсиса

Материал исследования. Отобранные «слепым» методом 136 больных острым калькулезным холециститом (ОКХ), холедохолитиазом, обтурационным гнойным холангитом (ОГХ) из оперированных в клинике в с 1995 по 2006 гг.

Результаты исследования. Практически в 100% случаев выявляются клинические проявления синдрома системной воспалительной реакции. При нарастании тяжести системного воспаления отмечалось достоверное значительное увеличение прямых показателей интоксикации, критериев системной воспалительной реакции с наиболее выраженным сдвигом при септическом шоке. На основании полученных клинико-лабораторных данных системное воспаление по стадиям распределилось следующим образом: синдром системной воспалительной реакции – 26,5% пациентов, сепсис – 57,8%, тяжелый сепсис – 15,4%, септический шок – 1,7% Деструктивные формы острого холецистита не осложненные перитонитом имели место у 44(32,4%) больных (1 группа). Из них флегмонозный холецистит – у 32(72,3%) больных, а гангренозный у 12(27,7%) больных. Этим больным была выполнена неотложная трансабдоминальная операция - холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием по Керу из мини-лапаротомного доступа. По клинико-лабораторным данным в этой группе генерализованное системное воспаление развивалось по типу сепсиса у 33(75,0%) пациентов, тяжелого сепсиса – у 9(20,5%) и септического шока – у 2(4,5%).

Обтурационный гнойный холангит без признаков деструкции желчного пузыря был выявлен у 92(67,6%) больных (2 группа). Способом декомпрессии билиарного тракта была выбрана эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

По клинико-лабораторным данным в этой группе генерализованное системное воспаление развивалось по типу синдрома системной воспалительной реакции – у 34(36,3%) пациентов, по типу сепсиса - у 45(48,9%) , тяжелого сепсиса – у 12(13,1%) и септического шока – у 1(1,7%).

Летальность в первой группе составила 18,2 %, во второй 7,6%. Во всех случаях причиной неблагоприятного исхода лечения больных являлось прогрессирование полиорганной недостаточности или некупируемый септический шок.

Заключение. Применение интегральных шкал оценки клинико-лабораторных параметров системного воспаления вместе с формализацией последнего (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) способствует объективной оценке тяжести состояния и может быть использовано для диагностики ОГХ, выбора хирургической тактики и оценки прогноза предпринимаемого лечения.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛАНГИТОМ

В.Н.Шиленок, Э.Я.Зельдин, С.А.Жулев, В.Н.Соболь
Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет,
Витебск, Беларусь

Цель исследования. Задачей настоящего исследования является анализ методов и результатов лечения больных холедохолитиазом с развившимся острым холангитом, выбор оптимальной тактики лечения при данной патологии.

Материалы и методы. Произведен анализ хирургического лечения 75 больных острым холангитом, находившихся на лечении в клинической больнице СМП в 2006 – 2008 гг. Мужчин было 26 (34,6%), женщин 49 (65,4%). Возрастной состав: 31-40 лет - 3; 41-50 лет – 5; 51-60 лет – 9; старше 60 лет – 58 пациентов.

Больные были распределены на группы в соответствии с классифи-кацией тяжести острого холангита, предложенной научно-исследовательским институтом им. Ю.Ю. Джанелидзе (2007 г.): I - острый холангит, II - билиарный сепсис, III - тяжелый билиарный сепсис.

Диагноз острого холангита выставляли больным, у которых на момент поступления выявлена триада Шарко (печёночная колика, желтуха, гектическая лихорадка) с нормальным или повышенным содержанием лейкоцитов.

Результаты исследования. В первой группе лечение начинали с проведения консервативных мероприятий: массивной анти-

биотико- и дезинтоксикационной терапии, введения спазмолитиков, с обязательной декомпрессией желчевыводящих путей.

Эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ) в течение первых двух суток произведена 14 больным с целью декомпрессии и литоэкстракции или попытки её. После ЭПТ состояние больных значительно улучшалось, снижался уровень билирубина, нормализовалась температура тела. Через 4 – 7 суток после стабилизации состояния произведена холецистэктомия: лапароскопическая у 2, открытая у 12, причем у 6 из них операция дополнена трансдуоденальной папиллотомией (ТДПТ). При неудавшихся попытках ЭПТ в первые 2 -3 суток выполнялась открытая холецистэктомия, сочетавшаяся с супрадуоденальной холедохотомией и реконструктивно-востановительными операциями (29 больных).

Больные после ЭПТ легче переносили послеоперационный период, послеоперационный койко-день снижался на 3 – 4 дня.

Во II группе в течение первых суток определяли показания к декомпрессии холедоха малоинвазивными методами. У 14 больных произведена ЭПТ с последующей открытой холецистэктомией. При неудавшихся попытках ЭПТ, у 11 больных в течение 48 часов производили открытые операции – открытые холецистэктомии в сочетании с ТДПТ (10 больных) и холедоходуоденоанастомозом (ХДА) по Юрашу-Виноградову (1 больной).

В III группе двум больным успешно произведена ЭПТ с литоэкстракцией, а через 3 – 5 суток холецистэктомия, холедохотомия. После проведенного интенсивного лечения у пятерых больных в течение первых 48 часов произведено открытое вмешательство: ТДПТ – 5; ХДА – 1; двойное внутреннее дренирование - 1. У двух дренирующие операции сочетались с холецистэктомией, у трех холецистэктомия была выполнена ранее. После операции умерли 3 (4%) [по одному в каждой группе].

Заключение. Консервативное лечение острого холангита не должно превышать 24-48 часов. Ранняя декомпрессия желчевыводящих путей является ведущим звеном лечения.

Оптимальной тактикой лечения больных острым холангитом считаем раннюю ЭПТ с целью декомпрессии холедоха и последующей сонацией желчевыводящих путей.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХОЛАНГИТОМ

Тимербулатов В.М., Фаязов Р.Р., Гарипов Р.М., Тимербулатов Ш.В., Валитова Э.Р.

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ», кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, Уфа, Россия

Одним из тяжелых осложнений желчнокаменной болезни является образование внутренних желчных свищей. Прежде всего внутренние желчные свищи осложняются механической желтухой и холангитом. Поэтому ранняя диагностика и своевременное хирургическое лечение желчнокаменной болезни, осложненной внутренним желчным свищом, позволяет снизить риск возникновения вышеуказанных последствий.

Материал и методы. Нами проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 172 больных с внутренним желчным свищом, которые находились на стационарном лечении в клинических больницах г. Уфы за период 1988 по 2007 годы. Чаще всего (38%) встречались холецистодуоденальные свищи, второе место по частоте (17%) занимали билиобилиарные, третье – холецистогастральные (12%), реже – холецистокольные (8%), множественные (8%), холедоходуоденальные (5%), гепатикодуоденальные (2%), гепатикогастральные (1%) свищи. Соотношение мужчин и женщин составило 1:6. Холангит диагностирован у 72 (42,0%) больных. В диагностике важнейшими методами исследования являлись ФГДС (27%) и УЗИ (75%). Использовались также КТ (5%), РХПГ (8%) и чреспеченочная холангиография (3%). Решающее значение в диагностике имели интраоперационные методы – холедохоскопия и интраоперационная холангиография. По экстренным и срочным показаниям оперированы 89 (52%) пациентов, в плановом порядке – 59 (35%), отсроченным показаниям – 23 (14%). Холецистэктомия и ликвидация свища выполнены 44 (26%) больным, удаление желчного пузыря в сочетании с холедохотомией – 82 (48%), из них у 10 – выполнено внутреннее дренирование холедоха и у 72, из-за наличия гнойного холангита и холедохолитиаза, наложен наружный дренаж холедоха. С использованием минилапаротомного доступа по методике М.И. Прудкова оперированы 7 больных. Реконструктивные операции выполнены 8 больным. Ликвидация свища сочеталась с наложением холедоходуоденоанастомоза – у 2, холецистостомы – у 1, резекцией желудка по Бильрот-1 – у 1 больного. В послеоперационном периоде определяющими успех комплексной терапии являлись назначение антибиотиков широкого спектра действия, чаще в сочетании, в зависимости от результатов на чувствительность, гепатопротекторов и препаратов крови.

Результаты. Различные послеоперационные осложнения наблюдались у 67 (39%) больных. Наиболее частым осложнением являлось нагноение операционной раны, которое отмечено у 34 больных, несостоятельность швов полого органа – у 12, эвентрация – у 4, спаечная кишечная непроходимость – у 1, длительное подтекание желчи – у 3, пневмония – у 2, резидуальный холедохолитиаз – у 3, внутрибрюшное кровотечение - у 3, несостоятельность швов холедоха – у 2, абсцессы брюшной полости – у 2, некроз анастомоза – у 1. Из наблюдавшихся нами 171 оперированного больного (1 больная не оперирована) умерло 29, что составило 16,9%. Непосредственными причинами летальных исходов явились печеночно-почечная недостаточность (18), острое нарушение мозгового кровообращения (2), перитонит (8), инфаркт миокарда (1).

Выводы. Внутренние желчные свищи в 42% случаев осложняются холангитом. Поэтому хирургическое лечение внутреннего свища подразумевает также устранение желтухи и холангита. Улучшение результатов лечения видится в ранней диагностике желчнокаменной болезни и хирургического лечения больных минимально-инвазивными методами, что явиться профилактикой таких тяжелых осложнений, как внутренние желчные свищи и впоследствии холангита.

IV РАЗДЕЛ

КИСТОЗНЫЕ ОПУХОЛИ И ИСТИННЫЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Абдуфатоев Т.А. , Давлятов С.Б.

Кафедра детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии ТИППМК, Душанбе.

Кисты поджелудочной железы (КПЖ) у детей наблюдаются редко, в связи с этим диагностика и тактика лечения остаются недостаточно отработанными.

Истинные КПЖ проявлялись в основном с опухолевидным образованием и ноющими болями в животе, отставанием в физическом развитии, понижением аппетита и анемии. На УЗИ, КТ и МРТ определялась жидкость, содержащая объемные образования в области ПЖ и его анатомо-топографическим взаимоотношением с такими прилегающими органами, как почки, селезенка и кишечник.

Дети с КПЖ оперировались поперечным доступом выше пупка с пересечением прямых мышц живота под общим обезболивание. КПЖ пунктировалось с эвакуацией содержимого кисты, полость кисты обрабатывалась 96% этанолом. Фиброзные капсулы, кисты по возможности иссекали. У пяти больных отмечались сообщения с протоком ПЖ, у которых свищевой ход ушивался двухрядными капроновыми швами и дополнительно тампонировался большим сальником на ножке с дренированием области кисты дренажной трубкой. У 5 больных после частичного иссечения капсулы проводили марсупиализацию и в полость вводили дренажную трубку и тампон по Микуличу. Тампоны удаляли на 10-12 сутки и свищи закрывались на 30-40 день. Больным эхинококкозом ПЖ, после иссечения фиброзной капсулы, остающуюся полость ликвидировали ушиванием. Двоим больным произведено внутреннее дренирование по Ру.

НЕОБХОДИМОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЦИСТАДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Хирургическая клиника им. А.И. Кожевникова, ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Ценить необходимость адьювантной химиотерапии после радикальных операции по поводу цистаденокарциномы поджелудочной железы.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУЗ НОКБ им. Н.А.Семашко, Н. Новгорода за период с 2007 по 2009 год выполнено 5 дистальных резекций поджелудочной железы у 5 больных цистаденокарциномами хвоста поджелудочной железы (4 женщины и один мужчина) в возрасте от 40 до 65 лет. У всех пациентов имело место очаговое поражение хвостовой части поджелудочной железы в виде кистозных образований с подозрением на кистозную опухоль. Выполнялась дистальная (корпорокаудальная) резекция поджелудочной железы со спленэктомией, лимфодиссекцией. В одном случае была произведена также резекция поперечноободочной кишки на участке прорастания опухоли.

Результаты. Все пациенты были выписаны из стационара с клиническим выздоровлением. Летальных исходов не было. У 3 пациентов в послеоперационном периоде отмечался панкреатит культи поджелудочной железы. В 2 случаях данное осложнение сопровождалось образованием внутрибрюшного абсцесса с локализацией в ложе удаленной селезенки. В сроки до одного месяца после выписки все больные были направлены к онкологу для продолжения лечения, однако химиотерапия им назначена не была в связи с отсутствием соответствующих протоколов. В результате у 3-х из 5 пациентов в сроки от 6 до 9 месяцев после операции наступил рецидив заболевания с диссеминацией метастазов по брюшной полости.

Заключение. Дистальная резекция поджелудочной железы является радикальным методом хирургического лечения злокачественных кистозных опухолей поджелудочной железы хвостовой локализации. Однако эффективность данного вмешательства значительно снижается при отсутствии адекватного комбинированного лечения опухоли. Необходима выработка соответствующих протоколов адьювантной химиотерапии после радикальных вмешательств.

РОЛЬ ЧРЕСКОЖНЫХ ПУНКЦИЙ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗС В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Хирургическая клиника им. А.И.Кожевникова, Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А.Семашко, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Изучить диагностическую значимость чрескожных пункций под контролем УЗС при кистозных образованиях поджелудочной железы.

Материалы и методы. За период с 2003 по 2009 год в отделении хирургии печени и поджелудочной железы клиники им. А.И. Кожевникова выполнено 375 диагностических пункций при кистозных образованиях поджелудочной железы у 268 больных. Мужчин было 211, женщин 57. Возраст больных колебался от 29 до 56 лет у мужчин и от 32 до 48 лет у женщин. Всем больным выполнялись чрескожные тонкоигольные пункции кист трансабдоминальным доступом под контролем УЗС с последующим цитологическим исследованием эвакуированной жидкости по общепринятой методике. В случае сомнительного результата исследования пункция выполнялась повторно.

Результаты. По результатам лечения количество пациентов с кистозными опухолями составило 17 человек. Среди них было 10 пациентов с цистаденомами и 7 с цистаденокарциномами. Во всех случаях цитологическое исследование пункционного материала не подтвердило наличие кистозной опухоли. Диагноз всем больным был установлен при срочном интраоперационном гистологическом исследовании фрагментов стенок кист. Показанием к операции во всех случаях послужило прогрессирование заболевания и отсутствие эффекта от малоинвазивного лечения.

Заключение. Чрескожные диагностические пункции кистозных образований поджелудочной железы под контролем УЗС играют большую роль в лечении данной категории больных. Однако цитологическое исследование жидкостного содержимого кист далеко

не всегда позволяет установить правильный диагноз. Поэтому при малейшем подозрении на наличие кистозной опухоли необходимо решать вопрос о радикальном оперативном вмешательстве с интраоперационной биопсией стенки кисты.

КИСТОЗНЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю.
Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Обосновать необходимость активной хирургической тактики при кистозных опухолях (КО) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Оперированы 37 больных (9 мужчин и 28 женщин) в возрасте 21 – 73 лет с кистозными опухолями поджелудочной железы . Клинические симптомы КО были скудные и неспецифичные. Желтуху наблюдали только у больной с цистденокарциномой (ЦАК). Иногда отмечались боли в верхней половине живота, редко – похудание и синдром мальабсорбции. У 5 пациентов (13,5%) первым проявлением КО была сама пальпируемая опухоль.

Для диагностики КО и определения их связи с протоком ПЖ применяли УЗИ, эндоУЗИ, СКТ, МРТ, РХПГ.

В большинстве случаев КО локализовались в теле и хвосте - 23 (62,1%), в головке - 9 (24,3%), в головке и теле – 5 (14,6%). Размеры варьировали от 5 до 35 см. Трое из 6 больных с гигантскими (более 20 см) КО ранее были оперированы: у двух были наложены цистодигестивные анастомозы, в одном случае через год после иссечения наступил рецидив опухоли.

У 4-х больных была выявлена цистаденокарцинома (ЦАК), в остальных случаях наблюдали серозную цистаденому (ЦА) (11), слизистую ЦА (14) и цистаденопапиллому (ЦАП) - 8 . У двух пациентов (25 и 57 лет) с относительно небольшими размерами слизистых цистаденопапиллом при гистологическом исследовании были выявлены очаги озлокачествления.

Только у 2-х из четырех больных с ЦАК удалось выполнить радикальную операцию.

При цистаденомах панкреатодуоденальная резекция выполнена в 9 случаях (27,3%), субтотальная дистальная резекция – в 5 (15,2%), корпоро-каудальная резекция с удалением селезенки – в 5 (15,2%), с сохранением селезенки – в 8 (24,2%), резекция тела поджелудочной железы с наложением каудального панкреатоеюноанастомоза – в 5 (15,2%). Лишь в одном случае у пациентки 73 лет было выполнено иссечение опухоли из головки ПЖ.

Резекцию тела ПЖ выполняли при относительно небольших размерах ЦА (5-6 см), однако, у одного пациента 70 лет после экономной резекции тела ПЖ по поводу цистаденопапилломы через 2 года возник рецидив и быстрая диссеминация.

После операции умерли двое больных.

Отдаленные результаты операций по поводу доброкачественных кистозных опухолей вполне благоприятные. Кроме указанного случая рецидива, по-видимому, изначально злокачественной опухоли, у других больных, наблюдавшихся от 2 до 15 лет, рецидивов не было.

Все больные с ЦАК умерли от генерализации опухоли в течение 2-х лет.

Заключение. Таким образом, наш опыт свидетельствует о необходимости активной хирургической тактики и полного удаления КО ПЖ с обязательным гистологическим контролем края резекции. ЦАП обладают более высоким потенциалом озлокачествления по сравнению с серозными и мукозными ЦА. Это обстоятельство исключает применение малоинвазивных вмешательств или методов внутреннего дренирования при КО.

ИСТИННЫЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю.
кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования. Обосновать необходимость активной хирургической тактики при истинных кистах (ИК) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Оперированы 28 больных с истинными кистами поджелудочной железы: все женщины в возрасте от 16 до 77 лет. Для диагностики применяли УЗИ, СКТ, МРТ, РХПГ. Размеры кист варьировали от 2,5 до 30 см. У 25 пациенток кисты локализовались в теле и хвосте, у двух больных – в области перешейка и еще у одной – в крючковидном отростке. Как правило, они были единичные, у двух больных были по 2 кисты, у одной – 3. В двух наблюдениях был поликистоз ПЖ.

Результаты. Клинические симптомы ИК были скудные. Менее чем в половине случаев больных беспокоили опоясывающие боли, редко отмечалось похудание . Обнаруживались ИК или случайно, или когда они пальпировались через брюшную стенку.

У двух больных кисты рецидивировали после применения пункционного лечения.

Содержимым кист была жидкость: светлая, опалесцирующая, вязкая или желеобразная с низким содержанием амилазы. Количество ее варьировало от 30 до 1500 мл. Толщина стенок кист была 3-25 мм.

Для решения вопроса об объеме операции большое значение имели результаты срочного гистологического исследования: оно важно и для установления диагноза ИК, и для определения радикальности их удаления. Тем не менее при срочном гистологическом исследовании диагноз был ошибочным в трех случаях, и только при плановом исследовании с дополнительной вырезкой препарата удалось обнаружить в стенке кисты эпителиальную выстилку. Поэтому во время операции больше приходилось ориентироваться на макроскопическую картину — неизмененная ткань ПЖ вне кисты и отсутствие повышения амилазы в содержимом кисты свидетельствовали в пользу истинной кисты . В поджелудочной железе рядом с кистой у 2 больных был обнаружен карциноид размерами до 1 см, у одной больной в стенке кисты имелась нейрофиброма и микрокарциноид, еще у двух также непосредственно в стенке кисты были выявлены очаги аденокарциномы.

Учитывая вероятную возможность малигнизации истинных кист их всегда удаляли, но, в отличие от кистозных опухолей, у 15 больных ограничились лишь иссечением в пределах здоровых тканей, у двух больных была сделана резекция тела ПЖ и сформирован каудальный панкреатикоеюноанастомоз, у одной больной – клиновидная резекция вместе с кистой, и еще в 10 наблюдениях – левосторонняя резекция ПЖ, только у одной больной с удалением селезенки.

После операции умерла одна больная.

Заключение. Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что при ИК ПЖ показано полное удаление патологического очага с изучением оставшейся части ПЖ и гистологическим контролем края резекции. При ИК недопустимо применение малоинвазивных вмешательств или методов внутреннего дренирования .

ОШИБКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С КИСТОЗНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Благитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н., Полякевич А.С.
НГМУ, ГБУЗ НСО ОКБ, Новосибирск, Россия

Цель. Анализ диагностических и тактических ошибок при лечении пациентов с кистозными опухолями поджелудочной железы.

Пациенты и методы. Проведен анализ результатов лечения 13 пациентов с кистозными опухолями поджелудочной железы. Серозные цистаденомы – 2 (макрокистозная – 1, микрокистозная – 1), муцинозные цистаденомы – 6, псевдопапиллярная муцинозная кистозная опухоль - 1, внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль – 1, цистаденокарцинома – 3. Размеры опухолевых кист от 5 до 25 см. Локализация: в головке – 6, в перешейке – 2, в теле – 3, в хвостовой части – 2. Клинические проявления: боль в животе, желтуха, эвакуаторные нарушения, нарушения стула, похудание, пальпируемые образования в эпигастрии и левом подреберье. С целью диагностики использовали УЗИ, МРТ с МРХПГ, КТ, ФГДС, опухолевые маркеры. Диагноз до операции установлен у 8 человек. У остальных 5 предполагали постнекротические, истинные кисты поджелудочной железы, а также хронический панкреатит. У них ошибка в диагностике произошла и во время операции.

Результаты. Выполнены следующие операции: ПДР – 3, левосторонняя резекция поджелудочной железы со спленэктомией – 4, тотальное удаление головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки – 1, гепатикоеюностомия при нерезектабельной цистаденокарциноме – 1, изолированная субтотальная резекция головки поджелудочной железы без пересечения перешейка с продольной панкреатоеюностомией на У-образно выключенной петле – 1, наружное дренирование нагноившейся нерезектабельной цистаденокарциномы – 1, изолированная резекция тела поджелудочной железы с кистозной опухолью – 1, цистодуоденостомия и наружное дренирование общего желчного протока - 1.

Недооценка результатов методов обследования до операции, данных интраоперационной ревизии (многокамерность, наличие перемычек, слизь и др.), а также отказ от проведения срочного гистологического исследования привели к неправильно выбранной тактике хирургического лечения. У одного пациента во время выполнения цистогастростомии заподозрена цистаденома. В связи с этим удалены левая часть железы с опухолью и селезенкой. У другого при наличии кистозного образования в головке железы ошибочно выполнена цистодуоденостомия. При гистологическом исследовании выявлена в первом случае цистаденокарцинома, во втором – цистаденома. У пациента, которому выполнена субтотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением перешейка и продольной панкреатоеюностомией на У-образно выключенной петле при хроническом панкреатите, при окончательном гистологическом исследовании выявлена внутрипротоковая муцинозная папиллярная опухоль. Наружное дренирование выполнено 2 пациентам, которые повторно оперированы через 1 год и 10 лет. Первому по поводу муцинозной цистаденомы выполнена дистальная резекция со спленэктомией. Второму – повторное наружное дренирование нерезектабельной цистаденокарциномы.

Выводы. Относительная редкость кистозных опухолей поджелудочной железы, различные их морфологические варианты, которые могут проявляться как ложные постнекротические, посттравматические и истинные кисты, а также как хронический панкреатит, является причиной диагностических и тактических ошибок. В связи с этим гистологическая верификация перед выбором метода операции абсолютно необходима.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Изудинов А., Яхонов С.П., Хромов В.В.
ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава

Целью работы явился анализ эффективности различных методов диагностики и эндоскопического лечения ложных кист головки поджелудочной железы.

Под нашим наблюдением находились 162 больных в возрасте от 31 до 74 лет с кистами поджелудочной железы. Обследование больных с постнекротическими кистами проводилось по алгоритму, включавшему тщательное изучение жалоб, анамнеза заболевания, данных объективного обследования, лабораторных, инструментальных, рентгенологических и ультрасонографических методов исследования, спиральной компьютерной томографии и эндоскопической ретроградной и магнитно-резонансной холангиопанкреатографии. У 36 больных кисты располагались в области головки, у 101 – в области перешейка и тела и у 25 - в области хвоста. Объем кист, определенных по стереометрической формуле, составил от 60 до 5100 мл, диаметр - от 6 до 25 см. У 22 больного кисты располагались в области «подковы» поджелудочной железы, непосредственно прилегая к медиальной стенке двенадцатиперстной кишки. У 8 из них наблюдалось нарушение эвакуации содержимого желудка. У этой группы больных предпринята попытка эндоскопического дренирования кист. Дренирование осуществлялось посредством применения стандартного дуоденоскопа. Эндоскопическое дренирование было осуществлено у 22 больных, в том числе эндоскопическое транспапиллярное дренирование – у 7, эндоскопическое трансмуральное дренирование – у 11 и сочетанное эндоскопическое дренирование – у 4. Для транспапиллярного дренирования обязательным условием было доказанное сообщение жидкостного образования с главным панкреатическим протоком или признаки дилатации протоковой системы поджелудочной железы, а также при наличии технической возможности транспапиллярного доступа.

Показаниями к применению данного способа лечения считали солитарные неосложненные кисты, диаметром не более 15 см, единичные протоковые стриктуры, конкременты главного панкреатического и общего желчного протоков.

При трансмуральном дренировании, после выполнения гастродуоденоскопии, для рассечения выбирали наиболее безопасную зону медиальной стенки двенадцатиперстной кишки, с наиболее выраженной деформацией стенки за счет интимного прилежания кисты. Торцевым папиллотомом выполняли разрез, через инструментальный канал заводили канюлю с проводником в полость кисты, по проводнику устанавливали цистоназальный дренаж (12 Fr). Для контроля стояния дренажа выполняли контрастирование полости кисты. По данным выполненной фистулографии, взаимосвязь с главным панкреатическим протоком диагностирована у 5 больных. В дальнейшем после купирования деформации просвета двенадцатиперстной кишки выполняли дополнительное транспапиллярное стенти-

рование. Во всех случаях удалось добиться ликвидации кистозных образований и нарушения эвакуаторной функции желудка. Осложнений, связанных с выполнением данных вмешательств не отмечено.

Таким образом, применение эндоскопических вмешательств при лечении пациентов с кистами головки поджелудочной железы является эффективным и безопасным способом, позволяющим сократить сроки медицинской реабилитации и снизить тяжесть хирургической агрессии.

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Бусырев Ю.Б., Субботин В.М., Пьянкова О.Б.

ГКБ № 2 им. докт. Ф.Х. Граля,
Пермь, РФ

С 1995 по 2008 гг. в ГКБ № 2 Перми оперировано 118 больных с псевдокистами и свищами поджелудочной железы. Основная причина формирования данных осложнений – перенесенный деструктивный панкреатит.

Цель исследования. Оптимизировать оперативную тактику при данной патологии.

Материал и методы. В исследуемую группу вошли пациенты от 28 до 77 лет. Средний возраст 51,8 года. 92 больных имели псевдокисты поджелудочной железы, 26 больных – наружные незаживающие в течение 6 месяцев свищи поджелудочной железы. Среди больных с кистами – 72% имели несколько кист.

Результаты. Все свищи поджелудочной железы оперированы лапаротомным доступом. Во всех случаях накладывалась внутрибрюшная фистулоэнтеростомия с изолированной петлей по Ру. Осложнений оперативных вмешательств не было. У 2 больных через 2 и 3 года отмечено развитие рецидивирующего панкреатита, что потребовало повторной резекционной операции (резекция хвоста железы с кистами). 23,9% больных (22 человека) с псевдокистами поджелудочной железы оперированы в экстренном порядке по поводу перфорации кисты и развития перитонита. Всем выполнено наружное дренирование кист и санация и дренирование брюшной полости. Временно существовавшие наружные свищи после операции закрылись в течение 1-2 месяцев у всех больных. 70 пациентов оперировано в плановом порядке. До 1998 года больным накладывались цистогастроанастомозы – 10 больных. Все они вызвали развитие рубцевание анастомоза по данным ФГС в первые 3 месяца наблюдения. Всем остальным больным выполнено наложение цистоеюноанастомоза по Ру. Летальных исходов было 2. Несостоятельности анастомоза не было.

Таким образом, оптимальным методом оперативного лечения больных с длительно незаживающими свищами поджелудочной железы и псевдокистами, следует признать наложение анастомоза между кистой и свободной Ру-петлей. Исключение составляют перфоративные кисты с развитием перитонита. В этом случае предпочтение отдается наружному дренированию кисты.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Веронский Г.И., Тетерин Г.В.

Кафедра госпитальной хирургии НГМУ. Новосибирск. Россия.

Цистаденомы ПЖ относятся к эпителиальным опухолям и могут быть доброкачественными и злокачественными.

Цель исследования. Определить хирургическую тактику при кистозных опухолях ПЖ.

Материал и методы. За 2002 – 2008 гг. наблюдали 12 больных с кистозными опухолями ПЖ. Это были женщины в возрасте от 29 до 68 лет. Лишь одна из них ранее была дважды оперирована по поводу цистаденокарциномы ПЖ и поступила в клинику в связи с рецидивом новообразования, распространившегося на желудок и приведшего к желудочному кровотечению. Остальные госпитализированы впервые, вследствие выявления у них опухоли ПЖ. У 6 больных опухоль ПЖ обнаружена случайно. У остальных больных показанием к обследованию было появление боли в эпигастральной области и/или в левом подреберьи. Боль была разной степени интенсивности, постоянная или периодическая, иногда опоясывающего характера.

Ультрасонографическая картина свидетельствовала о наличии в ПЖ новообразования кистозного характера, с неровными контурами, с внутренними перегородками. Количество перегородок и величина кистозных ячеек были различными. В одном наблюдении имелось обызвествление внутренних перегородок. У одной больной кистозное образование занимало все левое подреберье, было заполнено жидкостью. Отчетливо были видны многочисленные пристеночные папиллярные образования. Новообразования располагались у двух больных в головке ПЖ, у 10 – в теле ПЖ.

Двум больным произведена изолированная резекция головки ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки: у одной больной опухоль распространялась на всю головку ПЖ, глубоко проникала в забрюшинную клетчатку и сдавливала нижнюю полую вену. У другой больной опухоль занимала левую половину головки и перешеек ПЖ. В обоих наблюдениях имелось значительное смещение влево воротной вены.

В одном наблюдении цистаденома располагалась в теле ПЖ, у перешейка, размером 6 *4 *4 см. Произведена резекция перешейка и части тела ПЖ. С дистальным отделом ПЖ наложен анастомоз конец в конец с петлей тощей кишкой, изолированной по Ру. У ранее оперированной по поводу цистаденокарциномы удалена опухоль, диаметром 9 см, вместе с телом ПЖ и желудком.

Семи пациентам выполнена корпорокаудальная резекция ПЖ. Величина опухолей колебалась от 4 до 12 см. У последней больной, с гигантской кистой, исходящей из тела ПЖ, удалены в комплексе тело и хвост ПЖ, киста и селезенка. Стенки кисты были усыпаны папиллярными разрастаниями.

Результаты. Гистологическое исследование констатировало у 5 больных наличие серозной цистаденомы, у 2 – муцинозной цистаденомы, у 3 – внутрипротоковой папиллярномуцинозной цистаденомы, у 2 – цистаденокарциномы.

Осложнения: краевой некроз по линии резекции ПЖ (3), панкреонекроз культи ПЖ. Один летальный исход через 1,5 месяца после операции. Больная страдала заболеванием крови.

Заключение. Из 12 больных с кистозными опухолями ПЖ у двух имелась цистаденокарцинома и у двух обнаружено озлокачествление опухоли. Поэтому больным с кистозными новообразованиями ПЖ следует выполнять раннее хирургическое лечение.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНОЙ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Волков А.Н., Ворончихин В.В., Абызов И.Н.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,
Республиканская клиническая больница,
Чебоксары, Россия

Ложные кисты поджелудочной железы (ПЖ), как и свищи, являются поздними осложнениями острого панкреатита (ОП). Вопросы выбора хирургического лечения их до конца еще не решены.

Целью данной работы явилась оценка результатов хирургического лечения ложных кист ПЖ.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 89 больных. Им проводилось внутреннее и наружное дренирование кист. Если наружное дренирование выполнялось при инфицированных кистах и несформировавшейся капсуле (7 больных), то цистодигестивные соустья – при неинфицированных и крупных (82 пациента). Из них чаще всего производился цистоеюноанастомоз с формированием последнего с использованием изолированной петли по Ру (56 операций). На втором месте по частоте применения был цистодуоденоанастомоз (7 операций). При высокой локализации кисты за печеночно-желудочной связкой формировался цистогастроанастомоз (6 больных). При сочетании ложной кисты с хроническим калькулезным панкреатитом продольно вскрывался главный проток ПЖ и соединялся с полостью кисты, операция завершалась формированием цистопанкреатикоеюноанастомоза по Ру (4 больных). При множественных кистах хвоста ПЖ прибегали к дистальной резекции этого органа (5 больных). При кисте головки ПЖ и головчатом панкреатите, приведшем к дуоденальной непроходимости, у 4 больных пришлось выполнить наружное дренирование с гастроэнтероанастомозом.

Результаты. Оперированные больные наблюдались от года до 15 лет. Хорошие результаты отмечены у 65 и удовлетворительные – у 16 больных. У одного больного после цистогастростомии развилась пептическая язва, поэтому он через 6 месяцев оперирован повторно. Изъязвленная и рубцово-перерожденная стома желудка иссечена и ушита. Сформирован цистоэнтероанастомоз по Ру. Через год больной жалоб не предъявляет.

После наружного дренирования у 7 больных сформировались панкреатические свищи, которые ликвидированы формированием фистулопанкреатикоеюноанастомоза. У всех больных свищевой ход пересекался прямо у железы с оставлением фистулы не более 2 см, погружением ее в просвет тощей кишки образовывали клапан.

Всем больным до и после операции проводилась антисекреторная, антиферментная терапия и назначались ферментные препараты (клион, панзинорм).

Заключение. При ложных неинфицированных кистах больших размеров операцией выбора является цистодигестивные соустья. Лучшим и наиболее надежным из них следует считать цистоеюноанастомоз. К цистогастростомиям необходимо прибегать по строгим показаниям (только при очень высокой локализации кисты), имея в виду возможность развития пептической язвы желудка и инфицирования сальниковой сумки. При инфицированных кистах и несформировавшейся капсуле операцией выбора является их наружное дренирование.

На анализе миниинвазивных операций в данном сообщении не останавливаемся, так как только в этом году приступили к ним и не располагаем еще отдаленными результатами.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНОМ РАСШИРЕНИИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПРОТОКОВ

Ворончихин В.В., Абызов И.Н.

ГОУ «Институт усовершенствования врачей»,
Республиканская клиническая больница,
Чебоксары, Россия

Хирургическое лечение кист поджелудочной железы (ПЖ) продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем хирургической панкреатологии. Хирургическая тактика при приобретенных истинных ретенционных кистах (кистозном расширении панкреатического протока) сложна, от нее во многом зависят ближайшие и отдаленные результаты.

Цель исследования. Определение оптимальных методов хирургического лечения больных с кистозным расширением панкреатических протоков на основе уточнения показаний к применению различных видов оперативных пособий.

Материалы и методы. Оперировано 22 больных с кистозным расширением панкреатических протоков при хроническом панкреатите (ХП). У всех пациентов было диагностировано: резкая дилатация и кистозное расширение главного протока поджелудочной железы (ППЖ), стеноз выходной части главного ППЖ. В 4 случаях кистозно расширенные панкреатические протоки сообщались с интрапанкреатической кистой головки поджелудочной железы (ПЖ). У одной больной киста головки ПЖ вызвала дуоденальный стеноз. У 3 больных наблюдались признаки билиарной гипертензии с расширением гепатикохоледоха. При хроническом панкреатите, осложненным кистозным расширением панкреатических протоков, выполнялась продольная панкреатоеюностомия (15 больных). При сочетании интрапанкреатических кист с выраженной гипертензией в протоках ПЖ, мы выполняли расширенный вариант вмешательства – наложение продольного панкреатоцистоеюноанастомоза (4 больных). При головчатом ХП, осложненным кистозным расширением панкреатических протоков, патогенетически наиболее обоснованной оказывается изолированная резекция головки ПЖ дополненная продольным рассечением главного ППЖ и наложением общего анастомоза с выделенной по Ру петлей тонкой кишки (1 больная). Наличие механической желтухи, стеноза двенадцатиперстной кишки и невозможность исключения опухоли явились показанием к панкреатодуоденальной резекции в 2 случаях заболевания. Во время операций выполнялось интраоперационное УЗИ и экспресс-биопсия ПЖ.

Результаты. В одном случае, был рецидив механической желтухи после изолированной резекции головки ПЖ. Для купирования желтухи наложен гепатикоеюноанастомоз. Наблюдались два случая острого послеоперационного панкреатита, которые разрешились фармакотерапевтическими методами лечения. Летальных исходов не было.

Заключение. У больных хроническим панкреатитом, осложненным кистозным расширением главного панкреатического протока, показана операция внутреннего дренирования. При сочетании кистозного расширения панкреатического протока с интрапанкреатической кистой показано наложение широкого панкреатоцистоеюноанастомоза. При значительно увеличенной головке ПЖ с глубоким залеганием в ее ткани расширенного главного ППЖ приходится выполнять резекционное вмешательство – изолированную резекцию головки ПЖ. Если патологический процесс осложняется протяженным полным тубулярным стенозом общего желчного

протока, стенозом двенадцатиперстной кишки, невозможностью исключения злокачественного роста, патогенетически обоснованным и технически оправданным является выполнение радикальной операции – панкреатодуоденальной резекции.

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОЗМОЖНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Гарелик П.В., Довнар И.С., Дубровщик О.И., Пакульневич Ю.Ф., Колешко С.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

В настоящее время для лечения кист поджелудочной железы все чаще применяется пункционно-дренажный метод под контролем ультразвукового исследования (УЗИ).

Данные операции имеют определенные преимущества не только по сравнению с лапаротомными, но и по сравнению с лапароскопическими. Эти преимущества особенно заметны при вмешательствах на кистах поджелудочной железы. Операции позволяют пунктировать и дренировать кисты наиболее коротким доступом, контролировать прохождение инструмента не только через брюшную полость, но и через паренхиматозный или полый орган, выполняются из минидоступа, не требуют наложения пневмоперитонеума и осуществляются, практически всегда, под местной анестезией. Это обстоятельство позволяет оперировать больных с тяжелой патологией и в преклонном возрасте. Малая травматичность операций снижает риск инфицирования.

Цель работы. Оценить эффективность миниинвазивных методов лечения кист поджелудочной железы.

Материал и методы. С 2002 по 2008 гг. в клинике общей хирургии пункционно-дренажный метод был применен у 66 больных с кистами поджелудочной железы. При этом использовался стандартный набор оснащения для пункционно-дренирующих операций. При нагноившихся кистах больших размеров использовали дренажные трубки с внутренним диаметром не менее чем 4 мм.

Результаты. Из 57 больных санационно-диагностическая пункция выполнена у 34, пункция в сочетании с дренированием у 32 пациентов. Однократные пункции оказались эффективными у 23 больных, у 11 пациентов для купирования воспалительного процесса проводили повторные пункции. Пункцию стремились производить минуя полый или паренхиматозный орган, так, у 19 пациентов манипуляцию выполнили через желудочно-ободочную связку, у 15 больных пункция была осуществлена через желудок.

При кистах больших размеров после пункции проводилось ее дренирование. Данная операция производилась через желудочно-ободочную связку у 25 больных, через левую долю печени у 3 больных и через обе стенки желудка у 4 пациентов.

Эффективность лечения оценивали по уменьшению размеров кисты при контроле УЗИ и характеру отделяемого из кисты. В большинстве случаев данный метод позволил купировать нагноительный процесс и достичь выздоровления. Дренажи удалялись на 14-22 сутки при остаточных размерах кист до 2-3 см. Лапаротомия потребовалась у 1 пациента в связи с кровотечением из полости кисты на 7 сутки после дренирования.

Выводы. В среднем сроки лечения больных, подвергшихся оперативному лечению, составили 27 дней, консервативно - 14 дней. Повторное УЗИ выполнялось больным через 10-13 дней. Кисты поджелудочной железы после оперативного лечения у 68,8% больных не обнаруживались, у 31,2% пациентов кисты выявлялись, но размеры их были значительно меньше (в 2 –3 раза).

Средняя длительность лечения пациентов при использовании пункционно-дренажного метода под контролем УЗИ составила 22 дня.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гришин И.Н., Маринич А.А., Гриц В.Н.

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

В силу того что кисты поджелудочной железы этиопатогенетически связаны с прилежащими к ним жизненно важными органами, кроме синдрома опухоли это обусловливает ряд специфических симптомокомплексов. Коррекция их неоднозначна и зависит от методов хирургического лечения кист.

Цель. Определить рациональную тактику и методику хирургической коррекции всего сочетания симптомокомплексов при лечении кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Анализу подвергнуты 282 наблюдения, начиная с 1973 года. Кроме общеклинических методов проводились исследования ЭРХПГ, УЗИ, КТГ, МРГГ, селективная и суперселективная ангиография, чреспеченочная холангиография.

Результаты. Констатированы 14 типов симптомокомплексов. Основными были: механическая желтуха, стеноз пилородуоденального канала, портальная гипертензия, кровотечения, аневризмы-кисты, приводящие к массивным кровотечениям, вирсунголитиаз или холангиолитиаз, а также сочетания этих комплексов. Радикальными методами кист поджелудочной железы и их симптомокомплесов являются органоуносящие вместе с кистой операции (13,8%). Но они не всегда выполнимы. Наиболее широко применяются различные модификации дренирующих вмешательств (наружное в 33,6% и внутреннее в 39,5% случаев). Они являются условно радикальными, т.к. в 40% наблюдаются рецидивы кист и в 50% случаев не устраняются многие основные симптомокомплексы. При кистах головки поджелудочной железы рецидив кисты и стеноза пилородуоденального канала наступил у 2 больных из 4-х, а механическая желтуха у 4-х. Причины этого не только в рецидиве кист, но и в пролиферативных процессах, происходящих в просвете кисты после её дренирования. Это обосновывает необходимость одновременно с дренированием, особенно при внутренних, профилактически устранять симптомокомплексы добавочным дренированием желудка, двенадцатиперстной кишки, желчных протоков (после удаления конкрементов), и анастомозирование их с единой отключенной петлей тонкой кишки по Ру. Это касается вирсунго- и холангиолитиаза. Количество анастомозов в этой ситуации может достигать 3–4 и более, в зависимости от сочетания симптомокомплексов. У 32 (11,3%) больных развилось кровотечение в результате аневризмы-кисты. Тампонирование в этих случаях неэффективно. Погибло 3 больных. Это предусматривает выполнение ПДР по жизненным показаниям. У 9 больных (3.1%) выявлены аневризмы. У 4-х из них выполнена эмболизация. У 2-х произведена резекция хвоста поджелудочной железы вместе с аневризмой, у остальных – внутриполостное лигирование артерий с дренированием просвета. Портальная гипертензия не может быть устранена только резекцией кисты или аневризмы. Необходимо лигирование и пересечение пищеводно-селезеночных перетоков.

Итак, ликвидация кисты всегда требует более широкого объёма операции в связи с многими развившимися патологическими симптомокомплексами. Невыполнение этих требований является причиной повторных хирургических вмешательств, но только в более сложных условиях.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джоробеков А.Д., Оморов Р.А., Кутманбеков Э.А., Ахмедов Д.Г.

ГКБ № 1, Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования. Анализ хирургического лечения кист поджелудочной железы.

Материал и методы. С 1984 по 2008 гг. мы наблюдали 67 пациентов с кистами поджелудочной железы (ПЖ). Мужчин было 45, женщин – 22. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет. Диагностика кист ПЖ осуществлялась по данным анамнеза, клинических проявлений, инструментальных методов обследования – УЗИ, КТ, МРТ и по результатам интраоперационных и морфологических исследований.

Результаты. При хирургическом лечении кист ПЖ применялись радикальные вмешательства, а также различные способы внутреннего и наружного дренирования. К радикальным вмешательствам прибегали в случаях дистальной локализации кист, при отсутствии интимного их сращения с соседними органами и тканями, при паразитарном и опухолевом характере. Данные операции проведены 7 пациентам. Из них левосторонняя гемипанкреатэктомия и каудальная резекция ПЖ выполнена у 3 больных, а цистэктомия – у 4 пациентов. Внутреннее дренирование осуществили у 34 больных с наличием кист со сформированной стенкой. При интимном сращении кист с задней стенкой желудка производили цистогастроанастомозы – у 12. При локализации кист в головке ПЖ у 2 больных осуществлен цистодуоденоанастомоз. В 20 случаях – цистоеюноанастомозы. Причем в 4 случаях нагноившихся кист ПЖ выполнен инвагинационный цистоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру с назокистозным дренированием, что позволило избежать формирования в послеоперационном периоде наружного панкреатического свища. В 5 случаях выполнен клапанный антирефлюксный цистоеюноанастомоз по типу «бок в бок» с поперечным рассечением стенки кишки на выключенной петле по Ру, который предотвращал рефлюкс в полость кисты кишечного содержимого. Использование этих операций осложнений не давало, а также значительно улучшило качество жизни пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. Наружное дренирование кист ПЖ произведено у 20 пациентов. Данное вмешательство осуществляли при тонкостенных несформированных кистах, их нагноении, а также у лиц пожилого возраста и при тяжелом состоянии больных. Тонкоигольная пункция кист ПЖ под контролем УЗИ произведена у 4 пациентов с диаметром кист менее 5 см. Паллиативные операции в виде гастроэнтероанастомоза – 1 и холецистоеюноанастомоза – 1 выполнены у больных с цистоаденокарциномами головки ПЖ, когда отсутствовали условия для радикального вмешательства. Оперативные вмешательства осуществляли прецизионно и с применением сандостатина в послеоперационном периоде. Осложнения наблюдали у 4 пациентов (5,9 %): выпадение дренажа – у 1, наружный панкреатический свищ – у 2, и также у 1 больного развилась ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость. Летальные исходы отмечены в 3 случаях при наружном дренировании кист (4,5 %): у 2 пожилых пациентов с аррозивным кровотечением и в 1 случае вследствие развития панкреонекроза.

Заключение: Выбор наиболее приемлемого способа оперативного вмешательства в каждом конкретном случае и, в частности, использование антирефлюксного цистоеюноанастомоза при внутреннем дренировании и инвагинационного цистоеюноанастомоза при нагноившихся кистах ПЖ позволяют улучшить результаты хирургического лечения у больных с кистозными поражениями ПЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНУТРЕННЕГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Евтихова Е.Ю., Гагуа А.К., Евтихов Р.М., Суханевич А.В.

ГОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия Росздрава

Целью данной работы была оценка результатов эндоскопической внутренней цистогастро- и дуоденостомии у больных с псевдокистами поджелудочной железы (ПК). С 1996 года по настоящее время эндоскопическое внутреннее дренирование ПК ПЖ через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки нами выполнено 28 пациентам в возрасте от 19 до 69 лет. Этиологическими факторами панкреатита были: алкоголь – 20, ЖКБ – 6, травма – 2. В головке ПЖ ПК располагались в 9 случаях и им выполнялся дуоденоцистоанастомоз. При локализации ПК в теле ПЖ у 19 человек произвели гастроцистоанастомоз. Диаметр кист составлял от 5 до 18 см. Сроки существования ПК варьировали от 2 до 17 месяцев. До поступления в нашу клинику 18 пациентов лечились в различных лечебных учреждениях города и области. При этом 8 из них были оперированы в прошлом по поводу панкреонекроза, а 5 – выполнена холецистэктомия.

Диагноз устанавливался на основании комплексного обследования. Всем пациентам проводили КТ, а в последних два года мультиспиральную КТ, так как она по сравнению с УЗИ более информативно оценивает наличие и сформированность капсулы ПК, а также её взаимоотношения с окружающими органами. Оценивали размеры, локализацию и степень сформированности ПК, а также состояние ПЖ и желчевыводящих путей. У 15 больных были сформированные кисты. В 7 наблюдениях при локализации ПК в головке ПЖ диагностированы явления билиарной гипертензии и еще в 3 наблюдениях имел место резидуальный холедохолитиаз. Поэтому этим 8 пациентам дополнительно проводилась ЭРПХГ, а трем из них – эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением конкрементов из общего желчного протока. Для выполнения внутреннего дренирования использовали дуоденоскоп Олимпус JFQ 30 и электрохирургический блок PCD-2, а также набор папиллотомов. Главными эндоскопическими ориентирами при определении участка прилегания кисты к задней стенке желудка были: ригидность и выбухание стенки со сглаженностью складок и отсутствием перистальтики, отек слизистой оболочки этого участка с эрозиями или петехиями. В желудке отверстие расширяли в основном до 2 см, а в двенадцатиперстной кишке – до 1–1,5 см. В случаях кровотечения его остановку проводили с помощью коагуляции торцевым электродом. Чаще в ДПК дренирование ПК проводили на её заднемедиальной стенке на 1,5–2 см выше большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Тем не менее в двух случаях кисту дренировали на 1,5 см ниже большого

сосочка ДПК. Ранних осложнений не отмечено. В сроки от 6 месяцев до 9 лет после эндоскопического дренирования обследовано 24 пациента. Рецидив ПК отмечен в 3 случаях. В 1 наблюдении имела место толстостенная ПК, локализующаяся ближе к хвосту ПЖ. При этом также диагностирован выраженный фиброз железы с мелкими интрапанкреатическими кистами ПЖ. Рецидив ПК отмечен через 7 месяцев после эндоскопического вмешательства. Поэтому больной выполнена дистальная резекция ПЖ. В 2 случаях рецидив наступил вследствие закрытия созданного соустья в желудке. Однако по сравнению с первоначальными размеры ПК значительно уменьшились. Произведено несколько чрескожных пункций под контролем УЗС с введением склерозирующих препаратов. Наступила облитерация стенок ПК. Больные находятся под наблюдением. Трудоспособность не нарушена. У 6 человек отмечаются проявления ХП, по поводу которого периодически проводится консервативно лечение. Тем не менее ПК не определяется. Они сохраняют работоспособность.

