

ISSN 2306-5559 (print)
ISSN 2410-938X (online)

ҚАЗАҚСТАН ХИРУРГИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ
ВЕСТНИК ХИРУРГИИ КАЗАХСТАНА
BULLETIN OF SURGERY IN KAZAKHSTAN



АРНАЙЫ БАСЫЛЫМ №1
СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК №1

МАТЕРИАЛЫ
XXV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА
АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ
ХИРУРГОВ СТРАН СНГ
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»

Под редакцией:
проф. Вишневого В.А.
академика РАН Баймаханова Б.Б.
проф. Степановой Ю.А.

АЛМАТЫ /ALMATY

әр тоқсанда шығып тұратын А.Н. Сызғанов атындағы Ұлттық ғылыми хирургия орталығының ғылыми-тәжірибелік журналы
ежеквартальный научно-практический журнал Научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова
a quarterly scientific-practical journal of the National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov

БАС РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,
м.ғ.д., профессор

БАС РЕДАКТОРДЫҢ ОРЫНБАСАРЫ

Медеубеков Ұ.Ш.,
м.ғ.д., профессор

РЕДАКЦИЯ АЛҚАСЫ

Сейсембаев М.А., д.м.н., профессор;
Жураев Ш.Ш., д.м.н., профессор;
Миербеков Е.М., д.м.н., профессор;
Абзалиев К.Б., д.м.н., профессор;
Баймаханов Ж.Б., доктор PhD;
Баимбетов А.К., доктор PhD;
Ширтаев Б.К., к.м.н.;
Муратов М.И., к.м.н.;
Шахметова К.С., к.м.н.;
Енин Е.А.

РЕДАКЦИЯ КЕҢЕСІ

Susumu Eguchi (Жапония);
Wojciech Polak (Голландия);
Remzi Emiroglu (Туркия);
Bulent Oktay (Туркия);
Tamer Turan (Туркия);
Subhash Gupta (Индия);
Касумов Назим Акиф оглы (Әзірбайжан);
Jeong Tae Kim (Корея);
Владимир Вишнеvский (Ресей);
Иван Стилиди (Ресей);
Олег Руммо (Беларусь);
Hannu Kuokkanen (Финляндия);
Ho-Seong Han (Корея);
Mehmet Habera (Туркия);
Мигеррамали Мамедов (Әзірбайжан).

Журнал ҚР ақпарат, мәдениет және спорт
Министрлігінде тіркелген.
«Қазақстан хирургиясының хабаршысы» ҚР
ҒБМ Ғылым және білім саласындағы бақылау
комитеті ұсынған Ғылыми еңбектің негізгі
нәтижелерін жариялау үшін ұсынатын ғылыми
баспалар тізбесі енгізілген.

Тіркеу нөмірі 5564-Ж.

Журналдың иесі – «А.Н. Сызғанов атындағы
Ұлттық ғылыми хирургия орталығы» АҚ.

Баспаның мекен-жайы:

050004, Алматы қ., Желтоқсан көш. 62,
тел. 7(727) 2795306

<http://jsk.kz>, e-mail: info@jsk.kz

Әрленім және беттеу:

«ДАНИЛЕНКО» ЖК-де дайындалған,
Алматы қ., Чайковский көш. 23-3,
тел. 7(727) 2780172

Таралымы – 500 дана

Корректор: Нурғалиева А.Н.

e-mail: aigul.nur10792@mail.ru

тел: 87786690021

Жарияланатын мақалалардың мазмұнына
авторлар жауапты.

ҚАЗПОЧТА жазылу индексі – 75327

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Баймаханов Б.Б.,
д.м.н., профессор

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Медеубеков У.Ш.,
д.м.н., профессор

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Сейсембаев М.А., д.м.н., профессор;
Жураев Ш.Ш., д.м.н., профессор;
Миербеков Е.М., д.м.н., профессор;
Абзалиев К.Б., д.м.н., профессор;
Баймаханов Ж.Б., доктор PhD;
Баимбетов А.К., доктор PhD;
Ширтаев Б.К., к.м.н.;
Муратов М.И., к.м.н.;
Шахметова К.С., к.м.н.;
Енин Е.А.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Susumu Eguchi (Япония);
Wojciech Polak (Голландия);
Remzi Emiroglu (Турция);
Bulent Oktay (Турция);
Tamer Turan (Турция);
Subhash Gupta (Индия);
Касумов Назим Акиф оглы (Азербайджан);
Jeong Tae Kim (Корея);
Владимир Вишнеvский (Россия);
Иван Стилиди (Россия);
Олег Руммо (Беларусь);
Hannu Kuokkanen (Финляндия);
Ho-Seong Han (Корея);
Mehmet Habera (Турция);
Мигеррамали Мамедов (Азербайджан).

Журнал зарегистрирован в Министерстве
информации, культуры и спорта РК.
Журнал включен в перечень научных
изданий, рекомендуемых Комитетом
по контролю в сфере образования и науки
МОН РК

Регистрационный номер: 5564-Ж.

Владелец журнала - АО «Национальный научный
центр хирургии имени А.Н. Сызганова».

Адрес редакции:

050004, г. Алматы, ул. Желтоқсан, 62,
тел. 7 (727) 2795306

<http://jsk.kz>, e-mail: info@jsk.kz

Дизайн и верстка:

ИП «ДАНИЛЕНКО»,
г. Алматы, ул. Чайковского, 23-3,
тел. 7 (727) 2780172

Тираж – 500 экз.

Корректор: Нурғалиева А.Н.

e-mail: aigul.nur10792@mail.ru

тел: 87786690021

Ответственность за содержание
публикуемых материалов несут авторы.

Подписной индекс КАЗПОЧТЫ – 75327

EDITOR IN CHIEF

Baimakhanov B.B.,
dr. med., prof.

DEPUTY CHIEF EDITOR

Medeubekov U.Sh.,
dr. med., prof.

EDITORIAL BOARD

Seisembayev M.A., dr. med., prof.;
Zhurayev Sh.Sh., dr. med., prof.;
Miyerbekov Ye.M., dr. med., prof.;
Abzaliev K.B., dr. med., prof.;
Baimakhanov Zh.B., PhD;
Baimbetov A.K., PhD;
Shirtayev B.K., can.med.;
Muradov M.I., can.med.;
Shakhmetova K.S., can.med.;
Yenin E.A.

EDITORIAL COUNCIL

Susumu Eguchi (Japan);
Wojciech Polak (Holland);
Remzi Emiroglu (Turkey);
Bulent Oktay (Turkey);
Tamer Turan (Turkey);
Subhash Gupta (India);
Kasumov Nazim Akif oglu (Azerbaijan);
Jeong Tae Kim (Korea);
Vladimir Vishnevsky (Russia);
Ivan Stilidi (Russia);
Oleg Rummo (Belarus);
Hannu Kuokkanen (Finland);
Ho-Seong Han (Korea);
Mehmet Habera (Turkey);
Migerramali Mamedov (Azerbaijan).

The journal is registered with the Ministry of
Information, Culture and Sports of the
Republic of Kazakhstan.

The "Bulletin of Surgery in Kazakhstan" is
included in the list of scientific publications
recommended by the Committee for Control of
Education and Science, Ministry of Education
and Science of Kazakhstan.

Registration number: 5564-Ж

The owner of the journal - JSC «National scientific
center of surgery named after A.N. Syzganov»

Editorial address:

62, Zheltoksan street, Almaty, 050004
tel. 7 (727) 2795306

<http://jsk.kz>, e-mail: info@jsk.kz

Design and lead out:

«ДАНИЛЕНКО» SP,
23, Tchaikovsky street, apt.3, Almaty,
tel. 7 (727) 2780172

Edition – 500 copies.

Corrector: Nurgalyeva A.N.

e-mail: aigul.nur10792@mail.ru

tel: 87786690021

The authors are responsible for the content of
published materials.

Subscript index of KAZPOST – 75327

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

Агаев Р.М., Мамедов А.А., Мамедов М.М., Искендеров Э.А.

Прогностическая ценность meld score в аспекте выживаемости в послеоперационном периоде у больных, перенесших трансплантацию печени 16

Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Рахимов О.У.

Интраоперационные повреждения внепеченочных желчных протоков – методы их коррекции 16

Арипова Н.У., Матмуродов С.К., Шерматов А.

Желчевыделение и желчеобразование при внепеченочном холестазах 17

Арипова Н.У., Матмуродов С.К., Лим В.Г., Шерматов А.

Морфологические изменения тонкой кишки при различных сроках внепеченочного холестаза в эксперименте . . . 17

Астахов Д.А., Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Кедрова А.Г., Степанова Ю.А.,

Соловьев Н.А., Нечунаев А.А., Злобин А.И., Лебедев Д.П.

Необратимая электропорация - анализ ближайших результатов лечения пациентов местно распространенным раком поджелудочной железы (собственный опыт) 18

Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н., Чхиквадзе В.Д., Станоевич У.С., Гончаров С.В., Рагимов В.А., Колесников Р.В., Абрамов А.А.

Симультанные лапароскопические резекции печени 18

Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г., Андреев Е.С., Иванова Н.Н., Рабаев Г.С., Грачёв Н.С.

Старт программы хирургии печени в ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России 19

Ахмадзода С.М., Рахими Ф.К., Муминов Х.Х., Сафаров Б.Дж., Табаров З.В.,

Азимов И.М., Акраи И.С., Рахимов С.С., Тагойбеков З.С., Сафаров Дж.Б.

Криохирurgia доброкачественных и злокачественных опухолей печени и других органов брюшной полости 19

Ахмадзода С.М., Тагойбеков З.С., Табаров З.В., Сафаров Дж.Б.

Криохолецистэктомия 20

Ахмадзода С.М., Кадиров А.Х., Зубайдова Т., Махаммадова Б.Х., Самандаров Н.Ю., Табаров З.В., Рахимов С.С. Сафаров Б.Д.

Фитазид- новый антисептик противопаразитарного действия 21

Бобров Н.В., Киселев Н.М., Кузнецова Д.С., Дуденкова В.В., Загайнова Е.В., Загайнов В.Е.

Новый метод оценки состояния паренхимы печени in vivo с использованием мультифотонной микроскопии 21

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э.

Дифференцированный подход к выбору методики панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции 22

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

Периоперационное энтеральное питание в хирургии хронического панкреатита: проспективное рандомизированное исследование 22

Ворончихин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А., Байханов Ж.С., Рзай А.И., Иванов А.В.

Рентгенэндоваскулярные технологии в лечении осложненных форм хронического панкреатита 23

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Рудаков В.С., Шабалин М.В.,

Воеводин А.Л., Щербин В.В., Башков А.Н., Григорьева О.О., Светлакова Д.С., Мальцева А.П.

Новые технологии в хирургическом лечении очаговых образований печени 24

Восканян С.Э., Найденов Е.В., Утешев И.Ю., Артемьев А.И.

Результаты применения различных способов обработки и формирования культи поджелудочной железы после ее корпорокаудальных резекций 24

Горский В.А., Воленко А.В.
Окончательный гемостаз при операциях на паренхиматозных органах 25

Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Аполлонов А. А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Солдатов С.А., Федун О.В., Афанасьев А.А.
Низкоинтенсивное лазерное излучение и радиочастотная термоабляция в лечении бактериальных абсцессов печени 26

Дронов А.И., Земсков С.В., Крючина Е.А., Горлач А.И., Бакунец П.П., Бакунец Ю.П., Левченко Л.В.
пятнадцатилетний опыт пакреотодуоденальных резекций. анализ послеоперационных осложнений 26

Егоров В.И., Петров Р.В., Харазов А.Ф., Павловская А.И., Кондратьев Е.В., Старостина Н.С.
Мультиартериальная резекция при тотальной дуоденопанкреатэктомии по поводу множественных нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы на фоне синдрома МЭН I типа. Отдаленные результаты 27

Егоров В.И., Петров Р.В., Бельцевич Д.Г.
Органосохраняющие и расширенные резекции поджелудочной железы при синдроме VON HIPPEL-LINDAU. Шесть наблюдений из 46 пациентов под наблюдением 27

Елизарова Н.И., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ким П.П.
Минимально инвазивные резекции в радикальном хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза и альвеококкоза печени 28

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Ванькович А.Н., Ким П.П., Казаков И.В., Королева А.А., Елизарова Н.И., Заманов Э.Н., Грендаль К.Д.
Ближайшие результаты минимально-инвазивных резекций по поводу доброкачественных опухолей печени 28

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Грендаль К.Д., Заманов Э.Н.
Ближайшие результаты минимально инвазивных и открытых резекций печени по поводу метастазов колоректального рака. Опыт специализированного центра 29

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Ахаладзе Д.Г., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Хатьков И.Е., Куликова Н.Д.
Чрескожная чреспеченочная портоэмболизация воротной вены под ультразвуковым контролем и частичная радиочастотная абляция паренхимы печени (PRALPPS) у пациентов с воротной и внутripеченочной холангиокарциномой 29

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Матукулиев У.И., Холматов Ш.Т., Асатуллаев Ж.Р.
Новые взгляды на вопросы острого панкреатита 30

Козлов И.А., Байдарова М.Д., Вишневский В.А., Чжао А.В.
Дуоденумсохраняющая тотальная проксимальная резекция поджелудочной железы при опухолях и хроническом панкреатите. 31

Козырин И.А., Ядута Р.Т., Казаков Р.Р.
Непосредственные результаты резекций в соответствии с «новой» анатомией печени 31

Котенко О.Г., Кондратюк В.А., Федоров Д.А., Гриненко А.В., Коршак А.А., Гусев А.В., Попов А.О., Григорян М.С.
15-летний опыт рентгеноэндоваскулярной окклюзии воротной вены для предупреждения печеночной недостаточности при обширных резекциях печени 32

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.
Состояние иммунного статуса при механической желтухе доброкачественного генеза и пути их коррекции. 32

Левченко Н.В., Хрячков В.В., Кислицин Д.П.
Видеолапароскопическая лазерная холедохолитотрипсия 33

Левченко Н.В., Шавалиев Р.Р., Хрячков В.В., Кислицин Д.П.
Лазерное излучение в лечении стеноза большого дуоденального сосочка 34

Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А.
Острый холецистит- актуальная проблема абдоминальной хирургии с позиций патогенетической классификации34

Мерзликин Н.В., Цхай В.Ф., Навасардян В.Г., Нороева Т.А.
Применение криодеструкторов из никелида титана в хирургии альвеококкоза и эхинококкоза печени35

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р. Салимов У.Р.
Перспективные направления декомпрессивных операций в хирургии портальной гипертензии.35

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Бабаджанов А.Х., Нишанов М.Ш., Байбеков Р.Р.
Хирургическое лечение больных синдромом Миризи36

Новрузбеков М.С., Луцык К.Н., Гуляев В.А., Олисов О.Д., Ахметшин Р.Б., Магомедов К.М., Салиенко А.А., Казымов Б.И., Сюткин В.Е., Донова Л.В., Хубутя М.Ш.
Отдалённые результаты при трупной трансплантации печени36

Новрузбеков М.С., Луцык К.Н., Гуляев В.А., Олисов О.Д., Ахметшин Р.Б., Магомедов К.М., Казымов Б.И., Муслимов Р.Ш., Донова Л.В.
Экстракорпоральная резекция печени37

Онищенко С.В., Дарвин В.В., Ильканич А.Я.
Фильтрационный механизм транзита жёлчи – принцип работы большого сосочка двенадцатиперстной кишки.37

Панченков Д.Н., Нечунаев А.А., Воротников А.А., Климов Д.Д., Подураев Ю.В., Базикян Э.А., Чунихин А.А., Гринь А.А., Левченко О.В., Крылов В.В., Янушевич О.О.
Мультифункциональная открытая робот-ассистированная хирургическая платформа38

Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Чайкин Р.С., Монахов А.Р., Злобин А.И., Зиновский М.В., Авдеев А.С.
Гтерниопластика у больных после трансплантации печени и поджелудочной железы38

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И., Ляховченко Н.А., Леванчук А.С., Панькив К.М
Корреляционная связь между уровнем провоспалительных цитокинов и тяжестью острого некротического панкреатита.39

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И., Стойка В.И., Стукан С.С., Левадный О.В., Панькив А.М.
Современные подходы к лечению гемангиом печени39

Подлужный Д.В., Глухов Е.В., Давыдов М.М., Аллахвердиев А.К., Патютко Ю.И., Кудашкин Н.Е., Дудаев З.А., Каннер Д.Ю., Кононец П.В.
Торакоскопический трансдиафрагмальный доступ при метастазах в печени40

Рысбеков М.М., Абдурахманов Б.А.
Новое в хирургической гепатологии: инновационные технологии в коррекции портальной гипертензии у больных циррозом печени40

Саакян М.А., Кляйве Д., Казарян А.М., Агаян Д.Л., Игнатович Д., Лабори К.Й., Ресок Б.И., Бйорн Э.
Многоорганная лапароскопическая дистальная резекция при аденокарциноме тела и хвоста поджелудочной железы.41

Саакян А.М., Габриэлян А., Аветян М., Петросян А., Саакян М.А.
Влияние опыта хирурга и ежегодного количества выполненных ПДР на непосредственные результаты операции в центре малого объема42

Чжао А.В., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А., Жаворонкова О.И., Гаврилов Я.Я., Вишневецкий В.А.
Комбинация методов термодеструкции и резекции печени при массивном злокачественном поражении42

Чуклин С.Н., Чуклин С.С., Пидгирный Б.Я.
Применение энноксапарина при L-орнитин-индуцированном остром панкреатите 43

Шабунин А.В., Парфенов И.П., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Венгеров В.Ю.
Хронический панкреатит: современный взгляд на способы хирургического лечения 43

Шаталов А.Д., Коссе Д.М., Межаков С.В., Войтюк В.Н., Шаталов С.А.
Возможности фиброхолангиоскопии при лапароскопическом лечении жёлчнокаменной болезни 44

**II. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ:
 ПОКАЗАНИЯ, ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Баймаханов Б.Б., Байгуисова Д.З., Мухамеджанова А.Н., Батталова Г.А., Досханов М.О., Науменко Ю.А., Олжабаева А.К.
**Сравнительные данные волюметрии печени у доноров на рабочей станции компьютерного
 томографа и программы OSIRIX с послеоперационными данными** 45

Бигалиев М.Х., Донбай А.А., Кабылов Д.А., Байтемиров С.Т., Садыков Т.К., Умбетжанов Р., Муканова У.А.
Родственная трансплантация печени в условиях больницы скорой медицинской помощи 45

*Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Колышев И.Ю., Забежинский Д.А.,
 Рудаков В.С., Шабалин М.В., Найденов Е.В., Щербин В.В.*
**Результаты трансплантации печени при гепатоцеллюлярном раке в
 ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России** 46

Гранов Д.А., Боровик В.В.
Трансплантация печени при гепатоцеллюлярной карциноме 46

Gupta S., Agarwal S., Selva N., Rajasekhar R., Dey R.
Right posterior sector graft: anatomy, indications, techniques and our experience 47

Загайнов В.Е., Киселев Н.М., Бельский В.А., Рыхтик П.И.
**Роль и место трансплантационных технологий при доброкачественных и
 злокачественных новообразованиях печени** 47

*Каниев Ш.А., Серикулы Е., Скакбаев А.С., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Нурланбаев Е.К., Биржанбеков Н.Н., Енин Е.А.,
 Таджибаев Т.К., Азнабаев А.С., Байгуисова Д.З., Чорманов А.Т., Медеубеков У. Ш., Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б.*
Результаты лечения больных с гепатоцеллюлярной карциномой 48

Котенко О.Г., Минич А.А., Попов А.О., Гриненко А.В., Гусев А.В., Григорян М.С., Федоров Д.А., Коршак А.А., Остапишен А.Н.
Реконструкция печеночных вен при трансплантации правой доли печени от живого родственного донора 48

Олисов О.Д., Новрузбеков М.С., Галанкина И.Е., Зимина Л.Н., Гуляев В.А., Донова Л.В
Отдаленные результаты трансплантации печени в лечении нерезектабельной гепатоцеллюлярной карциномы 49

Олисов О.Д., Новрузбеков М.С., Галанкина И.Е., Зимина Л.Н., Гуляев В.А., Луцык К.Н.
Факторы риска рецидива гепатоцеллюлярной карциномы после трансплантации печени 49

Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Ефимов Д.Ю., Дзядзько А.М.
Опыт 500 трансплантаций печени в Республике Беларусь 49

Selvakumar N., Gupta S.
**Barring stage 5 ckd in living donor scenario sequential and simultaneous CLKT in CLD with CKD
 have comparable outcomes - retrospective analysis of 2182 cases** 50

Уразметова М.Д., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г.
**Трансплантация эмбриональных гепатоцитов как перспективный метод лечения
 острой печеночной недостаточности** 50

Щерба А.Е., Коротков С.В., Штурич И.П., Кирковский Л.В., Федорук Д.А., Дзядько А.М.,
 Минов А.Ф., Катин М.Л., Федорук А.М., Руммо О.О.
Трансплантация печени при гепатоцеллюлярной карциноме 51

Юрлевич Д.И., Руммо О.О., Щерба А.Е., Дзядько А.М., Пикиреня И.И., Авдей Е.Л.,
 Федорук А.М., Минов А.Ф., Лабунец З.В., Харьков Д.П., Коротков С.В., Кирковский Л.В.
Роль эндоваскулярных методик в лечении интра- и посттрансплантационных сосудистых осложнений 51

III. ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ТОТАЛЬНЫЕ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ СОСУДОВ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Аргучинский И.В.
Ближайшие результаты лечения злокачественный новообразования панкреатобилиарной зоны с поражением магистральных сосудов 53

Гранов Д.А., Павловский А.В., Майстренко Д.Н., Попов С.А.
Сосудистые реконструкции в комбинированном лечении местнораспространенных злокачественных опухолей поджелудочной железы 53

Егоров В.И., Петров Р.В., Харазов А.Ф., Уткин Д.В., Григорьевский М.В.
Резекции поджелудочной железы с резекцией вен при опухолях поджелудочной железы. Результаты 112 операций 54

Егоров В.И., Харазов А.Ф., Петров Р.В., Старостина Н.С., Журина Ю.А.
Артериальные резекции при проксимальных резекциях поджелудочной железы и панкреатодуоденэктомиях. 10 наблюдений 54

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А.
Гастропанкреатодуоденальная резекция при периампулярных опухолях. 55

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Смородский А.В., Алентьев С.А., Солдатов С.А., Махмудов К.И., Федун О.В., Кудрявцева А.В.
Комбинированное лечение погранично резектабельного рака головки поджелудочной железы 55

Кригер А.Г., Смирнов А.В., Горин Д.С., Галкин Г.В., Байтман Т.А.
Панкреатодуоденальная резекция с резекцией мезентерикопортального ствола при раке головки поджелудочной железы. 56

Кучин Д.М., Киселев Н.М., Бобров Н.В., Муханзаев Ш.Х., Загайнов В.Е.
Целесообразность выполнения резекции магистральных сосудов при панкреатодуоденальной резекции 57

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.
Роль декомпрессии изолированной петли тощей кишки при гастропанкреатодуоденальной резекции в профилактике билио- панкреатических фистул 57

Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Подлужный Д.В., Ястребова Е.В., Проскуряков И.С., Кудашкин Н.Е.
Резекция магистральных сосудов в лечении больных раком поджелудочной железы 58

Серикулы Е., Баймаханов Ж.Б., Султанбаева Ж.Т., Советаева А.М., Скакбаев А.С., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Нурланбаев Е.К., Биржанбеков Н.Н., Чорманов А.Т., Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б.
Результаты гастропанкреатодуоденальной резекции при злокачественных заболеваниях периампулярной области. 58

Третьяк С.И., Ращинский С.М., Боровик Е.А., Ращинская Н.Т., Большов А.В., Буравский А.В., Громач А.Ф., Невмержицкий М.П.
Проксимальная резекция поджелудочной железы в варианте пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом. 59

IV. ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПЕЧЁНОЧНЫХ СОСУДОВ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ: ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ, БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ.

Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Исхаги С.Х., Ахаладзе Д.Г.
Резекция и реконструкция печеночных сосудов при резекциях печени. Техника и послеоперационные результаты 60

Ахмадзода С. М., Сафаров Б.Д., Табаров З.В.
Некоторые аспекты хирургического лечения альвеококкоза печени 60

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Садыков Ч.Т., Нурланбаев Е.К., Каниев Ш.А., Сериккулы Е., Скакбаев А.С., Биржанбеков Н.Н.
Расширенные резекционные вмешательства при доброкачественных очаговых образованиях печени 61

Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П., Колмачевский Н.А., Папинен А.В., Собянин К.Ю., Франц В.В., Кан П.Б., Романченко С.С., Гулько Н.О.
Резекции печени в условиях специализированного центра 61

Котенко О.Г., Остапишен А.Н., Федоров Д.А., Гриненко А.В., Попов А.О., Коршак А.А., Гусев А.В., Григорян М.С., Минич А.А.
Инновационные технологии реконструкции висцеральных сосудов в резекционной хирургии печени 62

Меджидов Р.Т., Алиев М. А., Султанова Р. С., Абдуллаева А. З.
Билиарная реконструкция после резекции хиллярной холангиокарциномы 63

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.
Новые технологии в хирургии опухолей печени 63

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У.
Анатомическая резекция печени при ее объемных поражениях. 64

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.
Анализ влияния хронической диффузной патологии печени на риск интра- и послеоперационных осложнений при выполнении резекционных вмешательств на печени 64

Нартайлаков М.А., Салимгареев И.З., Абдеев Р.Р., Грицаенко А.И., Погадаев В.В., Чингизова Г.Н., Рязанов В.В., Валеев С.И.
Расширенные резекции печени с вмешательствами на сосудисто-секреторных элементах печени и на полой вене 65

Новрузбеков М.С., Луцык К.Н., Гуляев В.А., Ахметшин Р.Б., Олисов О.Д., Магомедов К.М., Казымов Б.И., Донова Л.В., Муслимов Р.Ш.
Использование трансплантационных технологий в гепатопанкреатобилиарной хирургии 65

Поршенников И.А.
Опыт гипотермических резекций печени: клинические ситуации, техника, результаты 66

Рамазанов М.Е., А. С., Сахипов М.М., Мадьяров В.М., Байжигитов К.Ж., Беристемов Г.Т., Стамкулов Ф.Т., Желдибаев Н.М., Халыков К.Л., Канабаев А.
Хирургический опыт лечения очаговых поражений печени 66

Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Ефимов Д.Ю., Кирковский Л.В., Авдей Е.Л.
Реконструкция воротной и нижней полой вен при обширных сосудистых резекциях печени 67

Ханевич М.Д., Диникин М.С., Гуляев Ю.А.
Криовоздействие при обширных резекциях печени 68

Хасанов Д.Ш., Усмонов У.Д., Урманбаева Д.А.
Показания и противопоказания к применению этиловой деструкции при нерезектабельном раке печени 68

**V. ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ:
ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОСЛОЖНЕНИЙ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ.**

Алиев М.А., Абдуллаев М.Р.
Осложнения в билиарной хирургии 69

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Краснов Е.А., Колмаков П.Н., Лысак М.М., Варданян Т.С.
**Осложнения транспапиллярных эндоскопических вмешательств у больных механической желтухой:
влияние регламентации проведения процедур на частоту и результаты лечения** 69

Дронов А.И., Насташенко И.Л., Бакунец Ю.П., Бакунец П.П.
Профилактика постдекомпрессионного синдрома при эндобилиарном стентировании 70

Коробка В.Л., Толстопятов С.В., Коробка Р.В.
**Перфорация двенадцатиперстной кишки при малоинвазивных вмешательствах на
большом дуоденальном сосочке** 71

Коханенко Н.Ю., Антипова М.В., Глебова АВ, Кашинцев А.А., Вавилова О.Г., Сериков В.А.
Осложнения эндоскопической папиллосфинктеротомии 71

Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Захарова А.В., Васильев Д.Ж., Назмеев М.А.
Результаты транспапиллярных эндоскопических операций при механической желтухе 72

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Расулов Н.А
Осложнения после эндоскопической папиллосфинктеротомии 72

Маринова Л.А., Зубова Н.В., Никитина А.В.
Осложнения эндоскопического транспапиллярного дренирования 73

Ромашенко П.Н., Филин А.А., Майстренко Н.А., Феклюнин А.А.
Предикторы и профилактика осложнений транспапиллярных эндоскопических вмешательств 74

Савченко А.В., Щерба А.Е., Соколдынская Е.И., Ефимов Д.Ю., Руммо О.О.
Профилактика пост-ЭРХПГ панкреатита: опыт 400 ЭРХПГ 74

Третьяк С.И., Ращинская Н.Т., Ращинский С.М., Сологуб И.М., Синило С.Б., Буравский А.В., Лукьянец А.В., Петушкова А.А.
**Причины развития реактивного острого панкреатита после транспапиллярных
эндоскопических вмешательств** 75

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А.
**Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств при механической
желтухе доброкачественного генеза** 75

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Рахманов С.У.
Эффективность эндоскопических транспапиллярных методов лечения при механической желтухе 76

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Коссе Д.М., Шаталов С.А, Пархоменко А.В.
Транспапиллярные способы лечения осложнённой жёлчнокаменной болезни 76

Шабунин А.В., Коржева И.Ю., Парфёнов И.П., Нечипай А.М., Бедин В.В., Тавобиллов М.М., Комиссаров Д.Ю., Чернов М.В.
**Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств:
анализ причин, диагностика и лечение** 77

Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Котиева А.Ю.
**Эндоскопическое панкреатическое стентирование в лечении острого панкреатита, развившегося после
ретроградных транспапиллярных вмешательств** 78

**VI. РАБОТЫ СЕКЦИИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ):
«ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ,
ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»**

<i>Абжапарова Б.С.</i> Рекуррентные заболевания печени в посттрансплантационный период	79
<i>Алиджанов Ф.Б., Гуломов Ф.К.</i> Диагностика и хирургическая тактика синдрома Мириizzi II типа	79
<i>Аполлонов А.А.</i> Минимально инвазивные хирургические технологии в лечении абсцессов печени	80
<i>Бабаджанов Ж.К.</i> Возможности профилактики панкреатогенной инфекции у больных с тяжёлым острым панкреатитом	81
<i>Бабаджанов Ж.К.</i> Эпидемиология и коррекция дисфункции сфинктера одди у больных пожилого и старческого возраста, перенесших холецистэктомию	81
<i>Байгуисова Д.З., Батталова Г.А., Науменко Ю.А.</i> Клинический случай воспалительной миофибробластической опухоли печени	82
<i>Байгуисова Д.З., Батталова Г.А., Науменко Ю.А.</i> Морфофункциональная характеристика нейроэндокринных образований органов брюшной полости и забрюшинного пространства	82
<i>Бакунец Ю.П., Бакунец П.П.</i> 3D-моделирование резекции печени - важный инструмент современной хирургической гепатологии	83
<i>Вагин П.В.</i> Пункционно-дренирующие вмешательства при лечении абсцессов печени	83
<i>Венгеров В.Ю.</i> Малотравматичные способы лечения псевдокист поджелудочной железы	84
<i>Досханов М.О., Скакбаев А.С., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А., Биржанбеков Н.Н.</i> Билиарные осложнения после трансплантации печени от живого донора	84
<i>Дроздов Е.С.</i> Дифференциальная диагностика кистозных образований поджелудочной железы с использованием ультразвуковой эластографии	85
<i>Еримова Н.Ж.</i> Иммunosupрессивная терапия у маловесных детей после трансплантации печени	86
<i>Зияев Ш.А., Усмонов У.Д.</i> Предварительная декомпрессия с применением эндобилиарного лаважа при холедохолитиазе осложненной желтухой и холангитом	86
<i>Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ким П.П., Елизарова Н.И.</i> Анализ ближайших результатов робот-ассистированных гастропанкреатодуоденальных резекций	87
<i>Каниев Ш.А., Серикулы Е., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б.</i> Ближайшие результаты лечения эхинококкоза печени с использованием методики PAIR (punction, aspiration, injection, reaspiration)	87

Козлов А.М., Фролов С.А.
Прогноз прогрессии заболевания после РЧА синхронных метастазов колоректального рака в печень88

Колотильщиков А.А.
Применение малотравматичных способов секвестрэктомии в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом88

Осипов А.В.
Место лапароскопических операций в лечении пациентов с синдромом Мириizzi89

Садыков Ч.Т., Досханов М.О., Скакбаев А.С., Биржанбеков Н.Н., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А., Нурланбаев Е.К., Серикулы Е.С.
Чрескожно-чреспеченочные миниинвазивные вмешательства при билиарных осложнениях после трансплантации печени89

Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.
Вопросы профилактики рецидивирования эхинококкоза печени90

Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р.
Современная диагностика и хирургическое лечение нагноившегося эхинококкоза печени90

Скакбаев А.С., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А., Садыков Ч.Т., Нурланбаев Е.К., Серикулы Е.С., Биржанбеков Н.Н.
Роль интраоперационной холангиографии при трансплантации фрагмента печени от живого донора91

Султанова Р.С.
Высокие резекционные технологии в хирургии печени92

Тилемисов С.О.
Осложнения антеградных вмешательств при механической желтухе злокачественного генеза, лечение и их профилактика92

Тупикин К.А., Байдарова М.Д., Жариков Ю.О.
Применение малоинвазивных методик при лечении абсцессов печени93

Фоминов В.М., Шаталов С.А., Пархоменко А.В., Войтюк В.Н., Каплун А.И.
Отдалённые результаты хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени с позиции изучения качества жизни94

VII. РАЗНОЕ

Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Рахмонов Д.А., Бокиев Ф.Б.
Выбор хирургического доступа к эхинококковым кистам печени по данным предоперационной компьютерной томографии95

Ангелич Г.А., Писаренко С.С., Зуграв Т.В.
Лечение пупочных грыж у больных с циррозом печени95

Ангелич Г.А., Панич И.И., Писаренко С.С., Дану М.И. Зуграв Т.В., Лупу Г.Ю., Роман В.А.
Эндоскопический фибрин-клеевой гемостаз кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени96

Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У.
Диагностика и прогнозирование течения гепатоцеллюлярной карциномы96

Арипова Н.У., Набиев А.Н., Матмуратов С.К.
Механизм действия алкалоида протопина на сократительную активность воротной вены при портальной гипертензии97

Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У., Рузимуратов Н.

Сравнительная характеристика чувствительности и специфичности УЗИ, КТ и МРТ при выявлении гепатоцеллюлярной карциномы 98

Арипова Н.У., Матмуратов С.К.

Характер изменения эндотоксикоза при механической желтухе опухолевого генеза после наружного дренирования желчных протоков 98

Ахмадзода С.М., Расулов Н.А., Табаров З.В., Азимов И.М., Рахимов С.С., Акрами И.С., Сафаров Б.Дж., Саидмуратов А.С., Иброхимов Н.К.

Хирургия очаговых новообразований печени 99

Байжанов С.Ш., Султаналиев Т.А., Джумабеков А.Т., Байжанов А.С., Еркинулы А.

Ретроградные рентгенэндоскопические и антеградные чрескожные вмешательства на желчных путях у больных с механической желтухой 99

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Баймаханов Ж.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Серикулы Е., Скакбаев А.С., Биржанбеков Н.Н., Нурланбаев Е.К.

Анализ результатов лечения пациентов с рубцовыми стриктурами желчных протоков 100

Барлыбай Р.А., Енин Е.А., Байгуисова Д.З., Примкулова Ф., Айтжанова А., Оразбаева М.

Ультразвуковая диагностика при жировом гепатозе у доноров печени 100

Барлыбай Р.А., Мамедова-Шерметова Н.И., Абдуллаева А., Ахметова А., Ерсейт А.

Ультразвуковая диагностика эхинококкоза печени 101

Бокиев Ф.Б., Рахмонов Д.А., Рашидов Ф.Ш., Амонов Ш.Ш., Мухамедова З.Ш.

Ультразвуковая семиотика при остром калькулёзном холецистите у больных с метаболическим синдромом 102

Васина Е.А., Бондарь Л.В., Бобоева М.Б.

Возможности совмещения гепатобилисцинтиграфии с 99МТс-бромезида и МРТ/КТ исследований в диагностике анатомо-функционального состояния билиодигестивных анастомозов 102

Воробей А.В., Орловский Ю.Н., Лагодич Н.А., Орехов В.Ф.

Комбинированные малоинвазивные методы лечения внутривнутрипеченочного холангиолитиаза 103

Ворончихин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А., Байханов Ж.С., Рзай А.И., Иванов А.В.

Рентгенэндоваскулярные технологии в лечении осложненных форм хронического панкреатита 104

Данч А. В., Ангелич Г.А., Самохвалов С.Ф.

К вопросу о тактике двухэтапного хирургического лечения при остром холецистите осложненном желтухой и холангитом 104

Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Федун О.В., Рзаева А.Р., Смородский А.В.

Антеградное билатеральное эндобилиарное стентирование в лечении высоких опухолевых стриктур желчных протоков 105

Еримова Н.Ж.

Клинический случаи цирроза печени в исходе аутоиммунного гепатита с посттрансплантационным стеатозом 105

Ибадильдин А.С., Кидирмагамбетов И.Л., Човдурбаев Н.Ж., Жуловчинов М.М.

Результаты лечения эхинококкоза печени у военнослужащих 106

Камилов Г.Т., Назаров Х., Холов К.Р., Султонов Б.Ч., Икромов Б.А., Султонов Р.Б.

Эндовидеохирургия в лечении билиарного панкреонекроза 106

Кан П.Б.-Х., Кислицин Д.П., Колмачевский Н.А., Павлов П.И., Мизин А.Г., Кипров Р.Ю., Горгун А.Г., Галимов Р.Р., Биногеров А.М.
Опыт применения предоперационной эмболизации воротной вены у больных злокачественными опухолями печени 107

Ким П.П., Бондарь Л.В., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В., Никитин Б.С., Щадрова В.В., Ефанов М.Г.
Методика скintiграфии в оценке функционального резерва печени в хирургической гепатологии 108

Ким П.П., Бондарь Л.В., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б.
Гепатоскintiграфия в оценке функционального резерва при резекциях печени 108

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Танцев А.О., Китаева М.А.
Мультидисциплинарный подход в лечении холангита и билиарного сепсиса на фоне холецистохоледохолитиаза 109

Кригер А.Г., Горин Д.С., Гоев А.А., Варава А.Б., Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А.
Послеоперационные кровотечения у больных с резекционными вмешательствами на поджелудочной железе 109

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Абдкереев Е.К., Сейсенбаев Н.Н., Агзамов М.Х.
Изменения показателей коагулограммы и тромбоэластограммы у пациентов после трансплантации печени 110

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Абдкереев Е.К., Достарбаев Б.Ж., Мухашов Н.А.
Коррекция гемостаза у больных при трансплантации печени 110

Куандыков Т.К., Жарасбаев А.М., Байжанов М.У., Мереев Н.М., Шишкин А.А., Данияров А.Ж.
Нутритивная поддержка в интенсивной терапии у пациентов с острой патологией поджелудочной железы 111

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Курбанбеков Н., Ормахан Д., Шегебаева А., Омирбек А., Абдрахманова А.
Применение свежезамороженной плазмы у больных при трансплантации печени 111

Кудряшов В.А., Бондаренко В.М., Нестерович Т.Н., Терешко А.В., Подгорный Н.Н., Михайлов И.В., Шимановский Г.М., Новак С.В., Атаманенко А.В., Кравченко О.В., Довидович С.В.
Оперативное лечение первичного и метастатического рака печени в условиях онкологического абдоминального отделения у «ГОКОД» 112

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.
Аспекты хирургического лечения панкреато-билиарных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки 112

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Муродов У.К., Саидов Р.Х.
Особенности лечения острого калькулезного холецистита осложненным перипузырным инфильтратом 113

Лебедев Д.П., Астахов Д.А., Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Кедрова А.Г.
Селективная химиоэмболизация артерий печени лекарственно насыщаемыми микросферами в комплексном лечении пациентов с нерезектабельными метастазами рака 114

Левченко Н.В., Хрячков В.В., Кислицин Д.П.
Холецистэктомия видеолaparоскопическим способом через один доступ 114

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р., Магомедов Х.М. Магомедова К.А.
Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей при механической желтухе 115

Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А.
Редкие осложнения и сопутствующая билиарная патология у больных острым калькулёзным холециститом 115

Машурова Е.В., Вафин А.З., Мнацаканян Э.Г., Маланка М.И.
Наш первый опыт пункционно-дренажного лечения больных с эхинококкозом печени. 116

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Скороваров А.С., Султанова Р.С.
Билиолитолапаксия в лечении холедохолитиаза. 116

Мещерин С.С., Бельских Л.В., Ахмедьянов А.Р.
Оптимизация оценки донорских органов из московской области при трансплантации целой печени 117

Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л., Поздеев В.Н., Тяжких А.Д., Матевосян В.О.
Миниинвазивные чрескожные вмешательства при местных осложнениях острого некротического панкреатита 118

Михайлова С.А., Абрамов Е.И.
Результаты исследования желчи при обтурационной желтухе опухолевой этиологии. 118

Морозов С.В., Лобаков А.И., Добромыслов Е.Н., Морохотов В.А.
Хирургическая профилактика острого послеоперационного панкреатита при панкреатодуоденальной резекции 119

Муслимов Г.Ф.-О., Алиева Г.Р., Бехбудов В.В.
Минималынвазивные методы лечения острого и хронического панкреатита 119

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Султанов Л.Л., Мардонов Л.Л., Байбеков Р.Р.
Ограничения портокавального сброса при формировании портосистемного шунта у больных циррозом печени 120

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р.
Совершенствование способа тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии 121

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Джуманиязов Д.А., Салимов У.Р., Рузибаев С.А.
Эффективность эндоскопических вмешательств в профилактике кровотечений портального генеза 121

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Байбеков Р.Р., Салимов У.Р.
Сравнительный анализ методик разобщения гастроэзофагеального коллектора у пациентов с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. 122

Неледова Л.А., Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л.
Геморрагические осложнения панкреатита в хирургической практике. 123

Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Витязев Г.А., Зиновский М.В., Терехин А.А.
Возможности лапароскопической пластики послеоперационных вентральных грыж 123

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И., Хребтий Я.В., Скупой О.М., Радёга Я.В., Хитрук С.В.
Эффективность миниинвазивного лечения кровотечений портального генеза 124

Полехин А.С., Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А.
Химиоэмболизация печеночных артерий в лечении пациентов с рецидивом гепатоцеллюлярного рака после резекции печени 124

Расулов Н.А., Мухиддинов Н.Д., Мавджудов М.М., Каюмов Ш.К.
Комбинированные повреждения жёлчных протоков 125

Ребров А.А., Гуня З.А., Семенов Д.Ю., Мельников В.В., Ваганов А.А.
Профилактика гнойных осложнений при чрескожном эндобилиарном дренировании у больных с механической желтухой. 125

Рысбеков М.М., Абдурахманов Б.А.

Совершенствование методов портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с применением инновационных технологий 126

Сахипов М.М., Мадьяров В.М., Стамкулов Ф.Т., Байжанов А. С., Байжигитов К.Ж., Беристемов Г.Т., Желдибаев Н.М., Халыков К.Л., Канабаев А.

ПХЭЗ. Непосредственные собственные результаты реконструктивных желчеотводящих вмешательств. 127

След Н.Ю., Мерзликин Н.В., След О.Н., Попов А.Е.

Резекционно-дренирующий способ хирургического лечения хронического кальцифицирующего панкреатита при не расширенном главном панкреатическом протоке 127

Стяжкина С.Н., Валинуров А.А., Акимов А.А.

Плевральные осложнения панкреатита 128

Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Коробейников В.И., Акимов А.А., Валинуров А.А.

Особенности диагностики и лечения острого панкреатита у пациентов пожилого возраста 128

Тарасенко С.В., Копейкин А.А., Зайцев О.В., Тюленев Д.О.

Лапароскопическая и лапаротомная холедохолитотомия. Сравнительный анализ непосредственных результатов 129

Усмонов У.Д., Зияев Ш.А.

Индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика при механической желтухе неопухолевого генеза 130

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

Роль и место антеградных и ретроградных эндобилиарных вмешательств в диагностике механической желтухи 130

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А.

Улучшение результатов лечения больных с механической желтухой опухолевой этиологии путем применения миниинвазивных эндобилиарных вмешательств 131

Хасанов Д.Ш., Усмонов У.Д., Соипова Х.М.

Метод интраоперационной этиловой деструкции опухолей печени 131

Холматов П.К., Расулов Н.А., Али-Заде С.Г., Мухаммадзода Р.

Особенности диагностики и лечения эзофагогастральных кровотечений при портальной гипертензии 132

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М., Фоминов В.М., Пархоменко А.В.

Модифицированные способы хирургического лечения непаразитарных кист печени. 132

Ширтаев Б.К., Еримова Н.Ж., Сундетов М.М., Курбанов Д.Р.

Наш опыт профилактики и лечения цитомегаловирусной инфекции у детей после трансплантации печени 133

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ MELD SCORE В АСПЕКТЕ ВЫЖИВАЕМОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ПЕЧЕНИ

Агаев Р.М., Мамедов А.А., Мамедов М.М.,
Искендеров Э.А.

Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибашева,
Баку, Азербайджан

Введение. Трансплантация печени является радикальным методом лечения заболеваний печени в терминальных стадиях. Прогнозирование и своевременное адекватное решение различных осложнений в послеоперационном периоде считается одной из актуальных тем трансплантологии.

Цель исследования: определение ценности MELD Score и других лабораторных показателей для прогнозирования выживаемости, а также как индикаторов тяжести течения реперфузионного повреждения после трансплантации печени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 362 трансплантированных пациентов, в Клинике Мюнхенского Университета в период с 2003 по 2012 гг. Систематически изучали пол, возраст, диагноз, время холодной и теплой ишемии, интраоперационный объем кровообращения в воротной вене и в печеночной артерии, MELD Score, цитокины и специфические энзимы до и на 7, 14, 21 сутки после трансплантации, госпитальные осложнения, койка дней, время и причины летальных исходов, время выживаемости пациента и функционирования грфета. Патоморфологическое исследование биоптатов сразу после имплантации, а также в различные сроки в послеоперационном периоде изучали в соответствии с индикаторами реперфузионного повреждения печени.

Полученные результаты подверглись статистической обработки согласно современным рекомендациям с помощью программы SPSS-17. Выживаемость изучали с помощью кривой Kaplan-Meier, а Cut off для MELD с помощью ROC (Receiver Operating Characteristics) кривой. Multivariate analiz провели с использованием Cox proportional hazard model.

Результаты. Выживаемость в первые 3 месяца была 89%, а годовая - 85%. Проводилась сравнительное изучение MELD Score живых и умерших пациентов. MELD Score на 7-е сутки у оставшихся живых был равен 21 ± 9 , а у умерших 17 ± 7 ; на 14-и сутки 20 ± 8 и 15 ± 7 , на 21-и сутки соответственно 19 ± 9 и 14 ± 6 . ROC анализ показал, что MELD Cut off на 14-и сутки имеет прогностическую ценность и является оптимальным предиктором. У больных, которых MELD < 17 годовая выживаемость была 94,3%, тогда как при MELD > 17 этот показатель снизился до 75,4% ($p < 0,05$). Для прогнозирования функциональной активности пересаженной печени MELD Cut off на 7-и сутки является оптимальным предиктором. У больных, у которых MELD < 29

функционирование печени в течение 1 года была 92%, тогда как при MELD > 29 равнялся на 56,4%. Log-rank test доказал статистическую достоверность различия между показателями ($p < 0,05$).

Выводы. MELD cut off на 14-й день после операции имеет прогностическую ценность в аспекте выживаемости, а MELD cut off на 7-й день после операции в аспекте функционирования пересаженной печени. Было установлено, что концентрация общего билирубина, является свободным фактором риска для прогнозирования выживаемости и функционирования пересаженной печени. ITBL (Ischemic Type Biliary Lesion) является самым грозным из билиарных осложнений. Определено прогностическая ценность ИЛ-6 для прогнозирования билиарных осложнений.

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ — МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ

Алтыев Б.К., Хаджибаев Ф.А., Рахимов О.У.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

До сих пор одной из самых сложных проблем в современной неотложной хирургии остается лечение больных с послеоперационными осложнениями. В течении последних несколько десятилетий осложнения после операции на желчных протоках явились причиной выполнения повторных вмешательств на билиарной системе.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с интраоперационным повреждением внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. Систематизированы подходы к диагностике и лечению интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) у 121 больных. Повреждение гепатикохоледоха произошло при традиционной холецистэктомии у 83 (68,6%) пациентов; во время лапароскопической холецистэктомии - у 38 (31,4%) пациентов.

Результаты. Рентгеноконтрастные исследования желчевыводящих путей (ЭРПХГ, ЧЧХГ, МРТ-холангиография, фистулохолангиография, интраоперационная телехолангиография) позволили определить уровень и протяженность поражения, степень блока желчных протоков. По результатам обследования были выявлены следующие типы повреждений и стриктур (Э.И. Гальперин, 2002г.): (+2) - у 28 (23,1%); (+1) - у 35 (28,9%); (0) - у 38 (31,4%); (-1) - у 14 (11,6%); (-2) - у 6 (5%) пациентов.

Пассаж желчи в кишечник был восстановлен швом на Т-образном дренаже между поврежденными концами гепатикохоледоха у 14 (11,6%) больных. У остальных 107 (88,4%) пациентов выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов: холедоходуоденоанастомоз - у 17 пациентов,

гепатикодуоденоанастомоз – у 16, гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру – у 35, гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным Брауновским анастомозом – у 39. При проксимальных стриктурах для надежного формирования анастомоза использовали наружные дренажи по Фелькеру (7) или сквозной сменный дренаж по Сейпол-Курьяну (6). Эти дренажи длительно (до 2 лет) сохраняли в просвете анастомоза и при необходимости заменяли (сменные дренажи) на другие.

В последние годы при проксимальных стриктурах применяем разработанный нами способ наложения гепатикоеюноанастомоза на металлическом каркасе (31).

Различные послеоперационные осложнения отмечены у 41 (33,9%) больных, умерли 11 (9,1%) пациентов. Причиной смерти были несостоятельность швов анастомоза и перитонит (4), кровотечение из острых язв желудка (1), печеночно-почечная недостаточность на фоне тяжелой интоксикации при гнойном холангите (5) и истощение при дуоденальном свище (1).

Заключение. Выбор способа хирургической коррекции ятрогенных нарушений желчеотведения основывается на результатах комплексного использования рентгеноконтрастных методов диагностики, уровня и протяженности поражения гепатикохоледоха. Выявлении травмы желчных протоков является показанием к радикальной коррекции желчеоттока наложением билио-билиарного или билио-дигестивного анастомоза еще до развития тяжелых осложнений. Послеоперационные осложнения отмечены у 41 (33,9%) больных и умерли 11 (9,1%) пациентов. Наиболее хорошие результаты получены при наложении гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру с применением металлического кольца в качестве каркаса.

ЖЕЛЧЕВЫДЕЛЕНИЕ И ЖЕЛЧЕОБРАЗОВАНИЕ ПРИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ

Арипова Н.У., Матмуродов С.К., Шерматов А.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время отсутствует единое мнение о комплексе патофизиологических изменений, характеризующих состояние желчевыделительной и желчеобразующей функции печени, возникающих при внепеченочном холестазае.

Цель исследования: изучение динамики выделения желчи и ее основных компонентов при внепеченочном холестазае.

Материалы и методы. В НЦХП и ЖВП МЗ РУз проводили экспериментальные исследования на беспородных крысах массой 140 - 180 г и после перевязки общего желчного протока, у лапаротомированных крыс на 3, 7, 14, 21, 28 и 35 дни, собирали желчь. Определяли объем секреторируемой желчи и ее основные компоненты: билирубин, холестерин, желчные кислоты. Вычисляли показатели литогенности желчи: холато-холестериновый коэффициенты (ХХК) и индекс литогенности (ИЛ).

Результаты. Определение уровня желчи на 3-й день внепеченочного холестаза у выживших крыс показало, что за 4-х часовой период наблюдения накапливается желчь на 31,4% больше по сравнению с интактными. На 7 и 14 дни количество желчи уменьшается в 3 раза и в 7,7 раз соответственно. В последующие сроки при 4-х часовом сборе желчи секреторной актив-

ности печени не наблюдалось. Следует отметить, что с 7 дня холестаза желчный проток расширяется и приобретает форму “мешка”, в котором накапливается желчь. Объем “мешка” на 7-й день составляет 576,6 мг/100 г. массы крыс, на 14 день - 1575,3; на 21 - 2574 и на 35 день - 4666,6 мг/100г.

Концентрация и содержание желчных кислот в полученной желчи крыс после 3-х дневного холестаза, показывают, что основная функция гепатоцитов имеет тенденцию к снижению и достоверно не отличается от интактных. На 7 день концентрация и содержание холатов снижены соответственно в 2,25 и 6,4 раз. На 14 день отмечается усугубление секреторной активности печени. На 21 день концентрация желчных кислот в желчи из “мешка” была в 1,5 раза выше, чем на 7 день холестаза. Общее содержание желчных кислот составило 8.360 мг/100 г. Видимо, подобное повышение концентрации можно объяснить дегидратацией желчи. Аналогичные изменения отмечены на 35 сутки эксперимента.

Отмечается угнетение холестериновыделительной функции начиная с 3 по 35 дни, в эти же сроки наблюдения экскреция билирубина в желчь усиливается.

Вычисление показателей литогенности желчи показало - ХХК на 3 день эксперимента увеличивается на два раза. В последующие дни (7-35) наблюдения ХХК существенно не изменился и составил 20,5-25,7.

Индекс литогенности, начиная с 3 дня эксперимента, постепенно увеличивался и составлял от 0,35 до 0,54.

Заключение. При механической желтухе при наблюдении в течение 35 дней отмечается угнетение выделения и образования желчи. Начиная с 7 дня холестаза резко подавляется холатосинтетическая и холестеринвыделительная функция печени. Возрастает концентрация билирубина в желчи. Ухудшается коллоидная стабильность желчи.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СРОКАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Арипова Н.У., Матмуродов С.К., Лим В.Г., Шерматов А.

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей, Ташкент, Узбекистан

Анализ морфологических показателей слизистой оболочки двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишок 25 половозрелых крыс на 1, 3, 7, 19, 23, 26 и 35 дней после перевязки общего желчного протока (по 3-4 животных, на каждый срок) выявил ряд изменений, степень которых усугублялась по мере возрастания длительности холестаза.

При однотипных измененных структуры слизистой оболочки тонкой кишки во всех изучаемых отделах, степень нарушения в двенадцатиперстной кишке во все исследуемые сроки оказалась более существенной и снижалась по мере продвижения к подвздошной кишке.

В ранние сроки после перевязки общего желчного протока крыс (3, 4, 7 дней) в изучаемых отделах тонкой кишки изменения выражались в нарушении структуры ворсин и собственного слоя. Наряду с истончением слизистой оболочки за счет укорочения ворсин, их подэпителиального отека, складчатости, а также дистрофическими изменениями каемчатого эпителия, отмечались

воспалительные явления в строме в виде ее отека и возрастания плотности клеточной инфильтрации в ней в основном за счет лимфоцитов и плазматических клеток, что указывает об их участии в аутоиммунных процессах. Выявленные морфологические изменения двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишок в ранние сроки после перевязки общего желчного протока проявляются согласно классификации Ц.Г.Масевича (1967) и их следует причислить к поверхностному дуодениту и еуниту.

При перевязке общего желчного протока 19 дневной продолжительности, во всех изучаемых отделах тонкой кишки выявленные нарушения оказались более существенными, и соответствовали картине диффузного дуоденита. На это указывает истончение слизистой оболочки, поражение ее более глубоких слоев, возрастание воспалительной реакции соединительнотканной стромы, степень которой оказалась более высокой сравнительно с ранними сроками после операции.

При холестазах 23, 26 и 35 дневной продолжительности морфологические изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной, тощей и подвздошной кишок оказались более глубокими как на ворсинках, так и криптах, проявлялась в истончении слизистой оболочки за счет ворсин и крипт, приводя на отдельных участках к её атрофическим изменениям. Увеличение плотности клеточной инфильтрации ворсин и крипт в основном за счет повышения содержания лимфоцитов и плазматических клеток, в эти (отдаленные) сроки наблюдение оказалась максимальным.

Заключение. Возрастание степени морфологических нарушений во всех изучаемых отделах тонкой кишки при поздних сроках перевязки общего желчного протока свидетельствуют о прогрессировании процесса, ввиду чего можно рассматривать как переходящие друг в друга стадии заболевания, связанные с нарушением оттока желчи.

НЕОБРАТИМАЯ ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ - АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ МЕСТНО РАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ)

Астахов Д.А.^{1,2}, Панченков Д.Н.^{1,2}, Иванов Ю.В.^{1,2}, Кедрова А.Г.², Степанова Ю.А.³, Соловьев Н.А.^{1,2}, Нечунаев А.А.^{1,2}, Злобин А.И.^{1,2}, Лебедев Д.П.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Москва, Россия

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Местно распространенный нерезектабельный рак поджелудочной железы характеризуется низкой выживаемостью несмотря на химиотерапию и стандартную лучевую терапию.

Цель исследования: оценка общей выживаемости и выживаемость до прогрессирования у пациентов с местно распространенным раком поджелудочной железы, подвергшихся необратимой электропорации опухоли в сочетании с химиотерапией в сравнении с группой стандартной химиотерапии.

Материалы и методы. В исследование вошли 58 пациентов. Было проведено проспективное исследование общей выживаемости 23 (39,7%) пациентов, подвергшихся необратимой электропорации по поводу нерезектабельного рака поджелудочной железы за период с мая 2012 по март 2017 гг. в сравнении с 35 (60,3%) пациентами III стадией рака поджелудочной железы получавших стандартную химиотерапию в самостоятельном варианте.

Результаты. Все 23 пациента (средний возраст 61 год, в интервале от 45 до 80 лет) с местно распространенным раком поджелудочной железы, подвергшиеся необратимой электропорации, перенесли процедуру успешно. Рак головки поджелудочной железы имели 15 (65,2%) (пациентов), рак тела – 8 (34,8%). Химиотерапию перед процедурой электропорации, средней продолжительностью 4 месяца, получали 20 (86,9%) пациентов. Химиотерапии после процедуры электропорации подвергли 17 (73,9%) пациентов. 90 дневная смертность в группе электропорации составила 1 (4,3%). При сравнении групп пациентов, подвергшихся электропорации с получавшими стандартную терапию, отмечено улучшение времени без локального прогрессирования (12 и 6 месяцев соответственно, $p=0,01$), и выживаемость без отдаленного прогрессирования (15 и 8 месяцев соответственно, $p=0,03$). Общая выживаемость составила 18 и 11 месяцев соответственно ($p=0,03$).

Заключение. Необратимая электропорация местно распространенного рака поджелудочной железы является безопасной и у пациентов, подвергшихся стандартной индукционной терапии на протяжении минимум 4 месяца, может привести к хорошему локальному ответу и потенциально улучшить общую выживаемость по сравнению с группой пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение. Валидация полученных результатов будет проведена в планируемом многоцентровом исследовании.

СИМУЛЬТАННЫЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н., Чхиквадзе В.Д., Станоевич У.С., Гончаров С.В., Рагимов В.А., Колесников Р.В., Абрамов А.А.

ФГБУ «Российский научный центр рентгенодиагностики» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. От 15 до 25% больных королектальным раком на момент установки диагноза имеют синхронное метастатическое поражение печени. Последние годы, предпочтительной является стратегия симультанного удаления первичной опухоли и метастатических очагов. Развитие лапароскопических технологий в абдоминальной и гепатопанкреатобилиарной хирургии позволяет активно продвигаться в направлении полностью лапароскопического выполнения данных вмешательств.

Цель исследования: сравнительный анализ симультанных и изолированных лапароскопических резекций печени, выполненных на базе хирургического отдела, Российского научного центра рентгенодиагностики.

Материалы и методы. В исследование вошли 29 пациентов, которых для сравнительного анализа разделили на 2 группы. В первую группу вошло 14 (48,3%) пациентов, которым

выполнено симультанное лапароскопическое вмешательство в объеме удаления первичной опухоли и резекции печени, вторая группа состоит из 15 (51,7%) пациентов, которым выполнены лапароскопические изолированные резекции печени. Все операции выполняли по поводу метастатического поражения печени.

Результаты. Кровопотеря в группе симультанных резекций составила 469 ± 176 мл, в группе изолированных резекций - 408 ± 124 мл ($p=0.2$). Продолжительность операции 296 ± 107 мин в группе симультанных вмешательств и в группе изолированных 204 ± 82 мин. ($p=0.01$). Частота конверсий в группе симультанных резекций составила 14%, в группе изолированных резекций 26%. Большая частота конверсий в группе изолированных резекций объясняется тем, что симультанные резекции мы начали выполнять только по мере накопления опыта в лапароскопической хирургии печени. Все лапароскопические резекции печени в обеих группах соответствовали критериям R0. Летальных исходов и существенных осложнений в обеих группах отмечено не было.

Заключение. Подтверждена возможность и безопасность полностью лапароскопического выполнения симультанных операций. Обязательным условием для обеспечения безопасности вмешательства мы считаем наличие команды хирургов, владеющих техникой открытой и лапароскопической колоректальной и гепатопанкреатобилиарной хирургии, а также тщательное предоперационное планирование хода операции с использованием данных КТ и МРТ и постоянный интраоперационный ультразвуковой контроль на этапе трансекции паренхимы печени.

СТАРТ ПРОГРАММЫ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ В ФГБУ «НМИЦ ДГОИ ИМ. ДМИТРИЯ РОГАЧЕВА» МИНЗДРАВА РОССИИ

Ахаладзе Д.Г., Меркулов Н.Н., Ускова Н.Г., Андреев Е.С., Иванова Н.Н., Рабаев Г.С., Грачёв Н.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России, Москва, Россия

Радикальная резекция остаётся основным методом лечения первичных и вторичных очаговых образований печени в детской онкологии. Рост заболеваемости детей опухолями печени стимулирует к развитию нового направления в онкологической клинике педиатрического профиля.

Цель исследования: проанализировать ближайшие результаты и представить инициальный опыт хирургического лечения детей с очаговыми образованиями печени в НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва.

Материалы и методы. За период с июня 2017 по май 2018 гг. оперированы 15 детей (8 мальчиков, 7 девочек) в возрасте от 4 мес. до 17 лет (ср. 53,2 мес.). Различные анатомические резекции, в том числе сегментэктомии, секторэктомии и обширные резекции печени выполнены по поводу: гепатобластомы ($n=10$) различной распространённости (PRE/POSTTEXT I-III), гепатоцеллюлярного рака ($n=2$), метастазов нефробластомы в печени ($n=1$), рабдоидной опухоли печени ($n=1$) и ги-

гантской фокальной нодулярной гиперплазии ($n=1$). Открытые вмешательства выполнены 14 пациентам. В 1 наблюдении выполнена комбинированная лапароскопическая резекция печени и торакокопическая резекция правого лёгкого.

Результаты. Медиана объёма кровопотери составила 50 мл [$Q1=30$; $Q3=300$]. Медиана продолжительности пережатия гепатодуоденальной связки 0 мин [$Q1=0$; $Q3=9$]. Медиана времени тотальной сосудистой изоляции 0 мин [$Q1=0$; $Q3=1.25$]. Медиана продолжительности госпитализации (в хирургическом отделении) 7 суток [$Q1=6$; $Q3=12$]. Всем пациентам выполнены R0 резекции. Осложнения по классификации Clavien-Dindo классов IIIa и IIIb наблюдали в 1 и 2 наблюдениях, соответственно. У других пациентов осложнений в послеоперационном периоде не отмечали. Летальных исходов не было. Медиана наблюдения составила 4,6 мес [$Q1=2,2$; $Q3=8,20$]

Заключение. Полученные удовлетворительные ближайшие результаты хирургического лечения очаговых образований печени у детей дают основания к продолжению накопления опыта и дальнейшему развитию программы педиатрической хирургии печени в данном учреждении.

КРИОХИРУРГИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ И ДРУГИХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Ахмадзода С.М., Рахими Ф.К., Муминов Х.Х., Сафаров Б.Дж., Табаров З.В., Азимов И.М., Акрами И.С., Рахимов С.С., Тагойбеков З.С., Сафаров Дж.Б.

*Институт гастроэнтерологии АМН МЗ и СЗН,
Душанбе, Таджикистан*

*Физико-технический институт им. С.У. Умарова,
Душанбе, Таджикистан*

В конце XX столетия проблема точной топической диагностики заболеваний паренхиматозных органов живота решена. Однако, природа развития гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), альвеококкоза, туберкулеза и панкреонекроза, нередко, прорастание в магистральные сосуды брюшной полости и забрюшинного пространства остаются сдерживающими факторами развития гепатохирургии. Об использовании сверхнизкой температуры жидкого азота в хирургии печени известно уже более 40 лет и разработки в этом направлении крайне необходимы.

Цель исследования: изучить результаты применения сконструированных портативных криохирургических инструментов при операциях на органах брюшной полости.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН Республики Таджикистан с 05.02.2016 г. по 12.05.2018 г. выполнено 155 криохирургических вмешательств при различных заболеваниях органов брюшной полости у больных в возрасте 17-80 лет. Мужчин было 57 (36,8%), женщин – 98 (63,2%).

Криохирургия применена при заболеваниях: печени – у 87 (56,1%) больных (гемангиомы, аденомы - 10, ГЦК - 13, эхинококкозе - 28, альвеококкозе - 17, туберкулёзе - 7, абсцессе – 10, поликистозе - 2); желчного пузыря – у 28 (18,1%) больных (остром и хроническом холецистите на фоне НСВ, НВВ, циррозе печени - 25, аденокарциноме - 3); поджелудочной железы – у

40 (25,8%) больных (ПЖ) (остром и хроническом панкреатите - 11, опухолях, кистах и туберкулёзе ПЖ - 23 и гигантских доброкачественных опухолях, кист живота - 6).

Разработанная учеными Физико-технического института им. С.У. Умарова АН РТ криохирургическая аппаратура (патенты № TJ 850, 851, 852 от 26.04.2017г.), изучена в эксперименте и внедрена в клиническую практику. Режим работы: криоштамп и криоспрей. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота (-196°C) осуществляли в виде криодеструкции патологического очага, криообработки паразитарных, гнойных полостей, среза печени, ПЖ и во всех случаях была нацелена на повышение радикальности операции, уменьшения интраоперационной кровопотери, профилактики диссеминации заболевания.

Результаты. Криознуклеация гемангиомы печени в объеме 1-4 сегмента выполнена 6 больным, криорезекция - 4. При ГЦК только в 8 наблюдениях (гемигепатэктомия (ГГЭ) - 3, бисегментэктомия (биСЭ) - 5) криорезекция печени выполнена на уровне RO. Криоперицистэктомия выполнена 14 больным, резекция печени (РП) - 2, закрытая и полужакрытая эхинококкэктомия - 12. Радикальная РП выполнена в 4 случаях альвеококкоза, паллиативная РП - в 13 (ГГЭ, расширенная ГГЭ) с криодеструкцией оставшийся пластины паразита на сосудах. Криорезекция туберкулёза и апостематозного абсцесса печени включала по 3 случая СЭ, биСЭ и ГГЭ. Криохолецистэктомию выполняли от дна, аденокарциномы пузыря требовали ООРП. Профилактика прогрессирования панкреонекроза и устранение болевой симптоматики потребовали криодеструкцию ПЖ в 2 случаях. Криоспрей и глубокая криодеструкция ПЖ позволили осуществить криорезекцию головки ПЖ при протоковой аденоме, туберкулёзе, криознуклеацию гигантских эхинококковых и непаразитарных кист, некрсеквестрэктомии с формированием ПДА по Ру. При аденокарциноме ПЖ выполнили изолированную криорезекцию головки или хвоста - 4, криодеструкцию образований ПЖ и печени - 1, резекцию головки ПЖ и 3/4 желудка - 3, криорезекцию ПЖ с формированием БДА по Ру - 8. Криообработка сосудистой ножки гигантских кист и опухолей брюшной полости способствовала бескровному удалению последних.

Интраоперационная кровопотеря у 138 (89,0%) больных составила 470±27мл, у 12 (7,7%) - 820±47 мл, у 5 (3,3%) - 1450±62 мл. Умерло 10 (6,4%) больных.

Заключение. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота при операциях на органах живота повышает радикальность операции и минимизирует интраоперационную кровопотерю.

КРИХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

Ахмадзода С.М., Тагойбеков З.С., Табаров З.В., Сафаров Дж.Б.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Хирургическое лечение острого калькулезного холецистита на фоне хронического вирусного гепатита и цирроза печени представляет не только определенные технические трудности, но и чревато риском инфицирования медицинского персонала вирусным гепатитом и ятрогенией внепеченочных желчных протоков. Характерны фоновые воспалительные изменения паренхимы печени и, вследствие этого, развитие инфильтративно-склеротических изменений во внепеченочных желчных

протоках и области шейки желчного пузыря, практически исключает возможности лапароскопической холецистэктомии и требует иного решения. Имеющее место интраоперационное кровотечение у данного контингента больных, трудно поддается гемостазу электрокоагуляцией, гепаторафией и нередко марлевой тампонадой.

Цель исследования: поиск альтернативного способа холецистэктомии, обеспечивающий минимальную интраоперационную кровопотерю, ятрогению внепеченочных желчных протоков и случайного инфицирования медицинского персонала сопутствующим вирусным гепатитом.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы Института гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ за период с 2016 по 10 мая 2018 г. 19 больным с острым холециститом была выполнена криохолецистэктомия. Возраст больных варьировал в пределах от 18 до 79 лет. Женщин было 14, мужчин - 5. Сопутствующий HCV установлен у 13, HBV- у 6 больных. Криохолецистэктомию - удаление желчного пузыря от дна после полного оледенения последнего низкой температурой (-196°C) жидким азотом, проводили из сконструированного нами совместно с учеными Физико-технического института им. С.У. Умарова АН РТ, универсального портативного криодеструктора (патент № TJ 850 от 26.04.2017г.). Оледенение желчного пузыря осуществлялось двумя способами: криоспрей и непосредственным приложением ко дну желчного пузыря одного или двух наконечников криодеструктора, либо наконечника повышенной хладопроводимости (патент № TJ 852 от 26.04.2017г.). При этом полное замораживание желчного пузыря и до 20 мм окружающей паренхимы печени наступает через 6-8 минут. Собственный этап холецистэктомии выполняется от дна шаровидным наконечником монополярного электрокоагулятора. После полного отделения оледененного желчного пузыря от паренхимы печени с визуализацией внепеченочных желчных протоков и элементов шейки желчного пузыря, последние перевязываются отдельно, либо «ad massam». Как правило, наступает окончательный криогемостаз ложа желчного пузыря, а в случае небольшого кровотечения из ложа, последнее дополнительно подвергается электрокоагуляции. Операция заканчивается дренированием подпеченочного пространства контрольной трубкой на 2-3 дня. Криохолецистэктомия исключает применения колото-режущих инструментов.