Эндоскопическое внутреннее дренирование ПК в желудок или ДПК имеет несомненные преимущества в ряде случаев перед открытой операцией создания цистодигестивных анастомозов. Однако при выполнении данных вмешательств необходим ряд обстоятельств: четкая визуализация фиксации кисты со стенкой желудка или ДПК (учитывать эндоскопические, а также КТ и УЗ признаки); первоначальное выполнение минимального (до 1 мм) прокола, для возможного прекращения манипуляции; отсутствие панкреатической гипертензии. Этот эффективный метод лечения, сочетающий малоинвазивность с визуальным контролем и морфологической верификацией диагноза должен найти более широкое применение в клинической практике.

ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МИНИИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ

Запорожченко Б.С. , Шишлов В.И., Горбунов А.А.
Одесский областной медицинский центр, Украина

За последние 30 лет отмечен более чем двукратный рост частоты хронических панкреатитов (ХП). Возросло число пациентов с осложненными формами ХП (20–80 больных на 100 000 населения). Неуклонное нарастание тяжести этих осложнений заставляет все чаще прибегать к хирургическому лечению.

Цель данной работы — оценить эффективность эндоскопической и лапароскопической коррекции осложнений ХП и обосновать показания к применению данных технологий.

Материалы и методы. В основу исследования положен анализ результатов лечения 127 больных осложненными формами ХП, оперированных с помощью миниинвазивных методик с 2002 по 2008 год.

Показанием к лапароскопической пункции псевдокисты было наличие признаков увеличения ее размеров или развития осложнений.

В исследовании был применен разработанный нами способ миниинвазивного лечения кист ПЖ (патент Украины на изобретение № 22915). Согласно разработанному способу, под общим обезболиванием пациенту накладывали порты в стандартных точках, создавали карбоксиперитонеум. Под лапароскопическим контролем осуществляли трансгастральную пункцию полости кисты. Производили аспирацию содержимого полости кисты, после чего с помощью электрокоагулятора на передней стенке желудка создавали «дорожку» длиной 3–5см, по которой электроножом рассекали переднюю стенку желудка, а края рассеченных тканей с помощью манипуляторов разводили в стороны. Ориентируясь на положение пункционной иглы, введенной в полость кисты, с помощью электроножа рассекали заднюю стенку желудка и прилежащую к ней стенку кисты. Из полости кисты аспирировали содержимое и осуществляли санацию полости растворами антибиотиков в физиологическом растворе. Затем непрерывным обвивным швом ушивали переднюю стенку желудка.

Предложенным нами методом прооперировано 35 больных с псевдокистой ПЖ с хорошими послеоперационными результатами.

Полное купирование болевого синдрома отмечено у 77,1% пациентов, осложнения были у 2, закончились благополучно.

При оценке состояния больных на протяжении от 6 до 60 месяцев с момента миниинвазивных вмешательств, клиническое улучшение состояния больных в виде полного или частичного устранения болевого синдрома, увеличения массы тела пациентов и улучшения экзокринной функции были отмечены у 67 (89,7%) больных.

Выводы. Приведенные результаты применения миниинвазивных лапароскопических методов лечения осложненного ХП позволяют считать их достаточно эффективными.

Миниинвазивные хирургические вмешательства в большинстве случаев являются альтернативой «открытым» операциям, за исключением ситуаций, требующих прямого вмешательства на ПЖ (продольная панкреатоеюностомия, ПДР или дистальная резекция ПЖ).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИСТИННЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кадощук Т.А., Каниковский О.Е., Петрушенко В.В., Бондарчук О.И., Стукан С.С.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения истинной кисты ПЖ путем выбора оптимальной хирургической тактики в зависимости от характера возникшего осложнения истинной кисты.

Материал и методы. Нами оперированы 107 больных с истинными кистами ПЖ. Мужчин было 82, женщин – 25 в возрасте от 23 до 72 лет. На процесс кистообразования при хроническом панкреатите (ХП) влияние оказывает нарушение проходимости панкреатических протоков вследствие развития рубцевания и стриктуры, воспалительных инфильтратов, стеноза сфинктера Одди и наличия конкрементов в протоках. Это приводит к гипертензии в ацинусах и канальцах, их патологическим расширениям и формированию кисты. Вместе с тем при хроническом панкреатите, особенно алкогольном, в поджелудочной железе могут возникать ретенционные кисты не вследствие некроза ткани железы, а в результате их растяжения застойным панкреатическим соком канальцев и ацинусов. Проведенные исследования в послеоперационном периоде у 102 больных подтвердили наличие ХП в виде атрофии паренхимы железы, расширения канальцев и ацинусов. Все это подтверждает патогенетическое единство деструктивного процесса ПЖ и кистообразования. На основании собственных наблюдений выделили следующие виды осложненных истинных кист: 1) Осложнения, при которых патологические процессы развились непосредственно в самой кисте: кровотечение в полость кисты – у 19, нагноение – у 10 больных, перфорация кисты – у 3. 2) Осложнения, возникающие в соседних органах как проявление увеличения размеров кисты, чаще всего в связи с возникшим кровотечением в ее полость, и повышение давления в ней привело к острой непроходимости желудочно-кишечного тракта у 9 больных, механической желтухе – у 8. Ретропанкреатическая локализация истинных кист осложнялась тромбозом селезеночной вены, что обусловило сегментарную портальную гипертензию у 2 больных. Проведена дооперационная диагностика с учетом УЗИ, КТ, МРТ, изотопных исследований, по нашим данным, информативность каждого из них составляет от 82,3 до 93,8%. Трудность диагностики характера осложнения истинных кист вызывает необходимость применения интраоперационных методов исследования: интраоперационной панкреатоцистографии, пункционной срочной биопсии, цитологического исследования содержимого кисты. Хирургическое лечение истинных доброкачественных кист ПЖ выполнено у 102 пациентов, из которых продольная панкреатоеюностомия с иссечением передней стенки кисты произведена у 49 больных, наружно-внутреннее дренирование – у 22, резекция хвоста железы – у 23, левосторонняя панкреатэктомия – у 8 больных. Сложность патогенеза и наличие двух и более заболеваний смежных органов обусловливало необходимость сочетанных хирургических вмешательств, главным образом на внепеченочных желчных путях.

Заключение. У 71 больного с доброкачественными истинными кистами ПЖ нами применена органосохраняющая хирургическая тактика, которая позволила улучшить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения. Продольная панкреатоеюностомия предусматривает сохранение дистальной части ПЖ с богатой эндокринной функцией, что профилактирует развитие диабета, рецидивирование ХП и способствует восстановлению трудоспособности у 88% больных. Радикальные вмешательства при ОПЖ – вынужденная мера, так как при этом удаляется богатая эндокринными образованиями часть ПЖ, что способствует развитию диабета в раннем послеоперационном и отдаленном периодах.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кадощук Т.А., Каниковский О.Е., Петрушенко В.В., Бондарчук О.И., Стукан С.С.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, Украина

Цель исследования. Оптимизация результатов комплексной до- и интраоперационной диагностики и улучшение результатов хирургического лечения опухолевых кист поджелудочной железы.

Материалы и методы. Нами оперировано 35 больных в возрасте от 23 до 72 лет с опухолевыми кистами ПЖ. Мужчин было 27, женщин – 8. Клиническое проявление в раннем периоде опухолевых кист не имело специфических признаков, хотя существует мнение, согласно которому таковыми являются: быстрое увеличение кисты, усиление болей, исхудание, желудочно-кишечные кровотечения. Малигнизация кист ПЖ у наблюдаемых нами больных возникала на фоне длительного течения хронического панкреатита. Продолжительность анамнеза составила от 3 до 14 лет. Кишечные кровотечения возникли только у 3 больных и только в одном случае с неоперабельной кистозной опухолью на фоне истощения выявили асцит. Следовательно, отсутствие характерных признаков опухолевых кист и выраженность полиморфизма клинической картины не позволили установить правильный диагноз у 23 (65%) пациентов. Заподозренная во время лапаротомии раковая природа кисты у этих больных была подтверждена срочной биопсией и цитологическим исследованием, а у 10 (29,2%) больных установлению диагноза способствовала интраоперационная панкреатоцистография. У 2 (5,7%) пациентов диагноз был подтвержден послеоперационным гистологическим исследованием. Проведенное дооперационное комплексное обследование больных с малигнизированными кистами ПЖ включало УЗИ, ФГДС, КТ и МРТ. Однако даже специальные методы исследования не всегда позволяли произвести адекватную оценку распространения и характера опухолевой инвазии, в связи с чем окончательное решение о выборе метода и объема операции принималось после выполнения интраоперационных методов исследования: интраоперационной панкреатоцистографии, пункционной биопсии с различных участков кисты, цитологического исследования содержимого кисты. Проведенные нами гистологические и цитологические исследования показали, что наибольшие дифференциально-диагностические трудности возникали у больных хроническим панкреатитом и раком ПЖ. При гистологическом исследовании коллоидная форма рака у больных с кистозными опухолями была выявлена у 7, аденокарцинома – у 9 больных, аденокарцинома с выраженным склеротическим процессом – у 8. При цитологическом исследовании содержимого опухолевой кисты аденокарцинома была выявлена у 11 пациентов. При этом окончательный ответ о радикальной резектабельности малигнизированной кисты возможно получить только по ходу мобилизации ПЖ. Оценка распространения опухолевого процесса, поражения ретропанкреатических и парааортальных лимфоузлов позволила отказаться от радикального вмешательства у 12 пациентов. Радикальные хирургические вмешательства выполнены 23 больным: субтотальная резекция ПЖ с удалением кисты, резекция нижнегоризонтальной части двнадцатиперстной, тощей, поперечно-ободочной кишки и спленэктомия выполнена 4 больным; субтотальная левосторонняя резекция ПЖ с удалением кисты и селезенки – 7, резекция тела и хвоста ПЖ с удалением кисты и спленэктомией – 12 больных. У 9 больных с неоперабельной опухолью выполнено внутреннее дренирование с тощей кишкой, в 3 – наружное дренирование. В ближайшем послеоперационном периоде умерло 4 пациента. Причиной летального исхода в 1 случае послужило возникшее кровотечение на 26 день после операции на фоне перитонита, а 3 пациента с неоперабельной формой заболевания умерли на протяжении 27–63 дней от прогрессирования рака.

Заключение. Окончательный диагноз опухолевых кист ПЖ может быть установлен при лапаротомии с применением срочной биопсии, цитологического исследования и панкреатоцистографии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Качанов В. А., Редозубов А. В.
МУЗ Городская клиническая больница № 1, Тольятти, Россия

Цель работы. Улучшение результатов лечения больных с панкреатическими псевдокистами.

Материалы и методы. Проведено обследование и лечение 48 больных за период с 1996 по 2008 годы с постнекротическими псевдокистами поджелудочной железы. Из них оперирован 41 пациент. Средний возраст составил 43+4 года. Оперировано 13 женщин и

28 мужчин. Все больные разделены на две группы в зависимости от оперативного пособия. Первая группа – малоинвазивные вмешательства. Это пункция под ультразвуковым контролем с последующим дренированием. Размер кист составил от 8 до 15 см. Всем больным проводилось рентгенконтрастное исследование с целью выявления связи с протоковой системой поджелудочной железы, у двоих больных она выявлена. Дренирование кист проводилось в сроки от 3 недель до 6 месяцев, полость кист промывалась различными антисептиками. Одному больному выполнена пломбировка остаточной полости Рабромом через полтора месяца после пункции и дренирования. Дебит отделяемого из полости кисты до 20 мл. в сутки служит указанием для удаления дренажа. Повторная пункция потребовалась одному больному в связи с выпадением дренажа. Осложнений в этой группе больных не было. Среднее пребывание вы стационаре составило 14 дней. Вторую группу больных – 36 человек, составили пациенты, которым выполнено традиционные вмешательства. 1. Наружное дренирование – 9 больных. 2. Внутреннее дренирование: а) цистоеюностомия с выключенной по Ру тонкой кишкой – 2 больных, б) цистоеюностомия с выключенной петлей тонкой кишки по Брауну – 22 больных. 3. Дистальная резекция – 2 больных; 4. ГПДР – 1 больной. Релапаротомий было две 39 пациента – 5,8%, одна по поводу кровотечения в полость кисты, вторая по поводу нагноения. Умер один больной после цистоеюностомии и кровотечения в полость кисты. Послеоперационная летальность составила 2,4%.

Заключение. Применение пункционных методов дренирования постнекротических кист поджелудочной железы является эффективным способом лечения, позволяющим снизить количество осложнений и летальность. При невозможности их выполнения методом выбора остаются традиционные операции.

КОМБИНИРОВАННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ И СРЕДИННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННОЙ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ПАПИЛЛЯРНОЙ МУЦИНОЗНОЙ ОПУХОЛИ.

Козлов И. А., Кригер А. Г., Кочатков А. В., Яшина Н. И., Старков Ю. Г., Щеголев А. И., Королев С. В., Пашовкин И. Т.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель. Оценить возможность применения лапароскопических технологий при первично-множественной кистозной опухоли поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Оперирована больная, 52 лет, с первично-множественной внутрипротоковой папиллярной муцинозной опухолью боковых ветвей панкреатического протока головки и тела ПЖ.

Характер поражения ПЖ верифицирован до операции на основании данных компьютерной и магнитно-резонансной томографии, транскутанного и эндоскопического УЗИ, и подтвержден при гистоморфологическом исследовании. Комплексное обследование позволило выявить множественные мелкие кисты (до 0,5 см), которые располагались компактно на ограниченных участках в головке и теле железы (размерами до 2,5х2,2 и 1,5х1,8 см, соответственно).

Лапароскопически ассистированная срединная и проксимальная резекция ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнена из 5 троакарных доступов: 10-мм – в околопупочной (видеолапароскоп) и эпигастральной области по срединной линии (ретрактор, зажим), 12-мм – в левой боковой области (лапароскопическое УЗИ; ультразвуковой скальпель Harmonic ACE, Ethicon; аппарат Endo GIA) и 5-мм доступы – в обоих подреберьях (зажимы).

При лапароскопическом УЗИ обнаружена кистозная опухоль в теле и множественные мелкие кистозные опухоли в головке ПЖ, которые располагаются гроздевидно вокруг панкреатического протока и сдавливают его.

Ультразвуковым скальпелем произведена диссекция головки и тела железы. Выполнена туннелизация за задней поверхностью и иссечение участка дистального отдела железы с кистозной опухолью на границе тела и хвоста (аппарат Endo GIA и ультразвуковой скальпель). Выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Затем железа пересечена в поперечном направлении справа от мезентерикопортального венозного ствола. Головка ПЖ отделена от внутренней стенки двенадцатиперстной кишки. После пересечения связки крючковидного отростка головка железы полностью удалена.

Через срединный разрез (8 см) извлечены иссеченный срединный фрагмент и головка железы. На выключенной по Ру петле тонкой кишки сформированы терминотерминальный (с хвостом) и терминолатеральный (с телом) панкреатоеюноанастомоз. Операция завершена дренированием общего желчного протока по Холстеду.

Результаты. Продолжительность операции составила 615 мин., кровопотеря – 1500 мл. После операции наблюдались признаки компрессии дистальной части холедоха воспалительным инфильтратом. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, стентирование желчного протока. Больная выписана.

При гистологическом исследовании выявлены множественные внутрипротоковые папиллярные муцинозные аденомы боковых ветвей панкреатического протока в головке и дистальном отделе железы.

При обследовании через 3 мес. после операции рецидива заболевания, экзо- и эндокринной недостаточности железы не выявлено.

Заключение. Первый опыт лапароскопически ассистированной срединной и проксимальной резекции ПЖ свидетельствует, что при деликатной хирургической технике и селективной деваскуляризации возможно выполнение сочетанных анатомических резекций железы. Формирование реконструктивных панкреатодигестивных анастомозов более надежно из открытого доступа.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ КИСТОЗНЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Козлов И. А., Кригер А. Г., Яшина Н. И., Кочатков А. В., Королев С. В., Степанова Ю. А., Пашовкин И. Т.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель. Определить показания к лапароскопическим резекциям при кистозных и опухолевых образованиях поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Лапароскопические резекции ПЖ выполнены у 13 больных (женщин – 11, мужчин – 2) с кистозными и опухолевыми образованиями железы. Возраст – от 27 до 62 лет.

При комплексном обследовании до операции (компьютерной и магнитно-резонансной томографии, УЗИ) патологические изменения ПЖ расценены как кистозная опухоль у 11 больных. Солитарные образования локализовались в дистальных

отделах железы в 10 случаях, в головке – в 1 случае. Первично-множественное поражение головки и тела (2) выявлено при внутрипротоковой папиллярной муцинозной и нейроэндокринной опухоли ПЖ.

Лапароскопическая дистальная резекция ПЖ без спленэктомии выполнена у 8 пациентов. Селезеночные сосуды сохранены у 5 больных, частично иссечены у 2 пациентов. У 1 больного стенка псевдокисты ПЖ иссечена с ветвями селезеночных сосудов, выполнена резекция ишемизированной части селезенки. Мобилизацию железы и резекцию селезенки производили ультразвуковым скальпелем Harmonic, железу пересекали аппаратом Endo GIA.

Лапароскопически ассистированная срединная резекция ПЖ произведена 2 больным. ПЖ пересекалась слева от опухоли ультразвуковым скальпелем, справа – Endo GIA. Пересечение тонкой кишки и межкишечное соустье производилось аппаратом Endo GIA. Из минилапаротомного доступа на петле тонкой кишки по Ру формировался панкреатоеюноанастомоз.

Лапароскопически ассистированная проксимальная резекция ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнена в изолированном варианте (1) или в сочетании со срединной резекцией (1). Ультразвуковым скальпелем над верхнебрыжеечной веной пересекалась ПЖ и производилась диссекция ткани головки железы. Формировали межкишечный анастомоз (Endo GIA). Из минилапаротомного доступа при изолированной операции накладывали один терминотерминальный панкреатоеюноанастомоз, а при сочетании со срединной резекцией – двойной терминотерминальный и терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле кишки.

Лапароскопически ассистированная пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция произведена у 1 больной. Мобилизация панкреатодуоденального комплекса выполнена лапароскопически. Реконструктивные анастомозы сформированы из минилапаратомного доступа.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 320 мин. (155–615 мин.), а средняя кровопотеря – 560 мл (50–1500 мл).

После лапароскопической дистальной резекции оперирована повторно по поводу гемоперитонеума одна пациентка. У 5 (38%) больных отмечен панкреатический свищ. Летальных исходов не было.

При гистологическом исследовании изменения ПЖ соответствовали постнекротической кисте (2), истинной кисте (1), муцинозной (3) и серозной (3) цистаденоме, нейрофиброме (1), внутрипротоковой папиллярной муцинозной (1), солидной псевдопапиллярной (1) и нейроэндокринной (1) опухолям. Размеры образований – 1,2-7,5 см.

При обследовании больных в сроки 3-43 мес. после операции рецидива заболевания и экзокринной недостаточности железы не выявлено. Нарушения углеводного обмена, не требующие медикаментозной коррекции, констатированы у 4 больных.

Заключение. Лапароскопическая резекция ПЖ при кистозных опухолях может считаться обоснованной при условии проведения срочного патоморфологического исследования.

Техника лапароскопической диссекции различных отделов железы позволяет выполнить органосберегающую операцию: дистальную резекцию с сохранением селезенки и ее сосудов, удаление головки с сохранением двенадцатиперстной кишки, и отказаться от удаления дистальных отделов в пользу более экономной срединной резекции.

ОРГАНОСБЕРЕГАЮЩИЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Козлов И.А., Кригер А.Г., Яшина Н.И., Пашовкин И.Т., Петров Р.В.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», Москва, Россия

«Дуоденальная дистрофия» (ДД) подразумевает необратимые фиброзные или кистозно-фиброзные изменения стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК), которые потенцируются воспалением участков ткани поджелудочной железы (ПЖ) в мышечном слое кишки. Подобное состояние может считаться самостоятельной нозологической единицей, если не принимать во внимание наличие и выраженность фиброзно-воспалительных изменений ПЖ. Операцией выбора считается панкреатодуоденальная резекция (ПДР).

Цель. Уточнить возможность применения и оценить результаты органосберегающих вмешательств при ДД.

Материалы и методы. В 1998-2009 гг. оперированы 16 больных с изменениями, соответствующими ДД. Мужчины составили 87%. Средний возраст – 51,4 лет. Комплексное обследование (УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография, гастродуоденоскопия, эндо-УЗИ) позволило выявить в подавляющем большинстве случаев кистозно-фиброзную форму изменений стенки (15) со стенозированием нисходящей части ДПК (9) и дистального отдела общего желчного протока (5). Дилатации протока ПЖ, кальцинаты, кисты и микроабсцессы головки железы у 11 больных свидетельствовало о необходимости хирургической коррекции панкреатита.

Операция в стандартном объеме ПДР выполнена 12 больным с ДД.

У 4 больных произведены органосберегающие вмешательства, объем которых прямо зависел от характера и выраженности изменений ДПК и ПЖ. При наличии неизмененного дуоденального пассажа в 2 случаях частично иссечена небольшая киста передней стенки ДПК, произведена резекция головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом (операция Frey).

В 2009 г. выполнены 2 «нестандартные» операции. При наличии кальцинатов и выраженных фиброзных изменений в головке железы выявлено кистозное «расслоение» медиальной и заднебоковой стенки ДПК, захватывающее парапапиллярную зону. ПЖ пересечена над воротной веной, ее головка удалена. Произведена циркулярная резекция кистозно-измененной нисходящей части ДПК с папиллой. Концы ДПК сшиты «конец в конец». Продольно вскрыт проток ПЖ и рассечены стриктуры. На выключенной по Ру петле сформирован панкреато- и гепатикоеюноанастомоз.

При выраженном стенозе ДПК, отсутствии фиброзных изменений ПЖ и гипертензии в протоках выполнена циркулярная резекция ДПК с сохранением большого сосочка и ПЖ, супрапапиллярным холедоходуоденоанастомозом и вирсунгопластикой. Большой сосочек ДПК имплантирован в заднюю губу дуоденодуоденоанастомоза. Для восстановления дуоденального пассажа пищи разобщен наложенный ранее гастроэнтероанастомоз.

Результаты. Гнойно-воспалительные осложнения после ПДР возникали чаще, чем после органосберегающих операций, – у 6 и 1 больного, соответственно. Наиболее частым осложнением после ПДР была несостоятельность панкреато- и билиодигестивных анастомозов (4 пациентов), проявившаяся образованием желчного и панкреатического свищей. Повторных операций не было. После ПДР от сердечной недостаточности умер 1 (6%) пациент.

Заключение. Фиброзно-кистозные изменения стенки ДПК в большинстве случаев сочетаются с проявлениями хронического панкреатита, что требует их одновременной хирургической коррекции.

В лечении фиброзно-кистозных изменений ДПК предпочтение следует отдавать органосберегающим вмешательствам. Первый опыт резекций нисходящего отдела ДПК в изолированном варианте или в сочетании с резекцией головки ПЖ свидетельствует о возможности восстановления физиологичного пассажа пищи при радикальном устранении фиброзно-кистозных изменений стенки ДПК и осложнений хронического панкреатита.

Показания к операции ПДР при хирургическом лечении ДД должны ограничиваться невозможностью исключения опухолевого процесса.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Алентьев С.А. , Кашкин Д.П.

Военно-медицинская академия,
Санкт-Петербург, Россия

В связи с быстрым развитием современных методов лучевой диагностики частота выявления кистозных образований поджелудочной железы (ПЖ) значительно увеличилась. Большую часть из них составляют постнекротические псевдокисты. Однако, по данным литературы, 5-15% являются кистозными опухолями (КО). Дифференциальная диагностика в этом случае приобретает первостепенное значение, поскольку именно природа кистозного образования определяет дальнейшую тактику хирургического лечения.

В период с 2000 по 2009 гг. под наблюдением находилось 57 пациентов с кистозными образованиями ПЖ. Диагноз кистозного образования устанавливался на основании данных УЗИ, МСКТ, МРТ/МРХПГ. В большинстве случаев 33 (57,9%) имели место псевдокисты, как следствие перенесенного панкреонекроза и оментобурсита. Истинные кисты диагностированы у 11 (19,3%) пациентов. В остальных 13 (22,8%) случаях установлено наличие кистозной опухоли ПЖ. Из них в 5 случаях диагностирована серозная цистаденома, в 1 – муцинозная цистаденома, в 6 – кистозная цистаденокарцинома, в 1 – внутрипротоковая папиллярно-муцинозная опухоль. По локализации опухоли разделились следующим образом: головка железы – 5 (38,5%), корпорокаудальные отделы – 8 (61,5%). Проведение дифференциального диагноза облегчалось при наличии указаний на перенесенный в анамнезе панкреатит. Пациенты с КО, как правило, специфичных жалоб не предъявляли. Лишь в 1 наблюдении цистаденома головки pancreas сдавливала итрамуральную часть холедоха с развитием механической желтухи. 4 пациента со злокачественной КО отмечали слабо выраженный болевой синдром и похудание. В остальных случаях образование выявлено случайно при УЗИ. Маркеры онкопроцесса (СА19-9, РЭА) превышали нормальные значения только у 2 (15,4%) больных с цистаденокарциномой. Основу дооперационного диагноза составлял комплекс лучевых методов обследования. Для цистаденом были характерны расположение в толще неизмененной ткани ПЖ, округлая форма с четкой, хорошо выраженной капсулой, гомогенное жидкостное содержимое, отсутствие признаков панкреатической гипертензии. Образования злокачественной природы имели неравномерно утолщенную капсулу, хорошо накапливающую контраст, очетливо визуализировались сосочковые разрастания на ее внутренней поверхности, в ряде случаев выявлялись септы. В 3 наблюдениях опухоль выходила за пределы железы с поражением окружающих сосудов и органов. При наличии свободного акустического окна выполняли аспирационную тонкоигольную пункцию для цитологического исследования. Информативность последнего составила 46,2%. Все пациенты были оперированы в плановом порядке. Первым этапом во всех случаях выполняли срочное гистологическое исследование участка стенки КО. При локализации опухоли в каудальных отделах выполнена дистальная резекция ПЖ. При отсутствии инвазии в сосуды селезенки последнюю сохраняли. В случаях расположения опухоли в головке ПЖ и отсутствии отчетливых данных о доброкачественности процесса выполняли пилоросохраняющую ПДР. В двух случаях при гистологически подтвержденной серозной цистаденоме выполнена операция типа Бегера и в одном лапароскопическая энуклеация образования. Летальных исходов не было.

Таким образом, для верификации кистозных опухолей требуется применение комплекса диагностических методов, при этом решающее место среди них принадлежит интраоперационному гистологическому исследованию. При установлении злокачественной природы опухоли показано выполнение радикального оперативного вмешательства. В случае серозных цистаденом рекомендуем выполнение органосохраняющих операций.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Кригер А.Г., Козлов И.А., Егоров В.И., Кочатков А.В., Яшина Н.И., Степанова Ю.А., Щеголев А.И., Королев С.В.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»,
Москва, Россия

Цель. Оценить возможности диагностики и результаты хирургического лечения кистозных опухолей (КО) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. В 1999-2009 гг. оперировано 482 больных различными опухолями ПЖ. КО выявлены у 101 (21%) пациента (женщин – 89%). Средний возраст – 50,2±2,8 лет (15-82 лет). При морфологическом исследовании цистаденома констатирована у 61 больного (серозная – 32, муцинозная – 29), цистаденокарцинома – у 24, внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль (ВПМО) – у 15 больных. Наиболее часто КО локализовались в дистальных отделах ПЖ. Размеры образований – 2-12 см.

Комплексное обследование (УЗИ с дуплексным сканированием сосудов, компьютерная томография с контрастным усилением, магнитно-резонансная томография с панкреатикохолангиографией, эндоскопическое УЗИ, онкомаркеры СЕА и СА19-9) позволяло установить диагноз КО на дооперационном этапе.

Результаты. Патогномоничных симптомов при КО нет, но основным являются нечеткие болевые ощущения в верхних отделах живота. Снижение массы тела характерно только для больных с цистоаденокарциномами.

Наличие внутриполостных перегородок типично для КО. При цистаденокарциноме визуализируются дополнительные солидные тканевые структуры с кровотоком, содержимое повышенной плотности и кальцинаты в стенке. При ВПМО с сосочковыми разрастаниями в панкреатическом протоке отмечается его сегментарное или диффузное расширение и/или кистозное расширение боковых ветвей. Могут визуализироваться кальцинаты и атрофия ПЖ. Большей диагностической значимостью обладают магнитно-резонансная томография и эндоскопическое УЗИ (правильный диагноз – у 69% больных).

При цистаденоме выполняли органосберегающие операции традиционным, лапароскопическим, робот-ассистированным доступами. Изолированная резекция головки произведена 4 пациентам, срединные или краевые резекции ПЖ – 16 больным. При дистальных резекциях ПЖ в 21 случае из 34 сохранена селезенка. Панкреатодуоденальная резекция (пилоросохраняющая – 6, с резекцией желудка – 1) выполнялась только при подозрении на злокачественность опухоли и больших размерах образования.

При цистаденокарциноме выбор операции рассматривался с позиций онкологической целесообразности. Производилась дистальная резекция ПЖ со спленэктомией (17) и гастропанкреатодуоденальная резекция (2). Единственным способом хирургического лечения у 5 больных с распространенным опухолевым процессом явилось формирование билиодигестивного анастомоза.

Возможность мультифокального роста ВПМО затрудняет определение объема резекции до операции. Окончательный объем вмешательства уточнялся интраоперационно после срочного гистологического исследования срезов. Панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника (8) в 5 случаях дополнена резекцией тела ПЖ, в 2 – резекцией воротной вены. Дистальная резекция ПЖ со спленэктомией выполнена у 6 больных, из которых 1 пациенту произведена комбинированная резекция желудка и поперечной ободочной кишки. У 1 больной выполнена срединная и тотальная проксимальная резекция ПЖ с сохранением двенадцатиперстной кишки.

Летальный исход отмечен у 2 пациентов. Осложнения после операции возникли у 37% больных. Релапаротомии выполнены 9 пациентам.

В отдаленные сроки наблюдения у больных, оперированных по поводу цистаденом и ВПМО, рецидива заболевания не выявлено.

Заключение. Преобладание частоты потенциально злокачественных или злокачественных КО требует активной хирургической тактики. Динамическое наблюдение при КО ПЖ допустимо лишь при асимптоматических серозных цистаденомах небольшого размера. Мультифокальность поражения являются характерной особенностью ВПМО с поражением главного панкреатического протока, что необходимо учитывать при хирургическом лечении.

НАВИГАЦИОННЫЕ И ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кубачев К.Г., Яхонов С.П., Изудинов А.С.

ГУЗ «Александровская больница № 17»,
Санкт-Петербург, Россия

Целью нашей работы явилось изучение возможностей применения пункционных вмешательств под контролем УЗИ и эндовидеохирургической технологии для лечения кист поджелудочной железы.

Изучены результаты лечения 72 больных с ложными кистами поджелудочной железы. Все они от 1 года до 7,5 лет назад перенесли острый деструктивный панкреатит. Ранее из них 43 пациента были оперированы по поводу различных осложнений панкреонекроза, 29 лечились консервативно. 54 больных были госпитализированы в экстренном, 18 - в плановом порядке. Показанием к экстренной госпитализации 6 пациентов явилось кровотечение в просвет кисты или в двенадцатиперстную кишку. В большинстве пациенты жаловались на ноющие боли в области эпигастрия, усиливающиеся после приема пищи, периодическую рвоту съеденной накануне пищей, наличие пальпируемого образования в эпигастральной области, периодические подъемы температуры. Диагноз кисты поджелу-дочной железы был подтвержден после УЗИ, спиральной компьютерной томографии. На компьютерных томограммах кисты поджелудочной железы обнаруживались как очаговые образования округлой или неправильной формы с четкими, ровными контурами и гомогенным содержимым. В случае не инфицированных кист плотность содержимого колебалась от -5 до +15ед HU, что соответствует плотности жидкости. У 12 пациентов с нагноившимися кистами отмечалась достоверно более высокая плотность содержимого, кото-рая колебалась от +25 до 40ед HU. Установить сообщение полости кисты с протоковой системой железы установить не удалось ни в одном случае.

У 36 больных применены пункционные методы под контролем УЗИ. При выполнении пункции пользовались только безадаптерной методикой, что позволяет более четко контролировать продвижение иглы в тканях. Данный способ лечения был эффективен в 3 случаях. Однократной пункции и эвакуации содержимого кисты было достаточным для достижения полной ликвидации образования у 29 больных. В 4 наблюдениях потребовалось выполнение повторной пункции с элементами склерозирования 96% этиловым спиртом. Еще у 3 пациентов при фистулографии в момент пункции определялось сообщение полости кисты с главным панкреатическим протоком. Впоследствии им был выполнен цистодигестивный анастомоз. Осложнений и летальных исходов не было. У 14 из них выполнено дренирование кисты под контролем УЗИ. 12 из них поправились, 2 были оперированы традиционным способом (выполнена операция Пьюстоу - 1, Фрея - 1) У 22 больных выполнены лапароскопические вмешательства. В 7 случаях в ходе оперативного вмешательства при пункции кисты получен гной и им выполнено наружное дренирование кисты. 15 больным выполнен петлевой цистоеюноанастомоз с заглушкой по А.А. Шалимову (6) или на отключенной по Ру петле (8). В 2 случаях развилась несостоятельность цистоеюноанастомоза, что потребовала лапаротомии. Таким образом, высокая эффективность этих методов лечения кист поджелудочной железы позволяет рекомендовать к их широкому применению при лечении этой патологии.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Майстренко Н.А., Прядко А.С., Довганюк В.С., Бойко И.Ю.

Военно-медицинская академия,
Санкт-Петербург, Россия

Совершенствование диагностических возможностей при заболеваниях поджелудочной железы позволило улучшить выявляемость ее кистозных поражений с частотой до 15%, в том числе опухолевого генеза – до 4%. Трудности их дифференциальной диагностики приводят к неудовлетворительным результатом, нередким тяжелым осложнениям, низкому уровню качества жизни больных с подобными заболеваниями. Поэтому необходимость совершенствования дифференциальной диагностики кистозных заболеваний поджелудочной железы, определяющей тактические и технические подходы, очевидна.

Комплексный анализ результатов диагностики и лечения 384 больных с кистами поджелудочной железы, среди которых кистозные опухоли и истинные (врожденный) кисты составили соответственно 3,9% и 2,08%, позволил выделить дифференциально-диагностические критерии при использовании УЗИ, КТ и, особенно

МРТ с учетом анализа Т1 – и Т2 – взвешенных изображений, а также тонкоигольной чрескожной пункции с последующим биохимическим и цитологическим исследованием и других методик.

В зависимости от характера и локализации кистозной опухоли или истинной кисты поджелудочной железы 23 больных были оперированы. Панкреадуоденальная резекция была выполнена в 6 случаях, дистальная резекция поджелудочной железы - 9, энуклеация - 7, и тотальная пакреатэктомия – в одном наблюдении. Основой хирургической тактики была недопустимость операций наружного или внутреннего дренирования.

Послеоперационные осложнения составили 12%, среди которых наиболее частыми были панкреатит легкой и средней степени тяжести и выраженный перитонит при отсутствии летальности.

В отдаленные сроки наблюдения (до 15 лет) у подавляющего большинства обследованных больных получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Таким образом, строгое следование диагностическим и лечебным алгоритмам, основанным на достоверных лабораторных, инструментальных и морфологических критериях, в совокупности с возможностями хирургических технологий, позволяет минимизировать показатели послеоперационных осложнений и летальности при хорошем качестве жизни у большинства больных с кистозными опухолями и истинными кистами поджелудочной железы.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЯХ И ИСТИННЫХ КИСТАХ ПОДЖЕДУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Меджидов Р.Т. , Гаджакаева А.И. , Гасанов А.Г.

Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия.

Цель исследования – определить некоторые аспекты хирургической тактики при кистозных опухолях и истинных кистах поджелудочной железы.

Материал и методы. Основу исследования составил анализ 27 клинических наблюдений хирургического лечения кистозных опухолей и истинных кист поджелудочной железы. Среди указанных пациентов мужчин было 16, женщин – 11. Диагностика проводилась с использованием алгоритма исследований, регламентированных стандартами для опухолевого поражения поджелудочной железы (УЗИ, КТ, МРТ, ЭрХПГ, спленопортография, целиакография). Ангиографические исследования выполнялись для определения степени вовлечения магистральных сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны в патологический процесс. Кистозные опухоли отмечены у 18 (66,6%) наблюдениях, а истинные кисты - в 9 (33,6%). Локализация их была следующая: головка поджелудочной железы – 13 (48,1%), тело – 9 (33,8%) и хвост – 5 (18,1%). Морфологическая характеристика кистозных опухолей поджелудочной железы выглядела следующим образом: серозная цистаденома – 4 (22,2%), муцинозная цистаденома – 10 (55,5%), муцинозная цистаденокарцинома – 3 (16,8%), ацинарноклеточная цистаденокарцинома – 1 (5,5%).

Радикальные операции были выполнены 24 (88,4%) больным, из них панкреатодуоденальная резекция – 12, дистальная резекция – 12. В последних наблюдениях селезенка сохранена в 8 случаях. В остальных 3 случаях было выполнено внутреннее дренирование кистозных образований поджелудочной железы.

Результаты. Во всех случаях панкреатодуоденальной резекции течение послеоперационного периода было гладкое. Умерло двое больных: один с ацинарноклеточной цистаденокарциномой спустя 1 год 4 месяца после операции и второй с муцинозной цистаденокарциномой через 2,2 года. В случаях дистальной резекции умер 1 пациент через 1,5 года после операции. В одном случае внутреннего дренирования истинной кисты головки поджелудочной железы имело место малигнизация кисты. Больная 22 года поступила в клинику повторно в IV клинической стадии опухолевого процесса. В двух остальных случаях внутреннего дренирования кист отмечен рост кистозного образования и им выполнена дистальная резекция поджелудочной железы с удалением селезенки.

Заключение. Хирургическая тактика при кистозных опухолях и истинных кистах поджелудочной железы должна быть активная и радикальная. Внутреннее либо наружное дренирование истинной кисты следует считать не радикальным оперативным вмешательством.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ КИСТ

Мухин А. С., Буровкин Б. А., Башкуров О. Е., Чирков А. В., Храмов С. В.

Нижегородская государственная медицинская академия, МЛПУ «Городская клиническая больница № 40», МЛПУ Городская больница № 13, Нижний Новгород, Россия

Цель. Оптимизировать комплексную лечебно-диагностическую и реабилитационную программу ведения больных, снижающую число осложнений, летальность при лечении постнекротических панкреатогенных кист.

Материалы и методы. За пятнадцатилетний период (1993–2008 годы) клиника располагает опытом лечения 258 пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы. Размеры кист варьировали от 2×2 до 35×40 см. Наиболее информативными методами обследования явились УЗИ, КТГ, ЭРХПГ. Всем больным лечение начиналось с терапии острого панкреатита с использованием сандостатина. У 70 человек удалось добиться клинической ремиссии, у 32 человек из них произошло излечение кист. У 25 пациентов наступило клиническое улучшение с исчезновением болевого синдрома. Получив положительные результаты при консервативном лечении кист поджелудочной железы, в клинике с 1998 г. выработана следующая тактика: 1. При малых кистах проводится соответствующая терапия и устанавливается динамическое наблюдение за пациентом с проведением повторных УЗИ. 2. При средних кистах в связи с возможностью развития осложнений устанавливается динамическое наблюдение продолжительностью 4–8 недель с проведением консервативного лечения с применением сандостатина. При стабильности размеров кисты проводятся малоинвазивные методики дренирования. 3. Большие кисты поджелудочной железы опасны своими осложнениями, поэтому при таких кистах, как правило, возникают показания к лапаротомным операциям. В выборе метода операции руководствовались следующими факторами: зрелость кисты, осложнения, локализация, размеры, наличие связи с Вирсунговым протоком, состояние больного.

Результаты. Оперированы 147 больных, из них 124 (83,6%) в III–IV стадиях кистогенеза, остальные – в I–II стадиях. Возраст больных колебался от 18 до 72 лет. Все пациенты ранее лечились стационарно по поводу панкреонекроза, причем у 58 больных (39,4%) киста была выявлена в срок до 6 месяцев после выписки из хирургических отделений, а у 89 больных (60,6%) – в срок более полугода. Кисты локализовались: в головке поджелудочной железы – у 80 человек (54,5%), в теле – у 45 (30,3%), в хвосте – у 22 (15,2%).

В основной группе пациентов, оперированных в 1998–2008 гг., увеличилось количество цистэктомий, цистогастро- и цистоеюностомий, чрескожного малоинвазивного лечения под контролем эхотомографии, уменьшилась послеоперационная летальность с 9,8 до 6,3%. В основной группе больных не было таких осложнений как послеоперационный холангиопанкреатит несостоятельность анастомоза. В основной группе пациентов по сравнению с контрольной (1993–1997) удалось снизить число послеоперационных осложнений с 29,4 до 10,4% (p=0,015). Таким образом, общая частота осложнений составила 20,2%, уровень послеоперационной летальности – 8,1%.

Выводы. При постнекротических кистах ПЖ надо использовать современные параклинические методы для диагностики, контроля за эффективностью терапии, выбора времени и метода операции. Консервативное лечение данного контингента больных должно быть аналогичным таковому при панкреонекрозе. Лучшие результаты лечения постнекротических кист поджелудочной железы достигаются при комплексном подходе к программе ведения таких пациентов.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н. Локтионов А.Л., Савельев С.Н.

Курский государственный медицинский университет, Курск, Россия

Цель. Совершенствование методов лечения больных, страдающих кистами поджелудочной железы.

Материалы и методы. Наблюдалось 68 пациентов (59 мужчин и 9 женщин) от 31 до 63 лет с кистами в поджелудочной железе. Объем и метод хирургического лечения выбирали с учетом клинических проявлений заболевания, данных дополнительных исследований. Причиной обращения служил выраженный болевой синдром, а в отдельных случаях – перфорация кисты в свободную брюшную полость, нагноение или кровотечение.

Результаты. Наружное дренирование кист произведено 19 больным, из которых у 12 по данным кистографии выявлены тонкие стенки, отсутствие связи с протоковой системой. Закрытие остаточной полости после дренирования происходило в течение 2-3 месяцев. Дважды потребовалось трансгастральное дренирование кист: в одном случае, в связи с отсутствием уменьшения полости, в другом – в связи с транспозицией желудка в проекции кисты. В среднем, на 12 сутки размеры кисты уменьшились, хорошо контрастировался желудок, а через 4 месяца в одном случае остаточной полости не обнаружено, в другом – через 4 и 6 месяцев после удаления дренажа выявлена небольшая полость с отсутствием тенденции к увеличению. Нагноение кист и перитонит обнаружены у 2 больных, что потребовало лапаротомии. Оба случая закончились летальным исходом. Внутреннее дренирование произведено 9 больным с хорошо сформированными стенками кисты путем наложением цистоэнтероанастомоза. У 9 больных, с кистой в теле или хвосте поджелудочной железы, выполняли корпо-каудальную резекцию с формированием широкого панкреатоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тонкой кишки с целью двойного дренирования панкреатического протока в связи с его расширением и наличием конкрементов. У 1-го больного с перфорацией кисты в просвет ободочной кишки и кровотечением успешно выполнена корпо-каудальная резекция, резекция селезеночного угла ободочной кишки и части большой кривизны желудка, которые были интимно вовлечены в воспалительный процесс. Еще в 1-м случае выполнена корпо-каудальная резекция, гастрэктомия в связи с прорывом кисты в полость желудка и профузным кровотечением. Одной из ее стенок являлась вся задняя стенка желудка. Продольная панкреатоеюностомия выполнена у 7 больных. У 4 человек со сформированным наружным панкреатическим свищом успешно наложены фистулоэнтероанастомозы. У 19 пациентов с головчатым панкреатитом выполнена панкреатодуоденальная резекция. Панкреатоеюно и холедохоеюноанастомоз формировали на одной дренажной трубке (патент № 2258474), свободный конец которой выводится через пузырный проток на переднюю брюшную стенку. У всех больных удалось избежать несостоятельности швов анастомоза, отказаться от подвесной еюностомии и сократить время операции. После операции умерло 2 больных (3,1%).

Заключение. Индивидуализированный подход в выборе объема и метода операции, обоснованный не только клиническими, но и морфологическими изменениями в поджелудочной железе, а также совершенствование хирургического лечения кист поджелудочной железы позволяет добиться хороших ближайших результатов лечения этой тяжелой категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ И КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Нартайлаков М. А., Пешков Н.В. , Мустафин А.Х. , Салимгареев И. З. , Грицаенко А.И.

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

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения кист поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 192 больных кистами ПЖ с 1995 по 2008 годы, которым выполнено 213 операций. Наблюдается увеличение количества операций от 7 в 1995 году до 19 в 2008 году. Причинами формирования кист явились: острый панкреатит – 188 случаев (88,3%), цистаденомы и цистаденокарциномы – 14 (6,6%), травма - 9 (4,2%), эхинококкоз – 2 (0,9%). Кисты головки ПЖ имелись у 57 больных (26,8%), тела – у 38 (17,8%), хвоста – у 38 (17,8%), сочетанная локализация – у 80 (37,6%). Панкреатоцистоеюностомий на выключенной петле по Ру выполнено 63 (29,6%), по Брауну – 5 (2,3%), панкреатоцистогастростомий – 63 (29,6%), панкреатоцистодуоденостомий – 8 (3,8%). Наружное дренирование кист выполнено в 36 случаях (16,9%), дренирование под УЗ-контролем – в 7 (3,3%). Изолированная цистэктомия выполнена у 10 пациентов (4,7%), эхинококкэктомия – у 2 (0,9%), дистальная резекция ПЖ – у 15 (7,0%), гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) – у 4 (1,9%).

Результаты. Осложнениями, потребовавшими повторных вмешательств в раннем послеоперационном периоде (6,6%), явились: абсцессы брюшной полости – в 4 случаях, кровотечения – в 3, кишечная непроходимость – в 3, панкреонекроз – в 2, перитонит – в 1, острый деструктивный холецистит – в 1 случае. Летальность соста-

вила 1,9% (2 случая при цистэктомии, 1 – при панкреатоцистогастростомии и 1 – при наружном дренировании кисты ПЖ). Отдаленные результаты лучше после радикальных операций (100% хороших результатов при ГПДР и при эхинококкэктомии, 90,9% - при дистальной резекции, 71,4% - при цистэктомии), чем после внутреннего дренирования. При внутреннем дренировании результаты лучше при анастомозировании кисты с выключенной по Ру петлей тощей кишки (78,4 % хороших результатов), чем с желудком (64,0%) или с двенадцатиперстной кишкой (60%). При наружном дренировании 54,2% хороших результатов. Повторные операции в отдаленном периоде были выполнены у 21 пациента (9,9%): после наружного дренирования - у 6 (16,7% всех операций наружного дренирования), после панкреатоцистогастростомии – у 6 (9,5%), после панкреатоцистоеюностомии – у 5 (7,9%), после закрытых оперативных вмешательств под контролем УЗИ – у 2 (28,6%), после дистальной резекции - у 1 (6,7%), после цистэктомии – у 1 (10,0%).

Заключение. Основной радикальной операцией при кистах хвоста ПЖ является дистальная резекция. При мелкокистозной трансформации головки поджелудочной железы выполняется ГПДР. Цистэктомия выполняется при наличии благоприятных анатомических условий. Отдаленные результаты после резекций ПЖ лучше, чем после операций внутреннего дренирования, и гораздо лучше, чем после операций наружного дренирования. Отдаленные результаты лучше при операциях внутреннего дренирования кист ПЖ с выключенной по Ру петлей тощей кишки, чем с желудком или с двенадцатиперстной кишкой.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ТРАНСИНТЕРСТИНАЛЬНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Ничитайло М. Е., Огородник П. В., Кондратюк А. П., Дейниченко А. Г.

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

Проанализированы результаты эндоскопического лечения 42 больных с псевдокистами поджелудочной железы, как осложнением ранее перенесеного острого панкреатита алкогольной этиологии – 8 (42,9%) наблюдений, билиарной этиологии – 19 (45,2%) случаев, алиментарного происхождения – у 5 (11,9%) больных.

Среди обследованых было 8 (19,0%) женщин, и 34 (81,0%) мужчин. Средний возраст пациентов составлял 46,1±3,2 года.

У 40 (95,2%) больных основной жалобой были боли в животе, 25 (59,5%) пациентов отмечали потерю в весе, а в 2 (4,8%) случаях течение патологического процесса было безсимптомным.

За результатами УЗИ, КТ т ЭРПХГ анализировали топографическое расположение кисты, ее размер, состояние стенок, содержимое полости, а также состояние протоковой системы и паренхимы поджелудочной железы.

Эндоскопические вмешательства выполнялись с учетом длительности существования псевдокисты (не менее 3 месяцев) и топографии образования, которое локализовалось в головке или теле поджелудочной железы.

В 23 (54,8%) случаях, когда киста локализовалась в головке поджелудочной железы и интимно прилегала к стенке двенадцатиперстной кишки, выбухая в ее просвет, выполняли эндоскопическую цистодуоденостомию, а у 15 (35,7%) пациентов, при локализации кисты в теле железы, когда она четко визуализировалась в антральном отделе желудка, – эндоскопическую цистогастростомию.

Внутреннее дренирование полости кисты после цистогастростомии путем установки пластиковых стентов выполнено у 2 (4,8%) больных, после цистодуоденостомии – у 9 (21,4%) пациентов. Наружное цистоназальное дренирование выполняли у 15(35,7%) пациентов с дальнейшей санацией полости кисты. Дренаж удаляли на 7-9 послеоперационные сутки. Комбинированое внутренне-наружное дренирование, в случаях гнойного содержимого кисты, после цистогастростомии выполняли у 6 (14,3%) больных, после цистодуоденостомии – в 3 (7,1%) случаях. Эндоскопический контроль с санацией полости кисты выполняли дважды в сутки до чистого содержимого в первые 3 дня, сокращая сроки контроля в зависимости от клинических проявлений, характера и количества отделяемого по дренажу. У 3 (7,1%) больных, когда содержимое кисты было прозрачным, а ширина сформированного соустья составляла 3 см, дренирование не выполняли. Проводили ежедневный УЗИ мониторинг.

В случаях сообщения кисты с расширенным вирсунговым протоком у 4 (9,5%) пациентов выполняли транспапиллярное эндопанкреатическое стентирование с пункцией кисты под ультразвуковым контролем с дальнейшим дренированием полости кисты через место пункции.

Субъективно все больные отмечали улучшение общего состояния уже на 2-3 послеоперационные сутки, а на 7-9 сутки выписывались на амбулаторное лечение.

Из осложнений эндоскопических вмешательств при псевдокистах поджелудочной железы обращают на себя внимание кровотечения, которые имели место у 7 (16,7%) больных. У 3 пациентов применяли эндоклипирование сосудов, а у 4 – аргоноплазменную коагуляцию. Случаев перфорации полых органов и летальних исходов не было. У 3 (7,1%) больных через 6 месяцев наблюдали рецидив кисты, что в одном случае стало показанием к проведению цистоеюностомии с выключением кишки по Ру из лапароскопического, и у 2 – с лапаротомного доступа.

ВЫБОР ВАРИАНТА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КИСТ

Овсянкин А.В., Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Герасимов С.А., Афанасьев Д.В., Резник П.В.

Кафедра общей хирургии с курсом ФПК и ППС Смоленской государственной медицинской академии, Смоленск.,Россия

Целью данного исследования явился выбор варианта хирургического лечения панкреатических кист (ПК) в зависимости от их связи с протоковой системой поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Проведено обследования и лечения 163 больных в возрасте от 27 до 58 лет с панкреатическими кистами. Все пациенты в зависимости от наличия цистопанкреатического соустья, были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 63 больных с неизменённой анатомией протоковой системы ПЖ (Тип 1). Вторая группа включала 34 пациентов с нарушенной анатомией протоков, но без стриктур и частым сообщением полости кисты с протоковой системой ПЖ (Тип 2). В третьей группе находились 66 больных с установленной стриктурой протоков и сообщением полости кисты с главным панкреатическим протоком (Тип 3).

Для обоснования дифференцированного подхода и выбора оптимального способа хирургического лечения в предоперационном периоде оценивали состояние протоковой системы и её взаимоотношение с полостью кисты, а также характер сообщения панкреатического протока с кистозной полостью. Доказательными критериями наличия цистопанкреатического соустья явились высокий уровень давления и повышенная амилазная активность содержимого кисты. Диапазон колебаний уровня давления при интрапанкреатической локализации кисты составил от 90 до 350 миллиметров водного столба. У всех больных с интрапанкреатическим расположением кист определялась высокая концентрация амилазы в содержимом кисты. Минимальные показатели амилазы составили 500 (ед/л), а максимальные 4500 (ед/л). Внедрение метода монометрии в комбинации с цистопанкреатоскопией, цистопанкреатографией, вирсунгоцистографией позволили обосновать применение малотравматичного под контролем УЗИ и комбинированного варианта хирургического лечения ПК.

У больных первой группы были выполнены различные варианты органосохраняющих операций и малоинвазивные хирургические вмешательства под УЗИ контролем. У больных второй группы были выполнены операции внутреннего дренирования. У больных третьей группы выполнены различные варианты внутреннего дренирования и операции резекции ткани ПЖ. У всех больных третьей группы предварительно была выполнена эндоскопическая вирсунгосептотомия.

Результаты лечения были прослежены от 3 месяцев до 7 лет у 127 больных. Из 53 обследованных больных первой группы у 7 пациентов наблюдался рецидив заболевания, у 2 больных имелась картина экзокринной недостаточности. У одного пациента в течение года выявлена остаточная полость. Во второй группе больных результаты лечения прослежены у 29 пациентов. Рецидив заболевания выявлен у 3 больных. Признаки функциональной недостаточности ПЖ выявлены у 4 пациентов. В третьей группе анализ лечения проведен у 45 больных. Рецидив заболевания отмечен у 6 пациентов. Экзокринная и эндокринная недостаточность ПЖ выявлена у 5 больных. Всего умерло 3 пациента.

Выводы. Таким образом, подход к выбору варианта хирургического вмешательства у больных с ПК должен основываться на оценке как этиологического фактора, приведшего к кистообразованию, так и морфопатофизиологических данных (стриктура и расширение протока, характер кисты, ее локализация и связь с протоковой системой ПЖ).

РОЛЬ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ДИСТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

Хирургическая клиника им. А.И.Кожевникова, ГУЗ Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования. Оценить целесообразность сохранения селезенки при дистальной резекции поджелудочной железы в хирургии опухолевых панкреатических кист хвостовой локализации.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГУЗ НОКБ им. Н.А. Семашко Н. Новгорода за период с 2007 по 2009 год выполнено 11 дистальных резекций поджелудочной железы у 11 больных (8 женщин и трое мужчин) в возрасте от 36 до 69 лет по поводу кистозных образований хвоста поджелудочной железы. Показанием к операции служило наличие хронической кисты диаметром более 5 см с плотными ригидными стенками, подозрение на кистозную опухоль. Выполнялась дистальная (корпорокаудальная) резекция поджелудочной железы. В 6 случаях была произведена также спленэктомия. Показанием к удалению селезенки служила либо техническая невыполнимость органосохраняющей операции, либо требования радикальности вмешательства. У 5 пациентов была выполнена дистальная резекция поджелудочной железы с сохранением селезенки.

Результаты. После дистальной резекции поджелудочной железы клиническое выздоровление отмечено у всех пациентов. Летальных исходов не было. У 4 пациентов в послеоперационном периоде отмечался панкреатит культи поджелудочной железы. В 3 случаях у больных, перенесших также спленэктомию, данное осложнение сопровождалось образованием внутрибрюшного абсцесса с локализацией в ложе удаленной селезенки. Кроме того, у всех пациентов после дистальной резекции поджелудочной железы со спленэктомией в послеоперационном периоде отмечались тромбоцитоз и анемия той или иной степени, что требовало дополнительных медикаментозных назначений, замедляло заживление операционной раны и выздоровление пациентов, заметно удлиняло пребывание больных в стационаре. У пациентов, перенесших дистальную резекцию поджелудочной железы с сохранением селезенки, подобных осложнений не отмечалось.

Заключение. Дистальная резекция поджелудочной железы является высокоэффективным радикальным методом хирургического лечения опухолевых кистозных образований хвостового отдела поджелудочной железы. Выполнение данного вмешательства с сохранением селезенки способствует более благоприятному течению послеоперационного периода, уменьшает вероятность развития гнойных осложнений, сокращает пребывание больных в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Парфенов И.П., , Ждановский О.М., Францев С.П., Карпачев А.А., Сергеев О.С., Мишустин А.М., Балакирева О.В.,

Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа, Межтерриториальный центр хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья

Введение. Неопластические кисты: цистаденомы и цистаденокарциномы составляют от 5 до 15% случаев кистозного поражения поджелудочной железы и 1,5-2% её опухолевых поражений. Цистаденома и цистаденокарцинома часто внешне мало отличаются от кист дегенеративного происхождения. Дифференциальная диагностика и лечение, в связи с этим, представляют определённые трудности.

Цель работы. Улучшить результаты диагностики и лечения кистозных опухолей поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проанализировано 46 историй болезни с 2000 по 2008 годы, больных, проходивших лечение по поводу кистозных опухолей поджелудочной железы в Межтерриториальном центре хирургии печени и поджелудочной железы Черноземья на базе Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа.

Мужчин - 13, из них цистаденома встретилась у 4 (31%), цистаденокарцинома у 9 (69%). Женщин - 33, цистаденома - у 25 (76%), цистаденокарцинома - у 8 (24%). Средний возраст больных, стра-

дающих цистаденомой, 42,2±7,2 года, цистаденокарциномой – 54,1±12,3 года. Результаты и обсуждение. В клинической картине преобладали: болевой синдром (82%), диспепсический синдром (45%), астеновегетативный синдром (95%). У больных с цистаденокарциномой механическая желтуха выявлена у 5 (29%), снижение массы тела у 17 (100%).

Использовались дополнительные методы диагностики: ультразвуковая сонография; компьютерная томография; спиральная компьютерная томография; магнитно-резонансная томография; биопсия образования.

Ультразвуковая сонография использована у 46 пациентов. В 10 (22%) случаях сделано предположение о наличии цистаденомы; в 7 (15%) - цистаденокарциномы.

КТ использована в 9 случаях. В 3 (33%) - выявлены признаки кистозной опухоли. СКТ проводилась в 6 случаях, в 2 (33%) выявлена кистозная опухоль. МРТ использована в 2 случаях - верифицировать диагноз не удалось. Средний размер образований составил 5,5±3,4 см. Различий размеров между цистаденомами и цистаденокарциномами не выявлено.

У 23 больных до операции была выполнена пункционная биопсия стенки образования или аспирация содержимого. Клетки эпителия выявлены в 11 (48%) случаях, что дало возможность предположить наличие кистозной опухоли. Интраоперационное гистологическое исследование проведено 28 больным – подтвержден неопластический характер кисты.

18 больных признаны неоперабельными в связи с нерезектабельностью опухоли или из за выраженной сопутствующей патологии. Оперативному лечению подверглись 28 больных. Радикальное оперативное пособие оказано 24 больным: резекция тела и хвоста поджелудочной железы – у 21 больного; тотальная панкреатэктомия с резекцией воротной вены – у 1; резекция хвоста поджелудочной железы в блоке с селезеночным изгибом ободочной кишки – у 1; гастропанкреатодуоденальная резекция – у 1.

Паллиативные методы лечения были применены в 4 случаях при нерезектабельности опухоли, тяжелом состоянии и развитии механической желтухи.

В послеоперационном периоде умер 1 больной. Причина смерти - кахексия, раковая интоксикация.

Заключение. При обследовании больных с подозрением на кистозную опухоль поджелудочной железы необходим комплекс исследований. Ни один отдельно взятый метод не позволяет верифицировать диагноз. При остающемся сомнении в дегенеративной природе кисты необходимо оперативное лечение с интраоперационным морфологическим исследованием.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Патютко Ю.И. , Котельников А.Г., Сагайдак И.В., Подлужный Д.В., Иванов А.А.

ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, отделение опухолей печени и поджелудочной железы, Москва, Россия

Цель. Провести анализ результатов хирургического лечения больных кистозными опухолями поджелудочной железы.

Материалы и методы. С 1990 года по март 2009 года в хирургическом отделении опухолей печени и поджелудочной железы ГУ РОНЦ им Н.Н. Блохина РАМН произведено 483 резекции поджелудочной железы по поводу образований поджелудочной железы. Из них по поводу кистозных образований резекции поджелудочной железы выполнены 21 (4,4%) больному. Гистологическая структура кистозных образований: цистаденокарцинома – 15 (71,4%), цистаденома – 6 (28,6%) больных. Из числа последних серозная цистаденома – у 2, муцинозная – у 4 больных. Из 15 больных цистаденокарциномой поджелудочной железы у 9 (60%) опухоль локализовалась в теле и хвосте органа. Цистаденомы локализовались исключительно в теле и хвосте поджелудочной железы. Размеры образований колебались от 2,5 до 12 см. Оперированных мужчин было 2 (9,5%), женщин – 19 (90,5%). Возраст оперированных – от 20 до 73 лет, средний возраст – 54 ± 1,4 года.

Диагностика кистозных образований поджелудочной железы основывалась на диагностическом комплексе: УЗТ + РКТ/МРТ + пункционная цитобиопсия + исследование крови на СА-19.9 + ангиграфия.

Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 6 больным цистаденокарциномой головки поджелудочной железы. У одного из них ГПДР сопровождалась резекцией верхней брыжеечной и воротной вены. Дистальная субтотальная резекция поджелудочной железы (ДСРПЖ) выполнена 9 больным цистаденокарциномой тела и хвоста поджелудочной железы и 6 больным цистаденомой поджелудочной железы.

Результаты. Средняя интраоперационная кровопотеря при ГПДР составила 1100 мл, при ДСРПЖ – 850 мл. У единственного больного в группе ГПДР послеоперационный период осложнился несостоятельностью панкреатикогастроанастомоза. Уровень осложнений составил, таким образом, 16,6 %. Среди перенесших ДСРПЖ осложнения развились у 3 (20 %) больных: у одного – пневмония, у двух – внутрибрюшной абсцесс в левом поддиафрагмальном пространстве. Летальных исходов не было. Показатели отдалённой выживаемости среди перенесших хирургическое лечение по поводу цистаденокарциномы поджелудочной железы: 1-летняя – 80±10%, 3-летняя – 59 ±13%, 5-летняя – 38 ±14%, максимальная – 123 месяца, медиана – 45 месяцев.

Заключение. Несмотря на современные методы дооперационной лучевой, морфологической и иммунохимической диагностики, установление опухолевой природы кистозного образования поджелудочной железы может представлять немалые сложности. Поэтому сомнения в природе кистозного образования поджелудочной железы должны быть аргументом в пользу активной хирургической тактики. При локализации кистозной опухоли в головке поджелудочной железы следует выполнять ГПДР, при локализации в теле и хвосте органа – дистальную субтотальную резекцию поджелудочной железы. Оба типа операций могут выполняться с удовлетворительными непосредственными и приемлемыми отдалёнными результатами.

ОПЫТ РНЦХ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пономарь С.А., Беджанян А.Л., Секачева М.И. и Скипенко О.Г.

Российский научный центр хирургии РАМН, Москва, Россия

Частота выявления кистозных новообразований поджелудочной железы увеличивается с усовершенствованием современных методов диагностики. Снижение осложнений и летальных исходов в хирургической панкреатологии в течении последних двух десятилетий позволило увеличить количество оперативных вмешательств,

лучше понять природу многих кистозных опухолей и правильно их классифицировать.

Цель исследования. Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных с кистозными опухолями поджелудочной железы.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 37 пациентов с кистозными опухолями поджелудочной железы с 1984 по 2009 гг. По морфологии опухоли больные распределились следующим образом: 8 (21,6%) пациентов имели серозную цистаденому, 21 (56,8%) – муцинозную цистаденому, 7 (18,9%) – цистаденокарциному и 1 (2,7%) больной – внутрипротоковую папиллярномуцинозную опухоль. Женщины в исследуемой группе больных составили 94,6%. Средний возраст больных 50,7 года (29–73 г.). В 19 случаев была выполнена дистальная резекция поджелудочной железы, в 5 – проксимальная резекция (ПДР), энуклеация опухоли у 10 пациентов, срединная резекция в 1 случае и двум пациентам была выполнена панкреатэктомия.

Результаты. Послеоперационный период осложнился у 13 пациентов. Летальных исходов не было. Самым частым осложнением был панкреатит, который наблюдали у 7 больных (в т.ч. деструктивный в 2 случаях). В 3 наблюдениях имели панкреатический свищ, и по единичному случаю толстокишечный свищ, рективный плеврит и острое желудочной кровотечение. Повторная операция у пациентов с осложнениями потребовалась в одном случае при деструктивном панкреатите. Остальные осложнения были купированы консервативно.

Отдаленные результаты прослежены у 29 (78,4%) больных (у 23 с доброкачественными кистозными опухолями и у 6 с цистаденокарциномой). Средняя продолжительность наблюдения 87,3 мес. (6-120 мес.). В группе больных с доброкачественными кистозными опухолями одна пациентка умерла через 8 лет после операции от сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Все остальные живы. Среди больных с цистаденокарциномой 5-летней выживаемости нет. Двое пациентов наблюдаются в сроки 55 мес. и 7 мес. 2 больных не прожили 1 год. Один пациент умер через три года и один – через 4 года после операции. Во всех случаях причиной смерти было прогрессирование основного заболевания.

Заключение. У пациентов с доброкачественными кистозными опухолями поджелудочной железы после хирургического лечения наступает излечение. При цистаденокарциноме 5-летней выживаемости не получено. Медиана жизни составила 24 мес.

АРРОЗИВНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ.

Святовец С.С., Качалов С.Н., Кропачева Е.И., Хоменко А.И.

НУЗ Дорожная клиническая больница на ст. Хабаровск - I ОАО РЖД Хабаровск, Россия

Постнекротические кисты поджелудочной железы (ПКПЖ) образуются вследствие перенесенного тяжелого панкреатита, протекающего с некрозом ткани железы и окружающей клетчатки. По данным различных авторов, частота возникновения ПКПЖ составляет 25-30%.

Редким, но грозным осложнением острого панкреатита (ОП) является ферментативное расплавление стенки артерии с развитием профузного кровотечения. Частота возникновения псевдоаневризмы составляет около 10% от всех случаев некротического ОП. Летальность при кровотечении из аррозированной артерии составляет 12 – 57%.

По данным Boudghene F источником артериального кровотечения при ОП в 60% случаев является аррозированные сосуды в полости псевдокисты, а в 48% случаев разрыв артериальной псевдоаневризмы. Чаще всего в процесс вовлекаются: селезеночная артерия (60-65%), гастродуоденальная (20-25%), панкреатико-дуоденальная (10-15%), печеночная (5-10%) и левая желудочная артерия (2-5%).

Выявление источника кровотечения представляет серьезные сложности, а при отсутствии ангиографа и компьютерного томографа приближается к нулю.

«Золотым стандартом» диагностики кровотечения из псевдоаневризм во всем мире является ангиография, неменьшей информативностью обладает и рентгеноконтрастное КТ. Однако при отсутствии ангиографа или КТ в лечебном учреждении, нестабильности гемодинамики у пациента либо рецидива кровотечения после артериальной эмболизации выполняется открытое хирургическое вмешательство. Объем последнего всегда различен и зависит от конкретной ситуации.

В нашей клинике за период с 2001 по 2007 годы имели место три случая кровотечения из аррозированных артерий в полость псевдокисты поджелудочной железы. Клиническая картина и интраоперационные находки были схожими, поэтому приводим наблюдение на одном из пациентов.

Пациент Я., 48 лет, поступил 17.09.08 г. в плановом порядке, для оперативного лечения по поводу псевдокисты хвоста поджелудочной железы.

Из анамнеза было выяснено, что за 11 дней до поступления был приступ болей и эпизод падения артериального давления. Эти явления расценены как кровотечение в полость кисты. После проведения предоперационной подготовки в течение 8 дней пациент взят в операционную. Интраоперационно выяснено, что имеется ПКПЖ диаметром до 10 см, заполненная лизированной кровью и сгустками. После удаления содержимого возникло интенсивное артериальное кровотечение из дна кисты. Источником кровотечения оказался разрыв аневризмы селезеночной артерии. Выполнено иссечение аневризмы и прошивание селезеночной артерии на протяжении, дренирование кисты.

В послеоперационном периоде в течение 6 суток пациент находился в палате РАО. Дренаж из кисты удалена 10 сутки. За время госпитализации сформировался неполный свищ поджелудочной железы, по которому выделяется до 80 мл сока в сутки. R-гически полость кисты уменьшилась до 30 мл. Пациент выписан на 28 сутки после операции.

Выводы:

1. Кровотечение в ПКПЖ является тяжелым, и часто смертельным осложнением острого панкреатита.

2. Ранняя полноценная диагностика без ангиографии и рентгенконтрастного КТ чрезвычайно сложна и малоинформативна. Ангиография и КТ остаются «золотым стандартом» в качестве диагностики источника кровотечения и возможного лечения путем селективной артериальной эмболизации.

3. При отсутствии вышеуказанных методик альтернативой служит открытое оперативное вмешательство в объеме лигирования кровоточащей артерии, иссечения аневризмы или перевязки на протяжении, а в отдельных случаях – тугая тампонада и наружное дренирование полости кисты.

ЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Силаев В.Н. , Бозова Е.Ю., Ломоносов Д.А., ЛомоносовА.Л.
Тверская государственная медицинская академия, Тверь, Россия

В доступных зарубежных и отечественных литературных источниках мы не обнаружили сообщений об операции Юраша с числом наблюдений, превышающих несколько десятков пациентов. Исключение составляет эндохирургический вариант формирования цистогастроанастомоза у 90 пациентов, опубликованный C. Palanivelu в 2007 г.

Цель исследования. Изучить ближайшие результаты цистогастростомии при лечении псевдокист поджелудочной железы.

Материалы и методы. В лечении панкреатических псевдокист цистогастроанастомоз нами выполнен в 66 наблюдениях. Мужчин 44 (66,2%) и женщин 22 (33,8%). Средний возраст составил 42.9 года. Средний вес у мужчин составил 68.4 кг, у женщин 60.3 кг соответственно. Средний индекс массы тела 22.9. В возрасте до 20 лет был 1 (1,5%), от 21– до 40 – 27 (40,1%) , 41 – 60 – 32 (48,5%) , старше 60 лет 6 больных (9%). Работающие 40 (60,6%), не работающие 17 (25,8%), инвалиды (2 и 3 групп) 9 (13,6%). Злоупотребление алкоголем отмечено у 38 (57,6%), желчнокаменная болезнь у 8 (12,1%), перенесенная травма поджелудочной железы у 3 (4,5%) и у 7 (10,6%) причина не установлена. Острый панкреатит перенесли 22 (33,3%) пациента. Ранее оперированы 20 (30,3%) больных, из них в фазу ферментной токсемии при остром панкреатите (санационная лапаротомия) – 10, по поводу кисты поджелудочной железы 6 (наружное в 1 случае и в 5 – внутреннее дренирование кисты (цистоеюностомия 1, панкреатоеюноанастомоз 1, цистогастроанастомоз у 3)). У всех оперированных нами больных полость кисты была однокамерной, размер до 6 см у 11, 6-10 см у 27, свыше 10 см у 28 больных. Панкреатопривный сахарный диабет имелся в 5, стеаторея отмечалась в 4 случаях. Трансгастральная методика по Юрашу применена в 49 (74%), в модификации Дос Сантоса в 11 (16,7%), ретрогастральный способ у 5 (7,5%), лапароскопически у 1 (1,5%). Безлигатурное соустье в 3 случаях выполнено с использованием аппарата LIGASURE, в 4 наложен скрепочный механический шов аппаратом GIA™ 80-4.8. Во всех случаях стремились накладывать анастомоз до 6 см. Среднее время операции 74 мин.

Результаты. В послеоперационном периоде фебрильная температура отмечалась у 11 (16,7%) больных, лейкоцитоз в 7 (10,6%) случаях, амилазурия у 15 (22,7%). По единичному случаю (1,5%) отмечено кровотечение, наружный панкреатический свищ, нагноение послеоперационной раны, пневмония, острый инфаркт миокарда. Средний койко-день составил 17. Летальных исходов не было.

Выводы. Стандартизированная методика цистогастростомии, при всей технической простоте, в ближайшем после вмешательства периоде не сопровождается серьезными послеоперационными осложнениями.

ЭНДОСОНОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ И КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Старков Ю.Г., Солодинина Е.Н., Шишин К.В.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Цель. Оценить возможности эндосонографии в диагностике кистозных опухолей ПЖ.

Материалы и методы. Кистозные образования поджелудочной железы выявлены нами в 46 наблюдениях: псевдокисты – 27 наблюдений, кистозные опухоли – 17 и истинные кисты – 2 случая. При исследовании кистозных образований мы оценивали число кист и их взаиморасположение, толщину стенок и наличие внутренних перегородок, связь с протоком поджелудочной железы и изменения в окружающей паренхиме.

Результаты. Кистозные опухоли выявлены у 17 пациентов: IPMN у 4 пациентов, муцинозная цистаденома у 5, серозная цистаденома – у 7 больных и солидно-псевдопапиллярная опухоль в 2 наблюдениях.

Наибольшие сложности вызвала диагностика солидно-псевдопапиллярных опухолей, которые при эндосонографии были трактованы как серозная цистаденома в одном наблюдении и как неорганная заблюшинная опухоль в другом. Это связано с редкой встречаемостью данных опухолей, их разнообразной картиной, и как следствие, малым опытом в их выявлении.

Муцинозные цистаденомы, выявленные у 5 больных, имели характерные для этой опухоли признаки: толстая стенка, толстые перегородки в структуре опухоли, придающие ей вид «апельсина». В одном наблюдении была неправильно оценена степень злокачественности опухоли: выраженный солидный компонент, свидетельствующий о злокачественном характере опухоли (цистаденокарцинома), был трактован как измененная ткань поджелудочной железы, в связи с чем опухоль была расценена как доброкачественная.

Серозная цистаденома была выявлена у 7 пациентов. В 3 наблюдениях опухоль имела типичный для мелкокистозной формы вид: мелкие кисты, придающие опухоли вид «пчелиных сот». В 2 наблюдениях имелся макрокистозный вариант опухоли: несколько относительно крупных, связанных между собой тонкостенных кист с однородным анэхогенным содержимым. Еще в 2 наблюдениях отмечался смешанный, микро-макрокистозный характер образования.

Внутрипротоковая паппиллярно-муцинозная опухоль, IPMN, развивается из протокового эпителия поджелудочной железы и часто имеет стелющийся рост. Отличительным признаком опухоли является связь формирующихся кист с протоковой системой поджелудочной железы и дилатация последней. Использование функции цветового допплеровского картирования позволяет дифференцировать сосуды и расширенные протоки, что значительно упрощает диагностику этой опухоли. Диагноз IPMN был установлен 3 пациентам. Еще в одном наблюдении множественные мелкие, не связанные между собой кисты, локализующиеся во всех отделах поджелудочной железы и сопровождающиеся явлениями панкреатита, были трактованы как постнекротические. Однако гистологическое исследование резецированной поджелудочной железы выявило IPMN с поражением главного панкреатического протока на всем протяжении.

Постнекротические кисты (псевдокисты) поджелудочной железы были выявлены у 27 пациентов. Часто в просвете кисты содержится солидный компонент, что требует дифференциальной диагностики между постнекротической кистой и кистозной неоплазией. Нами выполнены диагностические пункции под контролем эндосонографии у 4 пациентов. Во всех наблюдениях выявлен повышенный уровень амилазы. Чувствительность, специфичность и точность метода в диагностике псевдокист составили соответственно 88,9, 97,7 и 96,1%.

Заключение. Эндосонография является эффективным, безопасным и востребованным в хирургической клинике методом уточняющей диагностики кистозных поражений поджелудочной железы, особенно кистозных опухолей. Дифференциальная диагностика серозных и муцинозных опухолей имеет большое практическое значение, так как серозные цистаденомы в ряде случаев подлежат динамическому наблюдению и требуют хирургического лечения только при наличии клинических проявлений или крупных размерах. Муцинозные опухоли имеют злокачественный потенциал и подлежат обязательному оперативному лечению. Эндосонография позволяет с большой достоверностью проводить дифференциальную диагностику кистозных опухолей, определяя тактику лечения пациентов.

ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ.

Тамм Т.И., Даценко Б.М., Непомнящий В.В.,Бардюк А.Я., Мамонтов И.Н.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Цель исследования. Выявить критерии зрелости ложных кист поджелудочной железы (ПЖ), определяющие тактику их лечения.

Материалы и методы. За 5 лет проанализированы результаты лечения 280 больных в возрасте от 29 до 68 лет с кистами ПЖ. Для диагностики кист применяли данные ультразвукового исследования (УЗИ) или компьютерную томографию (КТ), биохимическое, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого их полости, а также морфологические исследования капсулы кисты на различных этапах ее формирования.

Результаты. Начальным этапом формирования кист считали сроки спустя 2-3 недели после приступа острого деструктивного панкреатита. Больным проводили УЗИ, во время которого определяли форму кистозного образования, его размеры и локализацию относительно сегментов железы и сосудистых образований, а также наличие различного рода включений в полости кисты. Затем полость пунктировали под контролем УЗИ. Полученное содержимое отправляли на цитологическое, биохимическое и бактериологическое исследование. Капсулу кисты или предлежащие ткани отправляли на гистологическое исследование.

На основании данных эхограмм, цитологического, биохимического исследования содержимого кисты и результатов гистологического исследования выделено 3 степени зрелости ложных кист ПЖ.

Первую группу составил 191 (68,2%) пациент. У всех диагностирована киста первой степени зрелости. Этому соответствовала её неправильная форма и отсутствие капсулы. В содержимом у 62% больных определялось повышенное содержание амилазы. В цитограмме были единичные эритроциты и лейкоциты. Признаки развития соединительной ткани, по данным гистологии, отсутствовали.

У 82 (29,3%) больных кисты были второй степени зрелости. Форма их была округлой, капсула до 3 мм толщиной, в содержимом кисты умеренное количество белка без форменных элементов крови. В стенке капсулы обнаружены коллагеновые волокна с наличием большого количества клеточных элементов – фибробластов.

У 7 (2,5%) - при УЗИ имелась капсула более 3 мм, что соответствовало кистам третьей степени зрелости. Форма во всех случаях округлая. В содержимом клеточных элементов не обнаружено. При гистологическом исследовании обнаружена в 4 случаях трехслойная, а в 3 – двухслойная капсула, состоящая из сформированной соединительной ткани.

Больным с неосложненными кистами первой степени зрелости выполнили пункционное дренирование под контролем УЗИ; во второй группе – внутреннее дренирование и в третьей группе – удаление кист.

Заключение. Таким образом, постнекротические кисты ПЖ в процессе своего развития проходят различные фазы созревания. Наличие сформированной капсулы или ее отсутствие является одним из критериев выбора оперативного вмешательства.

СПЛЕНОСОХРАНЯЮЩИЕ И СПЛЕНОЗАМЕЩАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Фаязов Р.Р., Тимербулатов В.М., Тимербулатов Ш.В., Валитова Э.Р., Шакиров А.Г.
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Минздрава РФ», кафедра хирургии с курсом эндоскопии ИПО, Уфа, Россия

При выполнении резекции поджелудочной железы (ПЖ), при её кистозном поражении, спленэктомия является вынужденной операцией. Развитие так называемого постспленэктомического синдрома, который характеризуется выраженным угнетением противоинфекционного и противоопухолевого иммунитета, нарушением свертывающейся системы крови, отягощает течение послеоперационного периода. Поэтому на современной стадии развития хирургии, спленосохраняющие и спленозамещающие операции при выполнении оперативных манипуляций на ПЖ должны стать определяющими.

Цель исследования. Экспериментальным исследованием обосновать возможность применения резекции селезенки в клинической практике; изучить эффективность спленосохраняющих и спленозамещающих оперативных пособий при выполнении резекции ПЖ при её кистозном поражении.

Материал и методы. Экспериментальное исследование выполнено на 15 беспородных собаках. Лигирование основных стволов селезеночной артерии (у собаки 2 ствола) с резекцией 2/3 селезенки выполнено 10 собакам. Через 6 месяцев проводилась повторная операция, при которой визуально определялось состояние органа и производился забор материала для патоморфологических исследований. Клинический материал составили 17 больных, которым в хирургической тактике использовались резекции 2/3 селезенки после перевязки селезеночной артерии и спленозамещающие операции. У 10 (58,8%) имелось кистозное поражение ПЖ, что явилось показанием к дистальной резекции органа и у 1 – дуоденопанкреатэктомии, в 1 случае выполнена дуоденопанкреатэктомия в случае сочетании кисты с псевдотуморозным панкреатитом. Во всех случаях после предварительной перевязки селезеночной артерии выполнена резекция 2/3 селезенки. Аутоспленотрансплантация в 3 случаях выполнена после левосторонней резекции ПЖ и спленэктомии, в 2 – после дуоденопанкреатэктомии. Для определения степени эффективности использования спленосохраняющих и спленозамещающих операций мы провели сравнительный анализ по принципу исторического контроля. Была составлена контрольная группа путем ретроспективного анализа (за период с 1997 по 2002 гг.) истории болезни 18 больных, которым выполнялась резекция ПЖ со спленэктомией, без применения спленосохраняющих и спленозамещающих оперативных пособий.

Результаты. Гистологические и гистохимические исследования селезеночной ткани экспериментальных собак через 6 месяцев после операции показали, что после перевязки селезеночной артерии и резекции селезенки происходит полное восстановление кровоснабжения органа и интенсивность метаболической реактивности

селезенки остается высокой, что подтверждается высокой активностью окислительно-восстановительных и гидролитического ферментов, а также высокой реакцией на кислые гликозаминогликаны и полисахариды в различных тканевых структурах органа. Сравнительный анализ клинического материала показал, что с внедрением спленосохраняющих и спленозамещающих операций при резекциях ПЖ по поводу кистозных её поражений послеоперационные осложнения снизились с 33,3 до 17,6%, летальность с 11,1 до 5,9%.

Заключение. У больных с кистами ПЖ дополнение дистальной резекции железы резекцией селезенки позволяет сохранить функционально активную селезенку, а аутоспленотрансплантация при дуоденопанкреатэктомии - провести профилактику постспленэктомического синдрома. Использование спленосохраняющих и спленозамещающих оперативных пособий при резекции ПЖ позволяет существенно снизить неудовлетворительные показатели лечения больных с кистозными поражениями ПЖ.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Федорук А.М., Харьков Д.П., Слободин Ю.В., Щерба А.Е., Юрлевич Д.И., Коротков С.В., Кирковский Л.В.

9-я ГКБ, отдел гепатологии и малоинвазивной хирургии, Минск, Республика Беларусь

Стремительное развитие технологий, позволяющих минимизировать операционную травму, ставит вопросы о выборе оптимальной оперативного пособия. Вместе с этим лечебная тактика при различных типах псевдокист поджелудочной железы является сложной и до конца не разработана.

Цель. Оценить эффективность малоинвазивных технологий под контролем УЗИ в лечении различных псевдокист поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2009 гг. в 9-й ГКБ Минска выполнено 194 (м:ж = 146:48) чрескожных вмешательств под контролем УЗИ у больных с псевдокистами поджелудочной железы. После комплексного клинико-лабораторного и интраскопического обследования (УЗИ, КТ, ЭГДС) этапные аспирационные санации выполнены у 87 пациентов, дренирования выполнены у 88 человек, цистогастростомии под УЗ и эндоскопическим контролем выполнены у 19 больных.

У 58 (29,9%) больных кисты локализовались в головке поджелудочной железы, у 83 (42,8%) в теле и у 53 (27,3%) в хвосте. Большинство кист 176 (90,7%) были одиночными, размером от 4,0 см до 25,0 см. В работе использовали классификацию D'Egidio и Shein (1991г). Так, при 1-м типе кист и наличии показаний к интервенционным методам лечения выполняли этапные чрескожные аспирационные санации под УЗК с ежедневным контролем объема и исследованием на амилазу, бактериологический посев, цитологическое исследование.

При 2-м типе кист выполняли различные дренирующие вмешательства (наружное, наружно-внутреннее, внутреннее, цистогастростомии) под УЗК.

При 3-м типе кист использовали открытые хирургические методы коррекции (панкреатикоэнтеростомия на отключенной петле по-Roux, операция Фрея, Бегера).

Результаты. У 21 больного (24,1%) кисты первого типа были окончательно излечены после 1-й пункции. Остальные 66 (75,9%) потребовали от 2 до 6 санаций, при этом осложнений не отмечено. При 2-м типе кист из 88 больных у 24 (27,3%) дренирование было выполнено трансгастральным доступом. Осложнения были у 4 (4,5%) (транслокация дренажа, кровотечение, нагноения).

Выводы. Дифференцированный подход к лечению различных типов кист позволяет получить лучшие отдаленные результаты.

Малоинвазивные технологии в лечении больных с псевдокистами поджелудочной железы являются высокоэффективными и имеют минимальное количество осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЁННОГО ПСЕВДОКИСТОЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хацко В.В., Шаталов С.А., Павлов К.И., Гоц Е.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра хирургии им. К.Т. Овнатаняна, Украина

Цель исследования. Уточнить значение эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) в диагностике хронического панкреатита (ХП), осложнённого псевдокистой поджелудочной железы (ПКПЖ).

Материал и методы исследования. В период с 1999 по 2008 гг. в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна были обследованы 154 пациента с ХППКПЖ (мужчин – 91, женщин – 63 в возрасте 22 – 78 лет). Применялись следующие методы обследования: физикальные, клинико-лабораторные, фиброгастродуоденоскопия, ЭРХПГ, ультразвуковое исследование, КТ, МРТ, рентгенография желудочно- кишечного тракта. ЭРХПГ выполнена у 52 чел. с ПКПЖ с помощью видеодуоденоскопа FUJINON и рентгенаппарата ZIEHM 8000.

Результаты. У 71 больного (46,1%) кисты локализовались в области головки поджелудочной железы; у 83 (53,9%) - в теле и хвосте. Размер кист варьировал от 4 до 28 см, объем кист колебался от 80 миллилитров до 5,2 лита. Кисты, выходящие за пределы поджелудочной железы, располагались в области малого сальника. При ЭРХПГ выявлены патологические признаки хронического панкреатита у 72,5% чел.: обструкция и расширение протока со стенозом, нарушение и задержка пассажа контрастного вещества по протоку ПЖ. При этом исследовании у 10 (18,3%) пациентов отмечено сообщение главного панкреатического протока с полостью псевдокисты. У 18 чел. мы успешно применили разработанный нами «Способ оптимизации выявления связи между протоком поджелудочной железы и кистой» (декларационный патент Украины №16415 от 15.08.06 г.). В 9 случаях мы наблюдали выраженное смещение главного панкреатического протока на отдельных участках вследствие его оттеснения псевдокистой, стенозирование панкреатического протока. Следует отметить, что стенозирование протока псевдокистой в области хвоста (9) было представлено на панкреатограммах в виде равномерного, гладкого сужения, без участков расширения. У больных со стенозом вирсунгова протока в области ампулы (12), при длительно сдавливающих главный панкреатический проток кистах, престенотическое расширение имело генерализованный характер. Диаметр протока ПЖ в расширенной части колебался от 0,5 до 2,3 см. Характерным признаком стеноза являлась также задержка эвакуации контрастного вещества.

Следует также отметить, что у 3 (6,2%) пациентов при проведении ЭРХПГ были обнаружены протоковые конкременты. После ЭРХПГ у 4 пациентов отмечено обострение хронического панкреатита, которое ликвидировано после консервативных мероприятий. 11,7% больных испытывали боль при ЭРХПГ.

Заключение. Таким образом, ЭРХПГ является эффективным методом исследования в диагностике ХППКПЖ. Её результативность составляет 98,1%. Это исследование может с успехом применяться для уточнения диагноза не только в хирургической, но и в терапевтической практике.

АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ КИСТ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хотиняну В.Ф., Казак А.В., Хотиняну А.В., Котонец А.П., Припа В.М., Марга С.И.

Научно-исследовательская лаборатория «Реконструктивная хирургия пищеварительного тракта», кафедра хирургии № 2, Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, Кишинэу, Республика Молдова

В последние два десятилетия наблюдается увеличение числа панкреатитов и его осложнений, в том числе и кист головки поджелудочной железы (КГПЖ).

В работе обобщён опыт лечения 121 (82,89%) больного с осложнёнными формами КГПЖ за период 1990 – 2008 г. Из них мужчин – 92 (76%), женщин – 29 (24%), возраст – от 27 до 78 лет.

Основные клинические проявления: болевой синдром 121 (100%)сл., обьёмное образование брюшной полости 100(82,64%) сл., механическая желтуха 86 (71,07%) сл., диспептические явления 106 (87,6%) сл.

При УЗИ в 50 (92,59%)случаев стенки КГПЖ были несформированные, в 65 (97,01%) случаев – чётко сформированные.

Рентгеноскопия желудка и 12-перстной кишки обнаружила развёрнутость подковы 12-перстной кишки в 90 (85,7%)случаях, увеличение ретрогастрального пространства – в 87 (82,85%)случаев, со смещением желудка – в 78 (74,28%) случаев, дуоденостаз –в 81 (77,14%) случаев.

КТ, выполненная у 85 больных? подтвердила в 100,0% случаев наличие КГПЖ.

ЭРХПГ установила расширенный вирсунгов проток у 87 (88,67%) больных, сообщение между кисты и протоком ПЖ - 55 (55,75%) больных, сдавление ретродуоденального холедоха, механическая желтуха - 79 (80,61%) больных.

МРТ, проведенный в стандартном и динамическом режимах, выявило наличие КГПЖ в 52 (100,0%)случаев, расширение вирсунгова протока - у 20 (38,46%) больных, расширение холедоха у 21 (40,38%)больных, соединения кист с Вирсунговым протоком в 15 (28,84%) сл.

Чувствительность инструментальных методов в диагностике КГПЖ: УЗИ-97,0%, КТ- 98,75%, ЭРХПГ- 91,75%, МРТ- 99,0%.

На основании анамнеза, клинических, инструментальных и гистологических исследований был разработан алгоритм диагностики. Определяющим фактором являются гистологические изменения в стенке КГПЖ в процессе эволюции.

Инструментальные методы – УЗИ, КТ, ЭРХПГ и МРТ – являются основными диагностическими методами, которые определяют выбор оптимального хирургического лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хотиняну В. Ф., Казак А.В., Хотиняну А.В.

Научно-исследовательская лаборатория «Реконструктивная хирургия пищеварительного тракта», Кафедра хирургии № 2, Государственный университет медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, Кишинэу, Республика Молдова

Несмотря на достигнутые успехи в изучении проблемы кист головки поджелудочной железы (КГПЖ), вопросы современной рациональной тактики лечения остаются дискуссионными.

В работе обобщён опыт лечения (1990 – 2008 гг.) 230 больных с кистами поджелудочной железы, из них 121 (52,60%) больных с КГПЖ, распределенные на 2 группы: Iгр. – 54 (44,62%) больных с несформированными стенками КГПЖ (Iгр. о. (ослож.) – 34 (62,96%) больных; I гр. н. (неослож.) – 20 (37,04%) больных), IIгр. – 67 (55,38%) больных с формированными стенками КГПЖ (II гр. о. (ослож.) – 5 (7,46%) больных; II гр. н. (неослож.) – 62 (92,54%) больных).

Лечебная тактика применена в зависимости от стадии формирования стенки КГПЖ. Больные с небольшим хирургическим риском, но не нуждающиеся в срочном хирургическом вмешательстве, с КГПЖ в стадии созревания (до 3 мес. от возникновения)) (20 (37,04%)больных – I гр. н.) находились под динамическим наблюдением.

Вынужденное хирургическое вмешательство – срочное наружное дренирование 59 (48,76%) больных: I гр. о. – 34 (62,96%) больных, из которых под контролем УЗИ – 5 (9,30%) больных.; II гр. о. – 5 (7,04%) больных.

Внутреннее дренирование КГПЖ было произведено 80 (66,11%) больным с КГПЖ после 6 месяцев с момента возникновения: операция Puestow-II (II гр. н. 45 (67,16%) больных и 20 (37,04%) больных с I гр. н., у которых сформировалась стенка кисты), кистпанкреатоэнтероанастамоз+холецистоэнтероанастамоз на расщепленной петле Roux 11 (16,41%) больных (IIгр. н.), кистпанкреатоэнтероанастамоз+холецистэктомия+холедохоэнтероанастамоз на расщепленной петле Roux 2 (2,98%) больных (II гр. н.), кистпанкреатоэнтероанастамоз+гастроэюноанастамоз+холедохоэнтероанастамоз+холецистэкто-мия 1 (1,49%) больной (II гр. н.), кистпанкреатоэнтероанастамоз+ холецистэктомия – 1 (1,49%) больной (II гр. н.), кистдуоденостомия 1 (1,49%) случай (II гр. н.), кистгастростомия 1 (1,49%) случай (II гр. н.).

Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 15,73 дня (Iгр.-21,11дня, IIгр.–11,2 дня).

В послеоперационном периоде осложнения были выявлены в 18 (14,87%) случаях ((I гр.–12(22,2%)) сл., II гр. – 6 (8,96%) сл. Оптимальные сроки проведения внутренних дренирующих операций при КГПЖ — через 4–6 месяцев после приступа острого панкреатита. В случае КГПЖ с гипертензией в вирсунговом протоке и механической желтухой обязательными являются наложение панкреато-еюноанастомоза и холецисто(холедохо)-еюноанастомоза, которые обеспечивают адекватную декомпрессию протоковой системы поджелудочной железы и желчных путей.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Чудакова Т.Н., Третьяк С.И., Ращинский С.М., Федорук А.М., Ращинская Н.Т., Машкевич О.Н.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель. Определить оптимальные варианты хирургических вмешательств при осложненных формах хронического панкреатита (ХП).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ оперативных вмешательств, выполненных 262 больным с осложнениями ХП в возрасте от 17 до 95 лет; соотношение мужчин и женщин 3 : 1. Определен объем оперативных вмешательств, выполняемых при ХП, осложненном желтухой, вирсунгиальной гипертензией, стенозом двенадцатиперстной кишки.

Результаты. При псевдотуморозном ХП со стриктурой холедоха 18 больным наложен холедоходуоденоанастомоз (ХДА). Сочетание холестаза и вирсунгостаза потребовало двойного дренирования: ХДА и панкреатикогастроанастомоза (ПГА) – у 5 больных; изолированная вирсунгиальная гипертензия корригировалась путем выполнения ПГА (6). Стенозирование 12-п. кишки разрешалось созданием гастроэнтоанастомоза (ГЭА) с соустьем по Брауну (11). ХДА и ГЭА выполнены двум пациентам при сочетании желчной гипертензии с нарушением пассажа по 12-п. кишке.

Индуративный панкреатит наиболее часто проявлялся желтухой вследствие стриктуры холедоха: 27 больным выполнен ХДА и одному – гепатикоэнтеростомия по Шалимову.

Диффузные фиброзно-кистозные изменения в железе в 8 наблюдениях послужили основанием для создания ПГА или панкреатоцистогастроанастомоза. Холестаз у 17 больных был показанием к выполнению билиодигестивных анастомозов, двум — при нарушении пассажа наложен ГЭА. Девяти пациентам при значительных изменениях в ПЖ, билиарном и панкреатическом стазе, стенозе двенадцатиперстной кишки выполнена ПГДР.

При ХП с формированием кист различной локализации наружное дренирование проведено 55 больным, 19 в связи с прорывом кисты в брюшную полость; 7 пациентам с кистами головки ПЖ создан цистодуоденоанастомоз и одному – цистоэнтероанастомоз на выключенной по Ру-петле. Кисты головки, тела и хвоста железы дренированы 13 больным путем цистогастростомии или панкреатогастростомии. Двум больным с кистозными образованиями в области хвоста ПЖ выполнена резекция хвоста и спленэктомия.

Аспирационная санация кист под контролем УЗИ проведена 65 пациентам, с одновременным дренированием полости – у 35. Лапаротомия после аспирационной санации кист выполнена 11 больным, аспирационная санация после лапаротомий – у 4. Цистогастростомия аппаратом Ившина под контролем УЗИ и эндоскопии произведена 8 пациентам. При использовании щадящих методов операций у 85% больных получены положительные результаты.

Заключение. Объем операции при ХП определяется структурными изменениями в ПЖ и характером возникших осложнений. При сочетанной протоковой гипертензии показано одновременное дренирование как панкреатической, так и билиарной системы. Современные пункционные технологии лечения полостных образований ПЖ под контролем ультразвука позволяли сократить число лапаротомий на 1/3. Только динамика ультразвукового контроля за пациентами, перенесшими деструктивные формы панкреатита, обеспечивает своевременность и адекватность лечения с применением инновационных методик, что предупреждает развитие тяжелых осложнений панкреатита.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ДИСТАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Далгатов К.Д., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Араблинский А.В., Иванова Н.А.
Городская клиническая больница им. С П. Боткина (Москва, Россия)
Курс гепатопанкреатобилиарной хирургии РМАПО (Москва, Россия)

Использование современных лучевых методов исследования (МСКТ, МРТ) позволило чаще выявлять кистозные образования поджелудочной железы (ПЖ). Кистозные опухоли поджелудочной железы составляют 10-15% от всех кистозных и 1,5-2% от опухолевых поражений поджелудочной железы.

За период с 2007 по 2008 гг. в ГКБ им. С.П. Боткина оперированы 10 больных с кистозными опухолями поджелудочной железы, что составило 7% от всех кистозных образований ПЖ. Все – женщины, средний возраст которых составил 46,7±6 лет. В комплекс обследования входил весь арсенал диагностических методов, включавший как лабораторную диагностику, исследование уровня онкомаркеров (РЭА, СА19-9), так и лучевые методы (МСКТ, МРТ). При установке диагноза кистозного новообразования ПЖ первичной задачей считаем определение злокачественного потенциала опухоли. Для этого мы используем тонкоигольную аспирационную биопсию, которую проводим как при эндоскопическом, так и при традиционном УЗИ контроле с исследованием материала. Точный диагноз был установлен на дооперационном этапе у 6 больных. У 2 больных имелись признаки местно распространенного опухолевого процесса, инвазии в окружающие структуры. Муцинозная цистаденома головки ПЖ выявлена у 3 больных, тела ПЖ – у 3 больных, серозная цистаденома хвоста ПЖ – у 1 больного, цистаденокарцинома головки ПЖ – у 2 больных и у 1 больного – цистаденокарцинома тела-хвоста ПЖ. Размеры образований варьировали от 3,5 до 15 см в диаметре.

Радикально оперированы 8 больных. Из них в 2 случаях лапароскопическим методом. Больным с муцинозной цистаденомой головки ПЖ выполнены панкреатодуоденальные резекции с сохранением привратника (3). По поводу муцинозной цистаденомы тела-хвоста ПЖ выполнены корпокаудальные резекции ПЖ с сохранением селезенки (3). Паллиативные вмешательства выполнены 2 больным с нерезектабельной цистаденокарциномой головки ПЖ, в одном случае сформирован обходной гепатикоеюноанастомоз (ГЕА), в другом случае ГЕА дополнен гастроэнтероанастомозом по поводу субкомпенсированного стеноза двенадцатиперстной кишки.