Результаты. Положительный послеоперационный период отмечен во всех 19 случаях. Интраоперационная кровопотеря (подсчитана гравитационным методом) составила 75±19 мл, переливание элементов донорской крови и повторных оперативных вмешательств не требовалось ни в одном случае. Продолжительность операции составила 76±12 минут. Показатели биохимии крови (общий билирубин, АсАТ, АлАТ, ЩФ) к моменту выписки больных соответствовали исходному уровню. Среднее послеоперационное пребывание больных в стационаре составило 11±2,4 дня. Выписаны из стационара все 19 больных. В течение одного года после операции наблюдали за состоянием 14 больных и осложнений, связанных с криохолецистэктомией не установлено.

Заключение. Первый опыт криохолецистэктомии у 19 больных с острым калькулезным холециститом на фоне сопутствующего вирусного гепатита, свидетельствует о положительном непосредственном и отдаленном результате. Криохолеци-

стэктомия несложна в выполнении и позволяет минимизировать кровотечение, ятрогению внепеченочных желчных протоков и случайного инфицирования медперсонала.

ФИТАЗИД- НОВЫЙ АНТИСЕПТИК ПРОТИВОПАРАЗИТАРНОГО ДЕЙСТВИЯ

**Ахмадзода С.М., Кадиров А.Х., Зубайдова Т.,
Маҳкамова Б.Ҳ., Самандаров Н.Ю., Табаров З.В.,
Рахимов С.С. Сафаров Б.Д.**

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Эхинококкоз печени остается самым распространенным паразитарным заболеванием человека, которое отличается тяжелыми осложнениями, высокой частотой рецидива и склонностью поражать несколько органов. Широко используемые по настоящее время антипаразитарные и противорецидивные препараты (альбендазол, мебендазол и тд), к сожалению, высокотоксичны требующие длительного применения, не способствовали стойкому снижению частоты рецидива заболевания. По той же причине, не найдено средство выбора для противопаразитарной обработки остаточных полостей эхинококкоза, что и является основной причиной рецидива заболевания у каждого третьего оперированного больного.

Поэтому, назрела настоятельная необходимость в разработке нового средства, обладающего высокой антипаразитарной активностью, минимальной токсичностью и имеющее натуральное происхождение.

Нами, совместно с учёными Института химии им. В.И. Никитина АН Республики Таджикистан разработано новое средство – Фитазид, обладающее бактериостатическим и противопаразитарным действием. Основными компонентами антисептика являются водно-спиртовой настой ромашки, мяты, полыни горький и зверобоя с добавлением раствора Люголя (6,2%). Средство фитазид готовят из настоя целебных лекарственных растений, методом однократного настаивания ароматических трав, листьев и цветов. Входящие в композицию для настоя ингредиенты измельчают и заливают водно-спиртовой жидкостью, 12,5% концентрацией в соотношении 1, 6:10 настаивают 15 суток при температуре 25С. После чего сливают однородный слив и вносят в купаж в равное количество раствора Люголя и перемешивая, доводят до концентрации 6,2%.

Клиническому применению фитазида предшествовало экспериментальное исследование на 26 взрослых крысах породы Вистар. Модель эхинококкоза у последних была вызвана алиментарным путем, то есть вскармливанием последних содержимым удаленной эхинококковой кисты из печени человека, в течение 1 года. Положительную модель эхинококкоза удалось получить у 75% особей. После завершения эхинококкэктомии из печени крыс, остаточная фиброзная полость и свободная брюшная полость была обработана раствором фитазида. Наблюдение за оперированными крысами велось в течение 1 года. После выведения животных из опыта ни в одном наблюдении не отмечен рецидив заболевания. Также, в лабораторных условиях (in vitro), изучена продолжительность жизни сколекса живого эхинококкоза в сравнительном аспекте фитазидом и известными антисептиками – 96% раствором спирта, 3% раствором йода, 1% раствором Люголя и декасана. Видеомикроскопия

доказала несомненное преимущество фитазида в сравнении с известными антисептиками, используемые при обработке остаточных фиброзных полостей. Препарат не токсичен.

Первый клинический опыт использования фитазида у 15 больных с гигантскими эхинококковыми кистами печени показал хорошую переносимость и высокую противопаразитарную активность антисептика.

НОВЫЙ МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ IN VIVO С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МУЛЬТИФОТОННОЙ МИКРОСКОПИИ

**Бобров Н.В.^{1,2}, Киселев Н.М.^{1,2}, Кузнецова Д.С.²,
Дуденкова В.В.², Загайнова Е.В.², Загайнов В.Е.^{1,2}**

¹ФГБУ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА
России, Нижний Новгород, Россия

²ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский
университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Состояние паренхимы печени, особенно при патологических состояниях, наряду с измерением ее объема, имеет ключевое значение при определении тактики и объема ее резекции. Современные методы предоперационной оценки состояния паренхимы печени не позволяют получить достоверных данных о ее функциональном состоянии. Тем самым, крайне сложно прогнозировать развитие пострезекционной печеночной недостаточности. Отсутствие возможностей достоверной предоперационной диагностики столь грозного осложнения заставляет вести поиск новых методов оценки функционального состояния паренхимы печени.

Материалы и методы. Методом, позволяющим точно описать сложную внутреннюю структуру, гетерогенные клеточные популяции и, главное, динамику биологических процессов в каждой клетке отдельно и в ткани в целом, является мультифотонная микроскопия, включающая лазерно-сканирующую микроскопию LSM с режимом регистрации двухфотонно-возбуждаемой флуоресценции TPEF, а также микроскопию с временным разрешением FLIM. С помощью мультифотонной LSM-микроскопии в режиме TPEF можно проводить оценку структурного состояния и наличия эндогенных флуорофоров (например, билирубина) в паренхиме печени. FLIM-микроскопия позволяет оценить энергетический метаболизм гепатоцитов по времени жизни флуоресценции кофакторов дегидрогеназ НАД(Ф)Н и ФАД и их вкладам. Вышеуказанные параметры могут свидетельствовать о наличии и степени выраженности патологического состояния. Описанные методы не нуждаются в дополнительном окрашивании образцов или внедрении каких-либо маркеров.

Исследования проводили на 10 мышях самцах Balb/c 8-ми месячного возраста весом 20-25 г. Все мыши были разделены на 2 группы: контрольная и опытная. Каждая группа состояла из 5 мышей. Опытная группа включала мышей с индуцированным холестазом, который был моделирован путем перевязки общего желчного протока. Ткань паренхимы печени была изучена in vivo на 7-е сутки после индукции холестаза с помощью мультифотонного микроскопа LSM 880 (Carl Zeiss, Германия), оснащенного модулем FLIM (Becker & Hickl GmbH, Германия). Проанализировано по пятнадцать полей зрения из неперекры-

вающихся участков каждой печени. Статистический анализ выполнен в программе STATISTICA64 (StatSoft Inc., США).

Результаты. При моделировании острого холестаза наблюдалась типичная клиническая картина и соответствующие морфологические изменения печени. Были проанализированы уровень, время жизни флуоресценции внутриклеточных кофакторов и их вклады в норму и при индуцированной патологии печени. В печени контрольных животных гепатоциты имеют значительную автофлуоресценцию НАД(Ф)Н. Автофлуоресценция ФАД не выражена. В печени с индуцированным холестазом можно наблюдать повреждение гепатоцитов по снижению автофлуоресценции НАД(Ф)Н. Желчные кислоты и билирубин имеют сильный флуоресцентный сигнал в канале ФАД. Времена жизни флуоресценции гепатоцитов в норме, соответствующие свободной(t1) и связанной(t2) формам НАД(Ф)Н, составили 615 ± 18 пс и 3873 ± 121 пс, а вклад связанного с белком НАД(Ф)Н(a2) - $22 \pm 0,8\%$. При остром холестазе времена жизни t1 и t2 снижались до 346 ± 54 пс и 2794 ± 232 пс соответственно. Вклад связанного с белком НАД(Ф)Н также уменьшался и составлял $11,6 \pm 0,9\%$, что может свидетельствовать о токсическом повреждении гепатоцитов и нарушении метаболизма.

Заключение. Новый метод, не теряя преимущества рутинного гистологического исследования, способен оценивать структурно-функциональное состояние гепатоцитов in vivo без использования специальной окраски и введения дополнительных маркеров. Данный метод анализа может быть транслирован в практическую медицину, поскольку существует приборная реализация мультифотонной микроскопии для интраоперационного исследования органов и тканей пациентов посредством системы MPT Flex.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДИКИ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) является наиболее сложным оперативным вмешательством, сопровождающимся большим числом периоперационных осложнений. Частыми осложнениями ПДР являются несостоятельность панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) и панкреатический свищ.

Цель исследования: разработка дифференцированного подхода к выбору методики ПЕА при ПДР.

Материалы и методы. ПДР выполнена 268 больным с опухолями панкреатодуоденальной зоны. Применены инструментальные методы исследования: УЗИ, ЭРХПГ, мультidetекторная компьютерная томография, МРТ. Для оценки степени фиброза поджелудочной железы (ПЖ) применена ультразвуковая эластография (методом сдвиговой волны эластографии в режиме Shear Wave Elastography (SWE). Для определения степени тяжести панкреатической фистулы применена классификация ISGPF (2005).

Результаты. Неблагоприятными факторами (факторами высокого риска развития несостоятельности ПЕА) являлись: наличие мягкой, «сочной» ПЖ, «стеариновая» ткань ПЖ, узкий вир-

сунгов проток (менее 2 мм), широкий и утолщенный перешеек ПЖ. Более благоприятными (с низким риском развития несостоятельности ПЕА) являлись наличие фиброза, широкого панкреатического протока (более 3 мм), неширокого перешейка ПЖ.

Применен дифференцированный подход к выбору методики ПЕА в зависимости от состояния паренхимы ПЖ, размеров перешейка ПЖ, диаметра вирсунгового протока и тощей кишки. При соответствии диаметра тощей кишки и поперечника ПЖ выполнялся ПЕА «конец в конец», при несоответствии – ПЕА «конец в бок».

Применены следующие варианты панкреатоеюноанастомоза: инвагинационный дуктопанкреатоеюноальный - у 185 (69,0%), инвагинационный панкреатоеюноальный – у 66 (24,6%), панкреатоеюноальный с бандажной пластикой серповидной связки печени (патент Украины № 92410) – у 13 (4,9%), инвагинационный панкреатоеюноальный с демукозацией слизистой тощей кишки – у 4 (1,5%).

У 21 (7,8%) пациента в послеоперационном периоде наблюдали выделение панкреатического секрета и экссудата вследствие частичной несостоятельности ПЕА, чему во многом могло способствовать развитие панкреатита культы ПЖ. Диагностику панкреатического свища (ПС) у 16 (6,0%) пациентов проводили по характеру и уровню амилазы в отделяемом, превышающем в 3 раза норму. Тип А развился у 7 (43,8%), тип В - у 6 (37,5%), тип С - у 3 (18,8%) больных. У 3 пациентов с ПС проведены миниинвазивные вмешательства с дренированием зон скопления панкреатического сока, что привело к закрытию ПС. У 13 (4,6%) пациентов с ПС применение консервативного лечения с применением антипротеолитической терапии и местного лечения привело к выздоровлению.

Всем больным с несостоятельностью ПЕА и ПС проводили антисекреторную терапию с применением ингибиторов панкреатической секреции (октра, сандостатин, контрикал, даларгин, улинастатин (ю-трип).

Выводы.

1. Мягкая «сочная» ПЖ, узкий вирсунгов проток, послеоперационный панкреатит культы ПЖ являются основными факторами риска развития несостоятельности ПЕА и панкреатической фистулы при ПДР.
2. При высоком риске несостоятельности ПЕА применен дифференцированный подход с использованием бандажной методики укрытия ПЕА с применением серповидной связки печени и ПЕА с демукозацией слизистой тощей кишки.

ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ В ХИРУРГИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА: ПРОСПЕКТИВНОЕ РАНДОМИЗИРОВАННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

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

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Беларусь

Введение. Большинство пациентов с хроническим панкреатитом имеют нутритивную недостаточность, что приводит к ухудшению репаративных процессов после сложных реконструктивных операций на поджелудочной железе и влияет на уровень послеоперационных осложнений.

Цель исследования: провести анализ эффективности использования периоперационного энтерального питания для улучшения результатов плановых оперативных вмешательств на поджелудочной железе по поводу хронического панкреатита.

Материалы и методы. В период с января по декабрь 2017 г. проведено проспективное, рандомизированное исследование влияния раннего энтерального питания на результаты хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом у 40 больных. В основной группе пациентов (n = 20) ЭП проводили с использованием полуэлементной смеси «Peptamen AF» (Nestle). Была использована схема до- и послеоперационного питания «3+5»: в течение 3-х дней накануне операции пациенты основной группы, наряду с обычным питанием через рот, дополнительно принимали 500 мл смеси «Peptamen AF» (750 ккал) в сутки. В послеоперационном периоде энтеральное питание через рот возобновляли в основной группе со вторых суток после операции и продолжали в течение 5 дней. В контрольной (n=20) – только парентеральное питание в послеоперационном периоде. В обеих группах проводили стандартную терапию по коррекции водно-электролитных нарушений. Результаты лечения оценивали по уровню осложнений, длительности лечения в реанимации и стационаре, началу перистальтики, а также по маркерам белкового метаболизма (сывороточный альбумин, трансферрин).

Результаты. В послеоперационном периоде отмечено достоверное повышение уровней трансферина, альбумина, лимфоцитов на 5-е и 10-е сутки в основной группе пациентов (p < 0,001). Отмечено достоверно более раннее начало перистальтики (1,5[1;2] против 3,5[2;5] дня, p = 0,002) и появление первого стула (4[3;5] против 6,5[4;7], p=0,002) у пациентов основной группы. Уровень протекания и внутрибрюшной инфекции был снижен в основной группе (p = 0,31). В группе пациентов с применением энтерального питания достоверно снижены сроки лечения в реанимации и стационаре (12,5 и 18,5 дня, p=0,001)

Заключение. Комбинированная методика коррекции нутритивного статуса, включающая дооперационное и раннее послеоперационное энтеральное питание сбалансированными полуэлементными смесями позволило уже к 10 суткам послеоперационного периода добиться восстановления дооперационных показателей показателей белкового обмена. В сопоставимых исследованиях с применением только послеоперационной энтеральной поддержки было показано восстановление показателей белкового только к 21-90 суткам после операции.

Раннее энтеральное питание в рамках стратегии хирургии ускоренного выздоровления способствует снижению уровня послеоперационных осложнений, сокращения времени пребывания в стационаре и расходов на лечение.

Оральный способ ранней нутритивной поддержки является простым и безопасным для проведения энтерального питания, отвечающий физиологическим принципам питания.

Эффективными препаратами для раннего энтерального питания в хирургии хронического панкреатита являются полуэлементные сбалансированные смеси.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ворончихин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А.,
Байханов Ж.С., Рзай А.И., Иванов А.В.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»,
Чебоксары, Россия

БУ «Республиканская клиническая больница»,
Чебоксары, Россия

ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом, осложненного ложными аневризмами артерий чревного ствола.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2017 г. в БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР оперировано 376 больных хроническим панкреатитом. Клиническими проявлениями болезни были: абдоминальный болевой синдром, механическая желтуха, дуоденостаз, вздутие живота, желудочно-кишечное кровотечение. Протокол обследования включал общеклинические, биохимические анализы, УЗИ брюшной полости с доплерографией, КТ органов брюшной полости с контрастированием, МРТ брюшной полости, ФГДС, целиакогра-фию. Ложная аневризма артерий чревного ствола выявлена у 16 больных. Диагноз до операции выставлен в 11 случаях, интраоперационная находка ложной аневризмы – в 5 случаях. Ложные аневризмы 1 типа имеющие связь с главным панкреатическим протоком диагностированы в 6 случаях. Ложные аневризмы 2 типа без связи с главным панкреатическим протоком – в 10 случаях. Ложная аневризма селезеночной артерии выявлена у 6 пациентов, ложная аневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии - у 3, ложная аневризма поджелудочно-двенадцатиперстной артерии - у 7 больных. Больные с ложными аневризмами 1 типа поступали с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. При выявлении ложной аневризмы до операции, первым этапом выполнялась рентгенэндоваскулярная суперселективная эмболизация питающего аневризму сосуда для устранения кишечного кровотечения и профилактики интраоперационной кровопотери. Если ложная аневризма являлась интраоперационной находкой, выполнялась перевязка питающей артерии. Вторым этапом были выполнены различные хирургические вмешательства на поджелудочной железе. При локализации ложной аневризмы области головки поджелудочной железы, было выполнено 10 операций Фрея. При локализации ложной аневризмы в области тела, хвоста поджелудочной железы выполнено 6 дистальных резекций поджелудочной железы со спленэктомией. Во всех случаях проводилось интраоперационное УЗИ с доплерографией.

Результаты. В послеоперационном периоде рецидивов кровотечения не было. У больных с локализацией ложной аневризмы в головке поджелудочной железы исчез болевой синдром. Послеоперационный панкреатит возник у 2 больных, купировался консервативно базисной терапией. Развития послеоперационного сахарного диабета или прогрессирование имеющегося до операции сахарного диабета не наблюдали. Срок наблюдения пациентов после операции варьировал в

пределах от 6 до 84 месяцев. Летальных исходов операций при хроническом панкреатите, осложненном ложными аневризмами с использованием эндоваскулярных технологий не было.

Выводы. Применение рентгенэндоваскулярной суперселективной эмболизации питающего ложную аневризму сосуда позволяет добиться эффективного «выключения» аневризмы из кровотока, останавливает кровотечение при аневризмах 1 типа и уменьшают риск профузного интраоперационного кровотечения при последующем открытом резекционном этапе.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Найденов Е.В., Забежинский Д.А., Рудаков В.С., Шабалин М.В., Воеводин А.Л., Щербин В.В., Башков А.Н., Григорьева О.О., Светлакова Д.С., Мальцева А.П.

ФГБУ ГНЦ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Материалы и методы. В Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России с января 2009 по май 2018 г. было пролечено 356 пациентов с очаговыми образованиями печени с инвазией магистральных сосудов. Показаниями к хирургическому лечению являлись гепатоцеллюлярная карцинома на фоне цирроза печени (78 пациентов) и без цирроза печени (36 пациентов), опухоль Клатскина (43 пациента), холангицеллюлярная карцинома (25 пациентов), колоректальные метастазы (63 пациента), саркома нижней полой вены (2 пациента), альвеококкоз печени (109 пациентов). Все хирургические вмешательства на печени выполнены с применением трансплантационных технологий: 106 трансплантаций печени (27 трупных трансплантаций, 75 родственных трансплантаций правой доли печени, 2 salvage-трансплантации, 1 сплит-трансплантация печени 2 взрослым реципиентам) были выполнены 78 пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой на фоне цирроза печени, 1 пациенту с гепатоцеллюлярной карциномой без цирроза печени, 27 пациентам с альвеококкозом печени; 56 ауто трансплантаций печени (8 в варианте *in vivo*, 30 нормотермических резекций печени в варианте *Ante situ* (*ex situ in vivo*), 18 экстракорпоральных гипотермических резекции печени и ее ауто трансплантации в варианте *ex vivo* (*ex situ ex vivo*)) было выполнено 12 пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой без цирроза печени, 5 пациентам с холангицеллюлярной карциномой, 14 пациентам с колоректальными метастазами, 1 пациентке с саркомой нижней полой вены, 24 пациентам с альвеококкозом печени; 194 расширенных резекций печени с резекцией магистральных сосудов (с резекцией нижней полой вены - 24, с резекцией печеночных вен - 16, с резекцией воротной вены - 87, с резекцией печеночной артерии - 26, мультиваскулярных резекций - 41) было выполнено 23 пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой без цирроза печени, 42 пациентам с опухолью Клатскина, 20 пациентам с холангицеллюлярной карциномой, 49 пациентам с колоректальными метастазами, 1 пациенту с саркомой нижней полой вены, 58 пациентам с альвеококкозом печени. Для пластики магистральных сосудов, в том числе нижней

полой вены, при невозможности выполнения аутопластики, применяли протезы из политетрафторэтилена, при резекции правого предсердия выполняли правопредсердно-кавальное PTFE-протезирование. Все хирургические вмешательства были выполнены в варианте R0.

Результаты. Резектабельность составила 100%. Общая частота послеоперационных осложнений среди всех больных составляла 25,0%. После трансплантации печени - 28,8% (16,0% после трупной трансплантации, 32% после родственной трансплантации), после ауто трансплантации печени - 37,5%, после расширенных резекций печени с резекцией магистральных сосудов - 20,1%.

Наиболее частыми осложнениями в послеоперационном периоде являлись билиарные осложнения (Grade A, B (ISGLS, 2011) - 21,6% и пострезекционная печеночная недостаточность (Grade A, B (ISGLS, 2011) - 13,8%.

Госпитальная летальность среди всех пациентов составила 4,5%. После трансплантации печени госпитальная летальность составляла - 5,8% (8,0% после родственной трансплантации), после ауто трансплантации печени госпитальная летальность составила 10,7%, после резекции печени с резекцией и пластикой магистральных сосудов госпитальная летальность составила 2,1%.

Заключение. Представленные новые трансплантационные технологии в хирургии печени являются единственным радикальным способом лечения новообразований печени с вовлечением магистральных сосудов, позволяют значительно увеличить операбельность и резектабельность данной группы пациентов, обеспечить хорошие непосредственные и отдаленные результаты их хирургического лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОБРАБОТКИ И ФОРМИРОВАНИЯ КУЛЬТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ЕЕ КОРПОРОКАУДАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Восканян С.Э., Найденов Е.В., Утешев И.Ю., Артемьев А.И.

ФГБУ ГНЦ Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить влияние применения различных способов обработки и формирования культи поджелудочной железы на частоту и тяжесть специфических послеоперационных осложнений после ее корпорокаудальных резекций.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 126 больных, которым были выполнены корпорокаудальные резекции поджелудочной железы (изолированная или в комбинации с оперативными вмешательствами на соседних органах брюшной полости и забрюшинного пространства).

Пациенты были распределены на 4 группы. В 1-ой группе (контрольной) (48 (38,1%) пациентов) выполняли изолированное прошивание главного панкреатического протока культи поджелудочной железы с ее оментизацией прядью большого сальника либо локальной герметизацией с помощью гемостатической губки. Во 2-ой группе (27 (21,4%) пациентов) выпол-

няли изолированное прошивание главного панкреатического протока культы поджелудочной железы с последующей герметизацией биологическим клеем 2-октилцианоакрилатом. В 3-ей группе (31 (24,6%) пациент) формирование культы ПЖ производили с помощью сшивающе-режущего аппарата. В 4-ой группе (20 (15,9%) пациентов) выполняли наружное трансдуоденальное трансназальное дренирование расширенного (более 3 мм) главного панкреатического протока культы поджелудочной железы.