Лапароскопические дистальные резекции ПЖ выполнены 2 больным. В одном случае по поводу серозной цистаденомы (дистальная резекция ПЖ с сохранением селезенки), в другом – цистаденокарциномы тела-хвоста ПЖ (дистальная резекция ПЖ, спленэктомия). Длительность лапароскопических операций составила 325 и 355 мин., кровопотеря 600 мл и 800 мл соответственно. Мобилизацию поджелудочной железы осуществляли ультразвуковыми ножницами (Harmonic Scalpel, Ethicon). Селезеночные сосуды клипировали и пересекали аппаратом LigaSure. Пересечение ткани ПЖ осуществлялось с помощью линейных сшивающих аппаратов. Обе больные не нуждались в обезболивании со вторых суток после операции, хорошо себя чувствовали и могли сами себя обслуживать, пероральное питание начинали с третьих суток. Послеоперационный период протекал без осложнений, койко-день составил 7 и 9 суток.

Учитывая современные тенденции к более широкому использованию малотравматичных методов хирургического лечения заболеваний ПЖ, зарубежный, отечественный и собственный опыт таких операций, можем утверждать, что лапароскопические дистальные резекции ПЖ имеют все шансы стать методом выбора в лечении кистозных новообразований корпокаудальных отделов ПЖ, позволяя наряду с быстрой реабилитацией больных соблюдать онкологические принципы.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Щастный А.Т., Сятковский А.Р., Сапко Г.Ф., Лярский С.П.
Государственный медицинский университет, Витебская областная клиническая больница ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы», Витебский, Беларусь

Цель. Анализ результатов миниинвазивных методов лечения кист поджелудочной железы.

Материал и метода. Проведен анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения 177 больных хроническим панкреатитом с наличием псевдокист: мужчин 74,7%, женщин 24,3%, возраст больных от 26 до 75 лет. Причинами возникновения псевдокист послужили острый панкреатит, хронический панкреатит и травмы поджелудочной железы. Диагностика псевдокист поджелудочной железы включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, компьютерную томографию, МРПХГ. У 73(41,2%) больных выполнены миниинвазивные операции: лапароскопическая цистоеюностомия 8, лапароскопическая цистогастростомия 2, лапароскопическая цистэктомия 1, пункция и дренирование под контролем УЗИ– 62.

Результаты: Под контролем УЗИ у 62 (35%) больных произведены пункции и дренирование псевдокист. У 33 (53,2%) пациентов кисты диагностированы на фоне хронического панкреатита, а у 29 (46,7%) расценены как формирующиеся кисты, являющиеся исходом острого панкреатита. При хроническом панкреатите пункции псевдокист выполнены у 23 больных, а дренирование под контролем УЗИ у 10 пациентов. В дальнейшем 28 (84,8%) из 33 выполнены различные оперативные вмешательства, включая как традиционные, так и лапароскопические. Но вмешательства под контролем УЗИ при хронических псевдокистах изначально рассматривались больше как диагностический и подготовительный этап, а именно выполнялось цитологическое и биохимическое исследование содержимого кисты, цистограммы для выявления связи полости кисты с протоковой системой и локализации кисты по отношению к желудку и двенадцатиперстной кишке.

При формирующихся кистах положительный результат достигнут у 20 (68,9%) пациентов, у которых выполнялись пункции кисты и дренирование под контролем УЗИ. Пункционный метод использован у 12 пациентов и дренирование у 8. У некоторых пациентов пункция полости псевдокисты предшествовала последующему дренированию.

Выполнено 11 лапароскопических вмешательств, без послеоперационных осложнений.

Выводы. При формирующихся кистах вмешательства под контролем УЗИ позволили исцелить почти 70% больных. При сформированных кистах на фоне хронического панкреатита, пункции под контролем УЗИ рассматриваем, как необходимые предоперационные диагностические процедуры. Лапароскопические вмешательства при псевдокистах – весьма перспективный метод и может рассматриваться как альтернатива традиционной хирургии.

V РАЗДЕЛ

ДРУГИЕ АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

РАННЕЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Агапов К.В., Ламзина Е.А., Павлов Н.Б.
ФГУЗ Клиническая больница 119 ФМБА России

Введение. Современные подходы к лечению синдрома кишечной недостаточности предусматривают раннее введение в лечебный процесс энтерального питания начиная с глюкозо-солевых смесей, с последующим постепенным переходом на мономерные питательные смеси в комбинации с парентеральным питанием, объем которого постепенно уменьшается.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности включения энтерального питания в комплекс интенсивной терапии больных с осложненными гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости.

Материал и методы. Анализированы 60 историй болезни пациентов, оперированных по поводу разлитого фибринозно-гнойного перитонита. Начиная с 1-х суток послеоперационного периода в основной группе больных нутритивная поддержка включала энтеральное и парентеральное питание. В контрольной группе проводилось полное парентеральное питание. Определяли состояние белкового обмена и состояние иммунной системы.

Результаты. В контрольной группе уровень общего белка, альбумина и холестерина увеличился на 25, 28 и 3% соответственно, в основной группе эти показатели возросли на 33, 43 и 60%. Число лимфоцитов в контрольной группе увеличилось вдвое, а в основной – втрое. Эрозивные повреждения ЖКТ в основной группе развились у 18% больных, в контрольной группе – у 48%, несостоятельность швов передней брюшной стенки в основной группе 24%, в контрольной – 35%. Стойкий парез ЖКТ в основной группе больных – 28%, в контрольной – 44%. Средняя длительность ИВЛ в основной группе – 6 суток, в контрольной группе – 10 суток. Летальность в контрольной группе – 2,5%, в основной группе летальных исходов не было.

Заключение. Клиническое течение гнойно-воспалительного процесса в брюшной полости у пациентов, получающих смешанную нутритивную поддержку с применением сбалансированной смеси «Нутризон» более благоприятно, по сравнению с пациентами, находящимися на полном парентеральном питании.

РАСПОЗНАВАНИЕ СОСУДОВ ВОКРУГ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ С ПОМОЩЬЮ ЦВЕТОВОЙ ДОППЛЕРОГРАФИИ

Аннаев А., Курбанбердыев К., Чарыева Б., Нурметова Г.
г. Ашхабад.

Широко применяемые ультразвуковое и компьютерно–томографическое исследования не дают полную информацию о сосудах вокруг эхинококковой кисты печени. Во время эхинококкэктомии может встречаться ятрогенное повреждение сосудов с трудно останавливаемым и массивным кровотечением из печени. Поэтому уточнение наличия и расположения сосудов вокруг эхинококковой кисты печени (в перикистном пространстве) имеет важное клиническое значение.

Цель работы. Уточнение расположения сосудов вокруг эхинококковой кисты печени с помощью цветовой допплерографии.

Материалы и методы. Проведено УЗ и цветовое допплерографическое исследования у 11 пациентов с эхинококкозом печени на аппарате Philips HD II.

Результаты и их обсуждение. Оценка сосудистого рисунка вокруг фиброзной оболочки эхинококковой кисты печени (перикистное пространство), по данным цветовой допплерографии, позволила разделить их на 3 группы.

В первой группе больных (5 пациентов) сосуды располагались только на медиальной стенке кисты, у второй группы больных (3 пациента) – на латеральной стенке кисты, у третьей группы больных (3 пациента) сосуды находились на обеих (медиальной и латеральной) стенках кист.

Больные оперированы с учетом расположения сосудов вокруг эхинококковой кисты печени. Во время операции ятрогенного повреждения сосудов и массивного кровотечения из печени не было.

Выводы. Таким образом, цветовое допплерографическое исследование больных с эхинококкозом печени точно выявляет характер расположения сосудов вокруг фиброзной оболочки (в перикистном пространстве) эхинококковой кисты печени. Проведение оперативных вмешательств на печени, с учетом наличия (или отсутствия) сосудов вокруг фиброзной оболочки эхинококковой кисты, позволяет избежать ятрогенного повреждения кровеносных сосудов.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ НА ЭТАПАХ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Бабаджанов А.Х.
Республиканский Специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность клинико-инструментальной диагностики печеночной энцефалопатии (ПЭ) у больных циррозом печени (ЦП) на этапах портосистемного шунтирования (ПСШ).

Материал и методы исследования. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 66 больных ЦП, оперированных за период с 2004 по 2006 гг., у которых в комплексе диагностики ПЭ применен аппарат HEPAtonormTM – Analyzer (компания MERZ, Германия). Возраст пациентов в среднем составил 29,1±4,7 года. Критерием оценки тяжести ПЭ на этапах ПСШ послужили результаты определения критической частоты мерцания (КЧМ), полученные с помощью аппарата HEPAtonormTM – Analyzer. Научные принципы, лежащие в основе данной методики, определяются 100% чувствительностью и специфичностью аппарата HEPAtonormTM индуцирующего КЧМ, порог которой находится в прямой зависимости от прогрессирования ПЭ. Все больные оперированы в плановом порядке: дистальный спленоренальный анастомоз – 23 (34,8%); проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией – 8 (12,1%); латеро-латеральный спленоренальный анастомоз – 10 (15,2%); спленосупраренальный анастомоз – 16 (24,2%); Н-образный спленоренальный анастомоз – 9 (13,6%).

Результаты. В группе исследуемых больных в 13 (19,7%) случаях клинически и инструментально ПЭ не выявлена. В 39 (59,1%) случаях ПЭ клинически не определялась, однако инструментальное исследование позволило выявить латентную стадию данного осложнения. Клинические проявления ПЭ при первичном осмотре, соответствующие 1 стадии (H.O.Conn, 1979), выявлены у 14 (21,2%) пациентов, что потребовало проведения предоперационной консервативной терапии. В раннем послеоперационном периоде печеночная недостаточность отмечена в 8 случаях (12,1%). Средний показатель КЧМ составил 37,2 ± 0,9 Hz, причем сравнение показателей у пациентов (13) с нормой КЧМ до операции и больных с ПЭ (53) показало достоверную разницу (P<0,05) в степени прогрессирования данного осложнения. Частота печеночной недостаточности также различалась и составила 7,7 против 13,2%. Включение в комплекс послеоперационной реабилитации больных специфических консервативных мероприятий (диета, L-орнитин-L-аспартат, лактулоза) позволило нивелировать явления ПЭ у 60,3% с улучшением показателя КЧМ до 38,6 ± 0,9 Hz. В дальнейшем в сроки 1-2 месяца после шунтирования данный показатель повысился до 41,4 ± 1,1, при этом клинические проявления ПЭ выявлялись только у 9,1% пациентов, а латентная форма ПЭ по показателям КЧМ определена у 25,8%.

Заключение. ПЭ является одним из наиболее частых осложнений ЦП, однако частота её выявления в зависимости от выраженности клинических проявлений или данных инструментальных исследований может варьировать от 20 до 80%, что имеет принципиальное значение в плане своевременности включения в комплекс лечения профилактических мероприятий. Определение порога КЧМ при помощи аппарата HEPAtonormTM – Analyzer позволяет объективно оценить степень тяжести и риск прогрессирования ПЭ у больных ЦП. Так, на дооперационном этапе данное осложнение выявляется у 80% больных ЦП, причем у 60% – латентная стадия. В 100% случаев оперативное вмешательство ухудшает показатель КЧМ, при этом риск развития гепатоцеллюлярной недостаточности фактически в 2 раза выше у больных с клинически или инструментально выявленной ПЭ до операции, и, соответственно, требует проведения специфических лечебно-профилактических мер на всех этапах ПСШ.

ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ

Богомолов Н.И., Скажутина Л.Н., Мусорина В.П., Заварыкина Л.Ю., Томских Н.Н.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия

Целью исследования явилось обобщение опыта папиллосфинктеротомии.

Материалы и методы. В билиарной хирургии предстоит выбирать между наружным и внутренним вариантами дренирования, а внутренние – между билиодигестивными анастомозами и папиллосфинктеротомией (ПСТ), которая выполняется либо во время дуоденоскопии папиллотомом, либо трансдуоденальным доступом при лапаротомии. Мы применяем все известные варианты дренирующих операций при наличии соответствующих расходных материалов на основе действующих протоколов диагностики и лечения желчной гипертензии. Анализированы ближайшие и отдаленные результаты таких операций по личному опыту и материалам клиник, некоторые обобщения и выводы представлены в данном сообщении.

Результаты. В перечне методов визуализации до операции доминируют УЗИ, КТ, МРТ, РХПГ, чрескожная транспеченочная холангиография, при необходимости трансформирующаяся в дренирование протоков или желчного пузыря; лапароскопия, при показаниях завершающаяся холецистостомией. Перечень лабораторных исследований традиционный, в первую очередь исключается вирусная природа желтухи (гепатита). ПСТ как метод внутреннего дренирования, безусловно, предпочтительный вариант при отсутствии противопоказаний к этой процедуре. Нами у 31 больного выполнена эндоскопическая ПСТ и у 33 – трансдуоденальная во время лапаротомии, и еще у 3-х пациентов осуществлена резекция ворсинчатой опухоли большого дуоденального сосочка (БДС) с реплантацией в 12-перстную кишку холедоха и панкреатического протока на «потерянных дренажах».

Заключение. Эндоскопическая ПСТ невыполнима при наличии парафатериального дивертикула, отсутствии продольной складки над соском, при его атипичном расположении. При желтухе выполнение ПСТ опасно вероятным кровотечением, что мы наблюдали в 2-х случаях. Обязателен рентгенологический контроль процедуры по ходу и результатам ее выполнения. При выполнении ПСТ важна надежная медикаментозная релаксация 12-перстной кишки, наличие всех конструкций папиллотомов, пуговчатых электродов для коагуляции и аргоноплазменного коагулятора. В 3-х наблюдениях ПСТ нам удалось выполнить только игольчатым папиллотомом. В 4-х наблюдениях камни из протоков отошли сами через 2-7 суток после операции и обнаружены больными в экскрементах. Дополнительные удобства при выполнении ПСТ создают ранее установленные в протоках дренажи. У 2-х больных осуществили антеградную ПСТ через дренаж по Керте при дуоденоскопическом контроле операции. При открытой трансдуоденальной ПСТ точный выход на БДС возможен по холедохоскопу, введенному в проток зонду или по результатам интраоперационной дуоденоскопии. Обязательна мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру. Мы предпочитаем продольную дуоденотомию с поперечным ушиванием разреза кишки по завершении процедуры. Считаем обязательным во всех без исключения случаях механической желтухи визуальную оценку БДС при дуоденоскопии, особенности его расположения, формы, состояние окружающих структур, чтобы спланировать адекватную операцию.

ЛИЧНЫЙ ОПЫТ ХОЛАНГИОСКОПИИ

Богомолов Н.И.
ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, Чита, Россия

Целью исследования было проведение анализа тридцатилетнего личного опыта холангиоскопии.

Материалы и методы. Обобщен собственный опыт холедохоскопии из материалов дорожной и краевой клинических больниц Читы с 1978 по 2009 годы. За указанный период сделано 514 интраоперационных холангиоскопий, первая – осуществлена в январе 1978 года. Мужчин было 186, женщин – 328, в возрасте от 14 до 94 лет. Холедохоскопия использована при первичной операции, как правило, холецистэктомии, у 206 человек, и при повторных вмешательствах - у 308 пациентов. Операция выполнялась на фоне желтухи у 377 больных, в том числе с функционирующим наружным свищом – у 46. Неоднократные повторные (от 1 до 6) операции на желчных протоках были у 55 пациентов.

Результаты. Использовалось шесть моделей аппаратов, две из которых приспособили: бронхофиброскоп и babyscope от дуоденоскопа фирмы Pentax, длиной около 1,5 метра, предназначенный для холедохоскопии через большой дуоденальный сосок. Из 4-х моделей интраоперационных холедохоскопов, безусловно, лучшим является изделие фирмы Olympus с необходимыми инструментами. Холедохоскоп нами использовался также для фистулоскопий (более 70 исследований), фибробронхоскопий (более 450 процедур) и по прямому назначению. Стерилизация – согласно инструкции, в экстренных случаях использовали стерилизацию этиловым спиртом. Инфекционных осложнений, связанных с холедохоскопией, не зафиксировано.

Заключение. Холедохотомию выполняем в супра- или ретродуоденальной части холедоха, при необходимости использовалась и гепатикотомия. Культя пузырного протока – нежелательный порт для введения аппарата, мы отказались от этого доступа в протоки. Осмотр начинаем с долевых и внутрипеченочных протоков. Сразу осуществляем санацию и экстракцию камней, если они обнаружены. Далее исследуется дистальная часть и делается попытка проникновения в 12-перстную кишку, в норме это всегда удается. Биопсия выполняется из подозрительных на злокачественный процесс участков, что позволило в 14 случаях опухоли головки поджелудочной железы подтвердить диагноз, в то время как из кусочкового биоптата и пунктата головки злокачественной опухоли морфологи и цитологи у этих же больных не нашли. Наибольшее количество обнаруженных и извлеченных из протоков камней у одной больной с болезнью Кароли было 102. В 5 случаях во внутрипеченочных протоках и в 7 – в ампуле соска камни коралловидной формы «вросли» в стенки протоков и извлечь их не удалось, что потребовало выполнения дуоденотомии и папиллосфинктеротомии. В 3-х случаях эндоскопом через дефект в холедохе проникли в забрюшинное пространство и там обнаружили конкременты. У 3 пациентов тень «камня» на холангиограмме формировали слепки из слизи, гноя и песка, а у 2-х – сгустки крови (гемобилия). В 29 случаях обнаружены стриктуры и аномалии протоковой системы, в 9 – полости холангиогенных абсцессов, в 7 – компрессия протоков паразитом (4) и опухолью (3). Внутрипеченочные холангиокарциномы диагностированы у 18 больных. У 1 пациентки в протоках обнаружены аскариды. В 11 случаях при эндоскопии удалось оценить и дистальную часть вирсунгова протока с камнями в его просвете у 2-х больных. У всех пациентов с желтухой необходимо до операции выполнять дуоденоскопию для исключения опухоли фатерова сосочка. Холангиоскопия показана во всех случаях интраоперационного вскрытия протоковой системы.

ЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Боровский С.П., Хасанов В.Р., Рахманов С.У.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов лечения гемангиом печени путем обоснования целесообразности и этапности выполнения эндоваскулярных вмешательств.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты эндоваскулярной эмболизации в лечении 49 больных с гемангиомами печени в возрасте от 21 до 58 лет (женщин – 31, мужчин –18). При обследовании солитарные гемангиомы выявлены у 31 (63,3%), множественные - у 18 (36,7%) больных. При множественных гемангиомах количество узлов варьировало от 2 до 4. Перед эмболизацией выполнялась целиакография или мезентерикография для определения особенностей артериального кровоснабжения печени и непосредственно гемангиом, что позволяло изучить размеры, локализацию, количество узлов, а также степень васкуляризации образований. В зависимости от локализации образования и источников кровоснабжения гемангиомы катетер устанавливался в собственную, правую или левую долевые печеночной артерии для проведения эмболизации. При окклюзии сосудов использовались металлические спирали типа Gianturco в сочетании с мелкодисперсной гемостатической губкой на основе коллагена. В 12 случаях осуществляли предварительное введение в сосудистое русло образование гемангиом масляного рентгенконтрастного вещества (йодолипол). При расположении гемангиом в обеих долях печени использовали поэтапную эмболизацию для профилактики осложнений постэмболизационного периода.

Результаты. Оценка степени васкуляризации гемангиом по данным ангиографии показала достаточно широкую вариабельность этого признака.

У 28 (57,1%) больных определялось избыточное артериальное кровоснабжение в виде расширения питающей артерии, многочисленных сосудистых лакун по периферии образования с длительной задержкой контрастного вещества в паренхиматозной фазе, напоминающей окрас далматина. В 18,4% случаев сосудистый рисунок в проекции опухоли был обеднен, наблюдались единичные сосудистые лакуны. У 12 (24,5%) больных ангиографическая картина по основным критериям занимала промежуточное положение. При анализе отдаленных результатов эндоваскулярных вмешательств выявлено, что уменьшение размеров гемангиом отмечено в 27 (55,1%) случаев, у 16 (32,7%) больных изменения отсутствовали и у 6 (12,2%) отмечено прогрессирование опухоли. Нами определено, что худшие результаты были в группе больных, у которых гиперваскуляризированные гемангиомы эмболизировали только спиралями даже при достижении окклюзии питающей артерии. Контрольные ангиографические исследования показали развитие многочисленных коллатералей, что потребовало повторных вмешательств.

Вывод. Дифференцированная оценка артериального кровоснабжения гемангиом печени позволяет определить объем и способ эндоваскулярной эмболизации в лечении гемангиом печени, прогнозировать результаты и необходимость повторных вмешательств.

НЕКОТОРЫЕ ЧАСТНЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА ОСТРОГО КАЛЬКУЛЁЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Бородач А.В., Бородач В.А.
Новосибирский государственный медицинский университет, Новосибирск, Россия

Цель исследования. Изучить роль бактериального фактора и химических изменений пузырной желчи в развитии острого деструктивного холецистита.

Материал и методы. Выполнено бактериологическое и биохимическое изучение пузырной желчи у 48 больных острым флегмонозным холециститом, 17 больных острым гангренозным холециститом и 12 больных острым простым (катаральным) калькулёзным холециститом. Образцы пузырной желчи получали интраоперационно в количестве 5 мл по методу B.Claesson et al., 1986. Дальнейшая идентификация была проведена с использованием общепринятых биохимических тестов.

Результаты. На момент операции средняя давность заболевания у пациентов острым флегмонозным холециститом (ОФХ) составила 54,5±28,8 часа, при остром гангренозном холецистите (ОГХ) – 48,1±32,6 часа (q>0.1). При выполнении ФГС с биопсией слизистой антрального отдела желудка было установлено: нормальная слизистая желудка была у 30 больных ОФХ (63,83%) и только у 2 пациентов ОГХ (11,77%); хронический атрофический гастрит – у 17 пациентов ОФХ (36,17%) и 15 – ОГХ (88,23%), из них 6 пациентов с кишечной метаплазией слизистой желудка (35,29%). Таким образом, при ОГХ достоверно чаще имеется хронический атрофический гастрит, в том числе с тонкокишечной метаплазией (q0.1). При сопоставлении химического состава пузырной желчи больных ОФХ и ОГХ было найдено, что концентрация общего билирубина в последней группе снижена в 2,8 раза (q

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОБРАЗОВАНИЯМИ СЕЛЕЗЕНКИ

Вишневский В.А. [1], Ионкин Д.А.[1], Кубышкин В.А.[2]
[1] ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»
[2] Кафедра общей хирургии МСИ

Актуальность. Увеличение числа больных с очаговыми образованиями селезенки диктует необходимость выбора оптимального хирургического лечения.

Цель исследования. Определение адекватной тактики хирургического лечения у больных с очаговыми образованиями селезенки.

Материалы и методы. В Институте хирургии с 1976 г. наблюдалось 214 больных с очаговыми образованиями селезенки. Возраст пациентов колебался от 14 до 72 лет (средний возраст – 36,6 года). Женщин было 139 (64%), мужчин – 75 (36%). Большинству пациентов (74,2%) было от 20 до 50 лет. К очаговым образованиям селезенки мы относили следующие нозологические формы: истинные кисты (65), псеводкисты (41), эхинококковые кисты (27), абсцессы (38), доброкачественные опухоли (23), злокачественные опухоли (14) и метастатические поражения (6).

Дооперационное обследование больных помимо общеклинических методов включало рентгенологическое исследование, ангиографию (по показаниям), радиоизотопное исследование, комплексное УЗИ, КТ, 3-D компьютерное построение, МРТ.

Без операции (диамическое наблюдение) был проведен 21 пациент со злокачественным поражением, при тяжелом соматическом состоянии или при небольших размерах и доброкачественном характере, по данным обследования, включая результаты пункции.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства: спленэктомия (78), спленэктомия, дополненная гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани по разработанной в институте методике (26) и органосберегающие вмешательства: открытая резекция селезенки (29), лапароскопическая фенестрация (21), лапароскопическая резекция (3) и пункционно-дренажное лечение под УЗ-контролем (51).

Результаты. При комплексном УЗИ диагностическая эффективность составила 89%, чувствительность метода (топический диагноз) – 86,2%, специфичность – 82,6%. При применении КТ диагностическая эффективность составила 94,6%, чувствительность – 94,2%, специфичность – 94,4%.

Статистически достоверно меньшее число осложнений и лучшие отдаленные результаты, включая оценку качества жизни, отмечены у пациентов после органосберегающих операций. Худшие результаты выявлены у пациентов после удаления органа.

Заключение. На этапе диагностического поиска необходимо широко использовать современные неинвазивные методы – УЗИ и КТ, МРТ.

При подтверждении доброкачественного генеза очага в селезенке, при сохранении хотя бы небольшой части непораженной паренхимы предпочтительнее выполнение органосберегающей операции с применением современных средств гемостаза и соответствующих технических приемов. В зависимости от локализации очага в селезенке, его размеров, анатомических особенностей выбирается конкретный вид вмешательства. В случае невозможности сохранения части органа спленэктомия должна быть дополнена гетеротопической аутотрансплантацией органа.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧРЕСКОЖНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З. , Жаворонкова О.И.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий» , Москва, Россия.

Актуальность. Увеличение числа больных с колоректальным раком, а следовательно, и с метастазами в печень диктует необходимость поиска новых методов лечения.

Материалы и методы. С 2002 по 2008 г. было произведено хирургическое лечение у 180 больных с метастазами колоректального рака в печень. Из них – 65 мужчин и 115 женщин; средний возраст составил 53,2 (25–83) года.

У 89 больным были произведены резекции печени в различных объемах (55% вмешательств – атипичные резекции, сегмент-, би- и трисегментэктомии, 45% – гемигепатэктомии и расширенные гемигепатэктомии). Сочетанные операции на кишке и печени были выполнены в 5 наблюдениях.

У 91 пациента была произведена чрескожная радиочастотная термоабляция (ЧРЧА).

ЧРЧА выполнялась под ультразвуковым контролем у пациентов с I–II стадиями печеночных метастазов (по Gennery). III–IV стадии вторичного процесса в печени были диагностированы у более чем 65% больных, которые были подвергнуты резекции печени. Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась полихимиотерапия.

Результаты. Повторные резекции печени были выполнены у 5 пациентов (5,9%). Повторные сеансы ЧРЧА производились у 67 (76,1%) больных.

После резекций печени 1, 3-х и 5-летняя выживаемость составила 76, 27 и 13% соответственно. Медиана выживаемости составила 18 (2–53) месяцев. После ЧРЧА – 1, 3 и 5-летняя выживаемость составили 84,2; 39,7 и 16,3% соответственно. Медиана выживаемости составила 30 месяцев.

Даже при неосложненном течении экономические затраты на больного при резекции печени почти в 5 раз выше, чем при ЧРЧА.

Заключение. Несколько лучшие результаты были отмечены у больных после ЧРЧА по сравнению с резекциями печени, что, вероятно, объясняется разницей в стадии по Gennery заболевания между группами. Кроме того, больные после ЧРЧА имели менее выраженные проявления угнетения иммунного статуса.

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЗИДУАЛЬНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А.,Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Актуальность. С начала 90-х гг.прошедшего столетия растет заболеваемость эхинококкозом, расширяются географические границы болезни, увеличивается число больных осложненным и резидуальным эхинококкозом печени.

Цель работы. Определить особенности течения, ближайшие и отдаленные результаты резидуального эхинококкоза печени. Материал и методы. Из 134 больных эхинококкозом печени, оперированных в Институте хирургии с 1995 по 2007 гг., 26 пациентов страдали резидуальным эхинококкозом печени (19%). В группу больных резидуальным эхинококкозом печени мы объединили пациентов с местным рецидивом заболевания в зоне предыдущей операции, а также больных с пропущенными в результате неадекватной диагностики кистами. В группе резидуального эхинококкоза пациенты перенесли от 2 до 4 вмешательств.

Результаты. Проведено сравнение по следующим параметрам клинического течения первичного и резидуального эхинококкоза печени: осложненное течение заболевания, число и размеры кист, число пораженных сегментов, поражение дорзальных и центральных сегментов, внепеченочная внутрибрюшная локализация кист, внепеченочная торакальная локализация кист. При первичном эхинококкозе достоверно чаще имели место крупные кисты, средний размер которых составил 115 ± 52 мм, в то время как при рецидивном эхинококкозе размер кист был меньше – 88 ± 28 мм (p<0.05). С другой стороны, при рецидивном эхинококкозе достоверно чаще встречалось внепеченочное поражение брюшной полости: 40% против 14 при первичном эхинококкозе (p<0.05). Анализированы следующие параметры осложненного течения заболевания: кальциноз фиброзной капсулы, желчные свищи, нагноение, прорыв кисты в желчные протоки, прорыв кисты в брюшную полость, угроза разрыва, сочетание указанных параметров. При резидуальном эхинококкозе достоверно чаще имел место кальциноз фиброзной оболочки, а также сочетание различных осложнений. При сравнении первичного и рецидивного эхинококкоза по течению пе-

риоперационного периода не получено достоверных отличий по следующим параметрам: частота субтотальной и тотальной перицистэктомии, средняя длительность операции, послеоперационные осложнения, частота специфических послеоперационных осложнений, длительность послеоперационного стационарного лечения. Рецидивный эхинококкоз приводил к достоверно большему объему интраоперационной кровопотери (1628 ± 2044 мл), чем первичный (872 ± 866 мл) (p<0.05). Частота рецидивов после операций по поводу первичного и рецидивного эхинококкоза составила 4 и 8% соответственно. Разница достоверна (p<0.05). Заключение. Резидуальный эхинококкоз печени чаще имеет осложненное течение и внепеченочную локализацию кист. Радикальные операции при резидуальном эхинококкозе печени являются технически более сложными, более травматичными и сопровождаются большим числом рецидивов по сравнению с операциями по поводу первичного эхинококкоза печени.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ ТЕРМОАБЛЯЦИИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Жаворонкова О.И., Икрамов Р.З.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия.

Актуальность. Увеличение числа больных с колоректальным раком, а следовательно, и с метастазами в печень диктует необходимость поиска новых методов лечения.

Цель. Улучшение результатов лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печень.

Материалы и методы. С 2002 г. накоплен опыт выполнения чрескожной радиочастотной абляции (ЧРЧА) у 91 больного с метастазами колоректального рака в печень. Из них – 38 мужчин и 53 женщины; средний возраст составил 51,6 года (27–83). Всем пациентам первым этапом производилось удаление первичной опухоли.

Для проведения ЧРЧА использовали аппарат Radionics CoolTip® Ablation System и набор водоохлаждаемых электродов. Вмешательство производилось под ультразвуковым контролем. Всего было выполнено 172 сеанса ЧРЧА. Среднее число сеансов – 2,2+1,7 (от 1 до 8). Контроль эффективности производился с применением УЗИ, МРТ, начиная с первых 24 часов после вмешательства.

Результаты. Среди послеоперационных осложнений наиболее часто отмечался экссудативный влеврит (22,5%). Пять больных (5,5%) умерли в первые 3 месяца после вмешательства. У 61% больных возникли новые очаги, несмотря на проводимую химиотерапию и повторные сеансы ЧРЧА. В том числе: у 26% – внутрипеченочные, у 34% – внепеченочные (в первую очередь, в легкие) и у 45,8% – внутри- и внепеченочные.

После ЧРЧА 1-х, 2-х, 3-х, 4-х и 5-летняя выживаемость составили 84,2; 55,7; 39,7; 29,7 и 16,3% соответственно. Медиана выживаемости составила 30 месяцев.

Заключение. Рузультаты лечения больных с метастазами колоректальногог рака в печень с применением ЧРЧА, как и при резекции печени, зависят от факторов прогноза: период выявления метастазов, локализация, число и размеры опухолевых узлов.

При оценке эффективности ЧРЧА УЗИ и КТ менее информативны, чем МРТ. Чаще отмечается не продолженный опухолевый рост, а неполная деструкция.

ЧРЧА является радикальным способом лечения, если произведена деструкция опухоли +1 см здоровой ткани.

РАДИОЧАСТОТНЫЕ ТЕРМОАБЛЯЦИИ КАК ЭТАП В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З. , Жаворонкова О.И.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Актуальность. Значительное увеличение числа больных со злокачественными новообразованиями печени обосновывает необходимость поиска новых методов лечения.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 2002 г. радиочастотная термоабляция (РЧА) по поводу очаговых образований печени была выполнена 124 пациентам. Из них мужчин – 39 (31,5%), женщин – 85 (68,5%). Возраст варьировал от 25 до 83 лет и составил в среднем 53,2 года.

Всего было выполнено 228 сеансов РЧА. Среднее число сеансов – 2,2+1,7 (от 1 до 8). РЧА в нашем опыте производилась как для обработки самих образований печени, так и на этапе выделения, а затем и обработки среза печени.

Наиболее часто выполнялась чрескожная РЧА под ультразвуковым контролем – 179 сеансов (78,5% от всех вмешательств с применением РЧА). В 29 наблюдениях были выполнены «открытые» РЧА, когда кроме резекционных вмешательств соответствующей обработке под ультразвуковым наведением подвергались мелкие очаги в остающейся паренхиме печени. Резекция печени с радиочастотной обработкой среза печени с целью паренхиматозного гемостаза была произведена в 20 случаях.

Результаты. Повторные резекции печени были выполнены у 5 пациентов (5,9%). Повторные сеансы ЧРЧА производились у 67 (76,1%) больных.

У 7 больных, перенесших ранее чрескожные или «открытые» РЧА, в дальнейшем были выполнены повторные резекционные вмешательства на печени. Применение РЧА с циторедуктивной целью на первом этапе позволяло после стабилизации состояния больного, регенерации печени в дальнейшем выполнить более радикальное вмешательство.

Заключение. Использование радиочастотной термоабляции при злокачественных новообразованиях печени постепенно завоевывает свою нишу в арсенале современных лечебных методик. Применение РЧА вместе с резекционными вмешательствами позволяет значительно расширить возможности хирургического лечения. А использование РЧА с циторедуктивной целью как подготовительный этап перед более радикальным вмешательством позволяет говорить о более широких возможностях данной методики. Конечно, применение химиотерапии по современным схемам позволяет еще более улучшить результаты лечения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОКАЗАНИЙ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГЕМАНГИОМ НЕБОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ

Глинник А.А., Коротыш А.Н., Баранов Е.В., Хрыщанович В.Я.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Гемангиомы печени в настоящее время являются одними из наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей

печени. Критериями для выполнения резекций печени по поводу данных образований являются размеры более 5 сантиметров, быстрый рост опухоли. Цель нашей работы – определить показания к хирургическому лечению гемангиом печени небольших размеров (до 5 см).

В отделении хирургической гепатологии 9-й городской клинической больницы Минска в течение 2006 – 2008 гг. наблюдались 49 пациентов с рассматриваемой патологией. Возраст больных составлял от 28 до 72 лет. Большинство пациентов были женщины – 81,6%. У 53% больных имелись клинические симптомы в виде чувства тяжести и дискомфорта, а также тупых ноющих болей в правом подреберье. Трое пациентов предъявляли жалобы на общую слабость и недомогание. Диагноз устанавливали на основании результатов УЗИ ОБП и компьютерной томографии. У 8,16% больных использовали для подтверждения диагноза ангиографию. У 1 пациента провели диагностическую лапароскопию, у 2 – биопсию. У 67,4% пациентов имелся одиночный узел, у 26,5% – 2 узла и у 6,1% – 3 и более узлов. Средний размер гемангиом составил 40,5 мм (от 0.9 до 11,6 см). У 22 больных наблюдалась локализация гемангиом в правой доле печени, у 13 – в левой и у 14 – в обеих долях. Подавляющее большинство пациентов проходили динамическое наблюдение по следующей программе: в первый год после установления диагноза контрольное УЗИ каждые 4-6 мес., затем 1 раз в год. Оперированы 16 пациентов: из них женщин 11, мужчин – 5. Средний диаметр гемангиом составил 38,8 мм (20-49,6 мм). У трех пациентов – гемангиома печени была интраоперационной находкой при хирургических вмешательствах на других органах брюшной полости, 1 – симптомная гемангиома небольших размеров с быстрым ростом. Летальных исходов не было. Диагноз гемангиомы печени был верифицирован гистологически в 98% случаев, у 1 пациента ткань, взятая на гистологическое исследование, оказалась фиброзной без признаков озлокачествления.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что показаниями к выполнению операции при небольших размерах гемангиом является: 1) случаи обнаружения ГП при лапаротомии, произведенной по поводу другой патологии органов брюшной полости; 2) локализация ГП непосредственно под капсулой печени, когда есть высокий риск её травматического разрыва; 3) симптомные гемангиомы, их абсцедирование и быстрый рост образования; 4) локализация гемангиомы возле крупных сосудов и желчных протоков; 5) неуверенность в доброкачественной природе образования.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНОМ РАКЕ

Джалилов Ф.Ш., Габоян А.С., Малюга В.Ю., Бархударов А.А.

Российский университет дружбы народов, кафедра факультетской хирургии, Россия, Москва.

Цель исследования. Определение оптимальной хирургической тактики при периампулярном раке.

Материалы и методы. Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Российского университета дружбы народов на базе ГКБ № 64 г. Москвы. С апреля 2000 года обследовано и прооперировано 39 человек, из них 18 (46.2%) женщин, 21 (53.8%) мужчин, средний возраст 64,6±10,9 года. Структуру онкопатологии составили опухоли головки поджелудочной железы 26 (66.7%), рак поджелудочной железы 2 (5.1%), рак большого дуоденального сосочка 8 (20.5%), рак дистального отдела общего желчного протока 3 (7.7%) человек соответственно. По стадиям онкопроцесса распределились следующим образом: рак головки поджелудочной железы – 2 стадия – 14 (35.9 %), 3стадия – 2 (5.1%), 4 стадия – 10 (25.6%) человек; рак поджелудочной железы: 3 стадия - 2 (5.1%) человека; рак БДС: 1 стадия – 1 (2.56%), 2 стадия – 3 (7.7%), 4стадия – 4 (10.3%) человека; рак дистального отдела общего желчного протока: 3 стадия – 1 (2.56%), 4 стадия – 2 (5.1%) человека. Предоперационное обследование включало: клинические анализы, УЗТ, ЭГДС, КТ или МРТ, ЭРХПГ, пункционную биопсию поджелудочной железы. ЭРХПГ вы-полнены 15(38.5%) пациентам с механической желтухой, для диагностики и декомпрессии билиарного тракта в предоперационном периоде. Радикальное вмешательство удалось выполнить 19(48.7%) больным, а у 20(51,3%) пациентов из-за невозможности выполнения у них эндоскопического транспапиллярного дренирования билиарного тракта произведены паллиативные хирургические вмешательства. При ГПДР (17 (43.6%)) реконструктивный этап выполнялся по разработанной в клинике методике, при этом у 15(38.5%) панкреатикоэнтероанастомоз формировался на дренаже панкреатического протока, а в 2(5.1%) случаях – без наружной панкреатикостомы. У 2 (5.1%) пациентов с поражением головки и тела поджелудочной железы выполнена панкреатэктомия. Паллиативные вмешательства предполагали формирование желчеотводящих: холецистогастро- 6 (15.4%), холецистоэнтеро – 4 (10.3%), гепатикоэнтеро – 7 (17.9%), холедоходуоденоанастомозов 3 (7.7%). Надежность анастомозов обеспечивалась прецизионной техникой его формирования, применением инертных шовных материалов (рассасывающийся maxon и не рассасывающийся prolen, диаметр используемых нитей 5/0 – 6/0).

Результаты. После ПГДР в послеоперационном периоде основным специфическим осложнением явился панкреонекроз (4 (23,5%)), среди них в 1 случае у больного без наружной панкреатикостомы развилась несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза, потребовавшая повторной операции. Послеоперационный период у больных после панкреатэктомий протекал без осложнений. Специфических осложнений после паллиативных вмешательств не было, лишь у одного больного отмечена гипостатическая пневмония. Общая летальность после проведенных вмешательств составила 3 (7,7%) случаев, после радикальных – 2(10,5%), после паллиативных – 1(5%).

Выводы. Определение резектабельности опухолей билиопанкреато-дуоденальной зоны на дооперационном этапе основывается на результатах УЗТ и МРТ. Обязательным является предоперационная декомпрессия желчных протоков, предпочтение отдается внутреннему отведению желчи путем эндоскопического эндопротезирования внепеченочных желчных протоков. При выполнении паллиативных вмешательств предпочтение должно отдаваться гепатикоэнтеростомии. Применяемая методика реконструкции после ПГДР с обязательным включением в пищеварительный тракт поджелудочной железы с использованием прецизионной техники оперирования и монофиламентного ареактивного шовного материала способствуют снижению частоты специфических послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕ 60 ЛЕТ

Добровольский С.Р., Курбанов Ф.С., Карпов С.Ю., Рамазанова А.Р.

Кафедра госпитальной хирургии РУДН, Городская больница № 17, Москва, Россия

Цель исследования. Сравнить непосредственные результаты холецистэктомии из минилапаротомного (МХЭ) и традиционного (ТХЭ) доступов у больных в возрасте старше 60 лет.

Материал и методы. В течение 1998 -2007 гг. холецистэктомия выполнена 978 пациентам старше 60 лет. I (основную) группу составили 459 (47,0%) пациентов в возрасте 60 - 87 лет (средний возраст 68,9 года), во II (контрольную) группу включены 519 (53,0%) больных в возрасте 60 – 94 лет (средний возраст 71,2 года).

На органах брюшной полости ранее были оперированы 184 (40,0%) пациента I группы и 159 (30,6%) – II группы. Все больные имели сопутствующие заболевания, иногда несколько.

В I и II группах в плановом порядке выполнено 229 и 52 операции соответственно; в отсроченном периоде – 215 и 85; по срочным показаниям оперированы 15 и 382 больных. Показаниями к операции в I группе были: хронический холецистит (ХХ) у 216 (47,0%) больных, острый калькулезный холецистит (ОКХ) – у 187 (40,8%), острый деструктивный холецистит (ОДХ) – у 56 (12,2%). Во II группе по поводу ХХ оперировано 38 (7,3%) больных, ОКХ – 98 (18,9%), ОДХ – 383 (73,8%).

Результаты. Продолжительность МХЭ в среднем составила 67,0 мин., средняя длительность ТХЭ составила 69,6 мин. Средняя длина кожного разреза при МХЭ равнялась 3,1 см. Конверсия доступа потребовалась в 22 (4,8%) наблюдениях.

Во время операции возникли следующие осложнения: десерозирование участка кишки – 2 (по 1 в каждой группе), кровотечение из пузырной артерии – 4 (1 в основной и 3 в контрольной группе), кровотечение из ложа желчного пузыря – 24 (10 и 14), прочие осложнения – 14 (1 и 13). Кроме того, в контрольной группе у 1 больняого была поврежде-на воротная вена и еще у 1 – ранена селезенка. Послеоперационные осложнения возникли у 35 (7,6%) больных I группы и у 183 (35,3%) – II группы. Более частыми оказа-лись гематома и серома послеоперационной раны, гематома ложа желчного пузыря, пневмония. Госпитальная летальность в I группе составила 0,2% (умерла 1 больная), во II – 4,8% (умерло 25). Причиной смерти единственной больной I группы была ТЭЛА; во II группе основными причинами смерти больных оказались ТЭЛА, перитонит, пневмония.

Заключение. Пожилые и старые больные острым и хроническим калькулезным холециститом с серьезными сопутствующими заболеваниями значительно легче переносят холецистэктомию из минилапаротомного доступа, после нее гораздо реже возникают осложнения и летальные исходы. По нашим данным, она позволяет излечить около половины (47%) больных в возрасте старше 60 лет.

ЛЕЧЕНИЕ СОЛИДНО–ПСЕВДОПАПИЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров В.И.[1], Вишневский В.А.[1], Щеголев А.И.[1], Сидоров Д.В.[2], Яшина Н.И.[1], Дубова Е.А.[1], Шевченко Т.В.[1],Мелехина О.В.[1]

[1] ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского, (директор – академик В.Д. Федоров), [2] ФГУ МНИОИ им. П.А. Герцена (директор – академик В.И. Чиссов), Москва, Россия

Введение. Солидно – псевдопапиллярная опухоль (СППО) – редкое эпителиальное новообразование поджелудочной железы (ПЖ). Заболевание характеризуется благоприятным прогнозом и значительной продолжительностью жизни.

Цель исследования. Анализ клинической картины, возможностей диагностики и хирургического лечения СППО ПЖ.

Материалы и методы. Семнадцать пациентов с СППО ПЖ, среди которых один мужчина (6,25%), находились на лечении в Институте хирургии им. А.В. Вишневского и МНИОИ им П.А. Герцена с ноября 1998 по май 2009 г. Средний возраст больных равнялся 39,6 года (15 – 70 лет). Основным симптомом были рвота и дискомфорт в эпигастрии, средний размер первичной опухоли - около 7,2 см (от 3 до 15 см). Сроки наблюдения: от 0,5 года до 14 лет. Окончательный диагноз устанавливался после иммуногистохимического типирования удаленной опухоли: положительной реакции на виментин, ядерный бета-катенин, альфа-1-антитрипсин и альфа-1-анитихимотрипсин при отрицательных реакциях на синаптофизин и хромогранин.

Результаты. До операции диагноз был поставлен в одном случае, у двенадцати пациентов подозревался карциноид, у двух – рак ПЖ и в одном случае – постнекротическая псевдокиста ПЖ. Все больные были оперированы. По поводу первичной опухоли в восьми случаях выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), в восьми случаях – комбинированные и расширенные корпорокаудальные резекции поджелудочной железы и в одном случае срединная резекция ПЖ. В двух наблюдениях злокачественный потенциал опухоли был расценен как неопределенный, в четырех случаях выявлена карцинома. У трех больных СПП карциномой метастазы отмечены спустя 14 и 60 месяцев после первичной операции. Одна пациентка поступила с множественными метастазами в печень и забрюшинное пространство, у другой на операции выявлено врастание опухоли в селезенку и опухолевый флебит вен дна желудка. В первом случае в два этапа была выполнена резекция печени, ПДР и удаление забрюшинных опухолевых узлов, во втором – комбинированная расширенная дистальная резекция ПЖ. Наблюдение не выявило признаков рецидива опухоли. В третьем случае больная перенесла 5 операций, включая резекцию печени, по поводу метастазов СПП карциномы после первичной резекции ПЖ. Ни у одного пациента не выявлено метастатического поражения лимфоузлов. Все пациенты живы. У 13 больных признаков рецидива нет. Характерными путями распространения СПП карциномы являются гематогенный, периневральный, и перивазальный. Лимфогенное метастазирование в наших наблюдениях не отмечено.

Заключение. Радикальные резекции ПЖ обеспечивают хороший прогноз при СППО. Значительная продолжительность жизни при СПП карциномах наблюдается в том числе после циторедуктивных вмешательств по поводу первичных и рецидивных опухолей.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РАСШИРЕННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ С ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ИЛИ УДАЛЕНИЕМ ВСЕГО ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров В.И.[1], Вишневский В.А.[1], Мелехина О.В.[1], Сидоров Д.В.[2], Шевченко Т.В.[1], Жаворонкова О.И.[1]

[1] ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского, (директор – академик В.Д. Федоров), [2] ФГУ МНИОИ им. П.А .Герцена (директор – академик В.И. Чиссов), Москва, Россия

Введение. Расширение объема панкреатодуоденальной резекции (ПДР) за счет удаления большей части или всего тела поджелудочной железы (ПЖ) необходимо в некоторых случаях для достижения уровня резекции R0 при злокачественных опухолях ПЖ.

Цель исследования. Изучить непосредственные результаты ПДР с обширной резекцией или удалением всего тела ПЖ (ОРТ) в сравнении с непосредственными результатами стандартных и расширенных ПДР.

Материалы и методы. В Институте хирургии им В.А. Вишневского и МНИОИ им. П.А. Герцена с января 2007 по февраль 2008 г. выполнено 11 расширенных ПДР с дополнительной ОРТ ПЖ (при протоковой аденокарциноме (ПА) – 6, внутрипротоковой папиллярной муцинозной карциноме -3 и цистаденокарциноме - 2). Группу сравнений составили 30 стандартных и 25 расширенных ПДР, выполненных по поводу ПА ПЖ.

Результаты. Частота осложнений и летальность составили 60% и 6,6% (2 пациента) при стандартных ПДР, 60 и 9% (1) при ПДР с ОРТ ПЖ, 56 и 4% (1) - при расширенных ПДР. Кровопотеря при стандартных ПДР составила 985 ± 818 мл, при расширенных – 1112 ± 960, при расширенных ПДР с ОРТ ПЖ – 1008± 710 мл. Резекция сосудов выполнена у 50% больных при ПДР с ОРТ ПЖ, у 3,3% при стандартных ПДР и у 24% при расширенных ПДР. Несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА) отмечена в 9% (1) случаев при ПДР с ОРТ, в 23,3% - при стандартных и не выявлена при расширенных ПДР. Несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза отмечена в 10% (1) случаев при ПДР с ОРТ, в 3,3% - при стандартных и не выявлена при расширенных ПДР. Внутрибрюшинные кровотечения выявлены в 3,3% случаев при стандартных, в 12% случаев – при расширенных ПДР и не зарегистрированы при ПДР с ОРТ. Гастростаз отмечен у 28% больных после стандартных, у 16% - после расширенных ПДР и у 9% - при ПДР с ОРТ ПЖ. Послеоперационный койко-день после стандартных ПДР составил 21,8 после расширенных -21,9, после расширенных ПДР с ОРТ ПЖ - 22,2.

Заключение. Расширенные ПДР применяются для выполнения Ro-резекции при опухолях ПЖ «на грани резектабельности» и часто сопровождаются резекцией сосудов и соседних структур. По сравнению со стандартными и расширенными ПДР, расширенные ПДР с ОРТ ПЖ не сопровождаются увеличением летальности, кровопотери, времени пребывания в стационаре и количеством послеоперационных осложнений, что связываем с прецизионной техникой выделения сосудов и формирования ПЭА.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

Егоров В.И.[1], Вишневский В.А.[1], Щастный А.Т.[2], Козлов И.А.[1], Кармазановский Г.Г.[1], Щеголев А.И.[1], Яшина Н.И.[1], Шевченко Т.В.[1], Дубова Е.А.[1], Жаворонкова О.И.[1], Петров Р.В.[1]

[1] Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия (директор – академик В.Д. Федоров), [2] Витебский Государственный медицинский университет, кафедра хирургии ФПКС, Витебск, Республика Беларусь

Введение. Дуоденальная дистрофия (ДД) – редкое заболевание, развивающееся вследствие хронического воспаления ткани поджелудочной железы (ПЖ), эктопированной в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Цель. Оценить возможность дооперационной диагностики ДД и результаты хирургического лечения.