Результаты. Общая частота послеоперационных осложнений в контрольной группе больных составила 45,8%, во 2-ой группе – 22,2%, в 3-ей группе – 12,9%, в 4-ой группе – 20,0%. Во 2-ой, 3-ей и 4-ой группах больных выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение частоты послеоперационных осложнений в соответствии с классификацией послеоперационных осложнений Clavien-Dindo (2004) по сравнению с контрольной группой больных

Частота острого послеоперационного панкреатита у больных контрольной группы составила 45,8%, во 2-ой группе – 44,4%, в 3-ей группе – 9,7% ($p < 0,05$), в 4-ой группе – 15,0% ($p < 0,05$). В структуре острого послеоперационного панкреатита выявлено статистически значимое ($p < 0,05$) снижение частоты средне-тяжелых форм осложнения у больных 2-ой, 3-ей и 4-ой групп по сравнению с больными контрольной группы.

Частота специфических осложнений после корпорокаудальных резекций в контрольной группе больных составила 35,4%, во 2-ой группе – 11,1 ($p < 0,05$), в 3-ей группе – 6,4% ($p < 0,05$), в 4-ой группе – 5,0% ($p < 0,05$). Наиболее частыми специфическими осложнениями являлись послеоперационные панкреатические свищи, частота которых в контрольной группе больных составила 29,2%. Во 2-ой, 3-ей и 4-ой группах больных было отмечено статистически значимое снижение частоты послеоперационных панкреатических свищей – 7,4%, 6,4% и 5,0% соответственно. Кроме того, во 2-ой, 3-ей и 4-ой группах отмечено статистически значимое снижение частоты неинфицированных ограниченных жидкостных внутрибрюшных скоплений, абсцессов брюшной полости и забрюшинного пространства, аррозивных внутрибрюшных кровотечений по сравнению с больными контрольной группы.

Послеоперационный койко-день в контрольной группе больных составил 17 (13-22) дней, во 2-ей группе – 12 (10-15) суток ($p < 0,05$), в 3-ей группе – 10 (8-13) суток ($p < 0,05$), в 4-ей группе – 13 (10-16) суток ($p < 0,05$).

Госпитальной летальности не было.

Выводы. Выполнение корпорокаудальных резекций поджелудочной железы со «стандартными» способами формирования культы поджелудочной железы сопровождается высокой частотой и тяжестью послеоперационных осложнений, в том числе послеоперационных панкреатических свищей.

Применение предложенных способов обработки и формирования культы поджелудочной железы после ее корпорокаудальных резекций приводило к снижению частоты и тяжести послеоперационных осложнений, снижению частоты и тяжести острого послеоперационного панкреатита, послеоперационных панкреатических свищей, уменьшению послеоперационного койко-дня.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ГЕМОСТАЗ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНАХ

Горский В.А., Воленко А.В.

ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия

В целях окончательного гемостаза при операциях на паренхиматозных органах в проблемных ситуациях с 1995 г. применяем комбинированную фибрин-коллагеновую субстанцию субстанцию. В сравнительном эксперименте убедились в хороших гемостатических возможностях препарата. Было установлено, что надежная остановка кровотечения по сравнению с другими биополимерными гемостатиками достигается в течение 3 мин. после аппликации препарата на раны печени, селезенки, поджелудочной железы. При морфологических исследованиях выявили оригинальный эффект активной стимуляции регенерации тканей за счет активизации фибробластической и ангиогенной реакций. Биодegradация субстанции наступает после 30 суток путем замещения нежной соединительной тканью.

В клинике в целях остановки паренхиматозных кровотечений препарат использовали у 265 пациентов. При традиционной операции надежный гемостаз удалось достичь у 187 больных. Повреждения селезенки наблюдали у 75 больных. Во всех случаях аппликация препарата позволила избежать спленэктомии. Кровотечения из ткани поджелудочной железы в 6 случаях были связаны с прошиванием головки железы при укрытии короткой культы 12-перстной кишки во время резекции желудка. У 36 больных с панкреонекрозом массивные кровотечения возникли во время секвестрэктомии. После нанесения субстанции останавливалось, рецидивов не наблюдали. В 4 случаях препарат использовали при дистальной резекции железы и кровотечении из ложных кист. Остановку кровотечения из ткани печени удалось осуществить у 63 пациентов при осложненных гемангиомах, травматических повреждениях паренхимы органа, из ложа желчного пузыря после холецистэктомии в условиях цирроза и активного гепатита.

При лапароскопической операции роль субстанции значительно возрастает, т.к. применением коагуляции в ряде случаев невозможно остановить возникшее кровотечение. У 78 больных при сложных лапароскопических вмешательствах на печени и холецистэктомиях с обильным кровотечением из ложа пузыря препарат избавил нас от перехода на открытую операцию. В подобных ситуациях препарат может помочь предотвратить осложнения в виде термических поражений при возникновении кровотечений в области магистральных желчных протоков или крупных сосудов. Аппликацией препарата на ложе пузыря можно так же профилировать желчеистечение из дополнительных желчных протоков. При лапароскопических вмешательствах пользовались специальным аппликатором «Эндодок», позволяющим целенаправленно наносить и фиксировать субстанцию на раневую поверхность. Ни в одном случае рецидива кровотечения не возникло. Осложнений, связанных с применением препарата, не наблюдали.

Таким образом, наш опыт использования фибрин-коллагеновой субстанции свидетельствует о хороших гемостатических возможностях препарата в хирургии паренхиматозных органов. Применение препарата показано при возникновении нестандартной ситуации и невозможности остановки кровотечения другими способами.

НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ И РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Аполлонов А.А., Смородский А.В., Слободяник А.В., Солдатов С.А., Федун О.В., Афанасьев А.А.

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Рост числа полирезистентных штаммов патогенных микроорганизмов и неудовлетворительные результаты лечения мультилокулярных абсцессов печени (АП) диктуют необходимость поиска альтернативных способов воздействия на патологический очаг.

Цель исследования: оценить возможность применения, эффективность радиочастотной абляции (РЧА) и антимикробной фотодинамической терапии (АФДТ) бактериальных АП.

Материалы и методы. В исследование включено 54 пациента (с крупными мультилокулярными АП - 11 (20,4%) больных и с однополостными абсцессами - 43 (79,6%). Для анализа эффективности РЧА выделено две группы: основная - 7 (63,6%) больных, которым выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование (ЧЧД), контрольная - 4 (36,4%) случая комбинации ЧЧД и РЧА. Пациенты с однополостными АП также разделены на две группы: основная - 16 (37,2%) больных, которым после ЧЧД проводилась АФДТ, контрольная - 27 (62,8%) наблюдений с ЧЧД без лазерного воздействия.

Абляцию АП производили игольчатым электродом в диапазоне от 15 до 25 минут с достижением температуры в очаге 70-85°C. Выполняя АФДТ, в качестве фотосенсибилизатора использовали 0,35% радахлорин в концентрации 0,1 мг/кг массы тела. Экспозиция препарата в полости абсцесса составляла 20 минут. Через дренаж заводился эндоскопический волоконно-оптический катетер с микролинзой. При длине волны лазерного излучения 662 Нм и мощности излучения 1,00 W производилось облучение патологического очага в непрерывном режиме в течение 20 минут.

Результаты. Этиологическая структура у больных с многокамерными АП представлена холангиогенными (n=6), посттравматическими (n=2) и криптогенными (n=3) АП. Средний диаметр абсцессов составил 79±13 мм. В контрольной группе (n=7) потребовалась установка 2 дренажей в 3 случаях, 3-х - в 4 наблюдениях. В основной группе (n=4) с целью формирования единой полости и обеспечения бактерицидного эффекта выполнена РЧА. Сочетание РЧА с чрескожным дренированием позволяло использовать только один дренаж и способствовало уменьшению койко-дня (14,6±3,9 против 27,6±8,6 дней при p=0,032), длительности дренирования АП (5,75±1,75 против 16,3±4,81),

При анализе применения АФДТ установлено, что в контрольной группе (n=27) период антибиотикотерапии составил 12,6±0,7 дней, в опытной группе (n=16) ее отмена производилась на 3,5 дня раньше (9,1±0,4 дня; p<0,001). Период дренирования АП в контрольной группе составил 15,6±1,6 дней, в опытной группе дренаж удалялся на 7,7 дней раньше (7,9±0,5 дней; p<0,001). Период нахождения в стационаре больных

контрольной группы длился 24,7±3,0 дня. В основной группе он снизился более чем в 2 раза (11,6±0,5 дня) (p<0,001). Снижение темпа уровня лейкоцитов крови, прокальцитонина и С-реактивного белка отмечено в обеих группах, однако статистически значимой разницы показателей не выявлено (p>0,05). В контрольных посевах отделяемого по дренажу в основной группе роста микрофлоры не отмечалось с первых суток послеоперационного периода в 75% случаев, со 2 суток - в 18,7%, с 3 суток - в 6,3%. В то время, как у больных контрольной группы отрицательные посева в первые сутки после операции отмечены в 63% случаев, во 2 сутки - в 18,5%, в 3 сутки - в 11,1%, в 5 сутки - в 7,4%. Различия статистически значимы (p<0,05).

Выводы. Применение РЧА и АФДТ в комплексном лечении пиогенных АП позволяет сократить сроки санации очага инфекции и пребывания в стационаре.

ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПАКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ. АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Дронов А.И., Земсков С.В., Крючина Е.А., Горлач А.И., Бакунец П.П., Бакунец Ю.П., Левченко Л.В.

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Актуальность. Резекция поджелудочной железы (ПЖ) является единственным эффективным методом лечения злокачественных новообразований органов панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) и осложненными формами хронического панкреатита, при этом в специализированном центре послеоперационная летальность ставить меньше 5%, что обусловлено рациональной хирургической тактикой, разработка алгоритмов предоперационной подготовки, интраоперационного сопровождения и послеоперационной реабилитации.

Цель исследования: проанализировать результаты собственного 15-летнего опыта ПДР.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2017 гг. на клинической базе кафедры Общей хирургии №1 в Киевском городском центре хирургии заболеваний печени, желчных протоков и поджелудочной железы имени профессора В.С. Земскова (КГКБ №10) панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) была выполнена 311 пациентам. Большинство (82%) пациентов оперированы по поводу злокачественных новообразований ПДЗ. В исследовании пациенты ретроспективно были разделены на две группы. I группа - 98 больных, которые были оперированы с 2003 по 2008 год; II группа - 213 больных, которые были оперированы с 2009 по 2018 год. Среди критериев оценки были: уровень послеоперационной летальности, частота специфических осложнений согласно классификации ISGPS и общий уровень послеоперационных осложнений согласно классификации Клавиен-Диндо.

Результаты. Общий показатель уровня летальности за 15 лет составил 5,1% (16 пациентов). За это время летальность снизилась с 9,1% (9 из 98 I группы) до 3,3% (7 из 213 II группы). Количество гастростазов В и С, соответственно, с 23,5% до 15%; послеоперационных панкреатических свищей (ПОПС) классов В и С - с 19,4% до 13,2% и с 10,2% до 5,6% соответ-

ственно; кровотечений классов В и С - с 7,1% до 4,2%; осложнений II класса по Клавиен-Диндо - с 21,5% до 12,7%, III-IV класса С - с 10,2% до 6,6%.

Выводы. Причины, которые могут влиять на снижение уровня осложнений после ПДР: селективный отбор пациентов, формирование специальных хирургических бригад, рестриктивная политика интраоперационной инфузии и трансфузии, применение мультимодального подхода обезболивания с целью снижения применения опиатов.

МУЛЬТИАРТЕРИАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ МНОЖЕСТВЕННЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ СИНДРОМА МЭН I ТИПА. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Егоров В.И.¹, Петров Р.В.¹, Харазов А.Ф.², Павловская А.И.³, Кондратьев Е.В.², Старостина Н.С.¹

¹Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗМ, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

³ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Хирургическое удаление местнораспространенных нейроэндокринных опухолей (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ), вовлекающих крупные сосуды и смежные органы, оправдано в связи со значительно лучшим прогнозом по сравнению с экзокринным раком ПЖ.

Наблюдение. Пациентка, 33 лет, выраженный абдоминальный болевой синдром.

КТ: в крючковидном отростке поджелудочной железы выявлено НЭО ПЖ, размерами 51х60х65 мм, с накоплением контрастного вещества в артериальную фазу. Общая печеночная (гепатомезентериальный ствол) и верхняя брыжеечная артерии находятся в структуре опухоли. Аналогичные по структуре образования находятся в теле (18 мм) и хвосте железы (12 мм). Клинический диагноз: Множественные нейроэндокринные опухоли ПЖ (головка, тело, хвост), сT4N0M0 с вовлечением верхней брыжеечной и общей печеночной артерий. Аденома правого надпочечника. Микроаденома гипофиза. Синдром множественной эндокринной неоплазии (МЭН) I типа.

Выполнено оперативное вмешательство: тотальная дуоденопанкреатэктомия с резекцией верхней брыжеечной артерии с наложением анастомоза конец в конец, иссечение общей и собственной печеночной артерии, включая ее бифуркацию печеночных артерий, артериальный спленобигепатикоанастомоз с формированием необифуркации печеночных артерий. Спленэктомия. Правосторонняя адреналэктомия.

Послеоперационный диагноз. Нейроэндокринная карцинома головки поджелудочной железы (NEC G3), pT4N0M0. Нейроэндокринные опухоли тела и хвоста поджелудочной железы (NET

G2). Светлоклеточная адренокортикальная аденома надпочечника. Микроаденома гипофиза. Синдром МЭН 1.

Койко-день – 25. Гастростаз А. Подбор инсулинотерапии.

Прогрессирование спустя 1,8 года – метастазы в печени. Проведено две линии химиотерапии (FOLFOX, XELOX) и начата биотерапия пролонгированным октреотидом. Неудачная попытка химиоэмболизации печени в декабре 2014 г., по декабрь 2016 г. получала биотерапию и химиотерапию Аранозой. В 2016 г. появились метастазы в кости с преимущественным поражением крестца. Назначены бисфосфонаты. В апреле 2017 г. проведена эффективная паллиативная лучевая терапия на область крестца СОД 20Гр по поводу болевого синдром. Спустя 7 лет после операции пациентка сохраняет функциональность, получает паллиативное и симптоматическое лечение.

Заключение. Наблюдение показывает, что радикальные и сверхрадикальные резекции ПЖ с резекцией окружающих органов и сосудов оправданы при местнораспространенных G2 и дифференцированных G3 НЭО ПЖ. В сочетании с био- и химиотерапией такие операции позволяют значительно продлить жизнь этим пациентам.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ И РАСШИРЕННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ СИНДРОМЕ VON HIPPEL-LINDAU. ШЕСТЬ НАБЛЮДЕНИЙ ИЗ 46 ПАЦИЕНТОВ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ

Егоров В.И.¹, Петров Р.В.¹, Бельцевич Д.Г.²

¹Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗМ, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Поджелудочная железа (ПЖ) поражена у 15% больных синдромом von Hippel-Lindau disease (VHL). Резекции при VHL рекомендованы при pNEN>2 или >3 см для головки и тела-хвоста ПЖ с учетом времени удвоения опухоли и локализации мутации.

Цель исследования: оценить результаты резекций ПЖ при VHL NEN и NEC.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ резекций ПЖ, выполненных 6 пациентам из 46, находящихся под наблюдением (2013-2018).

Результаты. 1-ый пациент. Тотальная дуоденопанкреатэктомия при нейроэндокринной опухоли головки и тела при тотальном поражении ПЖ серозными цистаденомами у 54-летней пациентки с гемангиобластомами спинного мозга, перенесшей нефрэктомия по поводу рака почки за 5 лет до этого.

2-ой пациент. Центросохраняющая спленосохраняющая резекция ПЖ и левосторонняя адреналэктомия у 45-летней пациентки, оперированной по поводу множественных церебральных и спинозговых гемангиобластом, после правосторонней адреналэктомии.

3-ий пациент. Дистальная резекция ПЖ у 31-летнего мужчины после резекции почки и двухсторонней адреналэктомии.

4-ый пациент. Расширенная панкреатодуоденальная резекция (ПДР) у 47-летнего мужчины с множественными геман-

гиобластомами спинного мозга, перенесшего нефрэктомиию и двухстороннюю адреналэктомиию, и 6 см pNEN в головке ПЖ.

5-ый пациент. Корпорокаудальная спленсохраняющая резекция ПЖ с левосторонней адреналэктомией, тройной резекцией левой почки и двойной резекцией правой почки по поводу рака, после удаления краниальной гемангиобластомы.

6-ой пациент. ПДР у пациента 31 года после ряда операций по поводу краниальных гемангиобластом, двухсторонней адреналэктомии и резекции почки.

Один пациент (6-ой) умер от профузного внутрибрюшного кровотечения после операции, Один пациент (1-ый) умер через 8 месяцев после операции вследствие диссеминации рака почки, остальные после выписки вернулись к нормальной жизни и работе.

Заключение. Своевременная и максимально паренхимосохраняющая хирургия, основанная на строгих показаниях, является методом выбора для при нейроэндокринных опухолях при синдроме VHL.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ РЕЗЕКЦИИ В РАДИКАЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА И АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

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

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы, Россия

Актуальность. Несмотря на совершенствование лекарственной терапии и чрескожных методик, единственным радикальным методом лечения эхинококкоза печени остается хирургический. Существуют значительные противоречия в отношении используемых хирургических техник, однако с развитием гепатобилиарной хирургии радикальные вмешательства, включающие обширные резекции печени, становятся более безопасными и выполнимыми.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты открытых и лапароскопических радикальных операций при эхинококкозе и альвеококкозе печени.

Материалы и методы. Проанализирована серия радикальных операций (n=40) у пациентов с эхинококкозом и альвеококкозом печени, выполненных в течение 5 лет с 2013 по 2018 год. Выполняли эхинококкэктомиию с тотальной или субтотальной перицистэктомией и атипичной резекцией печени при гидатидозном эхинококкозе и анатомические резекции печени при альвеококкозе. Средний возраст пациентов составил 43±15 лет. Соотношение мужчин и женщин было 3:2.

Результаты. Лапаротомным доступом были оперированы 9 (22,5% случаев) больных с рецидивным и осложненным эхинококкозом, а также 5 пациентов с альвеококкозом печени типа P3 по классификации PNM. Остальным 31 пациенту выполнены лапароскопические (65%) и робот-ассистированные (12,5% случаев) вмешательства. В группе больных, оперированных минимально инвазивным доступом, было 26 пациентов с гидатидозным и 5 пациентов с альвеолярным эхинококкозом печени. Средний размер кист составил 80±36 мм. Среди эхинококковых кист преобладали кисты CE3 типа (61,5%), реже

встречались кисты CE1 (19,2%), CE2 (15,4%) и CE4 (3,8%) типов. В случае альвеококкоза печени с кистами типа P2 по классификации PNM было 3 пациента и P2 типа - 2 больных. Пациенты с одной эхинококковой кистой оперированы в 70% случаев, две кисты было у 5 больных, три – у 2 больных и четыре кисты – у 1. Тотальная перицистэктомия была выполнена в 11 (42,6%) случаях. У 6 (23%) пациентов была диагностирована цистобилиарная фистула (на дооперационном этапе - у одного пациента и интраоперационно - у 5), для закрытия которой во всех случаях был использован метод поиска и пересечения сосудисто-секреторной ножки, несущей свищ. Среднее время операции составило 330±152. Средний объем кровопотери был 200 мл (от 10 до 1500), в одном случае пациенту потребовалась гемотранфузия. Во всех случаях операцию начинали с турникета гепатодуоденальной связки, прием Прингла потребовался в 5 случаях. Кисты были расположены в задних сегментах (I, VII, VIII) в 61,3% случаев. Осложнения, требовавшие хирургической коррекции (G>2, Clavien-Dindo) наблюдали у 5 (13%) пациентов: III (3), IV (1), V (1). Один пациент умер на 90-й день после операции вследствие тяжелого послеоперационного панкреатита. В среднем послеоперационный койко-день составил 7 (3-23) дней.

Заключение. При условии выполнения операций в специализированном отделении, владеющем технологией лапароскопических вмешательств на печени, минимально-инвазивный доступ (лапароскопический и робот-ассистированный) позволяет безопасно проводить радикальное лечение гидатидозного и альвеолярного эхинококкоза печени, включая мультифигурное поражение, расположение кист в задних сегментах и осложненное течение заболевания.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПО ПОВОДУ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Ванькович А.Н., Ким П.П., Казаков И.В., Королева А.А., Елизарова Н.И., Заманов Э.Н., Грендаль К.Д.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы, Россия

Показания к минимально инвазивным резекциям печени при доброкачественных опухолях остаются нерешенным вопросом, поскольку бессимптомные опухоли малых размеров нуждаются только в динамическом наблюдении, а лапароскопические резекции по поводу крупных симптоматических опухолей сопряжены с высоким риском жизнеугрожающих осложнений.

Цель исследования: оценить ближайшие результаты минимально инвазивных резекций печени по поводу крупных (≥10 см) доброкачественных опухолей органа.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения пациентов за 4 года (2014-2017 гг.). Общее число резекций печени за этот период составило 525, в том числе 161 (31%) резекция, выполненная с использованием минимально инвазивного доступа. Доброкачественные опухоли печени были показанием к резекции у 64 (12%) больных, из них 52 (81,3%) женщины и 12 (18,7%) мужчин в возрасте от 23 до 76 лет. Показаниями к операции были наличие крупной (10 см и более) симптоматической

доброкачественной опухоли печени и/или невозможность исключить злокачественную опухоль. Статистический анализ не применяли в связи с малым числом открытых резекций печени.

Результаты. Минимально-инвазивные резекции выполнены у 59 (92%) пациентов (45 лапароскопических и 14 робот-ассистированных) Открытые резекции печени выполнили 5 пациентам. Операции выполняли по поводу гемангиом (27), аденом (14), ФНГ (10), цистаденом (8). Минимально инвазивным обширным резекциям подвергли 8 (14%) больных по поводу гемангиом (4), аденомы (1) и цистаденом (3). Паренхимо-сохраняющие резекции труднодоступных сегментов (I, VII, VIII) выполнены у 19 (32%) больных, роботический комплекс был использован у 11 из них. Серьезные послеоперационные осложнения (>III кл. по Clavien-Dindo) имели место у 2 больных (гематома, потребовавшая дополнительного чрескожного дренирования, класс IIIa) после лапароскопической резекции VI-VII сегментов печени. Летальных исходов не было. После 5 открытых резекций у 3 пациентов имело место желчеистечение, потребовавшее дополнительного дренирования (класс IIIa). Средняя продолжительность операции минимально инвазивных и открытых резекций была сопоставима: 280 (105-605) мин. и 290 (260-385) мин., соответственно. Средняя кровопотеря после минимально инвазивных и открытых резекций составила 377 мл и 810 мл, соответственно. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 7 ± 3 и 13 ± 5 дней, соответственно.

Заключение. Минимально инвазивный доступ является безопасным в резекционной хирургии крупных симптоматических доброкачественных опухолей печени и может быть рекомендован в тех ситуациях, когда хирургическое лечение по поводу доброкачественной опухоли показано. Локализация опухоли в труднодоступных сегментах не является противопоказанием к лапароскопической резекции при условии ее выполнения в экспертном центре, специализированном на малоинвазивной хирургии печени.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА. ОПЫТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Грендаль К.Д., Заманов Э.Н.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы, Россия

До настоящего времени вопрос о безопасности лапароскопических резекций печени, в том числе сложных сегментов, недостаточно изучен.

Цель исследования: оценка ближайших результатов минимально инвазивных и открытых резекций печени у пациентов с метастазами колоректального рака, выполненных в отечественном центре хирургической гепатологии, специализированном на внедрении минимально инвазивных технологий.

Материалы и методы. На декабрь 2017 г. в центре выполнено более 500 резекций печени, из них минимально инвазив-

ных – 226. Резекции печени (открытые и минимально инвазивные) по поводу метастазов колоректального рака выполнены 102 пациентам. Из 83 пациентов с метастазами колоректального рака, включенных в исследование, минимально-инвазивные резекции печени выполнены у 51 (61%) больного, из них 7 робот-ассистированных.