Методы. Ретроспективный анализ лечения 14 пациентов, оперированных по поводу ДД в период с 2005 по 2008 гг. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального и эндоУЗИ, контрастной многофазной КТ и МРТ. Основным критерием заболевания были гистологические признаки неизмененной или измененной эктопической ПЖ в стенке ДПК, изолированной от ортотопической железы.

Результаты. У всех больных диагноз поставлен до операции. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндо УЗИ. Поводом для оперативного лечения были болевой синдром и дуоденальная непроходимость. В 12 случаях ДД сопровождалась выраженным хроническим панкреатитом в ортотопической ПЖ. Одиннадцати больным была выполнена панкреатодуоденальная резекция (ПДР), в 7 случаях – пилоросохраняющая, в трех случаях – резекции головки ПЖ и ДПК. Осложнения резекций головки и ДПК в виде недостаточности анастомозов излечены консервативно. Одно осложнение ПДР, термокоагуляционная травма извитого мочеточника, потребовало пиелоуртеропластики. Летальности не было. За время наблюдения больных, перенесших ПДР, отмечено исчезновение болевого синдрома у 100%, набор веса – у 92%. Не выявлены новые случаи диабета или признаки утяжеления существующего. Результаты резекций ДПК и головки ПЖ еще должны быть оценены.

Заключение. ДД может и должна диагностироваться до операции. Оптимальным методом оперативного вмешательства при ДД является ПДР. Эффективность резекций головки ПЖ и ДПК при данном заболевании должна быть изучена в процессе дальнейших исследований ранних и поздних осложнений, а также качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Егоров В.И., Иванов Ю.В., Снигур П.В., Щеголев А.И., Дубова Е.А

ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Клиническая больница № 83 ФМБА, г.Москва

Введение. Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – самые частые мезенхимальные новообразования желудочно-кишечного тракта. В двенадцатиперстной кишке (ДПК) эти опухоли встречаются в 7–8% случаев ГИСО всех локализаций.

Цель. Анализ хирургического лечения больных ГИСО ДПК.

Методы. Анализ непосредственных и отдаленных результатов лечения семи ГИСО ДПК за период с 2005 по 2008 гг.

Результаты. Пациенты возрастом от 42 до 68 лет: 3 мужчин, 4 женщины. Размеры опухоли варьировали от 2-х до 15 см. В трех случаях выполнена панкреатодуоденальная резекция, в четырех – панкреассохраняющая инфрапапиллярная дуоденумэктомия. Послеоперационной летальности и осложнений не было. Окончательный диагноз во всех случаях был установлен после операции при иммуногистохимическом исследовании опухоли. В четырех случаях определен средний риск метастазирования и в трех – высокий (при размерах опухоли больше 5 см). Двоим больным спустя 4 и 30 месяцев назначена терапия иматинибом в связи с прогрессированием заболевания. Обоим выполнены резекции печени (правосторонняя гемигепатэктомия и резекция 4 сегмента) в связи с неполным ответом на химиотерапию. Все пациенты живы. Признаков рецидива при опухолях со средним риском метастазирования не выявлено.

Заключение. Хирургический метод является ведущим в лечении первичных ГИСО ДПК. Существенно увеличить продолжительность жизни позволяет своевременная и адекватная операция при первичных опухолях, а также комбинированное лечение при опухолях с высоким риском метастазирования и их диссеминации.

РЕЗУЛЬТАТЫ СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ПДР ПРИ ПРОТОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров В.И., Мелехина О.В., Вишневский В.А., Козлов И.А., Кригер А.Г., Шевченко Т.В.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, директор – академик В.Д. Федоров, Москва, Россия

Введение. Неудовлетворительные результаты стандартного хирургического лечения протоковой аденокарциномы (ПА) поджелудочной железы (ПЖ) у пациентов с опухолями «на грани резектабельности» требуют расширения объема операции для достижения уровня резекции R0.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения ПА ПЖ.

Материалы и методы. Проспективное контролируемое нерандомизированное исследование результатов хирургического лечения 60 пациентов с ПА головки ПЖ, находившихся на лечении в Институте с 2004 по 2008 г., которым выполнено 30 стандартных и 30 расширенных ПДР. Группы сравнения сопоставимы по возрасту, полу и дооперационной стадии заболевания.

Результаты. Расширенные операции были представлены 22 радикальными и 8 расширенными радикальными ПДР. В группе расширенных операций среднее количество удаленных лимфоузлов составило 28, в группе стандартных – 16. Поражение лимфоузлов обнаружено у 70% в группе стандартных операций и у 83,3% больных – в группе расширенных (p=0,2). В последнем случае 36,6% пациентов имели метастазы в отдаленных лимфоузлах, что изменило стадию заболевания на четвертую. Экстрапанкреатическая периневральная инвазия при стандартных операциях выявлена у 63,3%,при расширенных - у 66,6% пациентов (p=0,7). При стандартных операциях резекция R0 выполнена у 60%, при расширенных – у 83,3% больных (p=0,04), а резекция сосудов, соответственно, – у 3,3% и 30% больных.

Непосредственные результаты. Расширенные и стандартные ПДР не отличались по уровню летальности (6,6 и 6,6%) и послеоперационных осложнений (60 и 53,3%).

Отдаленные результаты. Актуриальная 5-летняя выживаемость в общей группе составила 12% с медианой выживаемости (МВ) 12 мес. при расширенных и 10 мес. при стандартных ПДР (p=0,3). МВ при размере опухоли от 2 до 4 см после стандартных ПДР составила 10 мес., после расширенных – 19 мес. (p=0,01). При 2b стадии МВ при расширенных операциях составила 16,5 мес., а при стандартных – 9 мес. (p=0,006). Местный рецидив выявлен у 15% после расширенных и у 59% после стандартных ПДР (p=0,01).

Заключение: 1. Летальность и уровень послеоперационных осложнений при стандартных и расширенных ПДР сопоставимы 2. Расширенный объем операции снижает количество нерадикальных операций, местного рецидива и может увеличить продолжительность жизни при размере опухоли от 2 до 4 см. Большая продолжительность жизни пациентов с 2б стадией после расширенных операций может объясняться как эффективностью расширенных вмешательств, так и неадекватным стадированием при стандартных ПДР.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ С ОБШИРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ТЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ВНУТРИПРОТОКОВЫХ ПАПИЛЛЯРНЫХ МУЦИНОЗНЫХ ОПУХОЛЯХ

Егоров В.И., Вишневский В.А., Шевченко Т.В., Мелехина О.В, Петров Р.В.

ФГУ Институт хирургии им. А.В. Вишневского, директор – академик В.Д. Федоров, Москва, Россия

Введение. Удаление большей части или всего тела поджелудочной железы (ПЖ) при панкреатодуоденальной резекции (ПДР) по поводу внутрипротоковых папиллярных муцинозных опухолей (ВПМО) главного панкреатического протока (ГПП) или его ветвей (ВГПП) необходимо в некоторых случаях для радикального удаления опухоли.

Цель исследования. Оценить результаты ПДР с обширной резекцией или удалением всего тела (ОРТ) ПЖ

Материалы и методы. В Институте хирургии им В.А. Вишневского и МНИОИ им. П.А. Герцена с февраля 2008 г. по март 2009 г. выполнено 3 расширенных ПДР с дополнительной ОРТ ПЖ при ВПМО. В двух случаях операция выполнена при ВПМО ГПП и в одном – при мультифокальной ВПМО ВГПП.

Результаты. В одном случае выявлена мультифокальная ВПМ- аденома ВГПП, в одном – ВПМО ГПП с неопределенным потенциалом злокачественности и в одном – ВПМ - карцинома ГПП. В последнем наблюдении при ПДР удалено все тело ПЖ, а панкреатоэнтероанастомоз сформирован с хвостом железы. Все ПДР выполнены в пилоросохраняющем варианте. Осложнений и летальности не было. Кровопотеря составила 460 ± 410 мл. Послеоперационный койко-день – 15. Диабет не выявлен ни до, ни после операции ни в одном случае, несмотря на значительную потерю ткани ПЖ. Наблюдение в сроки от 3-х месяцев до 2-х лет рецидива не выявило.

Заключение. Расширенная ПДР с ОРТ ПЖ может быть альтернативной тотальной панкреатэктомии, удовлетворяя как онкологическим, так и тканесберегающим принципам.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Актуальность. Несмотря на относительно небольшой удельный вес первичного рака печени в России, странах Европы и США, в последнее десятилетие отмечается рост числа заболевших и операций, выполненных по поводу первичного рака печени.

Цель. Оценить факторы прогноза и выживаемость после резекций печени по поводу первичного рака печени.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 68 больных первичным раком печени, перенесших резекции печени с 1995 по 2007 гг. Оперировано 57 больных гепатоцеллюлярным раком и 11 больных холангиоцеллюлярным раком. Стадирование рака осуществляли по классификации TNM (6-я версия UICC). Распределение больных по стадиям было следующим: 1-я стадия – 0%, 2-я – 13%, 3-я – 72%, 4-я – 15%. Большие резекции печени выполнены 49 больным, сегментарные – 19. Отдаленные результаты оценены у 73% больных в сроки от 1 до 12 лет. Оценка выживаемости производилась по Каплану-Майеру, определение прогностических факторов – в одно- и многофакторным регрессионном анализе.

Результаты. Трех-, пяти- и десятилетняя выживаемость при гепатоцеллюлярном раке составила 61, 48 и 29% соответственно. При внутрипеченочном холангиоцеллюлярном раке одно-, трех- и пятилетняя выживаемость составила 88, 23 и 23%. Факторами, оказавшими достоверное влияние на выживаемость при гепатоцеллюлярном раке, оказались: стадия заболевания TNM, как 5-я, так и 6-я версии согласно классификации UICC-5 (II, III vs IV), число очагов опухоли, метастазы в лимфатические узлы, внепеченочное распространение опухоли, отступ от края опухоли (<1 и ≥1 см), объем интраоперационной кровопотери более 2500 мл. Не влияли на прогноз следующие факторы: возраст, пол, размер опухоли, число пораженных сегментов, уни- или билобарный характер поражения, вовлечение в опухоль крупных сосудов печени, сывороточный уровень АФП, сывороточный уровень СА-19.9, объем резекции (сегментарные и большие), трансфузия донорской эритроцитарной массы, применение аппарата возврата крови, факт применения приема Прингла, длительность приема Прингла, осложненное течение послеоперационного периода.

Заключение. Хирургическое лечение первичного рака печени остается основным методом, позволяющим рассчитывать на длительную выживаемость и выздоровление. Длительность жизни после резекции печени определяется факторами, отражающими местное распространение опухоли и степень ее иррадикации.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Ефанов М.Г., Вишневский В.А., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Шевченко Т.В., Ионкин Д.А.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий», Москва, Россия

Актуальность. В России число больных раком толстой кишки ежегодно увеличивается более чем на 50 тысяч. У каждого третьего на момент диагностики имеются метастазы в печень.

Цель. Оценить факторы прогноза и выживаемость после резекций печени по поводу метастазов колоректального рака в печень. Материал и методы. Анализированы результаты лечения 115 больных метастатическим колоректальным раком печени, оперированных с 1995 по 2007 гг. Степень распространенности метастатического поражения печени оценивали по классификации mTNM. Распределение больных по стадиям было следующим: 1-я стадия – 0%, 2-я – 0%, 3-я – 42%, 4-я – 58%. Отдаленные результаты оценены у 84% больных в сроки от 1 до 12 лет. Результаты. Трех-, пяти- и десятилетняя выживаемость при метастатическом колоректальном раке составила 36, 24 и 15% соответственно. Факторами, оказавшими достоверное влияние на выживаемость при метастатическом колоректальном раке, оказались: стадия первичной опухоли TNM, число очагов опухоли, отступ от края опухоли (<1 и ≥1 см), сывороточный уровень CEA и CA-19.9, объем интраоперационной кровопотери более 1500 мл. Не влияли на прогноз следующие факторы: возраст, пол, метастазы в лимфатические узлы, внепеченочное распространение опухоли, время выявления метастатического поражения печени, число пораженных сегментов, уни- или билобарный характер поражения, объем резекции (сегментарные и большие), трансфузия донорской эритроцитарной массы, применение аппарата возврата крови, факт применения приема Прингла, длительность приема Прингла, осложненное течение послеоперационного периода, проведение химиотерапии. Основной причиной, определивший относительно невысокую выживаемость больных, была распространенность болезни, как на момент удаления первичного очага, так и при операции на печени: у 56% больных имела место 4-я стадия первичной опухоли на момент ее удаления, у 73% больных имели место множественные метастазы, только у 26% больных удалось выполнить резекцию печени с отступом 1 см и более. Достоверное влияние на выживаемость оказали повторные резекции, которые были выполнены 22 больным. Пятилетняя выживаемость в этой группе больных составила 44%.

Заключение. Резекция печени остается основным способом лечения метастатического колоректального рака. Необходимо расширение показаний к повторным резекциям печени. Длительность жизни после резекции печени определяется факторами, отражающими местное распространение опухоли и степень ее иррадикации.

РОЛЬ ИНТЕРВЕНЦИОННОЙ СОНОГРАФИИ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ И ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Жаворонкова О.И.[1], Егоров В.И.[1], Щастный А.Т.[2], Шиленок А.В.[2], Вишневский В.А.[1], Кармазановский Г.Г.[1], Мелехина О.В.[1],Петров Р.В.[1]

[1] Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия (директор – академик В.Д. Федоров),

[2] Витебский государственный медицинский университет, кафедра хирургии ФПКС, Витебск, Белорусь

Цель исследования. Оценить роль интервенционной сонографии (ИС) в до- и послеоперационном периоде при резекциях по поводу хронического панкреатита и опухолей поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы. Проведен ретроспективный анализ данных 367 пациентов, которым за период 2005-2008 гг. были выполнены: панкреато- и гастропанкреатодуоденальные резекции - в 154 (42%), резекции головки ПЖ (операции Фрея, Бегера и ее бернский вариант) - в 108 (29%), резекции ПЖ с наложением панкреатоеюноанастомоза - в 37 (10%), резекции тела и/или хвоста ПЖ - в 68 (19%) наблюдениях.

Результаты И С- вмешательства потребовались 84 пациентам. На дооперационном этапе 5 (6%) больным произведены диагностические пункции с морфологическим исследованием патологически измененной ткани поджелудочной железы (3) и очаговых образований печени (2). Чрескожные холецистостомии наложены 9 (10,7%) пациентам с целью декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе. В послеоперационном периоде у 68 (81%) больных возникли внутрибрюшные осложнения, из которых 89% потребовали ИС-вмешательств. В 54 (79%) наблюдениях проведено чрескожное санирующее пункционно-дренирующее лечение панкреатогенных жидкостных скоплений, из них в 24 случаях с признаками абсцедирования и множественной локализацией последних в 8 наблюдениях. Панкреатогенный асцит (7), биломы (4), гематомы (3) брюшной полости и абсцессы мягких тканей передней брюшной стенки (2) также устранены методом этапных пункций или катетерного дренирования. Сопутствующие плевральные вмешательства произведены у 19 больных, эвакуация гидроторакса (от 250,0 мл и более) без патологических изменений в брюшной полости выполнены у 15 пациентов. ИС-вмешательства позволили избежать релапаротомии у 88% больных. Повторные операции выполнены 8 пациентам, в связи с персистирующими абсцессами, панкреатическим свищом, несостоятельностью анастомоза, с развитием перитонита и внутрибрюшным кровотечением из брыжеечных сосудов.

Заключение. Дооперационные ИС-вмешательства направлены на уточнение диагноза или снижение факторов операционного риска при выполнении резекции поджелудочной железы. Большинство осложнений после операции могут быть эффективно излечены малоинвазивными манипуляциями, выполненными под ультразвуковым контролем, что уменьшает число релапаротомий.

ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЁННОМ ПОЛОСТЬЮ РАСПАДА

Журавлев В.А., Русинов В.М., Кудреватых А.А.
ГОУ ВПО «Кировская ГМА»

В Кировском зональном центре хирургии печени при различных по объему оперативных вмешательствах по поводу альвеококкоза печени у 30,5% больных были выявлены полости распада паразитарного узла. Во время радикальных вмешательств полости распада были обнаружены у 25% больных, при паллиативных операциях – у 54% больных.

В последнее время появились совершенные визуальные методы исследования (УЗИ, КТ). Практически появилась 100% возможность дооперационной диагностики полостей распада узлов паразита в печени любого размера (до 2-3 см в диаметре).

Наличие больших паразитарных полостей распада, несомненно, влияет на вопросы определения показаний к радикальной операции и ее хирургическую тактику.

Полости распада в паразитарных узлах печени относятся к особо специфическим осложнениям альвеококкоза. Нередко полости распада могут достигать огромных размеров и содержать до 2000 – 5000 мл жидкости. Состояние больных при этом долго остается удовлетворительным.

Лишь при инфицировании полости распада состояние больного резко ухудшается в результате гнойного холангита, интоксикации, что сопровождается гектической температурой.

Между наружной частью капсулы полости распада и особенно диафрагмой образуются мощные сращения при инфицированной полости распада. Нередко в местах сращений наступает перфорация капсулы полости распада с образованием поддиафрагмальных абсцессов.

При отсутствии сращений перфорация может наступить в свободную брюшную полость. Подобные перфорации возможны также в плевральную полость, в полость перикарда и в желудочно-кишечный тракт, со специфической клинической картиной в каждом случае.

После инфицирования полости возникает большая угроза развития гнойного холангита. При наличии в полости распада секвестров узлов альвеококка, активная терапия гнойного холангита может быть неэффективной.

В связи с этим в порядке подготовки больного к радикальной операции, может потребоваться первым этапом выполнить секвестрэктомию (мини-доступом) с последующим наружным дренированием полости распада.

Наличие больших паразитарных полостей распада, несомненно, влияет на вопросы определения показаний к радикальной операции и ее хирургическую тактику.

Необходимо отметить, что нередко возникают трудности при мобилизации правой половины печени, вследствие обширного спаечного процесса между капсулой полости и диафрагмой, а также при наличии гнойных и желчных свищей.

Кроме того, часто очень крупные альвеококковые узлы с большой полостью распада нависают над кавальными и глиссоновыми воротами, создавая труднопреодолимые препятствия для подхода к ним.

Выделение в этих условиях сосудисто-секреторных элементов ворот печени и нижней полой вены представляет огромный риск их повреждения.

Хирург при крупных, нависающих над воротами очагов альвеококка должен принять меры по предупреждению массивных кровотечений из магистральных сосудов печени и нижней полой вены.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Зубов А. Д., Кузьменко А.Е., Шпак С.А., Сухинина О.А.
Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк, Украина

Цель работы. Анализ результатов диагностики очаговых поражений печени.

Материалы и методы исследования. Проведено комплексное обследование и лечение 49 больных (мужчин 20 (45%), женщин 29 (55%)), в возрасте от 20 до 85 лет, с патологией печени. На догоспитальном этапе обследования выполнены клинические и биохимические анализы, УЗИ. В условиях стационара выполнены КТ и КТ с усилением, а также пункционная биопсия печени.

Результаты. В I группе больных, по данным, полученным в результате гистологического исследования операционного материала, диагноз рак печени был выставлен у 27% больных, саркома печени у 2%, тератома у 7% больных, рак жёлчного

пузыря у 8%, рак холедоха у 8%, из доброкачественных опухолей выявлены: гемангиома 25%, кисты – у 16%, абсцессы – у 10%, аденома – у 1,6%. Во II группе был диагностирован у 30% больных mts, у 26% больных гепатоцеллюлярный рак и у 14% холангиоцеллюлярный, слизистый рак 14%. Минимальный размер выявляемых при помощи УЗИ и КТ новообразований колебался от 0,3 до 0,5 см. В 23% случаев новообразование выявлено в виде одиночного узла пониженной или средней эхогенности с гиперэхогенными тенями, в 17% случаев было отмечено многоузловое образование. В 0,4% случаев узлы имели неровные, бугристые контуры и были диффузнонеоднородной структуры. Метастатические опухоли без первичной локализации процесса нами выявлены по данным УЗИ и КТ с последующей морфологической верификацией диагноза в 9%.

Выводы. Высокая разрешающая способность УЗИ и КТ в сочетании с морфологической верификацией позволяют правильно установить диагноз новообразований печени в 94-96% случаев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Зыков Д.В., Васильченко М.И., Лесовик В.С.
2 Центральный военный госпиталь им. П.В. Мандрыка, Москва, Россия

С 1998 по 2009 годы в клинике прооперировано 45 пациентов с заболеваниями или повреждениями внепеченочных желчных протоков с развитием механической желтухи. При формировании анастомозов использовалась прецизионная техника формирования соустий с использованием рассасывающегося шовного материала и сшиванием однородных тканей.

При дистальном поражении холедоха выполнялся арефлюксный холедохоеюноанастомоз с формированием клапана из слизисто-подслизистых оболочек холедоха и выделенной по Ру петлей тощей кишки с межкишечным анастомозом на расстоянии 10-12 см. Эта операция проведена 27 (60,0%) больным: 17 – с раком панкреатодуоденальной зоны, 7 – с псевдотуморозным панкреатитом, 3 – с рефлюкс-холангитом, после наложения холедоходуоденоанастомоза.

При поражении холедоха и сохраненном желчном пузыре с хорошо проходимым пузырным протоком при неоперабельных опухолях панкреатодуоденальной области у ослабленных, пожилых больных выполняли холецистоеюноанастомоз с изолированной петлей по Ру, с инвагинационным клапаном в отводящей петле тощей кишки и межкишечным анастомозом на расстоянии 10 – 12 см. Эта операция произведена 5 (12,5%) больным.

При распространении опухоли на общий печеночный проток накладывали гепатикоеюноанастомоз с петлей по Ру и формированием инвагинационного клапана в тощей кишке на расстоянии 10 - 12 см от межкишечного анастомоза. Эта операция выполнена 4 (8,9%) пациентам: 3 - с раком поджелудочной железы, 1 – с продуктивным холангитом.

В 8 (17,7%) случаях при распространении опухолевого процесса или повреждении узкого общего печеночного протока при сохраненном желчном пузыре выполнили гепатикохолецистоеюноанастомоз с петлей по Ру длиной 12 см и инвагинационным клапаном в ней в модификации клиники: 5 - при опухолях панкреатодуоденальной зоны, 2 – с осложненным хроническим панкреатитом, 1 – при ятрогенном повреждении общего печеного протока при резекции желудка.

У 23 (51,8%) больных наступила нормализация билирубина в крови на 7-8 сутки после операции, у остальных пациентов эти показатели пришли к норме на 16-18 сутки, что зависело от дооперационной гипербилирубинемии и длительности механической желтухи. Послеоперационные осложнения общехирургического характера развились у 4 (8,9%) пациентов. Умерло 2 (4,5%) больных, 1 - от прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности в возрасте старше 60 лет после панкреатодуоденальной резекции по поводу рака поджелудочной железы III стадии, 1 -от несостоятельности швов холедохоеюноанастомоза, наложенного на узкий холедох диаметром 7 мм, после панкреатодуоденальной резекции по поводу псевдотуморозного панкреатита, на 19 сутки после операции. В отдаленные сроки после операции проводилось рентгенологическое исследование желудка, двенадцатиперстной кишки и начальных отделов тощей кишки. Заброса контрастной массы в желчные пути ни в одном случае отмечено не было. При ультразвуковом исследовании расширения вне- и внутрипеченочных протоков не выявлено.

СОЧЕТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У ЖЕНЩИН

Ибадильдин Н.А., Шегай В.К.
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

У 20-30% больных, поступающих в хирургический стационар, при обследовании выявляются 2-3 сочетанных заболевания, требующих хирургической коррекции, лишь в 6% из них выполняются симультанные вмешательства. У 63% женщин с гинекологическими заболеваниями обнаруживается желчнокаменная болезнь. Изложенное свидетельствует об актуальности проблемы. В настоящее время, достижения малоинвазивных технологий, успехи анестезиологии и реаниматологии, позволяют расширить показания к проведению симультанных операций.

Цель исследования. Определить возможности и клинические результаты сочетанных операций у женщин.

Материал и методы. Исследование основано на результатах лечения 78 женщин, в возрасте от 45 до 60 лет. Объем обследования больных стандартный, при необходимости расширяется по показаниям. Сначала выполняется операция с наименьшим риском микробной контаминации операционной зоны. Однако в ряде случаев, с учетом сложности выполнения первой, выполняется операция, которая может привести к конверсии доступа.

Перенесенные операции в брюшной полости не являлись противопоказанием к операции ЛХЭ, карбооксиперитонеум накладывался открытым способом. При ЛХЭ и герниопластике, для введения CO2, использовали грыжевые ворота, далее ХЭ, при необходимости протезирование. Операция выполнена 29 больным. У 21 больной, перенесшей операции на органах малого таза и ЛХЭ, первым этапом была холецистэктомия, затем выполнялось более сложное вмешательство. В пяти случаях традиционная ХЭ сочеталась с герниопластикой (3), атипичной резекцией печени (1), нефрэтомией. У остальных больных холецистэктомия сочеталась с вмешательством на щитовидной и молочной железах, трубчатых костях.

В качестве критериев оценки сочетанных операций использовались следующие параметры: частота послеоперационных осложнений; объем кровопотери; продолжительность койко-дня; экономические расчеты.

Заключение. После сочетанных операций в послеоперационном периоде инфекционные осложнения не имели место. Объем кровопотери не превышал 200,0 м. Длительность пребывания в клинике сократилась. Фармако-экономические расчеты не превышали таковых при сравнении с больными, оперированными в 2 этапа.

Выводы. 1. Сочетанные операции при желчнокаменной болезни, при дифференцированном подходе к методам анестезии, гемодинамической поддержке, мониторингу систем жизнеобеспечения, не утяжеляют анестезиологическую и хирургическую агрессию при выполнении как эндоскопических, так и традиционных вмешательств.

2. Сочетанные операции имеют экономическое преимущество перед этапными вмешательствами.

3. Сочетанные операции имеют больший положительный морально-психологический эффект.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СЕЛЕЗЕНКЕ

Ионкин Д.А.[1], Кубышкин В.А.[2]

[1] ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского Росмедтехнологий»

[2] Кафедра общей хирургии МСИ

Актуальность. Внедрение современных диагностических методов приводит к увеличению больных с образованиями селезенки, однако, спорным остается вопрос о выборе оптимального метода лечения.

Цель исследования. С учетом отдаленных результатов определить оптимальную хирургическую тактику у больных с образованиями селезенки.

Материалы и методы. После вмешательств по поводу очаговых образований селезенки в сроки до 15 лет обследованы 62 пациента, что составляет 28,9% от общего числа оперированных больных. Среди них - 18 после органосберегающих операций (I группа), 9 – после спленэктомии, дополненной гетеротопической аутотрансплантацией селезеночной ткани (II группа), и 35 после спленэктомии (III группа). Учитывая наибольшую опасность проявлений иммунодефицита и нарушений системы гемостаза, особое внимание мы уделили изучению соответствующих показателей. Для большей репрезентативности в группу пациентов с аутотрансплантацией селезеночной ткани добавлены больные после аналогичной операции по поводу ятрогенных повреждений при доброкачественных образованиях поджелудочной железы (число пациентов II группы - 18).

Результаты. При исследовании системы гемостаза нами установлены изменения после любого вида вмешательств. Учитывая достоверное различие большинства изученных показателей, значительно большему риску развития тромбозов подвержены лица после спленэктомии. В группу риска развития тромботических осложнений следует включать и пациентов после органосберегающих операций, тем более перенесших гетеротопическую аутотрансплантацию селезеночной ткани.

Нами были изучены 29 показателей клеточного и гуморального иммунитета. Отмечено, что возможность проявления гуморального иммунного дефицита максимальна после спленэктомии. Таким образом, у пациентов, перенесших спленэктомию, выявляются явные признаки иммунодефицита, после аутотрансплантации селезеночной ткани отмечается лишь тенденция к подобным изменениям.

Клинически в той или иной степени проявления синдрома гипоспленизма отмечаются у 88,6% лиц, перенесших спленэктомию, у 70% пациентов после спленэктомии, дополненной аутотрансплантацией селезеночной ткани, и у 22,2% после органосберегающих операций.

При оценке качества жизни с применением модифицированной классификации Karnofsky D.F., неспецифической шкалы SF-36 и линейной аналоговой шкалы отмечены хорошие результаты у 18% пациентов III группы, почти у 53 II группы и у 79% после органосберегающих вмешательств.

Заключение. Таким образом, отдаленные результаты различных вмешательств на селезенке по поводу очаговых образований говорят о несомненном преимуществе органосберегающих вмешательств.

ПРОБЛЕМА БЕЗОПАСНОГО ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

Коссович М.А., Кузовахо В.В.

Саратовский ГМУ,

кафедра факультетской хирургии и онкологии,

Саратов, Россия

Проблема развития и профилактики осложнений при выполнении лапароскопических вмешательств остается наиболее актуальной.

Цель работы. Улучшение техники лапароскопических операций на внепеченочных желчных путях.

Материал и методы. Нами было выполнено изучение архитектоники внепеченочных желчных путей на 108 трупах. Проанализированы результаты лечения 978 пациентов с патологией внепеченочных желчных путей, которым в клинике факультетской хирургии и онкологии им. акад. С.Р. Миротворцева СГМУ выполнена лапароскопическая холецистэктомия за последние 15 лет. Среди оперированных больных женщин было 896 (91,6%), мужчин – 82 (8,4%). Больных пожилого и старческого возраста было 117 (11,9%).

Результаты исследования и их обсуждение. Отсутствие каких-либо изменений архитектоники внепеченочных желчных путей наблюдалось в 80 из 108 наблюдений (74,1%). Изменение архитектоники внепеченочных желчных путей обнаружено в 28 (25,9%) наблюдениях. Из них в 18 случаях (16,7%) отмечено изменение направления хода пузырного протока и его слияние с общим печеночным протоком с образованием парагепатикохоледохеальной части пузырного протока. Дополнительный печеночный проток встретился в 6 наблюдениях (5,5%), из них в 3 случаях дополнительный проток впадал в общий печеночный проток по его задней стенке между правым и левым печеночными протоками на уровне их слияния, в 2 наблюдениях – в латеральную стенку общего печеночного протока латеральнее правого печеночного протока, выше места впадения пузырного протока и в 1 случае – в заднелатеральную стенку правого печеночного протока на уровне соединения его с левым печеночным протоком.

В 4 (3,7%) случаях выявлены достаточно серьезные изменения магистральных желчных протоков. К ним можно отнести наличие дополнительного печеночного протока при впадении его в латеральную стенку общего печеночного протока латеральнее правого печеночного протока – 2 наблюдения, и в заднелатеральную стенку печеночного протока – 1 случай, а также впадение пузырного протока в правый печеночный проток при низком слиянии правого и левого печеночных протоков – 1 наблюдение. Именно эта группа изменений архитектоники внепеченочных желчных путей может привести к развитию серьезных технических трудностей, приводящих к развитию нежелательных осложнений.

В анализируемой группе больных имели место 5 (0,5%) непреднамеренных ранений магистральных внепеченочных желчных путей (правого и общего печеночного протоков).

Выводы. Причинами развития билиарных осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии в большинстве случаев являются не аномалии внепеченочных желчных путей, а их топографо-анатомические изменения, вызванные патологическим процессом.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Кубачев К.Г., Хромов В.В., Изудинов А. С.

ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава

Опухолевый генез формирования билиарной гипертензии встречается у 35% - 40% пациентов и часто осложняется развитием механической желтухи. Последняя наблюдается в 75–95% случаев в зависимости от локализации поражения. Эндоскопические методики являются в настоящее время обязательным элементом обследования и малоинвазивного лечения больных с непроходимостью желчных путей различного генеза. Стандартные методы современной эндоскопии – дуоденоскопия, ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), назобилиарное дренирование (НБД), эндопротезирование, используемые в рациональных сочетаниях, позволяют в 76-92% случаев осуществить качественную диагностику и разрешение стенозирующих процессов билиарного тракта.

За 2001 – 2008 гг. под нашим наблюдением находились 476 больных раком органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. У 305 при поступлении определялась механическая желтуха. Длительность догоспитального этапа желтухи, в среднем, составила 19 дней. 286 (60,1%) пациентов до поступления в клинику были госпитализированы в инфекционную больницу с диагнозом вирусный гепатит. Лечебные эндоскопические вмешательства нами были выполнены 99 больным. Ретроградная холангиография, папиллосфинктеротомия была выполнена 59, РХГ, ПСТ и назобилиарное дренирование – 21 и РХГ, ПСТ и установка стента – 19 больным. Показанием к выполнению эндоскопической папиллотомии является обструкция протокой системы опухолью на уровне Фатерового сосочка, при отсутствии инвазии опухолью устья вирсунгового протока, ретродуоденального отдела холедоха и стенки двенадцатиперстной кишки. Градацию протяженности папиллотомического разреза производили на основе принятой нормы Европейской Ассоциации эндоскопистов, согласно которой расстояние от устья дуоденального сосочка до поперечной складки слизистой двенадцатиперстной кишки принимается за цифру 4. В зависимости от протяженности разреза различаются следующие степени градации: 4/1 (одна четвертая часть протяженности от устья сосочка до поперечной складки и т.д.), 4/2, 4/3 и 4/4. После оценки распространенности опухоли выполняется папиллосфинктеротомия. На этом же этапе производится биопсия опухоли. После холангиографии папиллосфинктеротомия протяженностью 4/2 была выполнена 9, 4/3 – 42, и 4/4 – 8 больным. После папиллотомии, при наличии конкрементов, выполнялась санация желчных протоков с удалением камней корзиной Дормиа или литотриптером, с обязательным повторным контрольным их контрастированием (на предмет резидуального холедохолитиаза). Пассаж желчи удалось восстановить у всех пациентов. После папиллотомии, как правило, наблюдается отхождение под давлением мутной, концентрированной желчи, содержащей множество мелких конкрементов и хлопьев желчи. Осложнения наблюдались у 5 больных в виде кровотечения из папиллотомного разреза легкой (1) и средней (3) степени тяжести и панкреатита средней степени тяжести (1). Таким образом, эндоскопические вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза безопасны, отличаются высокой чувствительностью при верификации причины желтухи. Современные эндоскопические технологии позволяют осуществлять эффективное дренирование желчных протоков для предоперационной подготовки. При неоперабельных опухолях стентирование желчных протоков является альтернативой паллиативным операциям.

ОСЛОЖНЕННЫЙ РАК ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Кубачев К.Г., Хромов В.В., Изудинов А. С.

ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава

За 2001 – 2008 гг. включительно в клинику госпитализировано 997 больных с механической желтухой различного генеза. При дальнейшем обследовании у 305 (30,6%) больных выявлен рак органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. В течение первых трех суток с момента проявления визуальных признаков желтухи были госпитализированы только 6,3% больных. Большинство пациентов (72,5%) с желтухой госпитализируются в инфекционную больницу. В анамнезе желчнокаменная болезнь и хронический панкреатит были у 50,2 и 27,2% пациентов соответственно.

У 59,3% опухоль располагалась в головке поджелудочной железы, у 24% – в крючковидном отростке, у 20, 4% – в большом дуоденальном сосочке, у 3,6% – в желчном пузыре, у 7,5% – во внепеченочных желчных протоках и у 1% - в двенадцатиперстной кишке. Среди рака желчных протоков наиболее неблагоприятной является его локализация в зоне конфлюэнса (III A, B и IY тип по Bismuth-Corlet). Из 24 больных с опухолями желчных протоков эта локализация опухоли выявлена у 11 (45%) больных. Опухоли данной локализации быстро метастазируют и прорастают в магистральные трубчатые структуры ворот печени.

10 больных оперированы без предварительного дренирования желчных протоков. Из них двоим пациентам при уровне билирубина менее 80 мкмоль/л была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция (1 умер), восьми - операции внутреннего дренирования (билиодигестивные анастомозы) (умерли 2). Во всех трех случаях причиной смерти явилась тяжелая печеночная недостаточность, справиться с которой не удалось. Операции, направленные на отведение желчи тем или иным способом, были выполнены 295 больным. у 21 больного, вследствие запущенности опухолевого процесса, высокого операционно-анестезиологического риска, наружное отведение желчи явилось окончательным видом вмешательства. 274 больным вторым этапом выполнены различные оперативные вмешательства: билиодигестивные анастомозы -110 больным, ГПДР типа Уипла - 121, ПДР типа Лонгмайера - 4, резекция холедоха - 4, холецистэктомия с атипичной резекцией 4-5 сегментов печени - 2, гемигепатэктомия - 4 и эндоскопическое стентирование желчных протоков - 29 больным.

Из 125 больных, которым выполнена панкреатодуоденальная резекция, умерли 4 (3,2%). Причиной смерти явились печеночно-

почечная недостаточность (2), тромбоэмболия легочной артерии (1), перитонит (1). Из 110 больных, которым выполнены паллиативные вмешательства, умерли 3 (2,7%). В остальных группах больных летальных исходов не отмечено. Таким образом, наличие механической желтухи требует верификации причин её развития. При диагностике опухоли органов гепатопанкреатодуоденальной зоны показано выполнение двухэтапных оперативных вмешательств. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция, которая в ряде случаев может явиться окончательным видом оперативного вмешательства. Радикальные операции или стентирование протоков выполняются после полной нормализации функций печени.

ВРЕМЕННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Кубачев К.Г., Хромов В.В., Изудинов А.С.
ГОУ ДПО СПб МАПО Росздрава

За 2001-2008 гг. в Александровской больнице на лечении находились 305 больных раком органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненным механической желтухой. Операции, направленные на отведение желчи, были выполнены 295 (96,7%) больным. Холецистостомия под контролем УЗИ была выполнена 9 (3,1%), холецистостомия посредством мини-доступа - 17 (5,8%), лапароскопическая холецистостомия - 28 (9,5%), лапароскопическая холедохостомия - 81 (27,5%), холе-дохостомия посредством мини-доступа - 21 (7,1%), РХПГ, ПСТ - 59 (20%), РХПГ, ПСТ, назобилиарное дренирование - 21 (7,1%), РХПГ, ПСТ, установка стента - 19 (6,4%), ЧЧХ (рентгенотелевидение) - 32 (10,9%), ЧЧХ под контролем УЗИ- 8 (2,7%).

Холецистостомия с целью отведения желчи была выполнена 54 больным. Холецистостомию выполняли только при обтурации дистальных отделов холедоха опухолью головки поджелудочной железы или большого дуоденального сосочка. Учитывая трудности определения протяженности, диаметра пузырного протока, его анатомических взаимоотношений с внепеченочными желчными протоками, мы в последние 3 года при холецистостомии выполняем интраоперационную фистулохолангиографию, которая позволяет оптимизировать выбор способа дренирования. Так, по результатам этого исследования у 8 пациентов в ходе дренирования мы вынуждены были отказаться от выполнения холецистостомии.

Холедохостомия была выполнена у 102 больных с механической желтухой. Противопоказанием к дренированию холедоха является любая локализация рака вне-печеночных желчных протоков по классификации Bismuth-Corlett., поскольку в большинстве случаев дренирование холедоха оказывается неэффективным или холедохостома функционирует в короткий промежуток времени. Холедох дренируется Т-образным дренажом с внутренним диаметром не менее 4 мм.

Эндоскопические вмешательства нами были выполнены 99 больным. Показанием к выполнению эндоскопической папиллотомии является обструкция протоковой системы опухолью на уровне Фатерова сосочка, при отсутствии инвазии опухолью устья Вирсунгового протока, ретродуоденального отдела холедоха и стенки две-надцатиперстной кишки. При наличии холангита у 21 больного, с целью более эффективной санации протоков, вмешательство дополняли назобилиарным дренированием. При продолженном росте опухоли по холедоху в сторону ворот печени, при первом-втором типе опухоли желчных протоков (по классификации Bismuth-Corlett) или раке головки поджелудочной железы, сдавливающем дистальный отдел желчного протока, у 19 больных выполнили стентирование желчных протоков.

Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков выполнено у 40 больных. Показанием к выполнению этих вмешательств считали неоперабельный рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (II – IY тип по Bismuth-Corlett), обтурацию внепеченочных желчных протоков метастазами и при технической невозможности эндоскопического стентирования при раке головки поджелудочной железы.

Таким образом, при опухолях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных обтурационной желтухой, показано выполнение двухэтапных оперативных вмешательств. На первом этапе выполняется дренирующая манипуляция. Радикальные операции или стентирование протоков выполняются после полной нормализации функций печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ИНДУРАТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Кульчиев А.А., Сланов А.В., Морозов А.А.
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию», кафедра хирургии ФПДО, РСО-Алания, Владикавказ

Цель исследования. Изучение отдаленных результатов и определение оптимального метода хирургического лечения ХИП.

Материалы и методы. Нами оперировано 92 больных по поводу ХИП. Из них 64 были выполнены билиодигестивные анастомозы БДА (17 – холедохоеюноанастомоз на отключенной по Ру петле тонкой кишки, 47 – холедоходуоденоанастомоз по Юрашу-Виноградову), 23 – панкреатикодигестивные анастомозы ПДА (всем выполнен продольный панкреатикоеюноанастомоз на отключенной по Ру петле тонкой кишки) и 5 – ПДР.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у 5 больных (5,4%) отмечалась клиника частичной несостоятельности анастомоза (1 после ПДР и 4 после БДА), которые закрылись самостоятельно.

Отдаленные результаты лечения от 3 до 22 лет изучены у 58 (63%) больных. Из них после БДА было 39, ПДА – 14 и после ПДР отслежены все 5 больных.

У больных с БДА установлено, что 6 из них умерли после операции в течение 2-3 лет от рака поджелудочной железы. Остальные 33 больных чувствуют себя относительно удовлетворительно и оценивают свое состояние до операции как более тяжелое. Хорошие результаты получены у 8 пациентов, остальные 25 пациентов отмечают постоянные умеренные, ноющие боли в эпигастрии, вынуждены соблюдать диету, периодически принимают болеутоляющие, ферментные препараты.

Больные после ПДА в отдаленном периоде отмечают значительное улучшение: проявления болезни в большинстве случаев нивелировались, однако сохраняются жалобы на тяжесть в эпигастрии, снижение веса, у части больных жидкий стул, все вынуждены соблюдать диету. Физическая активность у большинства пациентов (10) снижена, а 6 пациентов имеют группу инвалидности по болезни ПЖ.

Наилучшие отдаленные результаты получены в группе больных после ПДР. Все чувствуют себя удовлетворительно, адаптированы к физическому труду, болевой синдром не отмечается, у одного после приема пищи периодически отмечается тяжесть в эпигастрии, слабость и потливость. Больные этой группы также вынуждены соблюдать диету.

Заключение. Больные с ХИП являются актуальными из-за нерешенных вопросов верификации дооперационного диагноза и выбора патогенетически обоснованного метода лечения.

Выполняемые на сегодняшний день хирургические методы лечения ХИП: резекционные и дренирующие не являются патогенетическими и носят паллиативный характер. На нашем небольшом материале наилучшие результаты получены после ПДР.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Даминова Н.М., Невзоров В.П.
ТГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан, Научно-исследовательский институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Цель исследования. Изучение особенностей морфологического изменения печени при осложненном эхинококкозе.

Материал и методы. Для оценки глубины функциональных нарушений печени нами было определено содержание индикаторных ферментов (АсАТ и АлАТ) непосредственно в ткани печени у 93 пациентов с осложненным эхинококкозом печени (ЭП) и 13 пациентов контрольной группы. Для этого во время операции брали кусочки печени вблизи от фиброзной капсулы паразита и из отдаленного от кисты участка.

Результаты. Вблизи фиброзной капсулы эхинококка наблюдается статистически достоверное снижение концентрации АсАТ и АлАТ, по сравнению с содержанием их в отдаленной от кисты зоне, также достоверно ниже, чем в контрольной группе. Эти данные, с учетом морфологических изменений, свидетельствует о глобальном отрицательном воздействии паразита на печень. При сопоставлении данных содержания АсАТ и АлАТ в сыворотке крови и в ткани различных участков печени (перикистозной зоны и в отдаленном участке) больных осложненным эхинококкозом, можно отметить, что в крови концентрация этих ферментов достоверно выше ($p<0,05$), чем в ткани печени, что объясняется, по-видимому, «вымыванием» АсАТ и АлАТ в крови при поражении печеночных клеток.

Кроме того, учитывая наиболее выраженные морфологические изменения во II-III периодах жизнедеятельности паразита, мы проследили динамику содержания АсАТ и АлАТ в печени в зависимости от периода жизнедеятельности паразита. Показатели концентрации АсАТ и АлАТ в перикистозной зоне и в отдаленном участке не претерпевают существенных изменений в зависимости от периода жизнедеятельности эхинококка ($p>0,05$). Эти данные позволяют нам судить о том, что функциональные нарушения печени при эхинококкозе развиваются с самого начала заболевания, независимо от длительного процесса.

Заключение. Таким образом, концентрации индикаторных ферментов в ткани печени у больных осложненным эхинококкозом достоверно ниже, чем в печеночной ткани контрольной группы. На содержание АсАТ и АлАТ в ткани печени не влияет длительность заболевания, оно было снижено, независимо от периода жизнедеятельности паразита. Наблюдающийся при эхинококкозе печени цитолиз гепатоцитов приводит, вероятно, к выходу из них аминотрансфераз в кровеносное русло, что сказывается на повышении их содержания в сыворотке крови.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПРИ ПРОТОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мелехина О.В., Жаворонкова О.И., Егоров В.И.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского (директор – академик РАМН В.Д. Фёдоров), Москва, Россия

Цель исследования. Оценить структуру и способы лечения и профилактики осложнений после панкреатодуоденальных резекций (ПДР) при протоковой аденокарциноме (ПА) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. С 2004 по 2008 гг. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского последовательно выполнено 60 ПДР (30 стандартных и 30 расширенных) по поводу ПА головки ПЖ.

Результаты. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 34 (56,6%) пациентов (60% при стандартных и 53,3% - при расширенных). Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза (ПДА) определялась на основании критериев International Study Group on Pancreatic Fistula (ISGPF) и была выявлена у 7 пациентов (23,3%) только в стандартной группе (класс В и С). У 6 (10%) пациентов диагностирован послеоперационный панкреатит. При несостоятельности ПДА лечение проводилось введением октреотидом, длительным сохранением парапанкреатического дренажа, и (или) дренированием парапанкреатических жидкостных скоплений под УЗ-контролем, которое выполнено 5 (17,6%) пациентам. Только в одном случае пациенту с несостоятельностью ПДА потребовалась релапаротомия, что было связано с аррозионным кровотечением из воротной вены. Анализ показал, что несостоятельность ПДА достоверно зависела от вида анастомоза ($p= 0,01$). Несостоятельность билиодигестивного анастомоза (БДА) зарегистрирована у 3(5%) пациентов и в одном случае потребовала релапаротомии. В одном случае выполнено дополнительное дренирование под УЗ-контролем.

Гастростаз зарегистрирован у 20 (33,3%) пациентов и его развитие не зависело от типа реконструкции желудочно-кишечного соустья, но достоверно коррелировало с наличием несостоятельности ПДА ($p=0,01$). Лечение заключалось в введении прокинетиков на фоне длительной назогастральной декомпрессии.

Поздние внутрибрюшные кровотечения из магистральных сосудов отмечены у 4 (6,6%) пациентов (3 - в группе расширенных операций при отсутствии иных внутрибрюшных осложнений), что во всех случаях потребовало релапаротомии, а в одном случае дополнительной рентгенэндоваскулярной окклюзии общей печеночной артерии.

Специфическими осложнениями после расширенных ПДР были диарея и лимфорея, которые выявлены в 23,3% (7) и 23,3% (7) наблюдений. Во всех случаях консервативное лечение было эффективным. У 2 (8,8%) пациентов произведено успешное дренирование и санация гематомы и абсцесса брюшной полости под УЗ-контролем. Применение пункционно – дренирующих методов под контролем УЗИ позволило избежать релапаротомии в 87,5% случаев.

Заключение. Прецизионная техника формирования ПДА позволяет значимо снизить частоту его несостоятельности. Развитие гастростаза не связано с типом реконструкции желудочно-кишечного соустья, но зависит от наличия несостоятельности ПДА. Использование пункционно–дренирующих методов под УЗ контролем является эффективными способом лечения абдоминальных осложнений ПДР.

СПОСОБЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мустафин А.Х, Пантелеев В.С., Салимгареев И.З., Грицаенко А.И.,
Башкирский государственный медицинский университет, Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени.

Материалы и методы. Анализируемый клинический материал включает в себя лечение 146 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 72 лет. Мужчин было 67 (45,9%), женщин – 79 (54,1%). Выполнено 164 хирургических вмешательства, в том числе 18 повторных вмешательств по поводу осложнений. 1) Эхинококкэктомия без рассечения хитиновой оболочки («идеальная» эхинококкэктомия) выполнена у 9 (6,2%) больных. 2) Открытая эхинококкэктомия выполнена у 16 (10,9%) больных. 3) Закрытая эхинококкэктомия выполнена у 84 (57,5%) пациентов. У 16 (19%) пациентов остаточную полость кисты заполняли сальником на ножке. Методика очень удобна, но неприменима при очень больших размерах кист или рубцовых сморщиваниях сальника. В таких случаях у 12 (14,3%) больных использована разработанная нами методика эхинококкэктомии с применением аллогенного материала «Аллоплант», когда после удаления хитиновой оболочки производили обработку остаточной полости кисты расфокусированным лучом углекислотного лазера. Затем остаточную полость рыхло заполняли аллогенным пластическим материалом, с оставлением в ней перфорированной силиконовой трубки. С целью предупреждения гнойно-септических осложнений со стороны остаточной полости пластический материал насыщали антибиотиком по разработанной нами методике. Пластический материал за счет каркасных свойств предупреждает рубцовую деформацию органа и является основой для пролиферативных процессов. 4) Эхинококкэктомия с иссечением фиброзной капсулы (перицистэктомия) выполнена в 5 (3,4 %) случаях. 5) Эхинококкэктомия с резекцией печени выполнена у 32 (22%) пациентов при размерах кист от 10 до 30 см. У 5 (3,5%) произведена анатомическая и у 27 (18,5%) - атипичная резекция печени. Из них правосторонняя гемигепатэктомия произведена у 4 (15,3%), левосторонняя гемигепатэктомия - у 4 (15,3%), у 5 (19,2%) - резекция правой доли печени, у 8 (25%) - резекция левой доли печени и у 11 (34,3%) - эхинококкэктомия с краевой резекцией печени. При наличии больших и гигантских кист печени и при кистах с обызествленной капсулой, когда закрытие остаточной полости затруднено или невозможно, показано проведение резекции печени, в основном, в атипичном варианте с максимальным сохранением функционирующей паренхимы органа.

Результаты. Основными причинами возникновения осложнений при эхинококкэктомии служат нарушения основных принципов обработки остаточной полости, а именно: недостаточная санация полости; неполная ликвидация остаточной полости; неэффективное дренирование и неадекватный отток из полости; наличие не обнаруженных коммуникационных ходов в стенке остаточной полости; оставление обызвествленных участков кист, препятствующих облитерации полости; преждевременное удаление дренажей.

Выводы. При наличии больших и гигантских кист печени и при кистах с обызествленной капсулой, когда закрытие остаточной полости затруднено или невозможно, показано проведение резекции печени, в основном, в атипичном варианте с максимальным сохранением функционирующей паренхимы печени.

ОПУХОЛИ КЛАТСКИНА. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Акбаров М.М., Омонов О.А.
РСЦХ имени академика В. Вахидова, Ташкент, Узбекистан.

Одним из актуальных вопросов в современной гепатологии являются опухоли Клатскина. К ним относятся новообразования, локализующиеся от места слияния общего печеночного и пузырного протоков до начала сегментарных печеночных протоков второго порядка. Впервые опубликовал Klatskin G. в 1965 г.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с опухолями Клатскина.

Материалы и методы. Отделение хирургии печени и желчных путей РСЦХ имени академика В. Вахидова располагает опытом лечения 167 больных с опухолями Клатскина за период с 1995 по 2009 гг. Из них 90 (53,8 %) было женщин, 77 (46,1%) – мужчин.

Результаты. Наряду с рутинными общеклиническими методами диагностика опухоли Клатскина включала и инструментальные методы исследования. Инструментальные методы исследования включали: ультразвуковую сонографию – 167 (100%), спиральную компьютерную томографию – 58 (34,7%), эндоскопическую ретроградную холангиографию – 94 (56,2%), чрескожную чреспеченочную холангиографию – 99 (59,2%), двойное прямое контрастирование желчных протоков – 22 (10,8%), ультразвуковую допплерографию сосудов печени – 39 (13,1%), радиоизотопную гепатосцинтигра-фию – 15 (8,9%).

По классификации Bismuth–Corlett, принятой в 1975г. наши больные распределены следующим образом: тип I – 28 больных (16,8%), тип II – 27 (16,2 %), тип IIIa – 18 (10,7%), тип IIIb – 28 (16,8 %), IV тип – 66 (39,5 %).

Из 167 больных 99 (59,2%) больным была выполнена чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с диагностической и лечебной целью.

130 (77,8%) больных выполнены паллиативные хирургические вмешательства: реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков произведена у 77 (46,1 %) больных, ЧЧХС как окончательный метод лечения выполнен у 41 (24,5%) больного, при этом у 30 из них выполнено наружно-внутренее дренирование, и эндопротезирование опухолевой стриктуры через ЧЧХС - у 11 больного. У 12 (7,1%) больных операция закончилась эксплоративной лапаротомией в связи с генерализацией процесса.

У 37 (22,1%) больных выполнены радикальные и условно-радикальные хирургические вмешательства. Из них у 21 больного был I тип, у 12 - II тип и у 4 больных выявлен III тип опухоли по классификации Bismuth–Corlett.

22 больным произведена холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха вместе с опухолью и наложением гепатикоеюностомии, 15 больным холецистэктомия, резекция печени, наложение бигепатикоеюноанастомоза.

Послеоперационная летальность составила 10,7% (18).

Заключение. Таким образом, оптимальный комплекс дифференциально-диагностических методов обследования больных с опухолью Клатскина должен включать следующие методики в последовательности: УЗИ органов брюшной полости, дуплексное сканирование сосудов ворот печени, КТ (СКТ) органов брюшной полости, ЭРПХГ и ЧЧХГ.

Вид хирургического вмешательства зависит от типа опухоли и распространенности заболевания. При I и II типах опухоли по Bismuth-Corlette на I-II стадиях рака проксимальных желчных протоков целесообразно выполнять радикальное хирургическое лечение с предварительной декомпрессией внутрипеченочных желчных протоков.

ПОСТЭХИНОКОККЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПЕЧЕНИ

Османов А.О., Ахмедов И.Г., Меджидов Ш.Р., Меджидов Р.Т.
Даггосмедакадемия, Махачкала, Россия

Известно, что доля неблагоприятных результатов лечения эхинококкоза остается значительной. Этим в большей степени определяется интерес ученых к проблеме эхинококкоза, в частности, к проблеме улучшения отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени. Решение этой проблемы складывается из двух больших составляющих: профилактика рецидивирования болезни и профилактика осложнений со стороны остаточных полостей. Последняя – многоплановая задача, в решении которой, на наш взгляд, немаловажную роль должна играть оценка специфичности развивающихся патологических процессов у пациента после эхинококкэктомии печени.

Цель исследования. Оценка специфичности патологических процессов в отдаленном периоде у пациентов после эхинококкэктомии печени.

Материал и методы исследования. Обследован 1021 пациент, в том числе оперированные по поводу: эхинококкоза печени – 667 пациентов; непаразитарных кист печени – 27; абсцессов печени и других локализаций в гепатопанкреатодуоденальной зоне – 32; желчекаменной болезни - 200; язвенной болезни ДПК - 85. Во всех случаях сроки после операции к моменту обследования укладывались в рамки 2-6 лет. Больные, у которых выявлен рецидив эхинококкоза, в исследование не включались. В комплекс обследования кроме общеклинических и лабораторных по показаниям включались следующие методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ, ЭРПХГ, эндоскопические и рентгенологические исследования ЖКТ.

Результаты и их обсуждение. Различные патологические состояния гепатопанкреатодуоденальной зоны были выявлены у 194 (29,4%) больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени. В том числе органические патологические процессы были выявлены у 104 (53,7%), функциональные – у 90 (46,3%). У пациентов, оперированных по-поводу непаразитарной патологии, патологические процессы были выявлены в 69 (19,5%) случаях, в том числе органического характера – 22 (31,9%) и функционального – 47 (68,1%). В целом, патология в гепатопанкреатодуоденальной зоне после эхинококкэктомии печени развивается чаще, чем после хирургического лечения непаразитарных заболеваний (Хи-квадрат=10,6; p=0,001). Соотношение характера (органические и функциональные) выявленных патологических процессов в отдаленном послеоперационном периоде также обнаружило статистически достоверное различие (Хи-квадрат=8,8; p=0,003), вероятно, обусловленное специфичностью развившихся проблем после операции.

Заключение. Относительно высокая частота выявления неблагоприятных отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени, а также характер выявляемых при этом патологических процессов, их специфическая обусловленность поражения печени эхинококкозом, дают основание ввести в клиническую практику термин «постэхинококкэктомический синдром печени».

ОПЫТ БЕЗДРЕНАЖНОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Ремизов А.С., Киселёв А.И., Желнинов М.Г., Ефанов Д.А., Лодыгин А.В., Ахметов А.Д.
ДКБ Окт. ж/д ОАО РЖД директор Ефимов Н.В, Санкт-Петербург, Россия

Новейшее направление эндоскопической хирургии постепенно приводит к пересмотру классических подходов к лечению хирургических больных. Со времён выполнения первых холецистэктомий возникали споры о необходимости оставления дренажа в брюшной полости при завершении операции. Сегодня по сообщениям в печати при трансвагинальных холецистэктомиях дренажи обычно не устанавливаются.

Нами сформулированы критерии отбора больных, которым не выполнялось дренирование подпечёночного пространства после ЛХЭ:

— В результате анамнеза, предоперационного обследования и интраоперационной картины нет показаний к дренированию холедоха.

— Нет острых воспалительных изменений в желчном пузыре, не выявлены значительные изменения в прилежащих тканях.

— Холецистэктомия выполняется щадящей методикой, бережным отношением к препарируемым тканям, уверенно надёжным клипированием пузырного протока и пузырной артерии, отделением желчного пузыря от ложа с минимальным коагуляционным повреждением ткани печени.

Перспективным, на наш взгляд, является использование для отсечения желчного пузыря от ложа УЗ-ножниц – наряду с устойчивым гемостазом глубина необратимых повреждений ткани составляет менее 1мм.

— Во время манипуляций не должно быть малейшего выделения крови и, особенно, желчи в месте операции.

— После выполнения холецистэктомии необходим контроль марлевым шариком на предмет подтекания крови и желчи из культей пузырного протока и артерии, печёночно-двенадцатиперстной связки и ложа желчного пузыря. Для проверки качества билиостаза необходимо тщательно осмотреть подпечёночное пространство. Осмотр начинаем с ложа пузыря, обращая особенное внимание на верхнюю латеральную часть и нижнюю треть ложа. В верхней части могут повреждаться поверхностно расположенные желчные ходы V сегмента печени, в нижней – дополнительный проток VII или VIII сегмента.

— При удалении желчного пузыря из брюшной полости необходимо исключить подтекание желчи, выпадение конкрементов из желчного пузыря в раневой канал.

— По окончании всех манипуляций в брюшной полости особое внимание мы уделяем десуфляции – она, как никогда, должна быть тщательной, т.к. в раннем послеоперационном периоде возможен интенсивный болевой синдром, если в брюшной полости останется газ.

При соблюдении всех этих условий, с нашей точки зрения, возможно закончить операцию без дренирования брюшной полости.

Следует отметить, что после операции подобные больные обязательно должны наблюдаться оперирующим хирургом. При малейшем подозрении на признаки подтекания крови или желчи показано срочное УЗИ брюшной полости. При получении доказательств осложнения необходима срочная операция: релапароскопия.

По вышеописанной методике в ДКБ Окт. ж/д прооперировано 128 больных, что составило 20,9% от общего количества ЛХЭ – 612, выполненных за последних 5 лет.

Релапароскопия выполнена у одной больной. На следующее утро после операции при ухудшении самочувствия больной выполнено срочное УЗИ, на котором выявлено скопление жидкости в подпечёночном пространстве. При релапароскопии обнаружена подпечёночная гематома объёмом 500мл. Источник кровотечения после санации не выявлен. Операция закончена дренированием подпечёночного пространства. Больная выздоровела.

Все остальные 127 операций проведены без осложнений.

Таким образом, можно сделать вывод, что выполнение холецистэктомий без дренирования подпечёночного пространства возможно. Необходим отбор пациентов и адекватная методика оперирования. Выполнение этих принципов приведёт к плавному переходу хирургов, владеющих лапароскопическими методиками, к NOTES.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МЕТОД В ДИАГНОСТИКЕ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ИНВАЗИЕЙ В СОСУДИСТЫЕ СТРУКТУРЫ ВОРОТ ОРГАНА

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Измайлова Л.Г., Власкина Л.А., Хондюкова Н.Н., Костенко Л.Л., ШевченкоС.С.

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии» Росздрава, Краснодар, Россия.

Цель работы. Оценить возможности ультразвукового метода в ранней диагностике первичного рака (ПРП) и гилюсных холангиокарцином (ГХ) печени, осложненных механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 68 больных с гилюсными холангиокарциномами (ГХ) в возрасте от 31 до 87 лет. Мужчин – 27, женщин – 39. С первичным раком печени 214 пациента в возрасте от 12 до 89 лет.

Диагностика включала комплексное обследование: ультразвуковое исследование (УЗИ) как серошкального, так и цветового допплеровского картирования (ЦДК) с дуплексным исследованием сосудов, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), ангиография чревного ствола и системы воротной вены, чрескожная-чреспеченочная холангиография (ЧЧХ), ретроградная холангиография (РХГ), эндоскопическое УЗИ.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах Aloka 3500, Aloka 4000 с использованием датчика 3,5 МГц, в режиме серошкального сканирования, цветового допплеровского картирования (ЦДК), дуплексного исследования сосудов.

Основным методом являлся ультразвуковой. Наиболее информативные сонографические признаки получены до выполнения дренирующих операций, когда имела место билиарная гипертензия. В этот период оценивалась степень изменений стенки протока на различном уровне. Так, утолщение (увеличение размера толщины стенок) и усиление интенсивности эхосигнала проксимальнее стриктуры свидетельствовало об инфильтративном типе роста 65 пациентов, наличие внутрипросветного образования, без характерного сужения и изменений соответствовало папиллярному типу роста опухоли у 3 пациентов, в одном случае отмечался смешанный рост опухоли.

Достоверными сонографическими признаками при ПРП являлось наличие очагового образования, неоднородной эхоструктуры, с неровными нечеткими контурами. При локализации опухоли в близи от магистральных сосудов портальных или кавальных ворот органа отсутствовала архитектоника сосудов, кровоток визуализировался только при допплеровском картировании. В 7 случаях выявлен неопластический тромбоз основного ствола и ветвей воротной вены, в одном – опухолевая обструкция основного ствола воротной вены. При компрессии желчных протоков визуализировалась дилатация желчных протоков проксимальнее опухоли. Наиболее сложными в диагностическом плане были 5 случаев с циррозом печени, на фоне диффузно неоднородной структуры печени определялся участок с резко измененной структурой по сравнению с остальными сегментами.

Достоверными признаками ГХ являлись: высокий блок на уровне конфлюенса, дилатация внутрипеченочных желчных протоков проксимальнее зоны обструкции, сужение просвета протоков на границе с опухолью в виде «писчего пера» у 64 (96,1%) пациентов, наличие внутрипротокового образования при папиллярном росте у 3 (3,9%) пациентов, наличие измененных тканей повышенной эхогенности в проекции бифуркации или гепатикохоледоха у 38 (49,35%) пациентов, спавшийся желчный пузырь и дистальная часть холедоха.

Выводы. Таким образом, метод ультразвуковой диагностики является скриннинговым, позволяющим выполнить диагностику на ранних этапах. Достоверность УЗ метода в выявлении ПРП и ГХ составила 96%, специфичность 92%, чуствительность 98 %.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Рудакова О.В., Охотина А.В., Рудаков А.В. Бабенко Е.А.

ФГУ «РЦФХГ», Краснодар, Россия

Цель исследования. Использование новых технологий в хирургическом лечении эхинококкоза печени.

При радикальном хирургическом лечении эхинококкоза необходимо удаление всех зародышевых элементов паразита в печени больного, которые способны вызывать рецидив заболевания. Абсолютно радикальным лечением считается выполнение резекции печени с эхинококковой кистой в пределах здоровой ткани. Подавляющему большинству хирургов данный метод недоступен в связи с его сложностью исполнения, поэтому операцией выбора является закрытая эхинококкэктомия с обработкой одним из методов остаточной полости. Данный метод несложен в исполнении, но дает определенный процент рецидивов заболевания в связи с оставлением за пределами кутикулярной оболочки, в глубине фиброзной капсулы и даже паренхимы органа, зародышевых элементов паразита, причем, чем «старше» гидатида, тем выше реальность рецидива. Поэтому данный метод может быть почти 100% радикальным при условии эхинококкэктомии с последующей обработкой «стенки» остаточной фиброзной полости на глубину до 1,5 – 2,0 см одним из физических методов, способных без ущерба для организма больного уничтожить все зародышевые элементы паразита за пределами материнской кисты.

Большинство авторов придерживаются тактики обработки остаточной фиброзной полости, считая почему-то, что печень не должна иметь глубоких «изъянов». Они устраняют данную остаточную полость методом капитонажа, вворачивающимися швами и даже склеивают ее клеевыми композициями. Чаще всего у авторов устранения остаточной полости возникает одно из осложнений, при прошивании фиброзной капсулы, в виде кровотечения из довольно крупных сосудов, которые эхинококковая киста при своем росте «оттесняла», «собрав» их плотной сетью на своей поверхности. Кроме того, устраняя остаточную полость, авторы данного метода грубо деформируют прилегающую к ней паренхиму органа, уменьшая тем самым количество функционирующей ткани.

Материал и методы. Авторы располагают опытом радикального лечения эхинококкоза печени у 135 больных с 1 (0,7%) летальным исходом. Резекции печени выполнены у 36(26,6%) больных с 1 летальным исходом. Правосторонняя гемигепатэктомия – у 13(9,62%) больных, левосторонняя гемигепатэктомия- у14(10,37%), атипичная три-,би-,сегментэктомия - у 9(6,67%) пациентов. У 12(8,89%) больных с краевым расположением гидатид выполнена перицистэктомия. 87(64,45%) больным произведена эхинококкэктомия с криодеструкцией «стенки» остаточной полости и ее абдоминизацией по разработанной нами технологии, без рецидива заболевания в отдаленные сроки послеоперационного наблюдения.

Результаты и заключение. Разработанные новые технологии с использованием криометода являются органосберегающими методами, которые позволили упростить хирургическое вмешательство и повысить радикальность лечения при эхинококкозе, особенно при центральных локализациях в органе.

ПЕРСПЕКТИВЫ БИОМЕХАНИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ХОЛЕДИНАМИКИ

Самарцев* В.А., Федоров А.Е., Няшин** Ю.И., Сандаков* П.Я., Гаврилов* В.А.**

** ГОУ ВПО «ПГМА им. ак. Е.А. Вагнера Росздрава», ГКБ № 4, Пермь; ** ПГТУ, кафедра теоретической механики, Пермь*

Цель исследования. Разработать биомеханическую модель органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ) на основании анатомических, морфологических, патофизиологических, реологических и электрофизиологических данных в норме и при различных хирургических заболеваниях. Поставлена задача, на основании данных анатомии печени, желчевыводящих путей, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы с учетом их секреторной и экскреторной функций, биоритмологии сфинктерного аппарата, разработать биомеханическую модель ГПДЗ, позволяющую прогнозировать течение ряда заболеваний этих органов и оценивать эффективность проводимого хирургического лечения.

Материалы и методы. Нами выполнены, кроме традиционных, комплексные импедансометрические и тензометрические исследования органов ГПДЗ в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах у 45 больных ЖКБ и ее осложнениями. Сложная геометрия билиарного дерева затрудняет оценку перепада давления во время выброса желчи с использованием уравнения Пуазейля. Модели желчного пузыря и пузырного протока были получены с интраоперационных холецистохолангиографий, ЭР ХПГ и данных УЗИ. Проведено изучение биоритмологии желчного пузыря и пузырного протока на двухмерных математических моделях. Течение желчи в билиарном тракте похоже на связанный перепад давления при степенной зависимости и отличается от ламинарного потока. Изменение объема желчного пузыря вычислялось во время опорожнения, с использованием эллипсоида и метода суммирования цилиндров по его изображениям. Рассматривали движение желчи по гепатикохоледоху, как напорное движение вязкой несжимаемой жидкости в трубе круглого сечения. Такую холединамику описывает уравнение Навье-Стокса.

Результаты. Определены: суточный объем желчи, кинематическая вязкость желчи, динамическая вязкость желчи, длина общего желчного протока, радиус холедоха, давление в холедохе в норме, давление в ДПК в норме, давление в гепатикохоледохе. Расход желчи, проходящей через гепатикохоледох, прямо пропорционален градиенту давления и четвертой степени радиуса гепатикохоледоха. Холединамику при билиарной гипертензии, вызванной холедохолитиазом или РС БДС, можно представить как движение жидкости между соосными цилиндрами, выделяемый объем которой, напрямую зависит от исходного секреторного давления, диаметра гепатикохоледоха и размера конкремента или степени РС БДС. Рассмотрено движение желчи между двумя соосными цилиндрами, одним из которых являлся гепатикохоледох, а другим конкремент или стенозированный БДС. При увеличении размера конкремента в холедохе суточный объем желчи, выделяемой в ДПК, уменьшался из-за сужения протока. Созданная нами математическая модель особенностей холединамики при холелитиазе с нарушением желчеотделения позволяет оценивать динамику течения послеоперационного периода у конкретного больного и прогнозировать развитие специфических осложнений.

Выводы. Таким образом, построение биомеханической модели билиарного тракта является актуальной проблемой хирургической гепатологии. Математическое моделирование патологии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны позволит прогнозировать течение ряда заболеваний и оценивать эффективность проводимого комплексного лечения холелитиаза и его осложнений.

АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Скрябин Д.С., Иванов С.В., Сагайдак И.В.

Отдел пограничной психической патологии и психосоматических расстройств НЦПЗ РАМН, Хирургическое отделение опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН

Введение. Рак поджелудочной железы (РПЖ) часто сопровождается психическими расстройствами, однако данный феномен изучен недостаточно.

Материалы и методы. Клиническим методом обследовано 42 пациента хирургического отделения опухолей печени и поджелудочной железы РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН с верифицированным диагнозом РПЖ, обнаруживающих нозогенные реакции. Преобладали женщины (64% против 36%); возраст 25-75 лет (в среднем 56,3года).

Результаты. У половины пациентов (20 из 42) квалифицированы эндоформные аффективные нозогенные реакции, включая гипоманиакальные (n=12) и депрессивные (n=8). Гипоманиакальные нозогении протекали по типу смешанных состояний с приподнятым настроением, оживлением в моторной и идеаторной сфере, в сочетании с дисфорическим аффектом и тревожной симптоматикой (нозофобии). Депрессивные нозогении обнаруживали черты витальной депрессии с подавленностью, эпизодами тоски, апатией, признаками психомоторной заторможенности, суточным ритмом и нозогенным комплексом (идеи самообвинения и самоуничижения в контексте онкологического заболевания). У большинства пациентов (n=18 из 20) выявлены признаки гипертимного расстройства личности (n=14) в преморбиде, синдромально завершенные психические расстройства (психогенно провоцированные эндоформные депрессии, n=13), а также семейная

отягощенность расстройствами аффективного (n=16) и шизофренического (n=12) спектра.

Заключение. В результате исследования обнаружен высокий процент пациентов с эндоформными аффективными нозогенными реакциями, что может быть связано с накоплением среди больных РПЖ пациентов с предрасположенностью к аффективным расстройствам (расстройства личности с явлениями психопатологического диатеза, с явлениями гипертимии, отягощенность семейного анамнеза). Необходимо учитывать указанные особенности в диагностике и терапии психических расстройств у больных РПЖ.

СОЧЕТАННОЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ

Старков Ю.Г., Вишневский В.А., Шишин К.В., Шевченко Т.В., Джантуханова С.В.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

Введение. На клиническом примере больной с сочетанным эхинококкозом печени и легких представлены возможности применения одномоментного хирургического лечения с использованием малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Пациентка П., 53 лет, поступила в Институт Хирургии им. А.В. Вишневского с диагнозом эхинококкоз печени и правого легкого. При обследовании в Институте по данным исследований УЗИ, КТ, МРТ: в проекции 7-8 сегментов визуализируется эхинококковая киста с плотной гиперэхогенной капсулой с однородным анэхогенным содержимым размерами 10х11 см; в области 10 сегмента правого легкого определяется образование неправильной округлой формы, диаметром 25 мм. Диагноз подтвержден данными сероиммунологических тестов на эхиноккоз. Принято решение о проведении одномоментного миниинвазивного лечения.

Техника оперативного вмешательства. Первым этапом выполнено вмешательство на легком. После коллабирования правого легкого с помощью интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ) в проекции 10 сегмента правого легкого выявлена киста диаметром до 25 мм. При помощи эндоскопических степлеров Endo-GIA-Universal произведена атипичная сублобарная резекция нижней доли правого легкого с кистозным образованием (9 и 10 сегменты).

Вторым этапом больной выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия из печени. При ревизии брюшной полости обнаружено, что в проекции 7-8 сегментов по диафрагмальной поверхности контурируется выступающее округлое образование, не выходящее на ее поверхность. При ИОУЗИ в проекции 7-8 и частично 5 сегментов печени определяется киста округлой формы с наличием плотной капсулы с неоднородным содержимым без дочерних пузырей. По медиальной и нижней поверхности кисты проходит ствол и крупные ветви правой печеночной вены и правой ветви воротной вены.

Область пункции отграничена от органов брюшной полости салфетками, смоченными глицерином. Под контролем ИОУЗИ киста пунктирована катетером типа «pig tail». Эвакуировано 630 мл прозрачной жидкости (при цитологическом исследовании – имеются сколексы). При динамическом ИОУЗИ отмечается типичная картина отслоения оболочек паразита. Девитализация паразита 400 мл глицерина с экспозицией в течение 25 минут. При помощи УЗ-ножниц произведено вскрытие просвета кисты, на дне полости которой визуализирована хитиновая оболочка белого цвета. После иссечения выступающей части кисты герминативная оболочка помещена в пластиковый контейнер и удалена из брюшной полости. Истонченные стенки кисты иссечены по типу атипичной резекции при помощи ультразвуковых ножниц и эндостеплеров EndoGIA-universal. Произведен тщательный осмотр всех стенок с целью выявления цистобилиарного свища. Участки среза печени, подозрительные на желчеистечение, прошиты ручным швом. С целью декомпрессии желчных путей выполнена холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому. Область среза обработана аргоноплазменной коагуляцией.

Результаты. Течение послеоперационного периода без осложнений. В течение нескольких суток сохранялась гипертермия до 38,3°С. При выполнении УЗИ, КТ – патологии не выявлено. Проводилась инфузионная, антибактериальная, антисекреторная терапия. На фоне проводимой терапии состояние больной стабилизировалось. Дренаж из плевральной полости удален на 6 день после операции, дренажи из брюшной полости – на 5 и 10 дни после операции. По данным контрольного УЗИ брюшной полости, выполненного через 12 суток после операции: в проекции выполненного оперативного вмешательства определяются инфильтративные изменения печени без жидкостной составляющей.

Эхинококковое поражение печени и легкого подтверждено данными гистологического исследования удаленных препаратов.

Заключение. Таким образом, приведенное наблюдение показывает возможность успешного одномоментного применения эндовидеохирургических технологий при лечении больных с сочетанным эхинококковым поражением печени и легких.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА.

Столин А.В., Нишневич Е.В.

Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург, Россия

Цель работы. Показать возможности хирургического лечения острого калькулезного холецистита с использованием технологии операции из мини-лапаротомного доступа.

Материал исследования – 3263 пациента острым калькулезным холециститом, оперированных в клинике в 1998 – 2007 гг.

Результаты исследования. Специализация клиники – оказание неотложной хирургической помощи. Ежегодно в клинику поступает от 2,5 до 3 тысяч пациентов. Из них от 15 до 20% составляют больные ургентными осложнениями ЖКБ. В клинике выполняется от 400 операций в год на желчном пузыре и желчных протоках по неотложным показаниям. Всего с 1998 по 2007 г. на клинических базах кафедры хирургии факультета повышения квалификации и последипломной подготовки Уральской Государственной медицинской академии оперировано 3263 пациента по поводу острого калькулезного холецистита и других осложнений ЖКБ.

Тактика лечения больных с ургентными осложнениями ЖКБ - оперативное лечение в экстренном порядке. Показанием к применению видеолапароскопической холецистэктомии считаем - острый холецистит (до 48 ч. от начала заболевания).

Холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа выполняется больным, поступившим позднее 48 ч. от начала заболевания, или при положительных прогностических факторах холедохолитиаза.

Конверсия в широкую лапаротомию составила 0,8% наблюдений. Наиболее частыми причинами послужили распространенный перивезикальный инфильтрат или выраженный спаечный процесс в

подпеченочном пространстве, недостаточный опыт оперирующего хирурга, интраоперационные трудности и осложнения, недостатки инструментального и технического оснащения.

По результатам операций, катаральный холецистит имел место у 24% пациентов, флегмонозный – у 65%, гангренозный – 11%. Диагноз был подтверждён гистологически. В 23% случаев острый холецистит сопровождался местным перитонитом или инфильтратом. Данные интраоперационной холеграфии, выполненной у 98% пациентов, позволили у 27,5% из них заподозрить патологию гепатикохоледоха и БСДК. Операция была дополнена холедохолитотомией, литоэкстракцией, дренированием холедоха по Керу у 14,5% больных, у 12,8% больных с патологией холедоха, но диаметром внепеченочных желчных путей менее 6 мм, установлен дренаж Холстеда-Пиковского. Частота осложнений составила 4,5%, летальность – 0,9%.

Вывод. Активная хирургическая тактика и применение малотравматичных методов выполнения холецистэктомии позволяет значительно улучшить результаты лечения больных с ОКХ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Третьяк С.И., Хрыщанович В.Я., Баранов Е.В., Глинник А.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель. Разработать лечебно-диагностический алгоритм ведения больных с травмой поджелудочной железы (ПЖ) в зависимости от характера повреждения, состояния пострадавшего и наличия сочетанных повреждений.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения 48 пациентов с повреждением ПЖ в 1999-2008 гг. в отделениях экстренной хирургии УЗ «9 ГКБ», «ГК БСМП» г. Минска. Мужчин было 70,8%, женщин – 29,2%. Средний возраст больных составил 38,7 1 года, максимальное число пострадавших – 51,75% приходилось на возраст 20-39 лет. Изолированное повреждение ПЖ выявлено у 16,7% пострадавших, в сочетании с повреждением других органов брюшной полости (БП) и забрюшинного пространства – у 54,2%, в сочетании с повреждением черепа, позвоночника, таза, груди – у 29,1%. Причины травм ПЖ были следующими: ДТП, падение с высоты, прямой удар в живот – 91,7%, проникающие ранения БП – 8,3%. Ведущее место в диагностике травм ПЖ принадлежало инструментальным методам: срочное и динамическое УЗИ исследование БП и забрюшинного пространства, компьютерная томография, лапароскопия. Тактику лечения определяли в зависимости от тяжести состояния пациента (APPACHE II, Ranson), объема гемоперитонеума и интенсивности кровопотери.

Результаты. Повреждения ПЖ локализовались преимущественно в головке – 27,1%, реже – в теле (10,4%) и хвосте (10,4%), в нескольких отделах ПЖ – у 52,1% пострадавших. При выполнении оперативных вмешательств придерживались определённых принципов: тщательная ревизия, определение размера повреждения и его характера, вскрытие и дренирование гематом в парапанкреатической клетчатке, надежная остановка кровотечения, сохранение функционирующих частей ПЖ, рациональное дренирование с аспирацией содержимого из сальниковой сумки. У 95,8% пострадавших были выполнены следующие виды открытых операций: ушивание раны ПЖ с целью гемостаза и абдоминизация – 14,6%, санация, дренирование сальниковой сумки и БП – 77,1%, резекция хвоста ПЖ – 2 (4,2%), ушивание разрывов печени – (30%), кишечника – 32,5%, селезенки – 5%, спленэктомия – 25%, резекция большого сальника – 5%, холецистэктомия – 2,5%. У 4,1% пациентов ограничились видеолапароскопическим дренированием сальниковой сумки и БП. Медикаментозная профилактика панкреатита проводилась у всех пострадавших с травмой ПЖ независимо от тяжести повреждений, при этом наиболее эффективными в этом плане оказались антисекреторные препараты, антиоксиданты и ингибиторы фосфолипазы. После открытых операций летальность составила 32,6%, а после видеолапароскопических – летальных исходов не отмечено. Основными причинами летальности были сочетанная травма с тяжелым травматическим и гиповолемическим шоком, а также посттравматический панкреатит с развившейся полиорганной дисфункцией органов- мишеней. Средний койко-день составил 20,6±3,5, при этом более 40 дней в стационаре провели 16,7% пациентов с тяжелым осложненным панкреатитом.

Выводы. Травма ПЖ относится к достаточно грозным повреждениям, редко встречается изолированно, чаще сочетается с повреждением 1-3 органов БП. Объем оперативных вмешательств должен определяться в каждом конкретном случае индивидуально и зависеть от характера повреждений как самой ПЖ, так и других органов.

МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ЖЕЛЧНЫМ КОНКРЕМЕНТОМ

Фомин В.С., Фомина В.М.

кафедра Госпитальной хирургии л/ф, кафедра факультетской терапии и проф.болезней л/ф, МГМСУ, Москва, Россия

Актуальность. Билиарный илеус считается сравнительно редким осложнением желчнокаменной болезни, встречаясь в 0,2-3,4% случаев последней. Однако все возрастающее число больных холелитиазом обусловливает увеличение доли осложнённых форм желчнокаменной болезни (ЖКБ), в том числе внутренних билиодигестивных свищей, и, как следствие, явлений желчнокаменной кишечной непроходимости.

Цель исследования. Показать вариабельность клинической симптоматики и трудность диагностики у больных с механической кишечной непроходимостью желчным конкрементом (МКНЖК).

Материалы и методы. В городской клинической больнице № 33 Москвы в период с 2003 по 2008 г. на оперативном лечении по ЖКБ находилось 1184 пациента. За этот же период 487 больных были оперированы по поводу острой кишечной непроходимости (ОКН). МКНЖК явилась причиной оперативного вмешательства у 11 пациентов, что составило 2,3% всех оперированных по поводу ОКН и 0,9% оперированных по поводу ЖКБ. Среди оперированных с МНЖК превалировали женщины (90,9%); средний возраст пациентов составил 75,71±2,57 лет. Сроки госпитализации варьировали от 12 часов до 14 суток от начала заболевания. Направляющими диагнозами были: острый холецистопанреатит (4), острый аппендицит (2), ОКН (2), декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка (1), мезентериальный тромбоз (1), перитонит неясной этиологии (1).

Результаты. Трудности предоперационной диагностики при МКНЖК отмечены нами у 7 пациентов, что характеризовалось стертостью клинической картины (n=1), наличием «светлого» промежутка как реакции на формирование внутреннего билиодигестивного соустья (n=3), либо клинико-рентгенологической картиной незавершённой кишечной непроходимости (n=3). Клиническая картина перитонита неясной этиологии имелась у одной пациентки. В одном наблюдении (синдром Bouveret) диа-

гноз был верифицирован при экстренной ЭГДС. В 2-х остальных случаях имелась классическая картина острой кишечной непроходимости. Сроки оперативного лечения колебались в пределах от 3 часов до 5 суток с момента госпитализации. Всем больным выполнялась срединная лапаротомия. Обтурация желчным конкрементом локализовалась в 50-70см от связки Трейца у 6, на уровне подвздошной кишки у 3, синдром Bouveret – у 2 пациентов. Размеры конкрементов варьировали в пределах от 4 до 10 см (Mср61,3±0,41мм). Больным выполнены следующие по объему вмешательства: энтеролитотомия аборальнее конкремента (7), гастролитотомия (2), резекция кишки (1), низведение конкремента в слепую кишку (1). Всем пациентам проводилась ревизия подпеченочного пространства и тонкой кишки с целью предупреждения рецидива МКНЖК. Разобщение билиодигестивного свища не производилось ни у одного пациента ввиду опасности осложнений. Послеоперационный период протекал гладко. У 3-х пациентов имелись осложнения: нагноение послеоперационной раны (2) и нагноение раны + пневмония (1). Летальных исходов и рецидивов МКНЖК не отмечено.

Заключение. Вариабельность клинической симптоматики и отсутствие патогномоничных признаков не позволяют диагностировать МКНЖК у большинства пациентов перед операцией. Возраст пациентов, тяжесть состояния и преморбидный фон оперируемых больных диктуют необходимость активной хирургической тактики с оглядкой на минимальный объем оперативного пособия.

ОПТИМИЗАЦИЯ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Дудин А.М., Павлов К.И.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Правильный выбор метода исследования и верификации доброкачественных очаговых образований печени (ДООП) является очень важным, так как нередко позволяет уже на первом этапе получить исчерпывающую информацию.

Цель исследования – определить диагностическую точность и чувствительность лучевых методов исследования для оптимизации алгоритма диагностики ДООП.

Материал и методы. За последних 17 лет в клинике хирургии им. К.Т. Овнатаняна был обследован 241 больной с ДООП: 164 (68%) женщины и 77 (32%) мужчины. Возраст обследуемых находился в пределах 16 – 78 лет. Для диагностики ДООП применяли в разных сочетаниях следующие методы исследования: клинико-лабораторные, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование жидкости из кисты или абсцесса печени, динамическая межфазная тензиометрия сыворотки крови и жидкости из кисты печени, статистические.

Для лучевой диагностики ДООП использовали следующую аппаратуру: для УЗИ – аппарат Dornier - 5200 (Франция), рентгенологических исследований – AXIOM Iconos R 100 и MULTIX Compact K (Siemes, Германия), КТ - CT - 9000 (Дженерал электрик, США), МРТ - Siemens (Германия).

Результаты. В результате комплексного всестороннего обследования больных были выявлены следующие виды ДООП: киста непаразитарная – 115 (47,7%), киста паразитарная – 32 (13,3%), абсцесс – 87 (30,1%), гемангиома – 5 (2,1%), аденома – 2 (0,8%).

При диагностике ДООП диагностическая точность УЗИ находилась в пределах 83,9 – 88,5%, а чувствительность – 100%. Диагностическая точность КТ-параметров составила 79,6 - 89,1%, а чувствительность – 93,9 - 100%, МРТ – параметров – 90,4 – 97,3% и 97,3 - 100% соответственно.

В клинике хорошо зарекомендовал себя новый «Способ дифференциальной диагностики очаговых образований печени при спиральной компьютерной томографии» (декларационный патент Украины № 12375 от 15.02.2006 г), примененный у 16 пациентов. Способ заключается в выполнении спиральной КТ с дополнительным болюсным контрастным усилением – введением 90 – 100 мл контрастного вещества в вену со скоростью 3 мл/с, с анализом томограмм в артериальной, венозной и отсроченной фазах контрастирования. Изображения затем сравнивают с предварительно проведенной трёхмерной реконструкцией ультразвукового изображения.

Следует также отметить, что по сравнению с другими лучевыми методами МРТ обладает рядом преимуществ: отсутствует ионизирующее излучение; костные ткани и газ в кишечнике не препятствуют визуализации; можно получать одновременно множество срезов печени в любой плоскости.

Заключение. Для диагностики и дифференциальной диагностики ДООП целесообразно максимально использовать возможности каждого инструментального метода исследования. Оптимальный диагностический алгоритм помогает избежать ненужного дублирования информации. По нашим данным, УЗИ в сочетании с МРТ и разработанный нами способ являются наиболее точными и информативными методами.

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ОЧАГОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Клюкина Л.П., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Казаков И.В., Андреенков С.С.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель исследования. Периоперационное назначение антимикробного препарата при выполнении операций на печени с очаговыми новообразованиями с целью снижения развития послеоперационных инфекционных осложнений.

Материалы и методы. Была изучена эффективность периоперационного профилактического назначения антибактериальных препаратов при оперативных вмешательствах на печени с очаговыми новообразованиями. Клиническая оценка эффективности антибиотикопрофилактики оценивалась по частоте развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде. В исследование было включено 229 больных, которым выполняли обширные и длительные операции. Для проведения антибиотикопрофилактики послеоперационных гнойных осложнений применялись антибактериальные препараты из групп: цефалоспорины (цефуроксим, цефтриаксон, цефепим) и фторхинолоны (офлоксацин, ципрофлоксацин). Антибактериальные препараты вводили за 15-20 минут до начала операции. Длительность назначения антибактериальных препаратов после операции колебалась от 3 до 5 дней.

Результаты. Установлено, что при выполнении условно-чистых операций на печени и желчных путях (гемигепатэктомия, эхинококкэктомия, атипичная околоопухолевая резекция печени, реконструктивно-восстановительная операция на желчных путях), нагноение послеоперационных ран отмечалось только у 5 (2,18%) больных. Послеоперационных инфекционных осложнений других локализаций (кроме раневой инфекции) у больных не наблюдали.

Заключение. Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о необходимости проведения у тяжелых абдоминальных больных с новообразованиями печени, для предупреждения послеоперационных инфекционных осложнений, периоперационной антибиотикопрофилактики в течение 3-5 дней.

ИЗМЕНЕНИЯ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ С НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Клюкина Л.П., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З. Андреенков С.С., Казаков И.В.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель исследования. Изучить состояние иммунитета у больных при операциях с новообразованиями печени.

Материалы и методы. Было изучено состояние иммунитета у 52 больных с различными новообразованиями печени. Изучение клеточного (Т-общие лимфоциты, Т-акт., Т-хелп., Т-супр.) и гуморального (Ig A, SIg A, Ig M, Ig G, Ig E) звеньев иммунитета, спонтанной хемилюмисценции полиморфноядерных лейкоцитов, антигенонеспецифических ЦИК проводилось в динамике (до операции и после операции).

Результаты. У больных с новообразованием печени содержание Т-общих лимфоцитов, их субпопуляций (кроме Т-хелп., и Т-супр.) и В-лимфоцитов было снижено. Одновременно отмечалось повышенное содержание сывороточных иммуноглобулинов классов IgG, IgE и секреторного компонента IgA. Уровень антигенонеспецифических ЦИК также был выше нормального значения. Показатели спонтанной хемилюминисценции полиморфноядерных лейкоцитов превышали нормальное значение более чем в 2 раза.

В послеоперационном периоде не установлено значимых изменений в показателях клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Отмечено уменьшение в 1,9 раз спонтанной хемилюминесценции полиморноядерных лейкоцитов. Индекс хемилюминесценции снизился до нормальных значений.

Выводы. При изучении иммунитета у хирургических больных было установлено, что до операции и в послеоперационном периоде имеются изменения, которые связаны с компенсаторными функциональными изменениями в клеточном и гуморальном звеньях иммунитета. Следует отметить, что состояние иммунитета зависит от характера основного заболевания и тяжести его проявления. При гемангиоме печени до операции выявлены менее выраженные изменения в показателях иммунитета, чем при аденокарциноме и эхинококкозе печени. Развившаяся дооперационная иммуносупрессия является фактором риска в развитии в послеоперационном периоде инфекционного осложнения. Наряду с этим операционная травма дополнительно угнетает сопротивляемость организма больного. Если в послеоперационном периоде определяется дальнейшее угнетение иммунитета, то это можно расценивать как важный фактор риска и подтверждение для проводимого периоперационного назначения антибактериальных препаратов с профилактической целью.

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕГО СВОЙСТВА РОНКОЛЕЙКИНА У БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Клюкина Л.П., Икрамов Р.З., Андреенков С.С., Казаков И.В.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель исследования. Исследование влияния ронколейкина на активность иммунного ответа у больных с новообразованиями печени.

Материалы и методы: было изучено влияние ронколейкина на показатели иммунитета у 22 больных с аденокарциномой печени. Ронколейкин назначали подкожно по 500.000 МЕ 2 раза с интервалом в 2-3 дня. Показатели иммунитета у больных исследовали до назначения ронколейкина, после назначения препарата (перед операцией и через 5-7 дней после операции).

Результаты. Установлено, что до назначения ронколейкина у больных наблюдалось снижение Т-общих лимфоцитов, их субпопуляций (Т-акт., Т-хелп., Т-супр.) и В-лимфоцитов. Уровень фагоцитарной активности снижался в 2 раза. При этом показатели спонтанной хемилюминесценции полиморфноядерных лейкоцитов были выше нормальных значений. Фагоцитарный индекс определялся на низком уровне. Уровень иммуноглобулинов и антигенонеспецифических ЦИК были повышенными. У больных было выявлено состояние гиперсенсибилизации: уровень Ig E более чем в 2,5 раза превышал нормальный показатель. Таким образом, у больных с новообразованиями печени был выявлен иммунодефицит, преимущественно клеточного типа на фоне повышенного содержания антигенонеспецифических ЦИК.

После назначения ронколейкина была выявлена положительная динамика в показателях клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Отмечена нормализация показателей Т-общих лимфоцитов и их субпопуляций. Однако функция фагоцитарного звена не улучшилась. Отмечалось возрастание показателя спонтанной хемилюминесценции нейтрофилов и сниженный фагоцитарный индекс хемилюминсценции.

Выводы. Дооперационная иммуносупрессия, выявленная у больных с аденокарциномой печени, с большей степенью вероятности указывала на возможное развитие в послеоперационном периоде инфекционных осложнений. Периоперационное применение ронколейкина у больных с новообразованиями печени и наличием вторичного иммунодефицита позволило корригировать изменения в иммунном статусе больных и повысить их противоинфекционную защиту перед операцией.

МИКРОБНАЯ ТРАНСЛОКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ И НОВООБРАЗОВАНИЕМ ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Кубышкин В.А.,Вишневский В.А., Ефанов М.Г., Казаков И.В.
Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель исследования:. Изучение феномена микробной транслокации у больных с колоректальным раком и метастазами в печень имеет важную роль в развитии инфекционных осложнений.

Материал и методы. В работе микробная транслокация изучалась у 24 пациентов, у которых первым этапом выполнялись операции по поводу новообразования толстой кишки. Микробиологиче-

ские исследования биосубстратов выполняли в начале операции и в периоде максимальной хирургической агрессии (начале резекции толстой кишки). Во время первого и второго этапов проводили забор крови из воротной и периферической вен, а также проводилась биопсия лимфатического узла толстой кишки для последующего бактериологического исследования.

Результаты. Установлено, что в начале операции у 52% больных в биоптатах лимфатических узлов был выявлен рост микроорганизмов, из них у 39% в монокультуре, у 13% в ассоциациях. В крови, полученной из периферической вены, почти у 60% больных рост микрофлоры не отмечался; у 42% пациентов наблюдали рост микроорганизмов как в монокультуре (у 6 больных), так и в ассоциации (у 4 больных). Аналогичные результаты были получены при исследовании высеваемости микробов из воротной вены: у 65% больных роста микробов не было, а у 35% больных выявлен рост, в том числе у 4 в монокультуре и у 4 - в ассоциации. При выполнении второго этапа исследований было выявлено, что в лимфатических узлах (в 96% случаев), из крови воротной вены (70%) и периферической вены (50%) установлено выделение микробов в большем количестве. Из лимфатических узлов выделялись преимущественно аэробные микроорганизмы (68%), а из крови воротной и периферической вен – анаэробы (93 и 71%).

Выводы. Наличие микроорганизмов в лимфатических узлах и в крови больных в начале операции свидетельствует об их транслокации в места, которые заведомо должны быть стерильными; наличие микроорганизмов в биосубстратах в начале оперативного вмешательства свидетельствует о том, что причиной микробной транслокации является наличие патологического процесса (новообразование толстой кишки); количественные и качественные изменения микрофлоры, выделенной из биосубстратов в процессе оперативного вмешательства, свидетельствуют о повышении процесса микробной транслокации.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЦЕФЕПИМА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПЕЧЕНИ

Хлебников Е.П., Вишневский В.А., Клюкина Л.П., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Андреенков С.С., Казаков И.В.

Институт хирургии им. А.В. Вишневского, Москва, Россия

Цель исследования. Изучение концентраций цефепима в крови и тканях больных при периоперационном профилактическом применении у больных, оперированных на печени, в сопоставлении с МПК90 для потенциальных возбудителей госпитальной инфекции.

Материалы и методы. Цефепим вводили внутривенно перед операцией в дозе 1,0 г. После операции препарат назначали по 1,0 г с интервалом 12 часов в течение трех дней.

Фармакокинетические исследования проводили у 10 больных микробиологическим методом диффузии в агар, основанным на сравнении зон задержки роста тест-микроба в испытуемом материале и в стандарте. В качестве тест-микроба использовали штамм Bacillus subtilis (вариант L2) для цефепима. Изучали МПК90 для потенциальных возбудителей госпитальной хирургической инфекции (S.aureus, P.aeruginosa, Citrobacter spp., Enterobacter spp.; Proteus spp., Serratia spp., Klebsiella spp.).

Результаты. При изучении фармакокинетики установлено, что исходная средняя концентрация антибиотика в сыворотке крови находилась на уровне 52,4 мг/л, а через 12 часов равнялась 3,6 мг/л. Концентрации цефепима в крови у больных к 3 - 6 часам (окончание операций на печени) находили на уровне 13,4 - 8,9 мг/л, что значительно превышало геометрическую среднюю МПК90 для всех исследованных микробов. В последующие сроки (до 12 ч) концентрации препарата в сыворотке крови также были выше МПК90 для всех микробов, кроме S. aureus.

Заключение. При дооперационном (за 15 минут до начала операции) введении цефепима на весь период операции создаются его высокие концентрации в крови и в тканях печени. Изучение спектра антибактериальной активности цефепима к основным возбудителям госпитальной хирургической инфекции показало его высокую эффективность. При сопоставлении интраоперационных концентраций цефепима в сыворотке крови больных с МПК90 основных возбудителей госпитальной хирургической инфекции продемонстрировало высокую эффективность при выполнении операций на печени. Послеоперационных инфекционных осложнений не отмечалось.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ.

Ходжиев Д.Ш., Абдалов Т.К., Тлеумуратов Б.Д., Халмурзаев Е.Х.

Каракалпакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Нукус, Республика Узбекистан

Ставшая популярной видеолапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), как и любая хирургическая операция, таит в себе серьезные опасности и неблагоприятные результаты. С внедрением новой технологии хирургического лечения желчнокаменной болезни изменился характер повреждений желчных протоков, таких, как неконтролируемое воздействие на стенку протока термической энергией, полное пересечение и клипирование протока.

Цель работы. Изучение причины осложнений ЛХЭ при остром холецистите.

Материал и методы. За период с 2004 по 2008 гг. в Каракалпакском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи выполнено 450 видеолапароскопических вмешательств в желчевыводящих путях, из них 350 произведены по поводу острого калькулёзного холецистита. Мужчин было 30 (8,6%), женщин – 320 (91,4%), в возрасте от 21 до 66 лет. Длительность заболевания варьировала от 24 часов до 5 суток.