Результаты. Достоверных отличий между группами открытых и минимально инвазивных резекций не получено по полу, возрасту, оценки физического состояния по шкале ASA, по локализации первичной опухоли и стадии онкологического заболевания на момент первичного вмешательства. Отсутствовали отличия между факторами, определяющими степень распространенности опухоли и, соответственно, сложность резекции: индекс сложности лапароскопической резекции печени, частота анатомических резекций, резекций сложных сегментов, контакт со сосудами, размер и число метастазов, множественный характер поражения печени и билобарные метастазы. При сравнении непосредственных результатов не выявлено отличий по частоте отступа плоскости резекции от края опухоли более 2 мм, частоте применения приема Прингла, длительности операции, частоте переливания компонентов крови, частоте тяжелых осложнений ($G>2$, Clavien-Dindo), длительности нахождения в ОРИТ. Минимально инвазивные резекции сопровождались достоверно меньшей кровопотерей по сравнению с открытыми: 308 (0-3300) мл и 583 (50-3000) мл ($p=0,012$), соответственно, а также более коротким стационарным лечением: 9 (4-29) и 10 (4-29) дней ($p<0,001$), соответственно.

Заключение. В условиях специализированного центра хирургической гепатологии уровень технического исполнения резекции печени может быть повышен до сопоставимого с открытыми операциями повышенной сложности без изменения частоты и характера осложнений, но с улучшением непосредственных результатов.

ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНАЯ ПОРТОЭМБОЛИЗАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ И ЧАСТИЧНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ (PRALPPS) У ПАЦИЕНТОВ С ВОРОТНОЙ И ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМой

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Ахаладзе Д.Г., Казаков И.В., Ким П.П., Ванькович А.Н., Хатьков И.Е., Куликова Н.Д.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр
им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы, Россия

Актуальность. Обширная резекция печени является единственным методом радикального лечения, обеспечивающим продление жизни и излечение пациентов с холангиокарциномой. Резекция возможна у 10-40% пациентов. В связи с неудовлетворительными результатами разделения печени и лигирования воротной вены для этапной резекции печени (ALPPS) в хирургии холангиокарциномы, этот метод не рекомендован при данном заболевании. Однако, остаются недооцененными ближайшие результаты малотравматичных вариантов ALPPS на первом этапе.

Цель исследования: оценка ближайших результатов чрескожной чреспеченочной портоэмболизации воротной вены (PVE) с частичной радиочастотной абляцией паренхимы печени (PRALPPS) с последующей обширной резекцией печени у пациентов с воротной и внутripеченочной холангиокарциномой.

Материалы и методы. В ретроспективное «случай–контроль» исследование вошли 30 пациентов, PRALPPS и PVE были выполнены у 12 (40,0%) и 18 (60,0%) пациентов. Объем будущего остатка печени (FLR) был оценен по результатам КТ. Показанием к выполнению PRALPPS/PVE был объем FLR менее 40%. Противопоказаниями были: желтуха с уровнем билирубина более 50 мкмоль/л, острый холангит, инфицированные жидкостные скопления, абсцессы печени и другие некупированные хирургические осложнения билиарного дренирования; аллергические и прочие реакции на йодный контраст. Максимальный уровень общего билирубина, длительность желтухи и наличие острого холангита были проанализированы как факторы, влияющие на увеличение объема FLR. Уровень гипертрофии печени был оценен по формуле: $[(\text{Post-PVE FLR} - \text{Pre-PVE FLR}) / (\text{Pre-PVE FLR})] \times 100$.

Результаты. Средний уровень гипертрофии остатка печени после PRALPPS / PVE составил 43% и 32% соответственно. Средняя продолжительность гипертрофии после PRALPPS / PVE составила 17 и 20 дней соответственно. Тяжелые послеоперационные осложнения (класс IIIa, Clavien-Dindo) после первого этапа были достоверно выше для PRALPPS. Осложнения класса IIIb-V не наблюдали. Различий в кровопотере, тяжести осложнений и частоте печеночной недостаточности после второго этапа не было.

Заключение. Согласно предварительной оценке ближайших результатов, PRALPPS можно рассматривать как эффективный и безопасный минимально инвазивный вариант ALPPS для стимуляции гипертрофии остатка печени у пациентов с воротной и внутripеченочной холангиокарциномой.

НОВЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ВОПРОСЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И.,
Холматов Ш.Т., Асатуллаев Ж.Р.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время, как и подавляющее большинство хирургов всего мира, мы руководствуемся классификацией ОП, предложенной в Атланте (1992). Преимуществом данной классификации является то, что она четко позволяет определить тактику лечения – при инфицированном панкреонекрозе показано оперативное лечение, при стерильном – консервативная терапия. Однако, представленная классификация не охватывает все многообразие клинических и морфологических признаков, не отражает фазы течения заболевания, что является немаловажной в определении показаний к оперативному лечению при неэффективности консервативной терапии. В данной ситуации наиболее приемлемой является классификация Филина В.И. (1982), согласно которой различают 4 фазы: ферментативную (первые 5 суток с момента заболевания); реактивную (5–14 день заболевания); фаза расправления и секвестрации

(после 14 дней) и фаза исходов (выздоровление, формирование кист, стойких свищей, развитие хронического панкреатита и т.д.).

Много вопросов возникают при определении тактики лечения острого билиарного панкреатита (ОБП), в частности, при определении показаний к выполнению рентгеноэндобилиарных вмешательств (РЭВ). На наш взгляд, решение вопроса о показанности РЭВ при ОБП кроется в отсутствии четкой терминологии, указывающей на причину развития данного заболевания. Учитывая этот факт, мы впервые разделили ОБП на две подгруппы: ОБП с нарушением пассажа желчи (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит), при котором РЭВ являются неотъемлемым звеном комплексного лечения и ОБП без нарушения пассажа желчи, при котором РЭВ являются противопоказанием. Критерием диагностики ОБП без нарушения пассажа желчи было наличие клиники ОП и желчекаменной болезни (ЖКБ) при исключении другой причины заболевания.

Проводимые нами в последние годы исследования позволили пересмотреть наши взгляды на понимание морфологических процессов в поджелудочной железе при остром панкреатите и предложить новые подходы в лечении данного заболевания:

1. Считаем, целесообразным объединение ферментативной и реактивной фазы, так как объем проводимых лечебных мероприятий в обеих фазах идентичный.
2. Согласно классификации Филина В.И. фаза секвестрации наступает после 14 суток. Однако проведенные нами исследования (МСКТ, морфологические исследования) показали, что наиболее ранний срок наступления данной фазы составляет не менее одного месяца, а в большинстве случаев этот момент наступает не раньше, чем через два месяца, что обуславливает необходимость пересмотра существующей тактики в лечении панкреонекроза.
3. Согласно классификации Атланта различают инфицированную форму панкреонекроза, который является показанием к хирургическому лечению (санации, некрэксеквестрации). Однако проведенные нами клинические наблюдения и морфологические исследования позволили нам выделить две формы инфицированного панкреонекроза:
 - А. Инфильтративная форма, когда при проведении микробиологических исследований после тонкоигольной аспирационной биопсии высевается микрофлора, а проводимые гистологические исследования выявляют инфильтрацию тканей без наличия крупных очагов некроза. В этой фазе целесообразно проведение консервативной терапии.
 - Б. Секвестрированная форма, когда проводимые микробиологические исследования свидетельствует об инфицировании очага и имеются макроскопические участки некроза. При этой форме необходимо выполнение хирургического вмешательства.
4. При отеке головки поджелудочной железы и наличии билиарной гипертензии необходимо комплекс лечебных мероприятий дополнить наложением чрескожной чреспеченочной холецистостомы.

ДУОДЕНУМСОХРАНЯЮЩАЯ ТОТАЛЬНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Козлов И.А., Байдарова М.Д.,
Вишневский В.А., Чжао А.В.

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

Цель исследования: оценить результаты дуоденумсберегающих резекций головки поджелудочной железы как операции выбора при доброкачественных заболеваниях железы.

Материалы и методы. В период 2001-2018 гг. 51 пациенту произведено полное удаление головки железы с сохранением или частичной резекцией двенадцатиперстной кишки.

Тотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки выполнена 25 больным с серозными (7) и муцинозными (6) цистаденомами, внутрипротоковыми папиллярными муцинозными опухолями боковых ветвей (7), нейроэндокринными аденомами (4) и метастазом рака почки (1) в головке железы. Реконструкция пищеварительного тракта завершена панкреатоюноанастомозом с дистальной культей железы на выключенной по Ру петле тонкой кишки (22), панкреатогастроанастомозом (3). У 8 больных выполнена лапароскопически-ассистированная резекция. В одном случае выполнена комбинированная лапароскопическая резекция головки и срединная резекция поджелудочной железы с формированием панкреатоюноанастомозов с сохраненными участками тела и хвоста железы.

Тотальная резекция головки поджелудочной железы с циркулярной резекцией двенадцатиперстной кишки выполнена у 26 больных хроническим панкреатитом (23), осложненным дуоденальной дистрофией, серозными цистаденомами (2) и нейроэндокринной опухолью (1). Реконструкция завершалась дуоденодуоденоанастомозом «конец-в-конец». Операцию дополняли формированием панкреатоюно- и холедохоеюноанастомоза на Ру-петле (8), панкреатогастро- и холедоходуоденоанастомоза (15), панкреатикодуоденоанастомоза «проток со слизистой» и холедоходуоденоанастомоза (3). Холедуходуоденальное соустье сформировано ниже уровня дуоденодуоденоанастомоза.

Результаты. Статистически достоверных различий в продолжительности и степени кровопотери по сравнению с пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекцией при этих двух способах операций не было. Сохранение верхней задней поджелудочно-двенадцатиперстной артерии считаем достаточным для адекватного кровоснабжения двенадцатиперстной кишки. Ишемических изменений двенадцатиперстной кишки не было.

После резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки у 2 больных возникло внутрибрюшное кровотечение.

После резекции головки поджелудочной железы с сегментарной резекцией двенадцатиперстной кишки у 1 больного возник желчный свищ, у 3 пациентов отмечалось продолжительное нарушение эвакуации из желудка.

Неполный наружный панкреатических свищ, который закрывался самостоятельно на 7-23 сутки после операции, наблюдали в 6 случаях.

В отдаленные сроки после резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки у 4 больных сформировалась стриктура дистального отдела холедоха, которая устранена с помощью эндобилиарного стентирования у 2 пациентов.

В отдаленные сроки после резекции головки поджелудочной железы с циркулярной резекцией двенадцатиперстной кишки у 2 больных хроническим панкреатитом развился сахарный диабет, не требующий инсулинотерапии. Внешнесекреторная недостаточность отмечена у 2 больных после резекции головки поджелудочной железы с сегментарной резекцией двенадцатиперстной кишки. Стриктуры желчных протоков не наблюдали.

Летальных исходов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не было.

Заключение. Резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки может быть рекомендована как операция выбора при доброкачественных и условно-доброкачественных опухолевых поражениях проксимально-го отдела железы.

Резекция головки поджелудочной железы, дополненная циркулярной резекцией двенадцатиперстной кишки, является патогенетически обоснованным вмешательством при хроническом панкреатите, осложненном дуоденальной дистрофией, и опухолях с признаками вовлечения панкреатической части общего желчного протока.

Оба способа оперативных вмешательств являются альтернативой пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С «НОВОЙ» АНАТОМИЕЙ ПЕЧЕНИ

Козырин И.А., Ядута Р.Т., Казаков Р.Р.

Клиническая больница № 1 МЕДСИ, Москва, Россия

Актуальность. Баланс между сохранением достаточного объема функционирующей паренхимы и радикальностью до сих пор является наиболее острым моментом в хирургии печени. Выполнение анатомических, в том числе мультисегментарных резекций, при злокачественных новообразованиях печени является наиболее оправданной процедурой в этих ситуациях.

Группой авторов во главе с проф. Riu Manimasu разработана новая концепция анатомии печени, основой которой является выделение правой передней фиссуральной печеночной вены, разделяющей правый передний сектор на передний и медиальный сектора, а также разделение левой доли на левый передний (сегменты 3 и 4) и задний (сегмент 2) сектора.

Цель исследования: оценить непосредственные результаты паренхимосохраняющих вмешательств в соответствии с «новой» анатомией печени.

Материалы и методы. В период с октября 2017 по август 2018 гг. была выполнена 21 резекция печени в соответствии с измененным видением анатомии, реди них было обширных резекций - 10: с сохранением переднего сектора правой доли

печени - 6, с сохранением правых заднего и медиального секторов - 1, центральных резекции в сочетании с сегментэктомиями латеральных секций - 3, анатомических резекций объемом три и менее сегментов - 11.

Результаты. Интраоперационная кровопотеря составила 430 мл (100–755). Послеоперационные осложнения развились в 7 (33%) наблюдениях, среди них тяжелые (3а и выше) - в 4 (19%) случаях. Не было зарегистрировано ни одного летального исхода и только одно осложнения уровня 4а. Желчная фистула отмечена в 1 (4,7%) наблюдении, она потребовала дополнительного дренирования. Случаев печеночной недостаточности в соответствии с критериями ISGLS не отмечено.

Заключение. Использование данной методики позволяет значительно снизить риск печеночной недостаточности в связи с возможностью сохранения достаточного объема паренхимы, не повышая риска других специфических осложнений.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ РЕНГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНОЙ ОККЛЮЗИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Котенко О.Г., Кондратюк В.А., Федоров Д.А.,
Гриненко А.В., Коршак А.А., Гусев А.В.,
Попов А.О., Григорян М.С.

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

Введение. Одним из наиболее частых осложнений обширных резекций печени является печеночная недостаточность, связанная с малым объемом оставшейся печени. Наиболее эффективной малоинвазивной методикой, позволяющей снизить частоту этого осложнения и связанную с ним послеоперационную летальность, является эндоваскулярная окклюзия ветвей воротной вены части печени, запланированной для удаления. Вызванное таким вмешательством перераспределение портального кровотока в пользу планируемого печеночного остатка позволяет добиться его викарной гипертрофии здоровой ткани печени, улучшая таким образом соотношение здоровая ткань/опухоль.

Цель исследования: изучить результаты эндоваскулярной окклюзии воротных ветвей части печени, планируемой для удаления, у пациентов с опухолями печени и малым планируемым печеночным остатком.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2018 г предоперационная эмболизация ветвей воротной вены (ПЭВВ) в качестве подготовки к радикальной обширной (4 сегмента и более) резекции печени выполнена у 482 пациентов с опухолями печени. У всех пациентов планируемый печеночный остаток составлял менее 25% неопухолевой ткани печени, что являлось основанием для включения этих пациентов в группу повышенного риска послеоперационной печеночной недостаточности. В качестве эмболизата использовали частицы поливинилалкоголя и эмболизационные спирали. Изменение объема планируемого печеночного остатка определяли по данным двух КТ-исследований, выполненных до ПЭВВ и перед открытым хирургическим вмешательством. Интервал между исследованиями составил 22 ± 4 дня.

Результаты. В результате изучения вариантов портальной анатомии нами разработана методика паренхиматозно-стволовой посегментной ПЭВВ и предложена классификация объема эмболизации, практически совпадающая с объемом планируемой резекции: правосторонняя (эмболизация портальных ветвей 5-8 сегментов печени), правосторонняя трехсекционная (эмболизация портальных ветвей 4-8 сегментов печени) и левосторонняя трехсекционная (эмболизация портальных ветвей 2-5 и 8 сегментов печени). Правосторонняя ПЭВВ выполнена у 334 (69,3%) пациентов, правосторонняя трехсекционная - у 105 (21,8%), левосторонняя трехсекционная - у 43 (8,9%). В ближайший постпроцедурный период отмечали кратковременный подъем трансаминаз, достоверного повышения уровня билирубина не отмечено. Изменения показателей общего белка, щелочной фосфатазы, протромбина не являлись статистически достоверными. Объем печеночного остатка увеличился с $22,1 \pm 5,2\%$ до $38,6 \pm 9,4\%$. Резекция печени в сроки 20-36 суток после ПЭВВ выполнена у 427 пациентов (88,6%). Отказ от хирургического вмешательства связан с прогрессированием опухолевого процесса и с ухудшением общего состояния, не связанного с первичным заболеванием. 1-, 3- и 5-летняя выживаемость исследована у 385 пациентов и составила соответственно 84,2%, 64,0% и 40,6%.

Выводы. Предоперационная эмболизация ветвей воротной вены у пациентов с распространенными опухолями печени позволяет добиться увеличения объема планируемого печеночного остатка и исключить большинство пациентов из группы повышенного риска радикальной обширной резекции. Применение этой методики позволяет расширить диапазон резектабельности новообразований печени и снизить процент послеоперационных осложнений и летальности.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА И ПУТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан
ГУ «Комплекс Здоровья Истиклол», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить некоторые показатели иммунной системы и методы её коррекции у больных с механической желтухой доброкачественного генеза (МЖДГ).

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и лечения 84 больных с МЖДГ. Средняя продолжительность желтухи до момента поступления составила $3,73 \pm 1,12$ суток. Холедохолитиаз являлся причиной МЖДГ в 41 (48,8%) наблюдении, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки - в 29 (34,5%), рубцовая стриктура сформированных билиодигестивных анастомозов - в 14 (16,7%) наблюдениях.

Иммунологическое исследование включало: определение субпопуляционного состава лимфоцитов периферической крови и моноклональных антител, а также определение концентрации иммуноглобулинов сыворотки и функциональной активности фагоцитирующих клеток периферической крови.

Результаты. Комплексное изучение изменений уровней иммунологических показателей у больных с МЖДГ свидетельствует о дисбалансе иммунной системы. Особенно выраженные изменения были отмечены у пациентов с МЖДГ средней и тяжелой степени. Так, наблюдалось снижение Т-лимфоцитов (CD3+), Т-хелперов (CD4+), снижение иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+), угнетение продукции интерлейкина-2 ($0,34 \pm 0,11$ KU/ml и $0,29 \pm 0,02$ KU/ml), свидетельствующие о функциональной несостоятельности клеток иммунной системы. При изучении гуморального ответа отмечалось усиление функциональной активности В-лимфоцитов – увеличение уровня Ig A ($5,71 \pm 2,2$ мг/мл и $6,42 \pm 1,5$ мг/мл) и Ig M ($3,36 \pm 2,54$ мг/мл и $3,61 \pm 0,50$ мг/мл) при средней и тяжелой степени МЖДГ. Также отмечено повышение концентрации ЦИК ($82,2 \pm 11,4\%$ и $87,8 \pm 8,3\%$) и гиперпродукция провоспалительного цитокина IL-6 ($6,24 \pm 2,12$ IU/ml и $7,26 \pm 0,92$ IU/ml). Повышение концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови, ЦИК, свидетельствующие об активации гуморального звена иммунитета, обусловлено наличием инфекции. Выявленные в процессе исследования нарушения иммунитета коррелируют с тяжестью МЖДГ.

Для коррекции нарушений иммунной системы 36 пациентам с МЖДГ средней (n=18) и тяжелой (n=18) степени тяжести кроме хирургических вмешательств дополнительно к базисной терапии проводили иммунотерапию с применением Имунофана. Введение препарата назначали сразу же после включения больного в исследование. Пациентам с легкой степенью тяжести с целью профилактики иммунной недостаточности иммунопротективный препарат назначали внутримышечно в дозе по 1,0 мл 0,005% раствора через день курсом 5-7 инъекций. Больным со средней и тяжелой степенью желтухи иммунокоррекция проводилась 1,0 мл 0,005% раствора внутримышечно ежедневно 10 дней.

У пациентов на фоне проводимой иммунокоррекции отмечалась нормализация всех изучаемых показателей. Иммуномодулирующее влияние препарата проявлялось в повышении исходно сниженных уровней Т-лимфоцитов, Т-хелперов, характеризовалось разнонаправленным действием на продукцию медиаторов иммунитета IL-2 и IL-6, в зависимости от исходного уровня синтеза цитокинов. Применение имунофана также вызывало нормализацию сывороточных иммуноглобулинов (Ig A- $2,79 \pm 1,11$ мг/мл и $3,34 \pm 0,6$ мг/мл), Ig M ($2,01 \pm 0,3$ мг/мл и $2,13 \pm 1,05$ мг/мл), снижение уровня ЦИК ($65,3 \pm 9,6\%$ и $70,2 \pm 5,4\%$) и усиление фагоцитарной активности ($65,2 \pm 10,6\%$ и $62,23 \pm 7,07\%$).

Заключение. При МЖДГ наблюдается вторичный иммунодефицит, выраженность и глубина которого зависит от тяжести холестаза, требующей проведения патогенетически обоснованной иммунокорректирующей терапии.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЛАЗЕРНАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТРИПСИЯ

Левченко Н.В.^{1,2}, Хрячков В.В.¹, Кислицин Д.П.¹

¹ФГБОУ ВО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия Минздрава России, Ханты-Мансийск, Россия

²БУ «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

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

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

Материалы и методы. В своей работе мы использовали лазерную установку “Cogerent” (США), оснащенную YAG:Ho лазером, два эндовидеохирургических комплекса “Karl Storz” (Германия), фиброхоледохоскоп “Karl Storz” (Германия).

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. После выделения элементов шейки желчного пузыря, клипировается и пересекается пузырная артерия. Также клипировается дистальный отдел пузырного протока. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока в холедох заводится фиброхоледохоскоп. При невозможности введения холедохоскопа через пузырный проток, выполняется холедохотомия. По рабочему каналу холедохоскопа к конкременту холедоха подводится гибкий лазерный световод. С применением YAG:Ho лазера выполняется контактная литотрипсия. Фрагменты конкремента мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости. Когда конкремент или его фрагменты свободно перемещаются в просвете холедоха, через рабочий канал холедохоскопа, подводят устройство для прицельной лазерной контактной литотрипсии. Конкремент захватывают корзинкой, фиксируют и подводят лазерный гибкий световод, соединённый с источником лазерного излучения. Выполняют прицельную контактную лазерную литотрипсию с помощью YAG:Ho лазера с длиной волны 2,09 мкм. Литотрипсию проводят в импульсном режиме с частотой 5–10 Гц и энергией 0,5–1,0 Дж.

Процедуру литотрипсии повторяют до тех пор, пока все фрагменты не мигрируют в просвет двенадцатиперстной кишки с потоком промывной жидкости.

При необходимости холедох дренируют через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие. Дренажную трубку выводят наружу через один из троакаров передней брюшной стенки. Если холедох не дренируют, то культю пузырного протока клипировать, а холедохотомическое отверстие ушивают. Жёлчный пузырь выделяют из ложа и извлекают из брюшной полости через разрез над пупком.

Результаты. С сентября 2003 г., описанным выше способом (патент РФ №2334486), нами прооперировано 94 больных холецистохоледохолитиазом. Во всех случаях отмечали механическую желтуху. Конкременты были вколоченными и располагались в терминальном отделе холедоха у 49 больных. Конкременты свободно размещались в просвете холедоха в 45 случаях. Для фиксации подвижных конкрементов при проведении прицельной литотрипсии использовали устройство для удаления камней из трубчатых органов (патент РФ № 57584). Деструктивные формы холецистита имели место в 61 случае. Гнойный холангит отмечен в 31 случае. Холедох дренировали во всех случаях, когда выявляли признаки холангита или была выполнена холедохотомия.

У 2 больных операция закончилась лапаротомией, в связи с затруднениями манипуляций в холедохе из-за выраженных явлений холангита и отёка головки поджелудочной железы, которые повлекли за собой резкое сужение просвета холедоха.

Все больные выписаны с выздоровлением.

Заключение. Применение указанного метода позволяет одновременно выполнить холецистэктомию и лазерную

контактную холедохолитотрипсию, сохранить анатомическую целостность и физиологическую функцию сфинктера Одди, провести полноценную визуальную ревизию холедоха, осуществлять процесс литотрипсии под визуальным контролем в режиме реального времени и др.

Считаем, что интраоперационная холедохоскопия с контактной лазерной литотрипсией является перспективным методом лечения холедохолитиаза.

ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Левченко Н.В.^{1,2}, Шавалиев Р.Р.^{1,2}, Хрячков В.В.¹, Кислицин Д.П.¹

¹ФГБОУ ВО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия Минздрава России, Ханты-Мансийск, Россия

²БУ «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

Введение. К настоящему времени одной из самых распространенных операций на большом дуоденальном сосочке является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). При ЭПСТ не редко встречаются осложнения в виде кровотечений, перфорации стенки двенадцатиперстной кишки, острых панкреатитов. Наличие парапапиллярных дивертикулов значительно затрудняет проведение, а иногда делает невозможным проведение ЭПСТ.

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

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

Начало операции полностью соответствует лапароскопической холецистэктомии. Через один из троакаров и надрез стенки пузырного протока или стенки холедоха в холедох заводится фиброхоледохоскоп. Проводится ревизия холедоха. При наличии стеноза БДС, по рабочему каналу холедохоскопа в дистальный отдел холедоха подводится гибкий лазерный световод. Под визуальным контролем, используя высокоэнергетическое излучение YAG:Ho лазера, производится рассечение большого дуоденального сосочка. Процедура выполняется в избранном режиме. После проведения папиллотомии, холедохоскоп беспрепятственно проникает в просвет двенадцатиперстной кишки. После удаления холедохоскопа, при необходимости устанавливается дренаж в просвет холедоха.

Результаты. С 2010 г., описанным выше способом (патент РФ № 2449757), было оперировано 38 больных, у которых был выявлен стеноз большого дуоденального сосочка. Интраоперационных осложнений не было. Все больные выписаны с выздоровлением и находятся под наблюдением. Данным пациентам выполнялась контрольная дуоденоскопия. На данный момент осложнений, связанных с проведением антеградной лазерной папиллотомии, не выявлено.

Проведение антеградной папиллотомии при интраоперационной холедохоскопии позволяет, при наличии холецистохо-

ледохолитиаза, одновременно выполнять холецистэктомию и лазерную литотрипсию. Парапапиллярные дивертикулы не являются препятствием для проведения папиллотомии описанным способом. Использование импульсного высокоэнергетического лазерного излучения под визуальным контролем в режиме реального времени позволяет значительно снизить риск таких осложнений, как кровотечение и перфорация. Достигается малая травматичность операции, что приводит к сокращению периода реабилитации и к хорошему косметическому эффекту.

Заключение. Считаем, что данный способ является перспективным для одномоментного лечения больных с холецистохоледохолитиазом и стенозом большого дуоденального сосочка.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ- АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ С ПОЗИЦИЙ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ КЛАССИФИКАЦИИ

Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина
Киевская областная клиническая больница, Киев, Украина

Актуальность. Острый холецистит (ОХ)- воспаление желчного пузыря с нередким вовлечением в патологический процесс печени, внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы с угрозой развития желчного перитонита, холедохолитиаза, холангита и холангиогенного сепсиса. В современных классификациях ОХ нечетко обозначены этиологические и патогенетические факторы.

Цель исследования: на основании этиологии и патогенеза усовершенствована классификация ОХ с четким выделением клинических форм.

I группа, связанная с конкрементами и их осложнениями: холедохолитиаз, холангит, острая блокада терминального отдела холедоха и сосочковый илеус, сочетание с синдромом Миррици, Бувере, гемобилией и вирсунгоррагией.

II группа – острый бескаменный холецистит.

III группа включает формы ОХ, где наличие или отсутствие конкрементов не играет существенной роли и где патологический процесс неизбежно вдет к гангрене и перфорации: ферментативные, сосудистые (тромбоз, эмболия, атеросклероз пузырной артерии), газовые (неклостридиальная анаэробная инфекция); вторичный ОХ (послеоперационный, посттравматический, послеожоговый, стрессовый).

IV группа - ОХ, как осложнение брюшного тифа, дизентерии, сальмонеллеза, описторхоза, аскаридоза и др.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты оперативных вмешательств по поводу ОХ в хирургических стационарах ЦРБ Киевской области (КО) и Киевской областной клинической больницы (КОКБ) за период с 2004 по 2017 гг.

Результаты. В хирургических стационарах КО госпитализировано 11600 больных ОХ, оперировано – 7931 (хирургическая активность- 68,4%), умерло 57 больных (общая летальность – 0,49%, послеоперационная – 0,72 %).

В хирургическом отделении КОКБ госпитализировано 1180 больных ОХ, оперировано 1086 (хирургическая активность -

92%). Умерло 18 больных (общая летальность – 1,5 %, послеоперационная - 1,6%).

Оперированные больные в КОКБ распределены по группам соответственно предложенной патогенетической классификации.

Выводы. Существующие классификации острого холецистита не полностью соответствуют классической триаде Вирхова - этиология-патогенез-исход.

Предложенная усовершенствованная классификация позволяет дифференцировать лечебную и хирургическую тактику с выделением форм ОХ с неизбежным прогрессированием деструктивного процесса и необходимостью неотложных хирургических вмешательств, объем которых определяется в индивидуальном порядке.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОДЕСТРУКТОРОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ АЛЬВЕОКОККОЗА И ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мерзликин Н.В., Цхай В.Ф.,
Навасардян В.Г., Нороева Т.А.

ФГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

В период с 2007 г. в клинике применяется криодеструктор из никелида титана при вмешательствах на печени по поводу альвеококкоза и эхинококкоза печени. Рабочая часть его охлаждается за счет постепенного испарения хладагента через поры сплава после погружения в жидкий азот. По сравнению со стационарной криоустановкой, где инструмент охлаждается в результате постоянной циркуляции хладагента, криодеструктор из пористого никелида титана имеет ряд преимуществ (простота стерилизации, возможность свободно манипулировать в труднодоступных отделах печени, минимальный расход азота, выход на рабочую температуру -196°C всего за 1 минут).

По поводу альвеококкоза оперировано 42 человека. Средний возраст больных составил 46 лет, среди них преобладали женщины (60%). В 71,4% наблюдений было поражено более 2 сегментов печени. У 69% отмечены осложнения: вовлечение в процесс кавальных и портальных ворот, у 45% - полость распада паразитарных узлов, у 24% - механическая желтуха. 8 больным (19%) осуществлены радикальные резекции, 34 - паллиативные. Во всех случаях использовался доступ Мерзликина-Парамоновой.

При альвеококкозе печени выполняли шесть вариантов криохирургических операций:

- 1) обработка культи печени криодеструктором из никелида титана после резекции (8);
- 2) паллиативная резекция с криодеструкцией оставленной в зоне ворот пластинки паразитарной ткани толщиной 0,3-0,5см (4);
- 3) сочетание кускования паразитарного узла с марсупиализацией полости распада и криодеструкцией остающейся ткани паразита (23);
- 4) криодеструкция паразитарных узлов (3);
- 5) криодеструкция узлов и полостей распада в сочетании с желчеотводящими операциями у больных с механической желтухой (4);
- 6) повторная криодеструкция при марсупиализации (4).

Морфологически доказано, что применение холодого воздействия (-196°C) приводит к гибели зародышевых элементов паразита по линии резекции, что повышает радикализм операции, уменьшая частоту рецидивов заболевания. Криодеструкция стенок полостей распада паразитарных узлов дает возможность продлить жизнь больных до 8 лет, в сочетании с желчеотводящими операциями в среднем до 6,5±1,2 лет. Средний койко-день составил 25. Рецидивы отмечены у 2 больных. Умер 1 пациент от печеночной недостаточности после расширенной гемигепатэктомии.

По поводу эхинококкоза печени оперировано 35 пациентов. Эхинококкэктомия у них дополняли криодеструкцией фиброзной капсулы с целью уничтожения возможно находящихся в ней зародышевых элементов. Летальных исходов, рецидивов заболевания при эхинококкозе не наблюдали.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р. Салимов У.Р.

ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В настоящее время цирроз печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) занимает одно из ведущих мест среди причин инвалидизации и смертности. Его социальная значимость неуклонно увеличивается во многих странах мира, что с одной стороны связано с высокой частотой заболеваемости вирусными гепатитами, а с другой, ростом таких факторов как алкоголизм, токсические или лекарственные поражения печени. Следует отметить, что в настоящий период интерес к традиционному портосистемному шунтированию (ПСШ) несколько снизился. С одной стороны, это обусловлено широким внедрением малоинвазивных методик, среди которых приоритетными являются эндоваскулярные вмешательства (TIPS) и эндоскопические технологии (лигирование и склеротерапия). С другой стороны, определенное влияние на востребованность ПСШ оказало широкое внедрение в ряде стран радикального лечения ЦП.

Цель исследования: провести сравнительный анализ результаты портосистемного шунтирования с конкурентными методиками у больных циррозом печени.

Материалы и методы. За период с 1976 по 2015 гг. в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова», портосистемное шунтирование (ПСШ) в традиционном варианте выполнено у 925 больных с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ был цирроз печени в 867 (94,3%) случаях, внепеченочная форма ПГ - у 58 (5,7%) пациентов.

Результаты. Анализ проведен в трех группах исследования: первая группа – этап внедрения ПСШ, который охватил период с 1976 по 1992 гг; вторая группа – этап внедрения парциальных анастомозов (1992-1998 гг); третья группа – современный этап с внедрением ограничения портокавального

сброса по оригинальной методике и внедрение методики TIPS (1998-2015 гг).

В структуре летальности основным фатальным осложнением была печеночная недостаточность, на долю которой пришлось более 70% случаев. За последний период наблюдения на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока частота летальности в ближайший послеоперационный период снизилась до 2,7% при центральном шунтировании и 3,9% при селективной декомпрессии. Проведенный анализ выживаемости в каждой из стратифицированных групп прогноза позволил выявить как общие тенденции в изменении этого показателя, так и специфические, характерные только для определенного варианта ПСШ.

Заключение. В настоящий период ведущие гепатологические школы придерживаются различных мнений по выбору метода профилактики развития геморрагического синдрома. В большинстве случаев хирурги отдают предпочтение малоинвазивным технологиям, среди которых эндоскопические вмешательства и TIPS наиболее популярны и являются основным методом коррекции ПГ у больных ЦП. Полученные собственные результаты объективно доказывают эффективность ПСШ в плане профилактики геморрагического синдрома с высокой выживаемостью, а также его значимую роль в снижении потребности в выполнении трансплантации печени. При условии отсутствия риска кровотечения, открывается возможность для динамического наблюдения за больными, проведения консервативной терапии и, соответственно, удлинения периода времени до пересадки, которая должна проводиться при декомпенсации функционального состояния гепатоцитов. Для больных функциональных классов «А» и «В», в отсутствие ближайшей перспективы гепатотрансплантации, выполнение традиционных операций селективного или центрального парциального портосистемного шунтирования должно рассматриваться в качестве актуальной конкурентной альтернативы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Бабаджанов А.Х., Нишанов М.Ш., Байбеков Р.Р.

ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Синдром Миризи является достаточно редкой патологией желчевыводящей системы и по данным литературы диагностируется у 0,5-5% больных с различными формами желчно-каменной болезни. Диагностика и хирургическое лечение синдрома Миризи является сложной и не решенной до конца задачей, а результаты операций остаются неудовлетворительными, характеризуются высокой летальностью до 17%. Неудовлетворительными до сегодняшнего дня остаются и отдаленные результаты - у 20% больных возникают стриктуры проксимального отдела гепатикохоледаха.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 107 больных с синдромом Миризи. Возраст больных варьировал в пределах от 39 до 78 лет (в среднем 55,5 + 7,86 лет), женщин – 81, мужчин 26 (соотношение

3,1:1). Больные были распределены согласно классификации Csendes: I тип синдрома выявлен у 38 больных; II тип – у 34 больных; III тип – у 28 больных и IV тип синдрома диагностирован у 7 больных.

Результаты. Холецистэктомия выполнена у 15 больных с I типом синдрома; холецистэктомия с дренированием холедаха по Керу выполнена у 36 больных со II типом синдрома; холецистэктомия с пластикой и дренированием гепатикохоледаха по Керу – у 26 больных с III и IV типами синдрома; холецистэктомия с дренированием холедаха по Холстеду-Пиковскому - у 7 больных с I типом синдрома и у 5 больных с IV типом наложена гепатикоэюностомия в виду полного разрушения стенки гепатикохоледаха. Лапароскопическая холецистэктомия произведена у 15 больных с I типом синдрома Миризи и у 3 больных со II типом лапароскопическая холецистэктомия дополнена дренированием холедаха по Керу.

В ближайшем послеоперационном периоде встречались следующие осложнения: недостаточность швов различной степени выраженности у 5 (4,6%) больных; прогрессирование печеночной недостаточности у 6 (5,6%) больных и другие осложнения у 8 (7,5%) больных. В послеоперационном периоде от прогрессирования печеночно-почечной недостаточности умерли 4 (3,7%) больных. Отдаленные результаты изучены у 38 больных, из них у 5 больных возникли стриктуры гепатикохоледаха, что привело к повторным реконструктивным вмешательствам.

Заключение. Тактика хирургического лечения больных с синдромом Миризи должна строиться в зависимости от типа синдрома. Открытые методы хирургической коррекции синдрома Миризи, которые включают в себя субтотальную холецистэктомию с наложением швов на свищевое отверстие и дренированием холедаха Т-образной трубкой, пластику желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоэюностомию по Roux, имеют преимущества перед лапароскопическими методами.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИ ТРУПНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Новрузбеков М.С., Луцык К.Н., Гуляев В.А., Олисов О.Д., Ахметшин Р.Б., Магомедов К.М., Салиенко А.А., Казымов Б.И., Сюткин В.Е., Донова Л.В., Хубутия М.Ш.

Московский городской центр трансплантации печени ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы», Москва, Россия

Введение. Т.Е. Starzl обозначил трансплантацию печени (ТП), как терапевтическую опцию для пациентов при тяжёлом заболевании печени. Отдалённые результаты крайне разнообразны в различных группах больных, в зависимости от заболевания, по поводу которого выполняется ТП.

Материалы и методы. В период с 2000 по декабрь 2017 гг. в Институте выполнено 500 трупных трансплантаций печени пациентам взрослой возрастной категории. Распределение по полу: мужчины – 61,8%, женщины – 38,2%. Распределение по возрасту: от 17 до 71 г., средний возраст – 46,7 лет. Распре-

деление по группам крови: O(I) - 31%, A(II) - 36%, B(III) - 22%, AB(IV)+A2B(IV) - 11%. Показания к операции: цирроз печени (ЦП) вирусной этиологии без гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) - 37%. ЦП вирусной этиологии с ГЦР - 17%. ЦП в результате аутоиммунных заболеваний - 17%. ЦП алиментарный - 7%, ЦП криптогенный - 6%, ЦП – болезнь Вильсона-Коновалова - 3%, злокачественные новообразования (без гепатита) - 5%, фульминантная печеночная недостаточность (ФПН) - 3%, другие показания - 5%.

Результаты. Отдалённые результаты оценивали у 440 пациентов. Общая отдалённая выживаемость по Kaplan-Meier составила: 1 г. – 93%, 3 г. – 87%, 5 л. – 83%, 10 л. – 74%, 15 л. – 65%, 17 л. – 65%. В различных группах пациентов данные показатели могли варьировать: 1 год – от 87 до 97 %. 3 года - от 74 до 94 %. 5 лет - от 67 до 92%. 10 лет – от 55 до 92 %. При этом наблюдаются пациенты с 17 летней выживаемостью, в отдельной группе пациентов 16 летняя выживаемость составляет 92%.

Заключение. Трансплантация печени (ТП) при терминальной стадии заболевания печени является эффективным, возможно – единственным методом лечения. Из разряда уникальных операций ТП постепенно переходит в разряд рутинных вмешательств, у большинства пациентов. При соблюдении современных протоколов наблюдения и терапии, включая противовирусную терапию, химиотерапию, возможно достижение высоких показателей отдалённой выживаемости. Несмотря на развитие современной трансплантологии, донорского пула по-прежнему недостаточно для всех реципиентов в листе ожидания. Необходимо продолжение развития донорства.

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ

Новрузбеков М.С., Луцык К.Н., Гуляев В.А.,
Олисов О.Д., Ахметшин Р.Б., Магомедов К.М.,
Казымов Б.И., Муслимов Р.Ш., Донова Л.В.

Московский городской центр трансплантации печени
ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой
помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы»,
Москва, Россия

Введение. R. Pichlmaug обозначил показания к экстракорпоральной резекции и аутотрансплантации печени: нерезектабельные (в стандартном варианте резекций) опухоли и паразитарные заболевания печени, вовлекающие конfluence печеночных вен; тяжелая травма печени.

Материалы и методы. В Институте выполнено 4 операции Pichlmaug: в плановом порядке - 3, в экстренном порядке - 1. У пациента М. 29 лет, диагностирован альвеококкоз с полным вовлечением нижней полой вены (НПВ) и устьев трёх основных печёночных вен. При этом, в паразитарный процесс задействован небольшой объём паренхимы печени, исключительно в областях прилегания к НПВ. У пациентки К. 31 г., диагностирован рецидив альвеококкоза с вовлечением НПВ и устья левой печёночной вены (резекция правой доли в анамнезе). У пациентки С. 52 л., диагностирован холангиоцеллюлярный рак T4N0M0 с локализацией у устьев трёх основных печёночных вен и вокруг НПВ. В экстренном порядке операция выполнена пациенту Х. 35 л. с тяжёлой сочетанной травмой, закрытой травмой живота, глубокими разрывами печени, отрывом печени от НПВ.

Результаты. Пациенту М. выполнена операция Pichlmaug, протезирование ретропеченочного сегмента НПВ синтетиче-

ским протезом, экстракорпоральная резекция 1, 4, 7, 8 сегментов печени, протезирование общего ствола средней и левой печеночных вен и правой печеночной вены трупным сосудистым трансплантатом.

Пациентке К. выполнено протезирование ретропеченочного сегмента НПВ трупным сосудистым трансплантатом, экстракорпоральная правосторонняя расширенная гемигепатэктомия, также резекция диафрагмы.

Пациентке С. выполнена экстракорпоральная расширенная левосторонняя гемигепатэктомия, пластика передней стенки НПВ вставкой из трупного сосудистого трансплантата.

Пациенту Х. выполнена пластика НПВ синтетическим трансплантатом, атипичная резекция печени, ушивание разрывов НПВ, печеночных вен, печени.

Заключение. С развитием хирургии гепатопанкреатобилиарной зоны возможно выполнение вмешательств на печени с использованием широкого спектра операционных технологий. Наиболее радикальным методом хирургической коррекции является трансплантация печени. Однако, в ряде наблюдений, в стационаре, где выполняется трансплантация печени, возможно выполнение операции экстракорпоральной резекции с аутотрансплантацией печени. Для реализации внедрения этой операции служит развитие трансплантации печени и использование трансплантационных технологий в хирургии печени.

ФИЛЬТРАЦИОННЫЙ МЕХАНИЗМ ТРАНЗИТА ЖЁЛЧИ – ПРИНЦИП РАБОТЫ БОЛЬШОГО СОСОЧКА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Онищенко С.В., Дарвин В.В., Ильканич А.Я.

ФГБОУ ВО Сургутский государственный университет
Минздрава России, Сургут, Россия

БУ Сургутская Областная клиническая больница,
Сургут, Россия

Для описторхозного папиллита характерна фазность течения патологии соответственно трём стадиям заболевания: аденоматозной, аденофибропластической и склеротической. В разные стадии заболевания дегенеративные и пролиферативные процессы имеют различную интенсивность и направленность, но явления пролиферации в целом преобладают. Поскольку расширение стенок происходит не только в наружном, но и во внутреннем направлении, просвет дуоденального сосочка при этом соответственно уменьшается, и наблюдается это уже в аденоматозной стадии (за счёт пролиферации эпителиального слоя), а не только в склеротическую, когда наступает его рубцевание и сморщивание.

Принципиально важными являются факты, выявленные при анализе поперечных срезов БСДК – отсутствие зияния просвета сосочка и уменьшающуюся, но не исчезающую складчатость слизистой оболочки, наблюдаемую в виде своеобразной розеткоподобной структуры канала даже в склеротическую стадию папиллита. Именно складки слизистой оболочки создают комплекс щелевидных пространств и пор, которые на фоне имеющегося градиента давления, обеспечивают поступление жёлчи в антеградном направлении (путём просачивания её по указанным щелям) и выполняют роль клапана, препятствуя развитию дуоденобилиарного рефлюкса.

Дебитоманометрия билиарного тракта при экспериментальном описторхозе показала, что статистически значимое уменьшение внутреннего диаметра БСДК (до критического значения) приводит к компенсаторному статистически значимому увеличению манометрических данных, но не к статистически значимому снижению дебита физиологического раствора или взвеси описторхов. Блок канала возможен лишь тогда, когда размер включений становится соизмерим с размером поперечного сечения канала. В условиях нашего исследования критическое значение диаметра канала составило 0,5 мм (с площадью просвета в 0,2 мм²), именно такие параметры примерно характерны для одной особи паразита (описторха).

Данный факт косвенно подтверждает, что просвет конечного отдела дуоденального сосочка представлен не сплошным каналом круглого сечения, а комплексом щелей и пор (с величиной просвета не более 0,5 мм), образованных складками слизистой оболочки, через которые жёлчь протекает по типу просачивания или фильтрации. Окончательным подтверждением этому является соответствие дебитометрических данных, полученных в опыте, с расчётными значениями ($p = 0,882$), определёнными с помощью квадратичной формулы Дарси, описывающей фильтрационное движение жидкости в пористых средах.

Таким образом, основываясь на: а) данных микроскопии поперечных срезах сосочка, б) результатах дебитометрических исследований, в) возможности закупорки канала мелкими инородными включениями жёлчи, г) соответствии фактического дебита сосочка данным, рассчитанным по формуле Дарси, можно считать доказанным факт существования в канале дуоденального сосочка своеобразного щеле-порового комплекса, состоящего из складок слизистой оболочки, механизм тока жёлчи, через который (при определённых условиях) характеризуется как фильтрационный, при этом её движение подчиняется гидродинамическому закону Дарси и описывается одноимённым квадратичным уравнением.

Существование в дуоденальном сосочке такого тонкого анатомо-физиологического механизма регуляции транзита жёлчи требует бережного к нему отношения в клинических условиях при выполнении манипуляций с БСДК при его патологии.

МУЛЬТИФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОТКРЫТАЯ РОБОТ-АССИСТИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПЛАТФОРМА

Панченков Д.Н., Нечунаев А.А., Воротников А.А., Климов Д.Д., Подураев Ю.В., Базикян Э.А., Чунихин А.А., Гринь А.А., Левченко О.В., Крылов В.В., Янушевич О.О.

ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия

ФГБОУ ВО «Московский государственный технологический университет «Станкин» Минобрнауки России, Москва, Россия

Цель исследования: создание мультифункциональной открытой робот-ассистированной хирургической платформы.

Для достижения данной цели были сформулированы следующие задачи: разработка уникальной робот-ассисти-

рованной технологии для манипулирования в различных областях человеческого тела (челюстно-лицевая область, головной и спинной мозг, позвоночник, брюшная полость, малый таз); разработка робот-ассистированного ручного хирургического манипулятора на основе мобильного кронштейна с микротрансмиссиями и «магазином» сменных рабочих инструментов; разработка навигационной системы медицинской визуализации для планирования и выполнения робот-ассистированных операций с элементами дополненной реальности.