Перенесенные ранее оперативные вмешательства на органах брюшной полости, как правило, не являлись абсолютным противопоказанием для выполнения ЛХЭ. При механической желтухе в анамнезе выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатикохолангиографию (ЭРПХГ) и при необходимости и технической возможности – эндоскопическое корригирующее вмешательство на большом дуоденальном сосочке. У 165 пациентов констатирован острый флегмонозный процесс, у 62 – острый гангренозный холецистит, у остальных 123 больных – острый катаральный холецистит.

Результаты и обсуждение. После диагностического этапа лапароскопии переход на лапаротомию был осуществлен у 12 (3,4%) пациентов. Интраоперационные и/или послеоперационные осложнения выявлены у 32 (9,1%) пациентов, подвергнутых ЛХЭ.

Интраоперационные осложнения отмечены у 4 (1,1%) больных, среди которых повреждения внепеченочных желчных протоков составили 2 больных: полное пересечение общепеченочного протока – 1 (0,3%), электротермическое краевое повреждение общего желчного протока с перфорацией стенки – 1 (0,3%), кровотечение из ложа желчного пузыря возникло у 2 пациентов.

Послеоперационные осложнения возникли у 28 (8,0%) больных: в течение первых суток после операции – у 3, поздние, но до выписки из стационара, – у 16 и в отдаленные сроки – у 9. Зарегистрированы следующие осложнения: у одного – желчеистечение с развитием диффузного желчного перитонита из-за соскальзывания клипсов из культи пузырного протока; спонтанные кровотечения наблюдались у 2 больных: кровотечение из места троакарного прокола – у 1 и из культи пузырной артерии на 6 сутки на фоне артериального гипертонического криза – у 1 больного; инсуффляционная эмфизема – 5 случаев; параумбиликальные инфильтраты, гематомы, серомы – 17; параумбиликальные грыжи – 3.

2 (0,6%) больным, у которых повреждения протоков выявлены во время ЛХЭ, произведена конверсия с выполнением билиобилиарного анастомоза «конец в конец» с наружным дренированием через анастомоз общепеченочного протока с наложением еюностомы у одного пациента. Дренажная трубка удалена через 2,5 месяца, контрольный осмотр через 8 месяцев – без признаков стеноза билиобилиарного анастомоза. У второго пациента ушит дефект стенки желчного протока однорядным узловым швом.

Релапаротомия в раннем послеоперационном периоде выполнена у 2 (0,6%) пациентов. У одного – с желчным перитонитом – произведена перевязка культи пузырного протока после соскальзывания клипсов. У второго, с гемоперитонитом, произведена перевязка культы пузырной артерии. Летальных исходов не было.

Анализ причин повреждений показал, что главными из них являются неправильные действия, технические ошибки и поспешность хирурга, приводящие к неверной идентификации анатомических структур и, как следствие, их повреждению.

Заключение. Наш небольшой опыт показывает, что ЛХЭ, выполняемые по поводу острого процесса, технически сложнее, чем при хроническом процессе. Это объясняется выраженностью воспалительно-инфильтративного процесса в зоне желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки. Лапаротомия должна выполняться опытным хирург-лапароскопистом, знающем виды и способы реконструктивных операций во внепеченочных желчных путях.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Холматов П.К., Гульмурадов Т.Г., Ганиев Х.С. (Душанбе)

ТГМУ им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы. За последние 20 лет на обследовании и лечении находились 248 пациентов с циррозом печени. Показанием к госпитализации в 58% случаев была портальная гипертензия, приведшая к пищеводно-желудочному кровотечению. В 24,8% наблюдений были кровотечения в анамнезе, а в 15,4% – высокий риск развития кровотечения по данным эндоскопии. Риск кровотечения и показания к операции определялись комплексно, с помощью эндоскопической видеоскопии и данных клинических и биохимических анализов крови. К классу А по Child-Puqh отнесены 37 больных, к классу В – 131 пациента, к классу С – 80. УЗ-доплерография с целью определения линейной скорости кровотока и общего кровотока проведено 148 пациентам.

С целью временной остановки кровотечения из вен пищевода и желудка у 86 больных применён зонд Блекмора-Сенстакена в сочетании с вазоактивными препаратами (октреотид, нитропрепараты, Н-блокаторы, обзидан). Гемостаз был достигнут в 80,5% случаев. Рецидивы пищеводно-желудочных кровотечений в период нахождения в стационаре развились у 67 пациентов. Эндоскопическая склеротерапия склерозантами и лигирование вен пищевода с целью остановки кровотечения применены у 72 больных. Эффективность эндоскопического гемостаза достигнута в 89% случаев. Рецидивы гастроэзофагеальных геморрагий развились в ближайшем периоде в 16% случаев, а в отдаленные сроки – в 31%.

Портальное шунтирование с целью профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка предпринято у 148 пациентов: спленоренальный анастомоз конец в бок – 37, бок в бок – 44, дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) – 21, мезентерико-кавальный Н-анастомоз вставкой с использованием армированного сосудистого протеза Coretex (Н-МКА) – 11, другие виды анастомозов – 35. Постоперационная летальность составила 6,1%. Клинические проявления портосистемной энцефалопатии имели место в 18,1% случаев после Н-МКА, в 19,1% после ДСРА, 24,7% после других видов анастомозов. Рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений в отдалённом периоде не отмечено. Пятилетняя выживаемость после ДСРА составила 67,6±13,7%, а после Н-МКА – 42,7±4,3% соответственно.

Заключение. Полученные результаты позволяют считать данные вмешательства эффективным методом профилактики повторных кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени. Дистальный спленоренальный анастомоз и мезентерикокавальный Н-анастомоз малого диаметра являются более благоприятными в отношении частоты энцефалопатии и выживаемости пациентов.

ВИЗУАЛИЗИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ ИЗОЛИРОВАННОЙ ТРАВМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Хрыщанович В.Я., Третьяк С.И., Баранов Е.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Республика Беларусь

Цель. Определить прогностическую ценность и показания к применению ультразвукового (УЗ) исследования, компьютерной томографии (КТ), диагностической видеолапароскопии у больных с изолированной травмой поджелудочной железы (ТПЖ).

Материалы и методы. В основу работы положены результаты хирургического лечения 8 пациентов с изолированной ТПЖ в 1999-2008 гг. в отделениях экстренной хирургии «9 ГКБ», «ГК БСМП» г. Минска. Средний возраст больных составил 38,7 1 лет. Изолированные ТПЖ составили 2,5% от всех травм органов брюшной полости (БП) и забрюшинного пространства. Основной причиной изолированной ТПЖ были дорожно-транспортный и бытовой травматизм, во всех случаях травма носила характер закрытой. Ведущее место в диагностике ТПЖ принадлежало инструментальным инвазивным и неинвазивным методам: обязательное срочное и динамическое УЗ исследование БП, забрюшинного пространства и других анатомических областей по показаниям, рентгенологическое исследование грудной и БП, компьютерная томография, видеолапароскопия.

Результаты. УЗ признаками ТПЖ являлись неровность и нечеткость ее контуров, инфильтрация парапанкреатической клетчатки, наличие гипоэхогенных зон в проекции органа или

вокруг него, а также выпота в сальниковой сумке, брюшной и/или плевральной полости. В 2 случаях в области гипоэхогенных очагов отчетливо визуализировались фибринозные наложения, что было характерно для гематомы в проекции ПЖ и парапанкреатической клетчатки. Значительно превосходила по своей информативности и дополняла УЗ метод диагностики КТ, которая была выполнена 4 больным с подозрением на ТПЖ. Перечисленные методы не обладали 100% чувствительностью по отношению именно к ТПЖ, но их применение позволило своевременно диагностировать изолированное повреждение ПЖ и его осложнения (посттравматический панкреатит, флегмону забрюшинной клетчатки), обосновать рациональную лечебную тактику. Рентгенологические признаки (высокое стояние, ограничение подвижности купола диафрагмы, реактивный выпот в плевральной полости, дисковидные ателектазы в нижних отделах легких, пневматизация кишечника) являлись косвенными и не позволили достоверно судить о наличии ТПЖ. В сомнительных диагностических случаях прибегали к видеолапароскопии, показаниями к которой служили явления геморрагического шока, несоответствие клинической картины с данными лабораторных и неинвазивных инструментальных методов, нарушение сознания. Использование видеолапароскопии у 6 пациентов позволило диагностировать ТПЖ, посттравматический панкреатит и внутрибрюшное кровотечение. Видеолапароскопическая картина ТПЖ и посттравматического панкреатита во многом зависела от сроков с момента получения травмы и характеризовалась следующими проявлениями: панкреатический выпот в БП (геморрагический с наличием сгустков), гиперемия и расширение сосудов париетальной и висцеральной брюшины, воспалительный инфильтрат в области ПЖ, парез желудочно-кишечного тракта, напряженный желчный пузырь, имбибиция забрюшинной клетчатки серозно-геморрагической жидкостью, пятна стеатонекроза. Осложнений, связанных с лапароскопическим исследованием, не наблюдалось.

Выводы. Дооперационная диагностика изолированной ТПЖ сложна и во всех случаях требует использования визуализирующих методов. УЗИ и КТ обладают достаточной информативностью и могут использоваться как скрининговые диагностические методы. В сомнительных случаях с целью диагностики изолированной ТПЖ предпочтение следует отдавать видеолапароскопии.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Хрячков В.В., Шумилов В.Г., Коркин А.Л.
Ханты-Мансийский медицинский институт, Ханты-Мансийск, Россия

Лечение злокачественной опухоли печени, осложнённой механической желтухой, является одной из наиболее актуальных проблем клинической онкологии.

Единственным методом, позволяющим добиться длительной выживаемости при злокачественных образованиях печени, является хирургическая резекция.

Однако к моменту диагностики радикальное удаление опухоли возможно лишь у 5-15 % больных, остальные пациенты подлежат паллиативному лечению.

Цель исследования. Найти действенные малоинвазивные, вместе с тем эффективные способы устранения механической желтухи, а именно разработки методики использования стентов несосудистых структур.

Основным показанием к проведению стентирования являлось наличие неоперабельных образований печени, поджелудочной железы и холедоха, сопровождающихся механической желтухой.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2008 г. выполнено у больных 61 стентирование протоковой системы печени (среди них: стентирование гепатикохоледоха – 53, раздельное стентирование главных протоков – 8).

Эндопротезирование осуществлялось на аппаратах фирмы OLYMPUS пластиковыми стентами OLYMPUS диаметром 7Fr. Длина подбиралась с учетом рентгенологической картины стеноза.

В процессе освоения методики протезирование всегда сопровождалось проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии, но в процессе накопления опыта и тем более при неизмененном большом дуоденальном сосочке его рассечение выполнять перестали.

Диаметр стента, как правило, не приводил к сдавлению вирсунгова протока, а при наличии билиарной гипертензии отказ от эндопапиллотомии снижал риск кровотечений из зоны разреза.

При блоке холедоха в области бифуркации также стали применять раздельное протезирование главных желчных протоков двумя стентами.

Заключение. По нашим данным, проведение неоперабельным больным эндопротезирования позволило значительно улучшить качество жизни и ее длительность.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

Чикаев В.Ф., Ибрагимов Р.А., Айдаров А.Р., Бондарев Ю.В., Андрушкевич Р.А., Андреев А.И.
Казанский государственный медицинский университет

В последние годы растет число больных с заболеваниями желчевыводящих путей и поджелудочной железы у лиц пожилого возраста. Как правило, эти больные поступают в стационар с запущенным исходным и тяжелыми сопутствующими заболеваниями. Радикальная одномоментная операция невозможна из-за высокой степени операционного и анестезиологического риска и требует ся двухэтапное лечение

Первый этап – это использование миниинвазивных вмешательств, направленных как на устранение обструкции и разгрузки общего желчного протока, так и на уменьшение воспалительных изменений.

Второй этап - радикальная операция в отсроченном периоде на фоне улучшения состояния больных при ликвидации или уменьшения желтухи, холангита и улучшении функционального состояния печени.

Целью нашего исследования явились анализ и оценка эффективности миниинвазивных вмешательств в лечении больных в неотложной абдоминальной хирургии.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 24 больных, в возрасте от 50 до 80 лет, находившихся на лечении в отделении неотложной хирургии ГБСМП № 1 г. Казани. У 8 больных диагностирована механическая желтуха, у 10 - острый холецистит, у 6 – киста поджелудочной железы, у всех имелись тяжелые сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания и высокий риск хирургического лечения. При заболеваниях желчевыводящих путей преобладали пациенты женского пола 62%, тогда как при патологии поджелудочной железы – мужского пола 67%. Всем пациентам предварительно проводилось ультразвуковое исследование, по показаниям для уточнения диагноза проводили КТ брюшной полости.

Больным с механической желтухой под местной анестезией проводили чрескожную чреспеченочную холецистостомию под контролем УЗИ с использованием нефростомического дренажа с установочной канюлей. После введения дренажа в полость желчного пузыря, установочную канюлю убирали, в результате чего дистальный конец дренажа приобретал форму «пружины». Полость желчного пузыря промывали раствором хлоргексидина и новокаина. В послеоперационном периоде у больных с механической желтухой в двенадцатиперстную кишку устанавливался назогастродуоденальный катетер, по которому возвращалось 80 - 90% желчи. При стабилизации состояния больных для уточнения генеза механической желтухи выполняли холецистохолангиографию. У 5 диагностирована опухоль головки поджелудочной железы, и они были переведены в онкодиспансер для радикального оперативного лечения. У 3-х были обнаружены конкременты и им были проведены папиллосфинктеротомия.

При остром холецистите разгрузочный дренаж оставляли до исчезновения клинико-лабораторных и УЗИ показателей воспалительного процесса. Больные с острым холециститом после разрешения воспалительного процесса в виду тяжести сопутствующих заболеваний были выписаны без последующего хирургического лечения.

Дренирование кист поджелудочной железы проводили в левом подреберье с использованием нефростомического дренажа, при этом эвакуировано до 800 мл серозно-геморрагического содержимого. Полость ложной кисты промывали раствором антисептика. В динамике проводили УЗИ контроль. Дренажную трубку удаляли после прекращения выделения содержимого сальниковой сумки и положительной УЗИ картины.

Выводы. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ является малотравматичным, эффективным методом декомпрессии и санации желчевыводящих путей, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств.

Дренирование кист поджелудочной железы под контролем УЗИ позволяет с минимальной операционной травмой улучшить течение острого панкреатита.

УДАЛЕНИЕ ОБЫЗВЕСТВЛЕННОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Чикаев В.Ф., Бондарев Ю.В., Айдаров А.Р., Мустафин Р.Р., Ибрагимов Р.А.
Казанский государственный медицинский университет

В хирургическую клинику ГБСМП №1 г. Казани за последние 10 лет поступило 7340 пациентов с заболеваниями и травмами гепатобилиарной зоны. Паразитарные вторичные кисты печени – одна из редко встречающихся патологий. В нашем регионе, по литературным данным, за последние 20 лет не было случая удаления обызвествленной паразитарной кисты печени. Мы приводим редкий клинический пример обызвествленной кисты VI сегмента правой доли печени.

Больная Ж., 83.л., ист. болезни № 12772 поступила в клинику неотложной хирургии ГБСМП №1 Казани 22.12.07. с жалобами на сильные боли в правом подреберье. Т-38,4С. В анамнезе желчно-каменная болезнь, постоянная тяжесть в правом подреберье, в последние дни эти боли резко усилилась.

Объективно. Состояние тяжелое, кожные покровы физиологической окраски. Пульс - 92 в мин., аритмичный А/Д – 170/ 90 мм рт.ст. St.lokalis:. При пальпации в правом подреберье резкая болезненность, определяется увеличенный, напряженный желчный пузырь, положительны симптомы Керра, Ортнера, слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга.

Лейкоцитоз 21,2х109 п-11, сегм-74, мон-4, лимф-7, биохимический анализ крови без изменений. При поступлении выполнено УЗИ ГБС – печень без патологии. Желчный пузырь 114х44мм стенка не утолщена, содержимое пузыря на 1/2 заполнено мелкими конкрементами.

Диагноз. Острый калькулезный холецистит. Сопутствующая патология: ИБС. Нарушение ритма по типу постоянной формы мерцательной аритмии. Гипертоническая болезнь III ст. ФК IV, ХСН II Б.

Проводимая консервативная терапия была не ффективной. В виду высокого риска радикального оперативного вмешательства под местной анестезией проведена микролапаротомия в правом подреберье, санация полости желчного пузыря - удаление конкрементов, промывание полости желчного пузыря, холецистостомия. На 10 сутки проведена контрастная холецистохолангиография. При этом выявлено, что желчный пузырь не увеличен, холедох не расширен, поступление контраста в двенадцатиперстную кишку не нарушено. В правой доле в VI сегменте выявлена округлая тень неясного генеза 8,4х8,7х6,5см., **см. рис.1.**

Для уточнения 16.01.08. КТ брюшной полости: по результату исследования больше данных за обызвествленную паразитарную кисту печени. В динамике у больной постоянные боли в правом подреберье, желчеистечение по свищевому ходу, лейкоцитоз 14,0-16,0х109.

17.01.08. Под местной инфильтрационной анестезией плюс потенцирование, внутривенным обезболиванием на спонтанном дыхании произведена минилапаротомия в правом подреберье. Выполнено ушивание свищевого отверстия в желчном пузыре и удаление округлой каменистой плотности образования в VI сегменте правой доли печени.

Макропрепарат: **см. рис. 2**

рис. 1

рис. 2

Каменистой плотности округлое образование 85х65 мм, в поперечном распиле толщина стенки 3-4 мм в просвете беловатого цвета творожистая масса, что позволяет предположить эхинококковый генез.

Бессимптомное течение, вероятно, связано с расположением его в VI сегменте печени, в стороне от основных желчевыводящих протоков и сосудов. Кроме того, клиника частично протекала под маской хронического калькулезного холецистита.

Контрольное УЗИ брюшной полости: печень не увеличена, плотность не изменена, полостных образований нет, желчный пузырь сократился до 53х21мм, стенка утолщена, содержимое негомогенное, конкрементов нет.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, обызвествленные кисты печени — крайне редкая патология в клинике неотложной хирургии и в каждом конкретном случае требующая индивидуального подхода.

VI РАЗДЕЛ

СЕКЦИЯ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ

ОЦЕНКА ТРАВМАТИЧНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ

Алексеев А.М., Коновалов А.А., Напазаков А.А.
ГОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей», Новокузнецк, Россия

Цель исследования. Оценить послеоперационную травматичность при малоинвазивных холецистэктомиях на основании изменения функции внешнего дыхания и оценке болевого синдрома.

Материалы и методы. Исследование проводилось пациентам, которым были выполнены следующие малоинвазивные операции: лапароскопическая холецистэктомия по поводу хронического холецистита 26 (I группа) больных, по поводу острого холецистита – 23 (II группа), холецистэктомия из минидоступа при остром холецистите – 16 (III группа). Для оценки изменения функции внешнего дыхания использовался спирометр MicroLoop фирмы Micro Medical (Великобритания). Пациентам проводились 2 теста: тест жизненной ёмкости лёгких и тест форсированной жизненной емкости легких. При исследовании определялись:

1. VC - (Vital Capacity) жизненная ёмкость лёгких – объём воздуха, который выходит из лёгких при максимально глубоком выдохе после максимального глубокого вдоха.

2. FEV1 – (forced expiratory volume in 1 sec) – объём форсированного выдоха за 1 секунду – объём воздуха, выдохнутого в течении первой секунды форсированного выдоха.

3. FVC – (forced vital capacity) — (проба Тиффно). Форсированная жизненная ёмкость лёгких – объём воздуха, выдыхаемый при максимально быстром и сильном выдохе. Исследование ФВД проводилось трёхкратно: до операции, в первые и третьи сутки раннего послеоперационного периода.

Для оценки интенсивности болевого синдрома мы использовали пятибалльную визуально-аналоговую шкалу. Оценка проводилась в первые сутки - в 6, 12, 18, 24 часа после операции, оценивались среднесуточные показатели.

Результаты. При исследовании функции внешнего дыхания пациентам после лапароскопических операций по поводу хронического холецистита (I группа) отмечалось снижение в первые сутки по всем трём показателям: VC–66%, FEV1-70% и FVC-70% (P<0,001) и восстановление к третьим VC–88%, FEV1-87% и FVC-87% (P>0,05). После лапароскопических холецистэктомий при остром холецистите (II группа): снижение в первые сутки по всем трём показателем VC–62%, FEV1-74% и FVC-71% (P<0,001) и восстановление к третьим VC–83%, FEV1-99% и FVC-97% (P>0,05). После холецистэктомий из мини-доступа (III группа): снижение в первые сутки по всем трём показателям VC–58%, FEV1-53% и FVC-53% (P<0,001) и восстановление к третьим VC–76%, FEV1-77% и FVC-75% (P>0,05).

Среднесуточный балл по ВАШ в первой группе составил 4,81; во второй 5,16(P>0,005) и в третьей 4,92(P>0,005).

Заключение. Восстановление функции внешнего дыхания после малоинвазивных холецистэктомий происходит к третьим суткам вне зависимости от типа малоинвазивной операции. При сравнительной оценке травматичности операций по выраженности болевого синдрома и изменении функции внешнего дыхания статистически значимых различий между лапароскопическими операциями и операциями из минидоступа не установлено.

РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ВЫБОРЕ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Андреенков С.С.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» (научный руководитель – дмн Р.З. Икрамов), Москва, Россия

Цель. Определить показания к выбору метода лечения абсцессов печени в зависимости от данных предоперационного обследования.

Материалы и методы. С 2006 по 2009 гг. в Институте проходили обследование и хирургическое лечение 23 пациента с абсцессами печени. В исследовании преобладали мужчины - 60%, возраст больных - от 25 до 68 лет. Пациентам выполняли обследование в объёме: ультразвуковое исследование (23 больным) и компьютерная томография с болюсным контрастным усилением (11). Образования были морфологически/цитологически верифицированы.

Результаты. Размеры образований варьировали в пределах от 40 до 110 мм, в 21 случае диагностировали единичный абсцесс, в 2 – множественные. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в 13 (56,5%) наблюдениях визуализировали очаговое образование с нечёткими контурами, по структуре – неравномерно пониженной эхоплотности по сравнению с остальной паренхимой печени, с наличием жидкостных включений неправильной формы, дающих акустическую тень, в 6 (46,2%) из этих наблюдений отмечена слоистость в структуре жидкости; в 10 (43,5) - образование имело чёткие контуры, местами прослеживалась эхоплотная капсула, структура образования была неоднородная жидкостная. Компьютерно-томографическое (КТ) исследование выполняли в случае каких-либо спорных диагностических моментов при УЗИ, а также при подозрении на наличие осложнений, множественных абсцессах и значительных размерах образования. При КТ в 7 (63,6%) случаях диагностировали некроз и расплавление печёночной ткани, определяемое при внутривенном контрастном усилении как аваскулярные, неконтрастирующиеся участки (от 12 до 30 ед. Н), сливающиеся между собой с наличием гиперинтенсивных пузырьков газа; в 4 (36,4%) - визуализировались аваскулярные полости (от 2 до 14 ед. Н) в неравномерно выраженной капсуле, также с наличием пузырьков газа. У 3 (27,3%) больных диагностировали осложнённое течение абсцесса в виде прорыва содержимого в брюшную (2) и в плевральную (1) полости. В 4 (36,4%) случаях размеры образования превышали 80 мм в диаметре.

Анализ данных о размерах, количестве и структуре образования, выявленных осложнениях позволил определить следующую тактику лечения больных:

• 14 (60%) больным при сформировавшемся абсцессе провели катетерно-дренирующее лечение под УЗ-контролем в сроки от 7 до 14 дней;

• 9 больным выполнили хирургическое лечение (4 (44,5%) больным - при наличии абсцесса более 80,0 мм, 1 из них в качестве I этапа провели катетерно-дренирующее лечение; 2 (22,2%) – при наличии множественных абсцессов; 3 (33,3%) – при выявленных осложнения в виде разрыва капсулы).

Заключение. Таким образом, выявление преимущественно жидкостной составляющей в полости абсцесса является показанием к катетерно-дренирующему лечению; при множественном характере поражения, секвестрации ткани печени и осложненном течении показано хирургическое лечение. При отсутствии показаний к экстренному оперативному вмешательству, в качестве I этапа лечения, для ограничения распространения инфицирования при открытой операции целесообразно выполнить дренирование абсцесса. Следовательно, анализ предоперационных данных лучевых методов исследования позволяет ориентировать хирурга для выбора оптимальной тактики лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ЛОЖНОЙ АНЕВРИЗМОЙ АОРТЫ И НЕПАРНЫХ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Барбин П. Б., Пашовкин И.Т.
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», Москва, Россия

Актуальность. Определение тактики лечения больных хроническим панкреатитом (ХП), осложненным ложными аневризмами (ЛА) непарных висцеральных артерий и аорты.

Материалы и методы. В ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» в период с 1995 по май 2009 г. на лечении находилось 28 пациентов с ХП, осложненным ЛА аорты и непарных висцеральных артерий, из них кишечные кровотечения были у 7 больных. Возраст пациентов колебался от 29 до 68 лет.

Результаты. По данным обследования у 16 пациентов обнаружена ЛА селезёночной артерии, у 5 пациентов – поджелудочно-двенадцатиперстной артерии (ПДА), в 4 случаях – желудочно-двенадцатиперстной (ЖДА), из которых у 1 имелась фистула с верхней брыжеечной веной (ВБВ), по 1 наблюдению – ЛА аорты и левой желудочной артерии. У 1 больного диагностирована ЛА правой печеночной артерии, являющейся ветвью верхней брыжеечной артерии, проходившей через головку поджелудочной железы (ПЖ). Тактика лечения пациентов зависела от локализации и размера ЛА, характера изменений паренхимы и протоков поджелудочной железы, а также от наличия и выраженности у больного признаков портальной гипертензии (13 больных). В 6 случаях причиной портальной гипертензии был тромбоз ветвей воротной вены.

Спонтанный тромбоз небольших ЛА (до 37 мм в диаметре) наступил у 3 больных в процессе динамического наблюдения.

Рентгенэндоваскулярное лечение (РЭЛ) выполнено 17 пациентам. Для больных, у которых размеры ЛА не превышали 55 мм (9 наблюдений), а изменения паренхимы ПЖ были минимальны, РЭ лечение являлось окончательным методом лечения. Из них рентгенэндоваскулярная окклюзия выполнена в 7 случаях, имплантация стент-графта – в 2. При контрольном дуплексном сканировании кровоток в полости ЛА не наблюдался. В 8 случаях РЭЛ выполнялось в качестве первого этапа лечения с последующим открытым оперативным вмешательством. Вторым этапом выполнены различные резекционные вмешательства и устранение ЛА. Умерло 2 пациента.

Хирургические вмешательства без предшествующего РЭЛ выполнены 8 пациентам, у которых аневризмы были большого размера (до 120 мм), сочетались с грубыми склеротическими изменениями паренхимы и протоковой гипертензией; 2 пациента оперированы на высоте профузного кишечного кровотечения из ЛА. В 1 случае выполнена резекция инфраренального отдела аорты с аневризмой + линейное протезирование аорты. После операции умер 1 пациент.

Заключение. При небольших ЛА, не связанных с протоковой системой ПЖ, показано РЭЛ, позволяющее добиться эффективного «выключения» ЛА из кровотока. При ЛА, формирующихся в полости постнекротических кист, наличии панкреатической гипертензии, кальциноза паренхимы ПЖ, больные нуждаются в хирургическом лечении, направленном на устранение ЛА и лечение ХП. Для уменьшения риска профузного интраоперационного кровотечения при последующем открытом вмешательстве целесообразно в качестве первого этапа лечения выполнение РЭЛ.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ЖИВОТА

Волков Д.Е., Измайлов А.Г.
ГОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Росздрава, Казань, Россия

Гнойно-воспалительные раневые осложнения брюшной стенки ухудшают результаты лечения, удлиняют послеоперационный период и увеличивают стоимость пребывания больных в стационаре.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с гнойными ранами передней брюшной стенки путем разработки нового способа лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 72 больных в возрасте от 35 – 78 лет, которым проводилось оперативное лечение по поводу различной острой хирургической патологии органов брюшной полости, у которых послеоперационный период осложнился нагноением раны, за период с 2001 по 2008 год, по материалам отделения неотложной хирургии Госпиталя для ветеранов войн Казани.

Результаты. С 2001 по 2005 год 43 больным с нагноением послеоперационных ран применяли традиционные методики, включающие в себя: местное применение антисептиков, ферментов, резиновых дренажей и дренажных трубок. С 2005 по 2008 год 29 больным в клинике применялся разработанный нами способ, который заключался в применении оригинального дренажного устройства: местно марлевые тампоны, пропитанные 30 – 50% раствором гидрохлорида ксимедона и ультразвуковой метод. На этот способ получен Патент РФ №2261699. Способ осуществляется следующим образом. В послеоперационном периоде в полость гнойной раны на всем протяжении устанавливалось дренажное устройство. Полость через отводящий конец устройства заполняли 30 – 50% водным раствором гидрохлорида ксимедона. Затем в просвет трубки рабочей части устройства вводили ультразвуковой излучатель и производили внутриполостное ультразвуковое воздействие в среднем в течение 4 – 10 минут, далее эвакуировали раствор. Ультразвуковую кавитацию осуществляли с помощью отечественной ультразвуковой установки УРСК – 7Н.

Воздействие низкочастотным ультразвуком производили с резонансной частотой 26,5 кГц, экспозиция ультразвуковой кавитации находилась в пределах 2,5 – 10 мин. Эту процедуру проводили 2 раза в день в течение всего срока дренирования. Показанием к удалению дренажного устройства явилось полное очищение раны, с последующим наложением вторичных швов. Клиническая эффективность местного лечения гнойных ран в фазу воспаления показала, что применение разработанного способа приводит к появлению грануляций на 2 – 3 сутки, а сроки наложения вторичных швов – на 3 – 4 сутки послеоперационного периода.

Заключение. Использование разработанного способа для лечения гнойных ран передней брюшной стенки ведет к ускорению процессов физиологической регенерации и репарации тканей, что способствует улучшению результатов лечения больных с данными.

НОВЫЙ СПОСОБ ЭНДОБИЛИАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ

Волова Т.Г., Шишацкая Е.И., Белецкий И.И., Маркелова Н.М.

Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, Институт биофизики СО РАН, Сибирский федеральный университет, Красноярск, Россия

Целью работы явилось изучение биологических свойств экспериментальных моделей стентов, изготовленных из полигидроксиалканоатов (ПГА), для эндобилиарного протезирования, а также исследование биологических свойств полимерного шовного материала для наложения билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы. В эксперименте на 20 беспородных собаках изучены свойства эндобилиарных стентов, изготовленных из ПГА. Интраоперационно стенты были имплантированы в супрадуоденальную часть холедоха, был наложен однорядный холецистодуоденоанастомоз с помощью шовного материала из ПГА. В 1 группе (позитивный контроль) животным был имплантирован силиконовый стент, наложен холецистодуоденоанастомоз с помощью викрила. Наблюдение за животными осуществлялось в течение 100 суток. Проводили морфологические исследования, биохимические показатели крови, иммунного статуса.

Результаты. Все животные по истечении 100 суток были живы.

После выведения животных 2 группы из эксперимента на аутопсии выпота, спаечных, рубцовых изменений в свободной брюшной полости и подпеченочном пространстве выявлено не было. Холедох в месте установки стента имел обычный вид; расширения, воспалительной реакции, рубцового процесса не визуализировалось. Все имплантированные стенты из ПГА находились там, где были изначально установлены, ни в одном случае миграции стента не отмечено. Холецистодуоденоанастомозы у всех животных были состоятельными, данных о наличии анастомозита не было выявлено. Макроскопических изменений при осмотре печени и двенадцатиперстной кишки не обнаружено.

Регистрация показателей функции печени в ходе эксперимента не выявила патологических отклонений в экспериментальной группе животных. Зарегистрированное в течение первого периода наблюдений повышение активности АЛТ у экспериментальных животных может быть обусловлено как операционной травмой, так и токсическим действием препаратов для наркоза.

Показатели неспецифического иммунитета у животных исследуемых групп характеризовались умеренным повышением активности, о чем свидетельствовало незначительное увеличение уровня фагоцитоза и стимулированной хемилюминесценции. Однако угнетения, снижения фагоцитарной активности не отмечено, что свидетельствует об отсутствии длительной антигенной нагрузки и феномена «иммунологического паралича».

Заключение. В целом, по результатам исследований не выявлено данных, свидетельствующих о том, что полимерные изделия (стенты и моножильные волокна) вызывают патологические реакции тканей желчевыводящих путей и организма животных. Эти положительные результаты дают основание предполагать, что применение ПГА в качестве эндобилиарных стентов в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей, а также шовного материала на их основе является перспективным направлением.

«НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ» НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Горин Д.С., Кочатков А.В.

ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского», Москва, Россия

«Нефункционирующие» нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы (нНЭОПЖ) – новообразования, происходящие из островковых клеток железы, но не проявляющиеся гиперфункциональными синдромами. Клиническая диагностика нНЭОПЖ сложна. Как правило, на момент диагностики опухоли имеют значительные размеры, часто отмечаются признаки вовлечения в опухоль магистральных сосудов и отдалённые метастазы. Принципиально важное значение имеет дооперационная дифференциальная диагностика с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы, поскольку тактика хирургического лечения этих опухолей различна. Морфологическая верификация нНЭОПЖ основывается на положительной реакции с хромогранином А и синаптофизином, экспрессии различных гормонов. Важным критерием является индекс Ki-67.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 1998 по 2008 г. находилось на лечении 67 больных с нНЭОПЖ. В диагностике использовались УЗИ, СКТ (МД-СКТ), МРТ, ЭНДО-УЗИ. Все больные оперированы: панкреатодуоденальная резекция (гПДР и пПДР) - 30, экономная резекция железы или энуклеация опухоли – 12, дистальная резекция поджелудочной железы - 21. У 4 пациентов (6%) операция носила эксплоративный характер. Во всех случаях диагноз подтвержден комплексным морфологическим исследованием удаленных препаратов. Проанализирована зависимость выживаемости от возраста больных, вида оперативного вмешательства, а также локализации, размеров, стадии и морфологического строения опухоли. Изучена клинико-инструментальная картина заболевания, а также 5-летняя выживаемость.

Результаты. Комплексная лучевая диагностика позволила в 98% правильно установить нейроэндокринный характер новообразований на дооперационном этапе. Наиболее характерными особенностями визуализации нНЭОПЖ явились четкие, ровные контуры, однородный и равномерно выраженный солидный компонент новообразований, по сравнению с аденокарциномами той же локализации.

Опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы в 47,8% (32 пациента). Поражение тела и хвоста железы имело место в 31,3% (21 пациент) и 20,9% (14 пациентов) соответственно. У 4,5% больных нНЭОПЖ являлась частью синдрома МЭН-1.

Общая пятилетняя выживаемость больных с нНЭОПЖ составила 58%, в то время как у пациентов с аденокарциномами той же локализации всего 4%.

Заключение. С учетом выживаемости больных с «нефункционирующими» НЭО поджелудочной железы по сравнению с аденокарциномами той же локализации обоснована «активная» хирургическая тактика ведения больных с нНЭОПЖ, даже при местнораспространенных опухолях и при наличии отдаленных метастазов, а при локализованных формах–органосберегающие операции.

ФОРМИРОВАНИЕ ОСТЕОПЕНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Губик Е. А., Пыльник Т.С.

Медицинская академия, Чита, Россия

В условиях нарушения поступления желчи в двенадцатиперстную кишку и токсического воздействия прямого билирубина у больных с длительной механической желтухой возможны нарушения пролиферирующей функции остеобластов, что приводит к нарушению минерализации костной ткани.

Цель исследования. Изучить минеральную плотность костной ткани (МПКТ) у больных с механической желтухой (МЖ) в ранний период заболевания.

Материалы и методы. Исследование МПКТ проводили методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии с помощью рентгеновского денситометра фирмы Hologic с расчетом среднеинтегрированного показателя Т-критерия по трем зонам скелета.

В исследование были включены 42 пациента с МЖ длительностью не более 30 дней, со средним значением общего билирубина (ОБ) 169,1±25,7 мкмоль/л и прямого (ПБ) – 110,6±16,2 мкмоль/л.

В качестве контрольной группы были использованы данные, полученные при обследовании сопоставимых по полу и возрасту 26 человек без патологии со стороны печени желчевыводящей системы.

Результаты. При проведении рентгенденситометрического обследования больных с МЖ, имевших уровень ОБ до 100 мкмоль/л, среднее значение Т-критерия составило -0,1±0,3, что не имело существенных отличий от аналогичного показателя контрольной группы ($t<2$, $p>0,05$).

У больных с уровнем ОБ плазмы крови в пределах от 101 до 300 мкмоль/л было установлено наличие остеопенического синдрома с показателем Т = -1,5±0,2, что имело существенные отличия в сравнении с аналогичным показателем контрольной группы ($t\geq2$, $p\leq0,05$), так и группы пациентов с уровнем общего билирубина до 100 мкмоль/л ($t\geq2$, $p\leq0,05$).

У пациентов с уровнем общего билирубина более 300 мкмоль/л среднее значение Т-критерия составило -2,5±0,3, что указывало на пограничное состояние между остеопенией и остеопорозом, и имело значимое различие как с аналогичным показателем контрольной группы, так и с денситометрическими показателями, полученными в группах больных с более низким уровнем общего билирубина ($t\geq2$, $p\leq0,05$).

Сравнение рентгеноденситометрических показателей с уровнем прямого билирубина показало более выраженную взаимосвязь. Так, при концентрации ПБ до 100 мкмоль/л среднее значение Т-критерия составило -0,3±0,2, что имело существенное отличие от аналогичного показателя, полученного в контрольной группе ($t\geq2$, $p\leq0,05$). При возрастании ПБ в пределах от 101 до 200 мкмоль/л было отмечено развитие остеопении с показателем Т = -1,8±0,1. У пациентов с уровнем прямого билирубина более 200 мкмоль/л было отмечено прогрессирование остеопенического синдрома со снижением значения показателя Т до -2,4±0,2($t\geq2$, $p\leq0,05$).

Заключение. Таким образом, у большинства больных с МЖ уже в раннем периоде заболевания при уровне ОБ свыше 100 мкмоль/л развиваются явления остеопении, которые прогрессивно нарастают и имеют пограничные значения с остеопорозом при уровне билирубина свыше 300 мкмоль/л. Это свидетельствует о целесообразности применения рентгеноденситометрии у больных с МЖ с целью своевременной диагностики и профилактики остеопенического синдрома.

ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Иванов А.С., Драч Л.Л.

Санкт-Петербургская государственная медицинская Академия им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

К моменту установления диагноза лишь 20% больных с холангиоцеллюлярным раком операбельны, при этом 5-летняя выживаемость не превышает 18%. Большинству пациентов выполняются различные варианты паллиативных эндобилиарных вмешательств (дренирование и стентирование желчных протоков антеградным и ретроградным способами). Сообщений о пятилетней выживаемости после паллиативных желчеотводящих вмешательств нет. В связи с этим актуальна разработка альтернативных методов лечения холангиокарцином. По литературным данным, комбинированное использование стентирования и фотодинамической терапии позволяет увеличить продолжительность жизни в 3 раза.

Применение фотодинамической терапии (ФДТ) в лечении протокового рака представляет значительные методические трудности из-за глубины залегания области поражения: длинный узкий канал доступа к опухоли, в просвете протоков находится жидкая оптически плохо прозрачная среда (желчь), отсутствует непосредственный визуальный контроль процедуры.

За последних 4 года в нашей клинике находились на лечении 68 пациентов, страдающих опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложнёнными механической желтухой. Из них у 11 (16,2%) выявлен холангиоцеллюлярный рак. Фотодинамическую терапию выполнили 5 пациентам, причём первым двум из-за опасения потерять контакт с протоками вводили световод непосредственно через дренаж, третьему пациенту через холангиопорт, когда отсутствовал «барьер» между опухолью и источником света, а четвертому процедура выполнена интраоперационно, когда облучение опухоли выполняли под визуальным контролем. Во всех случаях в качестве фотосенсибилизатора использовался препарат радохлорин для внутривенного введения 0,35%. Введение препарата начинали за 3 часа до облучения. Дозу препарата подбирали в зависимости от веса больного, а доза лазерного излучения определялась по формуле F=ПИ * диаметр дренажа * протяжённость поражения протока, определяемая рентгенологически * 300 Дж.

Осложнений, связанных с фотодинамической терапией, не зафиксировано ни в одном случае. В первых двух случаях, когда световод заводился через дренаж, в ходе динамического исследования не отмечено отклонения от «естественного» течения опухолевого процесса – постепенный «ползущий» рост опухоли, регистрируемый при контрольных фистулографиях. Продолжительность жизни достоверно не отличалась от пациентов, которым не выполнялась процедура и составила 8 месяцев с момента установления диагноза. У одного больного, которому процедура выполнялась по модифицированной методике через холангиопорт, продолжительность жизни составила 10 месяцев. 2 больных продолжают наблюдаться в клинике, причём у одного после ФДТ прошло 12 месяцев, отмечается стабилизация опухолевого процесса.

По нашему мнению, наиболее оптимальным является выполнение ФДТ при протоковом раке через холангиопорт с использованием цилиндрического световода при условии замещения желчи на оптически прозрачную среду. Однако окончательные выводы об эффективности ФДТ в лечении холангиоцеллюлярного рака мы сможем сделать после оценки репрезентативного количества наблюдений.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ

Климов А.Е., Федоров А.Г., Давыдова С.В., Майзельс Е.Н
Кафедра факультетской хирургии Российского университета дружбы народов, Москва, Россия

Цель исследования. Разработка оптимальной тактики лечения больных с синдромом Мириззи.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 45 больных с синдромом Мириззи. Среди пациентов было 10 (22,2%) мужчин и 35 (77,8%) женщин. Средний возраст больных составил 69,6±15,8 года. По классификации C.McSherry, (1982) пациенты разделены на две группы: I тип-стриктура выявлен у 10 (22,2 %) больных, II тип-свищ – у 35 (77,8 %). Всем пациентам выполняли ультразвуковое исследование. ЭРХПГ выполнена 31 больному. При этом у 25 (86%) пациентов выявлен холедохолитиаз, холангит – в 19 (61,3%) случаях.

Результаты. При наличии механической желтухи лечение начинали с эндоскопической декомпрессии желчных протоков. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию с литоэкстракцией выполнили 14 (50%) пациентам. При неудаляемых больших камнях протоков исследование завершали назобилиарным дренированием в 18 (64,3%) случаях, стентированием желчных протоков – в 6 (21,4%). Только эндоскопическое лечение проводили 11 (35,6%) больным, с I типом – 3 (27,3%) пациентам, со II типом – 8 (72,7%). В 14 (31,1%) случаях ЭРХПГ не выполнялось, диагноз установлен интраоперационно.

Оперированы 34 (75,6%) пациента. Холецистэктомия сочеталась с инструментальной ревизией желчных протоков и литоэкстракцией в 28 (82,4%) случаях. Пластику желчного протока выполнили у 9 (26,5%) пациентов, у 2 (5,9%) больных наложение гепатикоэнтероанастомоза, дренирование по Керу через свищевое отверстие в 3(8,8%) случаях, наложение глухого шва при небольшом дефекте стенки желчного протока у 4 (11,8%) пациентов. Общая летальность составила 6,7%, послеоперационная – 5,9%.

Заключение. Больным с синдромом Мириззи целесообразно на первом этапе лечения проводить эндоскопическую декомпрессию желчных протоков, на втором – хирургическое вмешательство, а у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском необходимо ограничиться эндоскопическим лечением.

ФАКТОРЫ РИСКА КРОВОПОТЕРИ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Козырин И.А.
научный руководитель – профессор В.А. Вишневский, ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Москва, Россия

Актуальность. Число больных с метастатическим колоректальным раком печени не уменьшается. В связи с преобладанием местораспространенных форм актуальной остается проблема профилактики интраоперационной кровопотери при резекции печени.

Цель. Определить факторы риска кровопотери при резекциях печени по поводу метастазов колоректального рака.

Материалы и методы. С 1995 по 2007 гг. в Институте хирургии оперировано 112 больных по поводу метастазов колоректального рака. Выполнено 53 больших и 58 сегментарных резекций печени. Оценено влияние на кровопотерю: стадии опухолевого процесса, объема резекции печени, размера опухоли, би- и унилобарного характера метастазирования, числа опухолевых узлов, вовлечения в опухолевый процесс магистральных сосудов печени, химиотерапевтического лечения, способа разделения паренхимы печени.

Результаты. При оценке данных достоверного влияния какого-либо из перечисленных выше факторов на кровопотерю в объеме до 1 и более 3 литров не получено.

Достоверная разница в частоте возникновения кровопотери объемом более 2 литров имела место при: IV стадии (35%) и III стадии (17%) по mTNM (p = 0,049); при III (50%) и IV стадии (40%) против I (8%) и II стадий (18%) по Gennari (p = 0,03). При размере очага более 7 см кровопотеря более 2 литров выявлена в 40% случаев, тогда как при размере менее 7 см только в 20% (p = 0,03). При экстравазальной компрессии опухолью крупных венозных стволов кровопотеря более 2 литров отмечена в 50%, без компрессии - в 18% (p = 0,03). Среди пациентов, получивших неоадъювантную химиотерапию кровопотеря более 2 литров имела место у 40% больных, без химиотерапии - у 18% (p = 0,017).

Не выявлено достоверных отличий, но отмечена тенденция к более высокому риску кровопотери в объеме более 2 литров при больших резекциях печени в отличие от сегментарных (36 и 21% соответственно, p = 0,08); при поражении более 3 сегментов печени (40% против 22, p = 0,081); при инвазии опухоли в магистральные воротные и печеночные вены (46 против 25% без инвазии, p = 0,087). Достоверно не влияло на объем кровопотери более 2 литров число метастатических очагов в печени (30% при множественных и 22 при солитарных, p = 0,379), билобарное или унилобарное поражения печени (34 и 21% соответственно, p = 0,162). Не влиял на риск возникновения кровопотери объемом более 2 литров и способ разделения паренхимы: разрушение ткани печени зажимом (29%), ультразвуковым деструктором CUSA (35%) и аппаратами радиочастотной и ультразвуковой коагуляции тканей (16%) (p = 0,286).

Выводы. При резекциях печени по поводу метастазов колоректального рака риск интраоперационной кровопотери достоверно повышается при 4 стадии заболевания по mTNM, 3-4 стадии по Gennari, размере опухоли более 7 см, сдавлении элементов кавальных или портальных ворот печени, а также после перенесенной химиотерапии. Факторами риска кровопотери также являются объем резекции печени, число пораженных сегментов >3, инвазия опухоли в магистральные вены печени.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КИСЛОРОДНО-ТРАНСПОРТНОЙ ФУНКЦИИ КРОВИ И НИТРАТ/НИТРИТОВ ПРИ ОСТРОМ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ПАНКРЕАТИТЕ У КРЫС

Колешко С.В., Пакульневич Ю.Ф., Могилевец Э.В.
Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Патогенетические аспекты изменений кислородсвязующих свойств крови у больных с острым панкреатитом (ОП) исследованы недостаточно, поэтому особую значимость приобретает изучение характера обеспечения тканей поджелудочной железы (ПЖ) кислородом при данной патологии и изыскание новых методов лечения ОП.

Целью работы является изучение кислородтранспортной функции крови и содержания нитрат/нитритов в плазме при экспериментальном ОП у крыс, что позволит предложить возможные методы коррекции нарушений.

Материал и методы. Эксперименты проведены на 49 белых крысах. Все животные разделены на 2 группы: 1-я – контроль - производили верхнесрединную лапаротомию с последующим ушиванием брюшной полости (24 животных); 2-я – модель очагового деструктивного ОП по разработанной методике (25 животных). Забор крови из правого предсердия осуществляли на 3, 5 и 10 сутки от начала эксперимента, где определяли pO2, SO2, pCO2, pH с помощью газоанализатора Synthesis-15. Кислотно-основное состояние крови определялось по номограммам Siggaard-Andersen по следующим показателям: ABE/SBE, HCO3-, TCO2, SBC. Сродство гемоглобина к кислороду оценивалось по показателю p50, определяемого спектрофотометрически при реальных значениях pH, pCO2 (p50реал). Положение кривой диссоциации оксигемоглобина рассчитывали по полученным значениям p50, используя уравнение Хилла. Содержание нитрат/нитритов в плазме измеряли с помощью реактива Грисса.

Результаты. При сравнении данных ОП с контролем в динамике на 3 сутки отмечается снижение pO2 на 28,8%, SO2 на 16,1%, pH, pCO2, ABE, HCO3-, TCO2, SBE, SBC. Содержание NO3-/NO2- выше, чем в контрольной группе, на 59,7%. На 5 сутки разница с контрольной группой по данным показателям становится еще больше, кроме pCO2, которое увеличивается на 14%. Концентрация нитрат/нитритов увеличилась еще на 37,5%. На 10 сутки разница становится меньше, при этом pCO2 от контрольной группы достоверно не изменялось. В развитии ОП прослеживались следующие изменения: на 5 сутки снижались показатели pO2 на 18,1%, SO2 на 27%, pH, ABE, SBE, SBC, отмечно увеличение pCO2 на 22,6%, кривая диссоциации оксигемоглобина (КДО) смещается вправо. К 10 суткам, наоборот, увеличивались, по отношению к 5 суткам pO2 - на 43% и SO2 - на 33,3%, pH, ABE, HCO3-, TCO2, SBE, SBC, однако остались ниже контрольных, при этом pCO2 уменьшилось на 9,2%.

Выводы. Таким образом, при ОП развивается метаболический ацидоз и снижается pO2 крови, что приводит к развитию гипоксии. Концентрация нитрат/нитритов при ОП увеличивается, что отражает активизацию L-аргинин-NO системы, которая обусловлена экспрессией индуцибельной изоформы NO–синтазы. Смещение КДО вправо на 5 сутки при реальных значениях pH и pCO2, отражает усиление механизмов, направленных на компенсацию гипоксии, но это не приводит к снижению проявления гипоксии, что представляет интерес к поиску средств для коррекции данных нарушений.

СПИРАЛЬНАЯ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКАЯ АНГИОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Кудрявцева А.В., Дзидзава И.И.
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Введение. На фоне все возрастающей заболеваемости хроническими диффузными заболеваниями печени актуальным является поиск неинвазивной методики для диагностики и определения степени выраженности портальной гипертензии и оценки эффективности ее лечения. Анализ литературы показывает, что спиральная компьютерно-томографическая ангиография может являться эффективным методом решения этих задач.

Цель исследования. Рационализация методики компьютерной томографии с болюсным введением контрастного вещества в диагностике синдрома портальной гипертензии, планировании оперативного вмешательства и в оценке эффективности хирургического лечения.

Материалы и методы. Обследовано 56 пациентов с синдромом портальной гипертензии различной этиологии. Всем пациентам выполнена многофазная спиральная компьютерная томография живота (СКТА) на 4-срезовом аппарате. У всех больных оценивались изменения и размеры воротной и селезеночной вены, структура и размеры печени и селезенки, наличие и объем асцита, наличие естественных анастомозов, варикозное расширение вен пищевода.

Результаты. У всех обследованных удалось получить изображение воротной системы хорошего качества. У 39 пациентов синдром портальной гипертензии был обусловлен циррозом печени, у 2 – синдромом Бадда-Киари, у 11 - тромбозом и кавернозной трансформацией воротной вены. На фоне ЦП у 3 больных диагностирован гепатоцеллюлярный рак, у 2 - фокальная нодулярная гиперплазия, у 1 - холангиоцеллюлярный рак. Естественные портосистемные анастомозы визуализировались у 34 пациентов. Визуализация портокавальных шунтов достигнута во всех наблюдениях. У 1 пациента определялся гастракавальный анастомоз, 1 - мезентерикокавальный конец-в-бок, 7 - мезентерикокавальный Н-анастомоз с аутовенозной вставкой, 11 - дистальный спленоренальный, 3 - трансюгулярный транспеченочный портосистемный анастомоз. Проходимость шунта подтверждена в 20 случаях, у 3 больных диагностирован тромбоз анастомоза в послеоперационном периоде.

Выводы. Таким образом, многофазная спиральная компьютерная томография с двухфазным введением контрастного вещества позволяет поставить диагноз синдрома портальной гипертензии, выявить его причину, визуализировать естественные анастомозы, является информативным методом планирования оперативного вмешательства и визуализации проходимости портосистемных шунтов в послеоперационном периоде.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ПРОГНОЗА ПРОТОКОВОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СТАНДАРТНЫХ И РАСШИРЕННЫХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ.

Мелехина О.В.
ФГУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского», Москва, Россия

Цель исследования. Оценить факторы, оказывающие влияние на продолжительность жизни больных протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы после стандартных и расширенных панкреатодуоденальных резекций (ПДР).

Материалы и методы. Статистическая обработка результатов лечения 60 пациентов с протоковой аденокарциномой головки поджелудочной железы после стандартных(n =30) и расширенных (n=30)ПДР.

Результаты. Актуриальная 1-, 2- и 5–летняя выживаемость составила 45, 34 и 12%. Фактическая 1-, 2-, 3- и 5-летняя выживаемость соответственно 43,3, 21,6, 5 и 1,6%. На продолжительность жизни всех пациентов вне зависимости от объема лимфодиссекции достоверно оказывали влияние экстрапанкреатическая периневральная инвазия (p=0,001), метастазы в л/у (p=0,0007), степень дифференцировки опухоли (p=0,01), химиотерапия (p=0,008), стадия заболевания (p=0,03) и размер опухоли (p=0,03). На продолжительность жизни пациентов после ПДР со стандартным объемом лимфодиссекции достоверно влияли только размер опухоли (p=0,03) и метастазы в

регионарные л/у (p=0,01). Прогностическими факторами для ПДР с расширенным объемом лимфодиссекции оказались экстрапанкреатическая перineвральная инвазия (p=0,001), метастазы в регионарные и отдаленные л/у (p=0,001), ХТ (p=0,005), стадия заболевания (p=0,001) и размер опухоли (p=0,03). При мультивариантном анализе только экстрапанкреатическая перineвральная инвазия оказывала влияние на продолжительность жизни. Достоверно большая продолжительность жизни после расширенного объема лимфодиссекции была отмечена у пациентов с размером опухоли от 2 до 4 см и при локализации опухоли в крючковидном отростке.

При установленной после операции 2 стадии заболевания в течение года умерли 46% пациентов после стандартной ПДР и 7% пациентов после расширенной. Местный рецидив заболевания был зарегистрирован у 59% пациентов после стандартного объема лимфодиссекции и у 15% после расширенного.

Заключение.

1. ПДР с расширенным объемом лимфодиссекции позволяет значимо снизить число местных рецидивов протоковой аденокарциномы и увеличить продолжительность жизни больных с поражением регионарных лимфоузлов.

2. Прогноз заболевания и стадия могут быть определены более точно после раширенных ПДР, по сравнению со стандартными.

3. Точность прогноза при расширенных ПДР при протоковой аденокарциноме поджелудочной железы обусловлена более детальной оценкой таких прогностических факторов, как поражение лимфатических узлов и перineвральной инвазии.

УСИЛЕНИЕ АНТИЦИТОКИНОВОГО ЭФФЕКТА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Неверов П.С., Кондратенко Г.Г., Бутько Л.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

Ключевым патогенетическим звеном в развитии острого панкреатита (ОП) является синдром системного воспалительного ответа (ССВО) с прогрессирующим повреждением паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) и развитием полиорганной недостаточности.

Цель работы. Установить возможность усиления эффекта антицитокиновой терапии при тяжелом остром панкреатите в эксперименте.

Материал и методы. Моделирование тяжелой формы ОП проводилось на беспородных собаках (n=17) массой 9 – 25 кг по разработанной нами методике. Лечение ОП начинали через 24 часа после создания модели. Животные были разделены на три группы. В первой контрольной группе (n=5) назначалась инфузионная терапия с применением кристаллоидных растворов и антиферментных средств в среднетерапевтической дозировке. В схему лечения во второй контрольной группе (n=6) были включены препараты с доказанной антицитокиновой активностью (пентоксифиллин, лидокаин, октреотид) и антигипоксант эмоксипин. При лечении ОП в основной группе (n=6) указанные лекарственные средства вводились внутривенно в смеси с препаратом гемодинамического действия Ладпулин, созданного на основе полисахарида пуллулана (регистрационный № 06/07/876 в РБ от 31.08.2006). Препарат уменьшает вязкостные характеристики крови, обладает выраженным антиадгезивным и антиагрегационным действием, активирует микроциркуляцию. Смеси готовились ex tempore и инкубировались в термостате в течение 30 минут при t 25˚. Проведенные хроматографические, pH-метрические и вискозиметрические исследования не выявили признаков химического взаимодействия препаратов в растворе Ладпулина.

Для оценки выраженности ССВО определялась концентрация провоспалительных цитокинов α-фактора некроза опухолей (αФНО), интерлейкина 1 (ИЛ1), интерлейкина 6 (ИЛ6) в плазме крови лабораторных животных. Для этого использовались тест-наборы на основе «сэндвич»-метода твердофазного иммуноферментного анализа с моноклональными антителами. Забор крови производился перед началом эксперимента, через 24 часа (перед началом лечения), а также на 3, 7 сутки после операции.

Результаты. В контрольной группе погибло 3 животных, в первой – 2. В основной группе все животные выжили. Через 1 сутки после моделирования у всех животных было отмечено развитие ССВО с достоверным ростом концентрации α-ФНО (с 85±23,05 пг/мл до 262,3±38,84 пг/мл, p=0,001), ИЛ1 (с 59,83±11,57 пг/мл до 106,7±13,28 пг/мл, p0,05. Во второй контрольной группе лишь к 7 суткам достигнута нормализация концентрации ИЛ6 (достоверных различий с нормальными показателями нет, p=0,607). Уровни α-ФНО и ИЛ1 имели слабую тенденцию к снижению, однако достоверно отличались от нормы.

Вывод. Применение антицитокиновых средств в лекарственной смеси с высокомолекулярным плазмозамещающим раствором «Ладпулин» способно потенцировать антицитокиновый эффект при остром экспериментальном панкреатите.

ВАРИАНТЫ СТРОЕНИЯ СОСУДИСТО-СЕКРЕТОРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ПЕЧЕНИ

Нечунаев А.А., Панченков Д.Н., Макаров А.В.

МГМСУ, ММА им. И.М. Сеченова, Москва, Россия

Целью нашего исследования было изучить анатомические варианты строения сосудисто-секреторных элементов печени.

Материалы и методы. Было исследовано 30 препаратов печени.

Результаты. Печеночная артерия исследована в 25 наблюдениях. В одном случае (4%) имелась трифуркация собственно печеночной артерии, в двух случаях (8%) левая полупечень (сегменты 2,3,4) получала самостоятельное кровоснабжение из артерии, не связанной с собственно печеночной артерией, и в одном случае (4%) такая артерия отдельно снабжала второй сегмент. Смещение артерии IV сегмента на правую печеночную артерию отмечено в 4-х случаях (16%), в одном случае при наличии таковой и от левой. В одном случае (4%) – отхождение артерии CVII от левой печеночной артерии. Строение воротной вены исследовано в 30 наблюдениях. В одном случае (3,3%) отмечена трифуркация воротной вены. В четырёх случаях (13,3%) отхождение правой парамедианной вены от левой воротной вены. В восьми случаях (26,6%) отсутствовала правая латеральная вена. В девяти случаях вены CIV отходили только от синуса Рекса, в остальных случаях вены CIV отходили и от левой воротной вены. В одном случае левая парамедианная вена была сильно редуцированна до1 см в диаметре и длиной 0,4 см, и направлялась вверх, а не вперед, в этом случае 7 из 11 вен CIV отходили от левой воротной вены. Желчные протоки обследованы в 26 случаях. В двух случаях (7,7%) отмечена трифуркация – образование общего печеночного протока из трех протоков левого печеночного, правого латерального и парамедианного протоков. Впадение правого латерального протока в левый проток отмечено в четырёх случаях (15,4%). Отсутствие правого парамедианного протока, зафиксировано в четырёх случаях (15,4%), В двух случаях (7,7%) отмечено впадение дополнительного протока CV в общий печеночный проток при наличии правого парамедианного протока сливающегося из протоков CV и CVIII. В двух случаях(7,7%) отмечено образование левого протока из левого парамедианного и латерального протока – протока CII. В одном случае (5,6%) образование левого печеночного протока из протоков CII, CIII, CIV, сливающихся в одном месте. Отмечены дополнительные протоки от IV сегменита. Наши данные в целом совпали с общеизвестными данными о строении сосудисто-секреторных элементов ворот печени. Однако количество аномалий их строения оказалось меньше чем описано в литературе, при этом встретились редкие анатомические варианты.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Олисов О.Д.

научный руководитель – проф. А.В. Чжао, НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Цель. Оценить методы диагностики и лечения билиарных осложнений после ОТП.

Материалы и методы. Анализированы результаты 94 ОТП у 92 реципиентов (в том числе 2 ретрансплантации), выполненных в период с сентября 2000 по март 2009. В качестве метода билиарной реконструкции использовали гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) на петле тонкой кишки, выключенной по Ру – 26 (27,7%), или билиобилиарный анастомоз (ББА) конец в конец – 68 (72,3%). Различного рода билиарные осложнения после ОТП диагностированы у 16 (17%) реципиентов. Диагностика билиарных осложнений осуществлялась на основании их клинических и лабораторных проявлений, по результатам инструментального обследования, включавших проведение УЗИ, МРТ, динамической сцинтиграфии печени, фистулохолангиографии, ангиографии и гистологических методов исследования.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде частичная несостоятельность желчеотводящих анастомозов отмечена в 6 (6,4%) наблюдениях. Несостоятельность ГЕА отмечена в 3 (11,5 %) из 26 наблюдений. Билиобилиарные соустья оказались несостоятельны в 4 (4,4%) из 68 наблюдений. Во всех 6 наблюдениях несостоятельность желчеотводящих соустий проявлялась желчеистечением в брюшную полость с явлениями желчного перитонита и диагностировалась на 15 - 6,9 сутки. УЗИ в сочетании с диагностической пункцией брюшной полости было основным методом инструментальной диагностики желчного перитонита. Во всех 6 случаях несостоятельности желчеотводящих анастомозов произведена санационная релапаротомия, в 1 наблюдении несостоятельность ГЕА индуцировала развитие абдоминального сепсиса и летальный исход.

Суммарная частота стриктур после ОТП составила 13 (13,8)%: при ББА - 6 (6,4%), при ГЕА - 7 (7,4%). В 84,6% (11 из 13) клиника стриктур желчных протоков манифестировала в первые 3 месяца после ОТП, во всех случаях стриктура желчеотводящего анастомоза сопровождалась явлениями холангита разной степени выраженности. Гипербилирубинемия была основным лабораторным маркером послеоперационных стриктур желчных протоков.

Внутрипеченочная билиарная гипертензия наиболее часто выявлялась при изолированных стриктурах анастомоза (ИСА): УЗИ - 87,5%, МРТ – 100%. При диффузных стриктурах данный признак выявлялся в 20 и 50%, соответственно. Ишемический (артериальный) фактор развития стриктур желчных протоков выявлен в 3 наблюдениях (УЗ-допплерография, СКТ, ангиография).

По результатам ЭРПХГ диагноз послеоперационной стриктуры установлен в 4 из 4 наблюдений ИСА. У 4 из 5 пациентов с ИСА и наружным желчным свищом (в том числе после ЧЧХС) диагноз стриктуры подтвержден фистулохолангиографией. ЭПСТ в сочетании с эндобилиарным стентированием применено у 4 пациентов: эффективность данного метода отмечена в 1 наблюдении, 2 пациента в последующем оперированы в связи с наличием клинических признаков холангита и обструкции желчных путей, 1 пациент погиб от билиарного сепсиса. ЧЧХС в сочетании с баллонной дилатацией применена у 3 пациентов: в 2 наблюдениях применение чрескожных методов в сочетании с реконструктивным вмешательством было эффективным. В одном наблюдении, несмотря на многократные сеансы ЧЧХС и регулярные замены дренажей, требовалось проведение ретрансплантации. Реконструктивные операции выполнены у 5 больных, 3 больным потребовалась ретрансплантация печени. Летальность, индуцированная билиарными осложнениями, составила 6 (6,3%).

Выводы. Подавляющее большинство билиарных осложнений развивается в течение первого года после ОТП, ведущими клинико-лабораторными признаками стриктур желчных протокв является холангит и синдром холестаза. Информативность УЗИ и МРТ наиболее высока в диагностике изолированных стриктур желчеотводящих анастомозов, при подозрении на наличие диффузных стриктур необходимо проведение комплексного обследования с обязательным изучением артериального кровотока в трансплантате. Консервативные и миниинвазивные методы коррекции стриктур редко оказываются эффективны в случае их изолированного использования в качестве окончательного метода лечения.

ФЕНЕСТРАЦИЯ И ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИЯ ПРОСТЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Орлов О.Г.

Уральская государственная медицинская академия, Свердловская областная клиническая больница № 1, Екатеринбург, Россия

Хирургическое лечение простых кист печени традиционно преследует решение 2-х основных задач: деэпителизация и ликвидация остаточной полости. При этом неполная деэпителизация, как правило, ведет к рецидиву заболевания.

Для решения первой задачи нами решено было использовать контактную мукоклазию марлевыми турундами, пропитанными 33% раствором перекиси водорода (пергидроля). Перед использованием излишки пергидроля тщательно отжимали.

В эксперименте на крысах было выявлено, что такое воздействие в течение 7 минут приводит к полной деэпителизации слизистой желудка на глубину 0,95+0,06 мм без повреждения более глубоких структур. При экспозиции 10 минут глубина воздействия составила 1,21+0,1.Выраженного пенообразования при этом не происходило, а область и глубина контактного воздействия при этом хорошо визуализировались по белоснежной окраске измененных тканей. Через 10 суток на слизистой оболочке формировался рубец без продолженного некроза и признаков регенерации эпителия. Аналогичное воздействие на поверхность печени дало близкие результаты (1,2+0,07 и 1,17+0,15).

Разработанная методика включала в себя деэпителизацию 33% раствором перекиси водорода (пергидроль) и ликвидацию оста-

точной полости (широкая фенестрация, ушивание или наружное дренирование с низковакуумной аспирацией).

Методику применяли при простых кистах средних (5-10 см) и больших размеров (более 10 см). В 2003-2008 гг. пролечено 36 больных. У 21 из них вмешательство было выполнено из мини-доступа, у 15 - из широкой лапаротомии.

После вскрытия кисты, удаления содержимого и ревизии полости производили тампонаду полости кисты марлевыми салфетками, смоченными пергидролем и тщательно отжатыми. Экспозиция составляла 7-10 минут.

После обработки осматривали обработанную поверхность. При вмешательствах из мини-доступа в этих целях использовали ранорасширитель Мини-Ассистент. Критерий эффективности – ярко- белый цвет всей внутренней поверхности кисты. Участки, недостаточно изменившие свой цвет, обрабатывали повторно. Кроме всего прочего, изменение окраски способствовало выявлению внутренних желчных свищей. Интраоперационных осложнений не наблюдали. Во время операции внутренние желчные свищи были выявлены и устранены у 2 больных.

В послеоперационном периоде отмечалось быстрое уменьшение в размерах остаточной полости до полной её ликвидации к 7-10 суткам.

В послеоперационном периоде у 1 пациента имело место желчеистечение из остаточной полости, ликвидированное с помощью реминилапаротомии и ушивания ранее просмотренного желчного свища. Еще у 1 пациента произошло нагноение послеоперационной раны.

При гистологическим исследовании удаленных препаратов во всех случаях выявлена полная деэпителизация стенок кист. Рецидива кист печени не наблюдали ни в одном случае.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ.

Пашовкин И. Т., Петухова М. В.

ФГУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского», Москва, Россия

Цель. Обоснование показаний и выбор оптимальной тактики хирургического лечения хронического панкреатита (ХП), осложненного внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ).

Материалы и методы. В 2005-2008 гг. оперированы 136 больных ХП. Средний возраст составил 46,4±9,9 года (от 27 до 68 лет). Показанием к хирургическому лечению явилось наличие болевого синдрома (97%), постнекротической кисты (36%), панкреатической гипертензии (84%), стеноза общего желчного протока (41%) и двенадцатиперстной кишки (27%).

Комплексное обследование больных ХП (компьютерная и магнитно-резонансная томография, УЗИ с дуплексным сканированием сосудов, эзофагогастродуоденоскопия) в большинстве случаев позволяло определить выраженность фиброзно-воспалительных изменений поджелудочной железы (ПЖ) и выявить признаки нарушения портального кровотока, обусловленные компрессией или тромбозом основных венозных портальных стволов. После лапаротомии и по завершении основного этапа операции производилась ультразвуковая оценка кровотока, дополненная прямой манометрией в венах воротной системы (притоках желудочно-сальниковых, желудочных, брыжеечных и селезеночной вен).

Полиморфизм проявлений ХП и необходимость их хирургической коррекции обусловил выполнение различных оперативных вмешательств: панкреатодуоденальной резекции – 17 (с сохранением привратника – 10), субтотальной резекции головки ПЖ – 9 (операции Бегера – 7, «бернский вариант» – 2), дистальной резекции – 13 (со спленэктомией – 7, с резекцией селезенки – 1), операции Фрея – 28, продольного панкреатоеюноанастомоза – 22, цистопанкреато- и цистоеюноанастомоза – 27, наружное дренирование постнекротических кист – 14 (со спленэктомией – 1) операций.

При выраженных проявлениях печеночной и внепеченочной портальной гипертензии, высоком риске кровопотери у больных с алиментарным истощением оперативное вмешательство вынужденно выполнялось без вмешательства на ПЖ: гепатикоеюноанастомоз (1), спленэктомия (1) или диагностическая лапаротомия (4).

Для оценки эффективности хирургических вмешательств с позиций редукции и прогрессирования портальной гипертензии были выделены исследуемая (ХП с ВПГ – 52) и контрольная (ХП без ВПГ – 84) группы. В обеих группах изучались объем кровопотери и длительность операции, адекватность портальной декомпрессии, частота и характер осложнений, а также длительность стационарного лечения после операции.

Результаты. Проявления ВПГ по данным до- и интраоперационного обследования выявлены у 52 (39%) больных, из которых у 45 (87%) пациентов констатирована экстравазальная компрессия вен воротной системы, а тромбоз вен воротной системы – у 7 (13%) больных. У 7 (13%) пациентов портальная гипертензия была смешанного генеза и обусловлена сочетанием внепеченочной и печеночной форм гипертензии.

Объем интраоперационной кровопотери, длительность операции, потребность в трансфузии кровезаменителей, послеоперационный койко-день в группе больных с ВПГ были достоверно выше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). При интраоперационной манометрии и ультразвуковой оценке кровотока портальная декомпрессия достигалась достоверно чаще при выполнении резекционных вмешательств ($p<0,05$).

После операций внутреннего дренирования протоковой системы ПЖ показатели венозного давления и скорости портального кровотока оставались неизменными. В то же время операции внутреннего дренирования крупных постнекротических кист в большинстве случаев обеспечивали адекватную портальную декомпрессию.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АРГОНОПЛАЗМЕННОЙ ЭЛЕКТРОКОАГУЛЯЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Прокопьев В.С.

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, Киров, Россия

Цель. Улучшение результатов оперативного лечения хронического панкреатита путем обработки паренхимы поджелудочной железы аргоноплазменным коагулятором при продольной панкреатоеюностомии.

Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1998 по 2008 гг. оперированы 110 больных с различными формами хронического панкреатита: женщин – 11, мужчин – 99 в возрасте от 32 до 64 лет.

Из 110 больных 104 пациентам (94,5%) выполнена продольная панкреатоеюностомия по Puestow-Gillesby, 6 пациентам (5,4 %) – панкреатоспленэктомия в модификации по Puestow-2.

Одним из наиболее ответственных этапов продольной панкреатоеюностомии является надежный гемостаз ткани рассеченной паренхимы поджелудочной железы. С целью его достижения перед наложением панкреатоеюноанастомоза у 32 больных паренхима поджелудочной железы обрабатывалась сфокусированным пучком аргоновой плазмы. При этом слизистую главного панкреатического протока сохраняли интактной. В этой группе лишь 3 больным потребовалось дополнительное прошивание единичных кровоточащих сосудов.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде в группе больных, которым не проводилась аргоноплазменная коагуляция, отмечены клинические и лабораторные признаки желудочно-кишечного кровотечения различной степени выраженности у 8 больных. В группе с проведенной аргоноусиленной электрокоагуляцией лишь в 1 наблюдении зарегистрированы клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения. В группе больных, которым потребовалось прошивание единичных кровеносных сосудов, признаков желудочно-кишечного кровотечения не отмечено.

Вывод. Обработка рассеченной паренхимы поджелудочной железы аргоноусиленной плазменной электрокоагуляцией в целях обеспечения гемостаза у больных хроническим панкреатитом является надежным методом профилактики кровотечения из ткани поджелудочной железы в раннем послеоперационном периоде.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ ВРЕМЕНИ

Саганов В.П., Хитрихеев В.Е.

Бурятский государственный университет, Улан-Удэ, Россия

Цель. Оценить результаты лечения различных форм острого панкреатита в различные периоды времени.

Материалы и методы. Анализируются результаты обследования 99 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 года по январь 2009 года.

Исследуемые пациенты распределены согласно классификации Международного симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (2000, Волгоград).

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного с 2004 года всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

С 2004 года нами применяется оптимизированная лечебно-диагностическая тактика при различных формах острого панкреатита. Всем больным с подтвержденным деструктивным панкреатитом (УЗИ, КТ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лабораторные показатели), проводили базисную консервативную терапию, включающую антибиотикопрофилактику и терапию (карбапенемы, фторхинолоны, цефалоспорины III и IV поколения).

Показанием к хирургическому вмешательству служили: 1) Неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования. 2) Распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Тактика дифференцированного хирургического лечения заключалась в строго соблюдаемых принципах современной неотложной панкреатологии. Таким образом, при ограниченных формах панкреонекроза, независимо от факта инфицирования, нами применялся «закрытый» метод дренирующих операций в режиме «по требованию», при распространенных формах – «открытый» метод дренирования в режиме «по программе». Определено, что распространенный стерильный некроз поджелудочной железы, более 50%, неминуемо приводит к инфицированию. В этой связи, интенсивная терапия проводилась в одинаковом объеме, независимо от факта инфицирования.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с различными формами острого панкреатита.

Так, летальность больных с различными формами острого панкреатита за период 2001-2003 годы составляла 57%, в 2004 году – 25%, 2005 – 22%, 2006 – 21%, 2007 – 19%, 2008 – 18%.

Таким образом, за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом не только к диагностике, корректной оценке степени тяжести состояния больного, но и уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПСЕВДОТУМОРОЗНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Саганов В.П., Гунзынов Г.Д., Хитрихеев В.Е.

Бурятский государственный университет, Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ, Россия

Нами рассмотрены ближайшие результаты 45 панкреатодуоденальных резекций (ПДР), выполненных по поводу рака поджелудочной железы (ПЖ) (40 случаев) и псевдотуморозного панкреатита (5 случаев), верифицированных при гистологическом исследовании. Возраст больных составил 51±9,1года. Мужчин было 26, женщин – 19.

Диагноз устанавливался на основании общеклинических, биохимических исследований, а также УЗИ, КТ, онкомаркеров (СА-19-9 или СА- 242, РЭА, АФП), рентгенографии грудной клетки.

При уровне билирубина крови больше 150 -200 ммоль/л операции старались выполнять двухмоментно, когда на первом этапе производилась билиарная декомпрессия, на втором – непосредственно ПДР.

Панкреатодигестивные соустья были выполнены в 2 вариантах: панкреатоэнтеростомия конец в конец и панкреатикоэнтеростомия конец в бок. В 42 случаях ПДР в панкреатический проток устанавливался «потерянный» дренаж из силиконовой трубки. В 3 наблюдениях при узком вирсунговом протоке анастомозы были сформированы без дренирования.

Нами выявлено 7 случаев послеоперационных осложнений: в 2 случаях – несостоятельность швов панкреатодигестивного анастомоза конец в конец с дренажем, в 1 – несостоятельность холедохоеюноанастомоза, в 2 – длительный гастростаз, в 1 – синдром полиорганной недостаточности (СПОН) и в 1 – внутрибрюшное кровотечение. При этом в 4 наблюдениях из первых 15 операций осложнения носили фатальный характер. В остальной серии из 30 операций летальных исходов не было отмечено.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ.

Салиенко А.А.

Московский городской центр трансплантации печени НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

Введение. Комплексное обследование пациентов в Листе ожидания трансплантации печени (ЛО ТП) позволяет оптимизировать очередность выполнения трансплантации печени, своевременно проводить профилактику осложнений цирроза печени, тем самым снижая летальность в ЛО.

Цель. Определить место клинических, инструментальных и лабораторных показателей в оценке тяжести состояния пациентов из ЛО ТП.

Материалы и методы. Произведен анализ лечения 103 пациентов в ЛО ТП за 2008 год. Комплексное обследование включало проведение лабораторных тестов, в том числе вирусологическое обследование и уровень онкомаркеров крови, оценку пациентов в системах Child-Pugh и MELD. Инструментальные методы диагностики включали УЗИ брюшной полости с допплерографией сосудов, ЭГДС, КТ органов брюшной полости, статическую и динамическую гепатосцинтиграфию, денситометрию костей скелета, в ряде случаев – МР холангиографию. Пациентам с ГЦР обязательно выполнялась КТ органов грудной клетки для исключения метастазов, в ряде случаев – ПЭТ.

Результаты. В ЛО ТП на начало 2008 года состояло 103 пациента, на конец года - 109 пациентов (женщин 59(57,3 %), мужчин 44(42,7 %). Средний возраст пациентов 43,5 года (от 16,5 до 68 лет). Нехолестатический цирроз печени - 88(85,4%) пациентов, холестатитический цирроз 15(14,6%)). Оперировано 30(29,1%) пациентов; умерло 13(6,2%) пациентов; исключено 5(4,85%) пациентов; внесено в ЛО 49(47,57%) пациентов.

Распределение по классификации Child-Pugh: 59(57,2%) пациентов в классе А; 35(33,9%) - классе В; 9 (8,7%) - в классе С. За время наблюдения и на фоне лечения произошла миграция 4(3,8%) пациентов из класса А в В; из класса В в С - 2(1,9%) пациентов; из класса С в В - 1(0,9%) пациента, из класса В в А -1(0,9%) пациента.

Основными причинами смерти пациентов из ЛО ТП были прогрессирование печеночной недостаточности (ПН) - 4(3,8 %) пациента; кровотечение из ВРВП — 2(1,9 %) пациента, а также нарастающая ПН вследствие перенесенного кровотечения из ВРВП — 5(4,85 %) пациентов. Другие причины летальных исходов отмечены в единичных наблюдениях.

Осложнения у пациентов из ЛО ТП:

1. Печеночная недостаточность - желтуха у 12(11,6%) пациентов, энцефалопатия у 17(16,5%) пациентов, гипоальбуминемия у 18(17,5%).

2. Гепаторенальный синдром (ГРС) - у 34(33%) пациентов, в том числе потребовавший проведения заместительной почечной терапии (ЗПТ)- у 2(1,9%) пациентов.

3. ВРВП: у 22(21,35%) пациентов ВРВП 1 ст, у 32(31,06 %) пациентов ВРВП 2 ст, у 13(12,6 %) пациентов ВРВП 3 ст, у 2(1,9%) пациентов ВРВП 4 ст. Эндоскопическое лигирование (ЭЛ) ВРВП потребовалось у 21(20,4%) пациента, в том числе 2 и более раз у 5(4,85%) пациентов; прошивание ВРВП у 10(9,7%) пациентов.

4. Сахарный диабет – у 8(6,8%) пациентов, в т.ч. инсулинпотребный у 6(5,6%) пациентов.

5. Панцитопения – у 8(7,5%) пациентов, в том числе потребовавшая терапии стимуляторами эритропоэза у 6(5,8%) пациентов.

6. Остеопения и остеопороз – выявлены у 35(33,9%) пациентов

7. Нарушение питательного статуса было отмечено у 74(71,4%) пациентов.

8. Часто рецидивирующий или диуретикорезистентный асцит у 7(6,8%) пациентов.

Выводы. Для оценки тяжести состояния пациентов в ЛО ТП необходимо проведение их динамического комплексного обследования, акцентируя внимание на оценке по шкалам MELD и Child-Pugh. Это дает возможность определить очередность выполнения трансплантации печени, своевременно выявлять и корригировать развившиеся осложнения цирроза печени.

ЭВОЛЮЦИЯ ВИДА БИЛИАРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ: ОПЫТ 242 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ФРАГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Семенков А.В., Бурмистров Д.С., Богданов-Березовский А.А., Ашуба Т.М., Коротеева Н.А.

ГУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

В ГУ РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского РАМН с марта 1997 года по март 2009 года выполнено 242 трансплантации фрагментов печени от живого родственного донора. За указанный период времени выполнено 72 трансплантации левого латерального сектора печени, 162 трансплантаций правой доли печени и 8 трансплантаций левой доли. С целью оценки изменений подходов к выбору вида билиарной реконструкции при трансплантации фрагментов печени пациенты разделены в хронологическом порядке на две одинаковые группы по количеству пациентов для каждого из использованных видов трансплантатов.

Вариант анастомозирования с долевым протоком трансплантата обозначался как гепатикоанастомоз, а вариант анастомоза с сегментарным протоком трансплантата как холангиоанастомоз.

Под дуктопластикой подразумевалось формирование единого устья из двух или трех рядом расположенных устьев сегментарных желчных протоков трансплантата.

При формировании билиодигестивных анастомозов использовались варианты формирования анастомоза с петлей кишки, выключенной по Roux или по Braun.

Реконструкция желчеотведения при трансплантации левого латерального сектора печени от живых родственных доноров (с частотой использования в 1 и 2 группах, по 36 пациентов в каждой, соответственно) была представлена следующими вариантами: билиодигестивная реконструкция - у 35 пациентов (97,2%), в каждой группе. Гепатикоеюноанастомоз (n=1) – у 23 (63,9%) и 27 (75%), бихолангиоеюноанастомоз (n=2) - у 11 (30,6%) и 8 (22,2%), трихолангиоеюноанастомоз (n=3) - у 1 (2,8%) и 0, пациентов соответственно; билиобилиарная реконструкция: гепатикохоледохоанастомоз (n=1) – у 1 (2,8%) пациента в каждой группе, соответственно.

Реконструкция желчеотведения при трансплантации правой доли печени (с частотой использования в 1 и 2 группах, по 81 пациенту в каждой, соответственно) была представлена следующими вариантами: билиодигестивная реконструкция - у 69 (85,2%) и 36 (44,4%) пациентов (гепатикоеюноанастомоз (n=1) – у 34 (42%) и 18 (22,2%), бихолангиоеюноанастомоз на единой площадке (n=1) - у 3 (3,7%) в каждой группе, трихолангиоеюноанастомоз на единой площадке (n=1) - у 3 (3,7%) и 3 (3,7%), пациентов соответственно; бихолангиоеюноанастомоз (n=2) - у 28 (34,6%) и 11 (13,6%), пациентов соответственно; трихолангиоеюноанастомоз (n=3) - у 1 (1,2%) пациента в каждой группе); билиобилиарная реконструкция - у 12 (14,8%) и 42 (51,9%) пациентов (гепатикохоледохоанастомоз – у 9 (11,1%) и 29 (35,8%), бихолангиохоледохоанастомоз (n=1) – у 2 (2,5%) и 7 (8,6%), холангиохоледохо + холангицистикоанастомоз (n=2) – у 1 (1,2%) и 6 (7,4%) пациентов. Комбинированный вариант - холангиохоледохо + холангиоеюноанастомоз у 2 пациентов (2,5%), и гепатикостома (без анастомозирования) у 1 пациента (1,2%) встречались во второй группе.

Анализ приведенных данных демонстрирует значимое смещение акцентов при билиарной реконструкции в практике трансплантации правой доли печени в сторону билиобилиарных вариантов восстановления желчеоттока от трансплантата, с почти четырехкратным увеличением частоты выполнения этого вида реконструкции желчеоттока. Одновременно прослеживается тенденция к снижению количества устий желчных протоков трансплантатов (как правой доли печени, так и левого латерального сектора), получаемых в процессе резекции у родственных доноров фрагментов печени.

Существенных изменений в видах реконструкции желчеоттока при трансплантации левого латерального сектора печени не отмечено.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СРОКОВ РАЗВИТИЯ ФАЗЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Скутова В.А., Чайковский Ю.Я.

Кафедра госпитальной хирургии Смоленской государственной медицинской академии, Смоленск, Россия

В определении тактики ведения пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) наибольшую сложность представляет выбор сроков оперативного лечения. Для установления времени инфицирования панкреонекроза применяется большое число методов с различной степенью информативности и инвазивности: клинико-лабораторные показатели, в том числе определение уровня прокальцитонина, УЗИ, КТ, тонкоигольная пункционная биопсия поджелудочной железы с бактериологическим исследованием.

Цель исследования. Определение сроков развития фазы инфицирования у больных с ОДП посредством изучения инфильтратов печени в сопоставлении с другими гистологическими и клиническими параметрами.

Материалы и методы. Изучены данные интраоперационных биопсий (n=11) и посмертных исследований печени (n=18) пациентов с ОДП, для оценки клинических данных проведен анализ историй болезни (использовались результаты УЗИ органов брюшной полости, КТ, лейкоцитарные индексы интоксикации, шкалы Ranson, Glasgow, APACHE-II). Препараты печени подвергались окраске гематоксилин-эозином с последующей световой микроскопией и обработкой результатов при помощи программы «ВидеоТест 4.0» (определение клеточного состава инфильтрата со статистической обработкой данных автоматических измерений с учетом состояния микроциркуляторного русла, наличия и выраженности дистрофических изменений гепатоцитов).

Результаты. Лапароскопическое вмешательство с диагностической и лечебной целями (санация и дренирование брюшной полости, холецистостомия) проводилось в 19 наблюдениях, в 10 – лапаротомия. Исследование печени выполнялось от 1 до 3 раз у одного пациента в течение госпитализации во время первичной и последующих операций, а также при аутопсии. Оценка распространенности и тяжести процесса со стороны поджелудочной железы, тяжести состояния пациента и степени выраженности эндогенной интоксикации производилась по данным лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ) интраоперационным данным. В ткани печени пациентов со стерильным панкреонекрозом на момент взятия биопсии отмечалась лимфогистиоцитарная инфильтрация различной выраженности внутри долек либо перипортально, и/ или дистрофические изменения. У больных в фазу инфицирования панкреонекроза, помимо лимфогистиоцитарной, наблюдалось появление нейтрофильной инфильтрации.

Выводы:

1. У больных ОДП определяются характерные изменения гистологической структуры печени, в зависимости от стадии заболевания.

2. В фазе инфицирования ОДП характерно присутствие полинуклеарной инфильтрации в печени, что позволяет использовать исследование интраоперационных биоптатов печени для определения стадии инфицирования панкреонекроза.

АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Солдатенко Н.В.

ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия», Пермь, Россия

Цель. Изучить активность фермента холестаза - щелочной фосфатазы в биологических жидкостях больных механической желтухой.

Материалы и методы. В сыворотке крови, слезе и моче проводили определение активности щелочной фосфатазы (ЩФ). В качестве контроля была использована кровь, моча и слеза 19 здоровых людей. Обследовано 28 больных механической желтухой в возрасте от 50 лет до 81 года, которые находились на лечении и в хирургическом отделении. Из них 12 больных с механической желтухой, вызванной злокачественными опухолями органов гепатопанкреатобилиарной зоны, и 16 - обусловленной холелитиазом.

Результаты. Активность ЩФ у здоровых людей в сыворотке крови составила 317,8±28,6 нмоль/(с•л), в моче - 27,5±5,7 нмоль/(с•л), слезной жидкости – 153,0±21,6 нмоль/(с•л). В сыворотке крови пациентов со злокачественной механической желтухой она достигла уровня 5341,2±636,7 нмоль/(с•л), с желтухой, обусловленной холелитиазом, – 1996,5±143,6 нмоль/(с•л). В моче больных опухолевой механической желтухой активность ЩФ была 61,7±10,7 нмоль/(с•л), а доброкачественной желтухой 78,1±15,1 нмоль/(с•л). В слезе больных со злокачественной механической желтухой активность этого фермента была выше в 6 раз, а на фоне ЖКБ - в 4,5 раза по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Во всех изучаемых биологических жидкостях больных механической желтухой достоверно установлено повышение активности ЩФ. При желтухе опухолевого генеза активность фермента была выше, чем при доброкачественной желтухе. Ферментативный анализ слезы неинвазивен, прост, надежен и доступен для использования в клинических лабораториях.

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЕН ВТОРОГО ПОРЯДКА ПРИ СПЛЕНОРЕНАЛЬНОМ ШУНТИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Султанов С.А.

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

Цель работы. Изучить особенности и результаты портосистемного шунтирования (ПСШ) с использованием притоков левой почечной вены.

Материалы и методы. Фундаментом настоящего исследования являются результаты обследования и лечения 73 больных с портальной гипертензией, перенесших операцию портосистемного шунтирования с использованием естественных кавальных венозных притоков второго порядка. Наложение спленосупраренального анастомоза (левая надпочечниковая вена) произведено в 68 случаях и спленогенитального анастомоза (генитальная вена) у 5 больных. Женщин было 33 (45,2%), мужчин 40 (54,8%). Средний возраст больных составил 26,1±9,2 года. Причиной портальной гипертензии у 67 больных явился внутрипеченочный и у 6 больных внепеченочный блок портального кровотока. Следует отметить, что вследствие большого диастаза между анастомозируемыми венами надпочечниковая вена была использована при наложении дистального вида шунтирования – дистальный спленосупраренальный анастомоз – у 3 больных и спленэктомия с наложением проксимального спленосупраренального анастомоза – у 2 больных.

Результаты. При этих вариантах спленоренального анастомоза, в отличие от истинной Н-образной вставки из аутовены, формируется лишь одна камера венозного соустья, что является одним из основных преимуществ данного типа анастомоза, к тому же он не требует дополнительного вмешательства на шее для забора участка внутренней яремной вены для вставки. Широкое использование вен второго порядка левой почечной вены ограничено небольшим числом анатомических вариантов, благоприятных для наложения аналогичных анастомозов. Вероятность использования для анастомоза вен второго порядка составила 11,3% (из всех выполненных ПСШ – 648). Средний диаметр почечной вены был 1,6±0,4 см, при этом обязательным условием для наложения такого вида анастомозов был диаметр вен второго порядка, который в среднем составил 10,1±0,5 см, (не менее 0,9 см). Фактически в 93% случаев из вен второго порядка анатомически пригодной является левая надпочечниковая вена. Средний диаметр селезеночной вены составил 1,4±0,3 см, при этом положительным моментом использования вен второго порядка является отсутствие необходимости выделения селезеночной вены не только на значительном протяжении, но и по окружности, что в ряде случаев очень трудоемко и травматично для поджелудочной железы.

Преимущества использования для ПСШ вен второго порядка, в частности левой супраренальной вены, связаны не только с центральным типом декомпрессии, но и с формированием парциального типа шунтирования, что обусловливает снижение частоты таких специфических осложнений, как печеночная недостаточность и энцефалопатия.

Из 73 больных этой группы печеночная недостаточность развилась у 6 (8,2%) больных, которая была скорригирована консервативно, тромбоз анастомоза в раннем послеоперационном периоде с последующим кровотечением отмечен у 2 (2,7%) больных (произведена операция Пациоры). Декомпрессивный эффект этого вида анастомозов составил 28-39%, соответственно портальное давление снизилось с 401,1±33,0 до 259,4±37,5 мм. вод. ст. Летальность составила 1,4% (1 пациент).

Заключение. Широкое использование естественных притоков сосудов портальной и кавальной системы второго порядка ограничено небольшим числом анатомических вариантов (11,3%), благоприятных для наложения ПСШ. При подобных вариантах шунтирования культя надпочечниковой вены принимает форму Н-образной вставки между крупными магистральными венами. Но в отличие от истинной Н-образной вставки из аутовены формируется лишь одна камера венозного соустья, что выгодно отличает этот тип анастомоза от однотипных истинных Н-образных шунтов.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

МУЗ ГК БСМП Рязани, кафедра госпитальной хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова, Рязань, Россия

Цель исследования. Сравнительный анализ результатов наиболее распространённых видов открытых хирургических вмешательств при хроническом панкреатите (ХП) с преимущественным поражением головки ПЖ.

Материалы и методы. Для решения поставленной цели исследования была отобрана группа исследуемых лиц. Критериями включения в исследование являлись наличие подтверждённого УЗИ и/или томографией преимущественного поражения головки ПЖ, выполнение одного из типов оперативного лечения (панкреатодуоденальная резекция (ПДР), продольный панкреатоэнтероанастомоз (ППЭА), операция типа Frey, гепатикоеюноанастомоз (ГЕА)), возможность проследить отдалённые результаты. Всего был отобран 41 пациент, 33 (80,5%) из которых были мужчинами, средний возраст 51 год. В зависимости от типа операции исследуемые лица были разделены на 4 группы: 11 пациентов перенесли ПДР; 9 – операцию типа Frey; 10 – ППЭА; 11- ГЕА. Группы пациентов были однородны по полу и возрасту, сопоставимы по тяжести проявлений заболевания.

Для оценки непосредственных результатов операций в группах производился сравнительный анализ историй болезни пациентов, в которых учитывались: длительность операции, объём кровопотери, развитие осложнений, длительность послеоперационного периода, сравнение результатов тестирования пациентов по аналоговой шкале боли до операции и через 1 мес. после неё. Отдалённые результаты изучались в срок от 1 года до 7 лет путём интервьюирования и осмотра больных на дому с учётом данных амбулаторной медицинской документации или при повторной госпитализации. Оценка отдалённых результатов проводилась по классической 3-балльной схеме при ХП (Милонов О.Б., Соколов В.И., 1976; Багненко С.Ф. и соавт., 2000).

Выраженность болевого синдрома оценивалась по аналоговой болевой шкале и сравнивалась с этим показателем через 1 мес. после операции. Для обработки результатов использовались методы описательной и непараметрической статистики.

Результаты. Анализ результатов показал, что ПДР и операция типа Frey являются более технически сложными, чем нерезекционные вмешательства, что отражается в цифрах кровопотери и продолжительности операции.

Выводы. При хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы более предпочтительны прямые резекционные вмешательства на головке, так как они, несмотря на свою сложность и травматичность, дают лучшие отдалённые результаты лечения, обладают стойким противоболевым эффектом.

ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Теплых Н.С., Саманчук С.Ф.

Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера, Пермь, Россия

Цель исследования. Оптимизировать предоперационную подготовку больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в сочетании с артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. С января 2008 по апрель 2009 года в плановом порядке поступило 104 больных с ЖКБ в сочетании с АГ. Из них прооперировано 84 больных (80,7%). 20 пациентов (19,3%) сняты с операционного стола в связи с гипертензивной реакцией. Возраст больных колебался от 49 до 82 лет. Средний возраст пациентов составил 65,3±9,05 года.

Результаты. Из анамнеза эти пациенты длительное время (более 15 лет) страдают АГ. АГ II выявлена у 7 (35% больных), АГ III - у 13 (65%). Приём гипотензивных препаратов осуществляли ситуационно. Попытки достигнуть нормотензии у 11 больных в условиях хирургического отделения комбинацией ингибиторов АПФ, β–адреноблокаторов и антагонистов кальция в течение 1-3 суток - не привели к желаемому результату, что послужило причиной для выписки больных на амбулаторное лечение для подбора гипотензивной терапии. 9 пациентов переведены в отделение кардиологии для подбора (титрования) доз. Для больных АГ II – 3 пациент (33,3%) – терапия предполагала сочетание ингибиторов АПФ и β–адреноблокаторов либо ингибиторы АПФ и антагонисты кальция с титрованием дозы, пациентам АГ III (66,7%) потребовалось сочетание всех трёх групп препаратов и тиазидного диуретика или препараты имидазолинового ряда. Длительность подготовки составила 10-12 койко-дней.

Подготовленные в кардиологии больные прооперированы в плановом порядке. АД в день операции и на операционном столе - стабильная нормотензия.

Заключение. Больным АГ II предоперационная подготовка возможна сочетанием препаратов двух групп с титрованием дозы. Больным с АГ III необходима предварительная подготовка в условиях кардиологического отделения. Эти больные нуждаются в назначении комбинации препаратов трёх–четырёх групп.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Чардаров Н.К.

ГУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского РАМН, Москва, Россия

Введение. Прогресс в гепатобилиарной хирургии привел к значительному уменьшению летальности (0-5%) и частоты осложнений (22-45%) после резекций печени за последние 20-30 лет. Несмотря на это, частота желчных осложнений остаётся стабильной, достигая 30%. В структуре хирургических осложнений они вышли на первое место. Желчные осложнения не только увеличивают сроки госпитализации и нетрудоспособности пациентов, но также связаны с повышенной частотой сепсиса, печеночной недостаточности и летального исхода (4,5-39,3%).

Цель. Выявить прогностические факторы развития желчных осложнений.

Материалы и методы. С ноября 2006 по апрель 2009 г. выполнено 100 резекций печени. Средний возраст пациентов 53,14±12 лет. Соотношение женщины/мужчины – 1,5/1. Показаниями к операции явились: метастатический рак (81%), первичный рак (5%), доброкачественные заболевания (14%). Обширных резекций печени (≥3 сегментов) выполнено 71%, малых (<3 сегментов) – 29%. Изучено влияние 14 основных предоперационных и интраоперационных факторов на возможность развития желчных осложнений.

Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений – 43%. Желчные осложнения возникли у 20 (20%) больных и заняли первое место по частоте встречаемости. Виды желчных осложнений: наружные желчные свищи – 13 (13%), ограниченные скопления желчи (биломы) – 4 (4%), сочетание свищей и билом – 3 (3%). Летальность составила 2%. Летальность в группе пациентов с желчными осложнениями была больше (5%), чем в группе без желчных осложнений (1,25%), но статистически достоверной разницы не получено (p=0,28). Выявлены следующие факторы, влияющие на развитие желчных осложнений: наличие желтухи до операции, сочетанное вмешательство на внепеченочных желчных протоках, обширные резекции (≥3 сегментов), кровопотеря более 700 мл, внепеченочное пересечение желчных протоков при выполнении обширных резекций. Применение фибрин-коллагеновой субстанции «Тахокомб» и водоструйного диссектора не влияло на частоту желчных осложнений. Для лечения желчных осложнений применялась консервативная тактика у 11 (55%) пациентов, использование малоинвазивных методов (пункции и дренирование под контролем УЗИ, ЭПСТ, стентирование общего желчного протока) в 8 (40%) случаях. Релапаротомия потребовалась в 1 (5%) наблюдении. Послеоперационный койко-день при наличии желчных осложнений составил 27,3 (9-132) дней, при отсутствии желчных осложнений – 13,1 (5-41) дней (p<0,05).

Выводы. Желчные осложнения являются наиболее частыми (20%) после резекций печени. К неблагоприятным прогностическим факторам развития билиарных осложнений относятся: желтуха в предоперационном периоде, большой объем операции, массивная кровопотеря, технические особенности вмешательства (внепеченочное пересечение желчных протоков, сочетанные вмешательства на внепеченочных желчных протоках). Применение консервативной терапии и малоинвазивных методов в подавляющем большинстве случаев позволяют осуществлять лечение желчных осложнений, не прибегая к повторной операции. Важным направлением для дальнейших исследований является разработка эффективных методов профилактики желчных осложнений с учетом выявленных факторов риска.