Результаты. В базовой комплектации разработанная робот-ассистированная хирургическая платформа состоит из ручного манипулятора на основе мобильного кронштейна, набора сменных инструментов для различных манипуляций (высокопрецизионные разрезы, биопсии объектов в брюшной полости, установки поддерживающих систем в позвонки, установка электродов в головной мозг, медуллярная биопсия), системы навигации и 3D визуализации, основанной на данных КТ, МРТ и других медицинских изображений.

Заключение. Созданная мультифункциональная позволит повысить эффективность и качество минимально инвазивных вмешательств путем прецизионного достижения и попадания в заданные структуры. Манипулятор робот-ассистированной платформы позволит минимизировать риск повреждения функционально-значимых зон и избежать рисков, связанных с вариативной анатомией, что может стать настоящим прорывом в робот-ассистированной хирургии.

ГЕРНИОПЛАСТИКА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Чайкин Р.С., Монахов А.Р., Злобин А.И., Зиновский М.В., Авдеев А.С.

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

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов им. В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва Россия
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, Москва Россия*

Актуальность. Одним из распространенных хирургических осложнений после трансплантации абдоминальных органов являются послеоперационные вентральные грыжи. По данным различных авторов частота развития грыж после трансплантации печени составляет 1,7-32%, симультанной пересадки поджелудочной железы и почки 13-34,8%.

Цель исследования: оценить возможность эффективного и безопасного использования синтетических материалов для герниопластики у больных после трансплантации печени и поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2016 по 2018гг. в отделе трансплантации печени и почки НМИЦТ и ИО им. В.И. Шумакова, а также в хирургическом отделении ФНКЦ ФМБА России выполнено 6 грыжесечений у больных по-

сле аллотрансплантации печени и поджелудочной железы. Мужчин - 2, женщин - 4. Средний возраст 45 лет. В зависимости от типа трансплантации больные были разделены следующим образом: после пересадки печени - 5, поджелудочной железы - 1. В 83,3% (n=5) случаев пациенты принимали иммуносупрессивную терапию в различных режимах. У 1 (16,7%) больного ранее перенесшего удаление трансплантата поджелудочной железы в связи с его необратимой дисфункцией данные препараты были отменены. Всем пациентам проводилась стандартная предоперационная подготовка, с обязательным УЗ-исследованием трансплантата, определением концентрации иммуносупрессивных препаратов в крови. Во всех наблюдениях функция трансплантата была удовлетворительной.

Результаты. В 100% наблюдений (n=6) была выполнена атензионная герниопластика с использованием проленовой сетки. Sub Lay у 2 (33,3%) больных, On Lay у 4 (66,7%). Срок наблюдения после герниопластики 1 год. Данных за рецидив заболевания нет. У 5 (83,3%) больных течение послеоперационного периода без осложнений. Дренажи по Ридону удаляли, как только количество отделяемого составляло 20 мл. Послеоперационный период у 1 (16,7%) пациента, ранее перенесшего трансплантацию поджелудочной железы, а в последствии трансплантатаэктомии осложнился формированием обширной подкожной серомы, с расхождением кожно-подкожных краев раны, без инфицирования проленовой сетки (IIIb по Clavien). В указанном наблюдении была произведена вторичная хирургическая обработка раны, с наложением вторичных швов. Ни в одном случае на госпитальном этапе не отмечалась дисфункция пересаженного органа.

Выводы. Указанные клинические наблюдения показывают возможность эффективного и безопасного использования синтетических материалов для лечения послеоперационных вентральных грыж у сложного контингента пациентов, ранее перенесших трансплантацию печени и поджелудочной железы. Отсутствие единых подходов при выборе оптимальных материалов для пластического этапа по данным литературы, а также способа их размещения требует дополнительных исследований.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ УРОВНЕМ ПРОВСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЦИТОКИНОВ И ТЯЖЕСТЬЮ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И., Ляховченко Н.А., Леванчук А.С., Панькив К.М.

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

Актуальность. Острый панкреатит является одним из самых распространенных и тяжелых заболеваний, и несмотря на прогресс современной медицины, остаётся актуальной проблемой экстренной хирургии органов брюшной полости. Несмотря на совершенствование различных методов консервативного и хирургического лечения этого тяжёлого заболевания, по данным мировой статистики летальность остаётся на достаточно высоком уровне: общая 7–15%, при деструктивных формах –

40–70%. А потому необходимость и целесообразность поиска новых диагностических критериев данного заболевания не вызывает сомнения.

Цель исследования: оценить корреляцию между уровнем провоспалительных цитокинов и тяжестью острого некротического панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 108 больных с подтвержденным диагнозом острого некротического панкреатита, которые проходили лечение на базе кафедры эндоскопической и сердечно-сосудистой хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

Кроме рутинных исследований, у всех больных определяли уровни IL-8, IL-6, IL-1 β и TNF- α в сыворотке крови и в перитонеальном экссудате.

Результаты. Провоспалительные цитокины продуцируются клетками в очаге воспаления, о чём свидетельствуют результаты наших исследований по определению в перитонеальном экссудате IL-1 β , IL-8 и TNF- α . Их содержание достоверно превышало соответствующие показатели в сыворотке крови (p<0,01).

У больных с высоким содержанием провоспалительных цитокинов в сыворотке крови чаще диагностировалось скопление жидкости в парапанкреатической клетчатке и в свободной брюшной полости, а также явления полиорганной недостаточности.

При значениях IL-1 β \geq 12,0 пг/мл и TNF- α \geq 20,0 пг/мл наблюдали самые тяжёлые случаи течения острого некротического панкреатита – с лейкоцитозом, гипертермией, выраженными признаками полиорганной недостаточности и распространёнными некрозами в поджелудочной железе и парапанкреатических участках. Показатели температуры тела зависели от концентрации провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, прежде всего от уровня TNF- α (r=0,57, p<0,01). Была продемонстрирована прямая корреляция между концентрацией IL-8, IL-6, IL-1 β и TNF- α и количеством нейтрофилов и лимфоцитов (p<0,05).

Была обнаружена прямая корреляционная связь между концентрациями всех провоспалительных цитокинов и значением гематокритного числа – IL-1 β (r=0,92; p<0,001), IL-6 (r=0,49; p<0,05), IL-8 (r=0,62; p<0,001) и TNF- α (r=0,62; p<0,01).

Выводы. Провоспалительные цитокины стимулируют развитие гиповолемии и воспалительной реакции углубляя расстройства микроциркуляции, которые являются характерным признаком ранних стадий тяжёлого острого некротического панкреатита.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И., Стойка В.И., Стукан С.С., Левадный О.В., Панькив А.М.

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

Актуальность. Диагностика и лечение очаговых заболеваний печени относится к одной из актуальных проблем современной хирургической гепатологии. Среди доброкачественных

опухолей печени наиболее часто встречаются гемангиомы, которые составляют 2,2–3% доброкачественных новообразований печени, а частота их по данным аутопсии составляет 0,7–7,3%.

Цель исследования: определение эффективности аргонноплазменной коагуляции (АПК) в лечении гемангиом на основании изучения характера и выраженности послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В исследование были включены 46 пациентов, которых разделили на две группы: 21 (45,7%) пациент с традиционным хирургическим лечением гемангиом печени (группа сравнения) и 25 (54,3%) пациентов, которым выполняли вмешательства с применением АПК (основная группа). Мужчин было 13 (28,3%), женщин – 33 (71,7%). Возраст больных находился в пределах от 26 лет до 69 лет (средний возраст – $48 \pm 12,5$ лет).

Результаты. Показаниями к хирургическому лечению были развитие осложнений или быстрое увеличение размеров гемангиом с формированием нарастающего болевого синдрома и появлением отклонений в лабораторных показателях функционального состояния печени.

Основным вмешательством при гемангиомах была резекция печени – анатомическая или перитуморальная. В тоже время, операцией выбора в основной группе были лапароскопическая энуклеация или клиновидная резекция печени с использованием АПК. Преимущество при выборе малоинвазивного лечения имели гемангиомы с поверхностной локализацией в I–VI сегментах. Во всех случаях проводили дренирование остаточной полости (при диаметре до 10 см). При больших полостях (более 10 см в диаметре) в основной группе выполняли “открытую” операцию с тампонированием полости, которая оставалась после АПК, с помощью фрагмента большого сальника.

В раннем послеоперационном периоде у 3 (20%) пациентов основной группы и у 5 (38,5%) пациентов группы сравнения отмечали формирование осложнений. Наиболее частым осложнением в группе сравнения были кровотечения – 3 пациента, у 2 из них кровотечение в ретроперитонеальное пространство и гемобилия. В основной группе кровотечения наблюдали у 2 больных и абсцедирование имело место у 1 больного.

В отдаленном послеоперационном периоде (6 месяцев с момента операции) было обследовано 17 больных основной группы и 21 пациент из группы сравнения. Среди осложнений отдаленного послеоперационного периода у пациентов, оперированных по поводу гемангиомы печени, следует отметить следующие: формирование билиарного цирроза печени, внешнего желчного свища, механическая желтуха, подпечёчный абсцесс, анемия. Данные осложнения встречались в основной группе достоверно реже в 1,6–2,5 раза.

Выводы. Хирургическое лечение с использованием лапароскопического доступа и АПК позволяет эффективно удалять гемангиомы печени. При этом у пациентов регистрируется меньшее число осложнений как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде, что в целом улучшает течение периода послеоперационной реабилитации.

ТОРАКОСКОПИЧЕСКИЙ ТРАНСДИАФРАГМАЛЬНЫЙ ДОСТУП ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ПЕЧЕНИ

Подлужный Д.В., Глухов Е.В., Давыдов М.М.,
Аллахвердиев А.К., Патютко Ю.И., Кудашкин Н.Е.,
Дудаев З.А., Каннер Д.Ю., Кононец П.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,
Москва, Россия

Цель исследования: оценить целесообразность применения торакоскопического трансдиафрагмального доступа при солитарных метастазах в задних-верхних сегментах печени.

Материалы и методы. В 2017 г. методика применена у 2 пациентов, которым выполнена резекция VIII сегмента печени, одному из которых по поводу солитарного метастаза рака гортаноглотки, другому – солитарного метастаза колоректального рака размерами 3 см. В положении больного на левом боку в VI межреберье справа по средней подмышечной линии устанавливается видеоторакоскоп. Рабочие торакопорты: в VI межреберье по передней подмышечной линии и в VII и VIII межреберье по задней подмышечной линии. Производится рассечение правой легочной связки. Диафрагма рассекается аппаратом Harmonic. Поэтапно, по намеченной линии резекции производится пересечение паренхимы печени, сосуды и желчные протоки подлежат клипированию. Поэтапно выполняется резекция VIII сегмента печени. Брюшная полость под контролем видеоторакоскопа дренируется силиконовым дренажем, подведенным к зоне резецированной печени, выводится через контрапертуру в правом подреберье. Дефект диафрагмы ушивается узловыми швами. В правый плевральный синус устанавливается дренаж. Отверстия для портов ушиваются послойно.

Результаты. Продолжительность операции в 1 случае составила 125 минут, во втором – 140 минут. Интраоперационная кровопотеря в 1 случае – 1900 мл, во втором – 850 мл. Послеоперационные осложнения не наблюдались. Продолжительность пребывания больных в стационаре после операции – 5 койко-дней.

Выводы. На основании нашего опыта применения данной методики оперирования больных с локализацией опухоли размерами не более 3 см в задних-верхних сегментах печени мы видим преимущества, по сравнению с открытой хирургией.

НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ: ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Рысбеков М.М., Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия,
Шымкент, Казахстан

Цель исследования: определить эффективность результатов хирургической декомпрессии портальной кровотока у больных циррозом печени (ЦП), осложненным варикозным расширением вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ), с применением полностью имплантируемой инфузионной портальной системы (ИПС) Celsite®.

Материалы и методы. Операция по имплантации ИПС проведена у 41 больного с ЦП и портальной гипертензией (ПГ), из них имплантация ИПС произведена катетеризацией мезентериальной вены у 2 больных, через разбуживанную пупочную вену - у 3, путем чрескожной чреспеченочной пункции воротной вены - у 36. Аутогемореинфузию из портального бассейна в центральное венозное русло проводили со скоростью 3–5 мл в минуту, при необходимости доводя до 8–10 мл, дробно, дозированно по 300–500 мл с интервалом в 5–15 мин для профилактики перегрузки сердечно-сосудистой системы и перераспределения введенной крови (патент № 2410038 РФ). Выписаны из клиники все пациенты. У 41 пациента провели 1814 циклов аутогемореинфузий. Время выполнения операции по имплантации порт-систем колебалось от 55 мин до 2 ч 40 мин, в среднем составило 105±55 мин. Срок имплантации ИПС варьировал от 8 до 58 месяцев, при средней продолжительности использования ИПС 380 дней.

Результаты. Из 41 больного с имплантацией ИПС затрудненная пункция, обусловленная анатомическими особенностями пациента, отмечена в 5 (12,2%) наблюдениях. Гематома в области ложа ИПС отмечена в 3 (7,3%) наблюдениях, была купирована консервативно. Нарушение соединения катетера с приемной камерой ИПС отмечено в 1 (2,4%) наблюдении, что потребовало повторного вмешательства с ревизией устройства и устранения перегиба. В отдаленном периоде инфекционные осложнения отмечены у 8 пациентов. При этом в 1 (2,4%) наблюдении отмечено развитие осложнения в виде пролежня и инфицирования над катетером с его окклюзией, которое потребовало замены ИПС. Окклюзия ИПС купирована консервативными мерами у 3 больных из 5. Проводимая терапия оказалась неэффективной и отмечен летальный исход в 2 случаях. Отдаленные результаты до 5 лет прослежены у 32, при этом отмечен летальный исход у 8 пациентов, из которых у 5 – от нарастающей ПН, наибольшее число в первый год наблюдения. Жив на конец контрольного срока отдаленного периода 31 (79,4%) оперированной больной, летальность составила 20,6%.

Заключение. Минимальные инвазивность и травматичность делают этот вид шунтирования особо привлекательным при решении вопросов портальной декомпрессии у больных ЦП. Потенциал использования ИПС достаточно велик, особенно в условиях суб- и декомпенсации ЦП, когда большинство существующих инвазивных методов не только противопоказано, но и смертельно опасно. В отличие от больших сосудистых шунтирующих операций, проведение ИПС возможно при низких показателях портальной перфузии с явлениями энцефалопатии и асцита, нарушении функции сердца и легких с легочной гипертензией, активации и прогрессировании процесса в печени. Подключение ИПС возможно в любое время в течение суток и во всех случаях повышения портального давления. Имплантация ИПС позволяет сократить число послеоперационных осложнений и сроки пребывания больных в стационаре, перевести в лист ожидания по ортотопической трансплантации печени и дать возможность максимальному числу пациентов продлить период ожидания донорского органа.

МНОГООРГААННАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ТЕЛА И ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Саакян М.А. 1,2,3, Кляйве Д. 1, Казарян А.М. 1,3,4,
Агаян Д.Л. 1, Игнатович Д.5, Лабори К.Й. 1, Ресок
Б.И. 1, Бйорн Э. 1,2

¹Университетская больница Осло, Риксгоспиталет,
Осло, Норвегия

²Центральный военный клинический госпиталь,
Ереван, Армения

³Ереванский государственный медицинский университет,
Ереван, Армения

⁴Областная Больница Вестфольда, Тенсберг, Норвегия

⁵Университетская Больница Акершус, Леренског, Норвегия

Введение. В ряде случаев при лечении аденокарцином тела и хвоста поджелудочной железы необходимы мультивисцеральные резекции. Применение лапароскопии у этих больных является неочевидным решением.

Цель исследования: изучение и оценка результатов мультивисцеральных лапароскопических дистальных панкреатэктомий (МЛДП) при аденокарциномах поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проанализированы демографические, периоперационные и онкологические результаты больных с лапароскопическими дистальными панкреатэктомиями (ЛДП) в Риксгоспитале, Университетской больнице Осло. Группу с МЛДП составили больные с расширенными ЛДП при прорастании опухоли в соседние органы/структуры и ЛДП с резекцией отдаленных метастазов (согласно критериям, предложенным International Study Group for Pancreatic Surgery). Результаты после МЛДП и ее основных видов сравнивались с таковыми после стандартной ЛДП (СЛДП).

Результаты. В период с августа 2001 по июнь 2016 гг., 460 больных перенесли ЛДП по поводу новообразований поджелудочной железы включая 116 (24,7%) аденокарцином (78 СЛДП и 38 МЛДП). МЛДП наиболее часто включала резекцию надпочечников (29,8%) и толстой кишки (17,5%). При МЛДП, размеры опухоли были больше (5 против 4 см, $p=0,03$), время операции дольше (231 против 158 мин, $p=0,001$), а конверсии и повторные операции чаще (соответственно, 15,8 против 2,6%, $p=0,015$ и 18,4 против 2,6%, $p=0,005$). Послеоперационные осложнения и смертность в группах были сопоставимы. Медиана прослеживания составила 18 месяцев. У больных с протоковой аденокарциномой при расширенной ЛДП ($n=22$) безрецидивная и общая выживаемость были значительно ниже по сравнению с СЛДП ($n=59$) (соответственно, 6,2 против 9,6 месяцев, $p=0,047$ и 12,9 против 27 месяцев, $p<0,01$).

Выводы. Несмотря на технические сложности, МЛДП выполнима и безопасна при аденокарциноме тела и хвоста поджелудочной железы. Расширенная резекция при протоковой аденокарциноме связана с неутешительным прогнозом по сравнению с СЛДП, а ее потенциальные преимущества над паллиативным лечением требуют дальнейших исследований.

ВЛИЯНИЕ ОПЫТА ХИРУРГА И ЕЖЕГОДНОГО КОЛИЧЕСТВА ВЫПОЛНЕННЫХ ПДР НА НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ В ЦЕНТРЕ МАЛОГО ОБЪЕМА

Саакян А.М.^{1,2}, Габриэлян А.², Аветян М.²,
Петросян А.², Саакян М.А.^{1,3,4}

¹Ереванский государственный медицинский университет,
Ереван, Армения

²Отделение общей и абдоминальной хирургии ВМЦ «АртМед»,
Ереван, Армения

³Университетская больница Осло, Риксгоспиталет, Осло,
Норвегия

⁴Центральный военный клинический госпиталь, Ереван, Армения

Опыт выполнения панкреато-дуоденальных резекций (ПДР) и их ежегодное количество влияют на непосредственные результаты операции в специализированных центрах большого объема, тогда как их роль в центрах малого объема менее известна.

Цель исследования: оценка влияния опыта и ежегодного количества ПДР на непосредственные результаты операции в центре малого объема.

Исследование проводили на основе изучения личного опыта гепато-панкреато-билиарного хирурга в центре малого объема в г. Ереване (Армения). В работу включены больные с периампулярными новообразованиями, перенесшие ПДР с января 2000 по декабрь 2017 г. У них проанализированы демографические, клинико-лабораторные и периоперационные данные. Опыт выполнения ПДР считали достаточным при количестве ≥ 50 операций, а большим объемом считалось ежегодное производство > 12 ПДР.

ПДР провели у 115 больных и достаточный опыт (≥ 50 операций) выполнения аналогичных резекций способствовал увеличению количества пилоросохраняющих операций, уменьшению длительности вмешательства (280 против 300 мин, $p=0,02$) и кропотери (400 против 500мл, $p=0,03$). Ежегодный объем выполненных ПДР не влиял на интраоперационные показатели. При этом, отмечали стойкое снижение числа серьезных осложнений и показателя послеоперационных койко-дней (соответственно, 5.3 против 17.2%, $p=0.04$ и 12 против 14 дней, $p=0.02$). Частота релапаротомий снижалась с увеличением как опыта, так и ежегодных объемов ПДР.

Заключение. Опыт выполнения ПДР связан с улучшением таких интраоперационных параметров, как время операции и кровопотеря. Он также влияет на принятие адекватного решения относительно необходимости релапаротомий. Большой ежегодный объем ПДР улучшает результаты операций снижая частоту серьезных осложнений и количество послеоперационных койко-дней.

КОМБИНАЦИЯ МЕТОДОВ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ И РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ МАССИВНОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМ ПОРАЖЕНИИ

Чжао А.В., Ионкин Д.А., Степанова Ю.А.,

Жаворонкова О.И., Гаврилов Я.Я., Вишневский В.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России,
Москва, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с массивным злокачественным поражением печени.

Материалы и методы. В исследование вошли 475 пациентов, которым в период с 2001 г. по настоящее время были выполнены различные методы термодеструкции злокачественных образований печени.

Радиочастотная абляция (РЧА) применяется в НМИЦ хирургии с 2001 г. Выполнено 454 сеансов РЧА у 387 (81,5%) больных (чрескожная РЧА – у 292 (64,3%); открытым доступом – у 42 (9,2%); резекция печени с РЧА остающихся узлов - у 62 (13,7%) больных; резекционные вмешательства на печени с применением РЧА были выполнены 58 (12,8%) больным).

Микроволновая абляция (МВА) в НМИЦ выполняется с 2008 г. МВА была выполнена 24 (5,1%) больным: чрескожным доступом - у 18 (75,0%) больных; резекция печени с МВА - у 6 (25,0%) пациентов.

Криодеструкция (КД) применяется в центре с 2012 г. Данный метод воздействия был применен в 60 (12,6%) наблюдениях (при первичном раке печени - в 14 (23,3%), при метастатическом поражении – у 46 (76,7%) больных). Резекция печени сочеталась с КД остающихся узлов в 28 (46,7%) наблюдениях (при первичном раке – в 6 (21,4%) наблюдениях, при метастатическом поражении – в 22 (78,6%).

Лазерная деструкция (ЛД) применяется в НМИЦ с 2018 г. Всего было выполнено 4 (0,8%) вмешательства.

Показаниями к применению термоабляционных методик при резекции печени служили: выраженные цирротические изменения печени; низкий функциональный резерв печени; множественные билобарные поражения печени, в сочетании с термодеструкцией остающихся патологических очагов; выраженные коагулопатии.

Более половины пациентов после вмешательства были подвергнуты адьювантной химиотерапии. Послеоперационный контроль включал проведение МРТ в первые сутки после вмешательства и УЗИ на 1, 2, 5-7 день после операции.

Результаты. В послеоперационном периоде после резекции + РЧА был отмечен 1 летальный исход на 5 день послеоперационного периода при вмешательстве по поводу ГЦР 5 сегмента печени на фоне выраженного цирроза в следствии явлений нарастающей печеночной, а затем и полиорганной недостаточности. Случаев кровяной и желчеистечения по срезу резекции печени отмечено не было. При инструментальном контроле в сроки до 8 лет рецидива по краю резекции отмечено не было.

После РЧА медиана выживаемости составила - 29,3 мес. (19-56 мес.). Выживаемость 1 г. составила 84,2%, 2 г. - 56,7%, 3 г. - 47,2%, 4 г. - 28,4%, 5 л. - 24,2%.

После КД при первичном раке печени медиана выживаемости составила 34 мес. Выживаемость 1 г. - 76%, 3 г. - 52,4%, 5 л. - 26,4%.

После КД при метастатическом раке печени медиана выживаемости составила 24,4 мес. Выживаемость 1 г. - 72%, 3 г. - 36,4%, 5 л. - 13,4%.

При использовании МВА медиана выживаемости составила 26,8 мес. Выживаемость 1 г. составила 74,2%, 2 г. - 68,4%, 3 г. - 16,2%.

После изучения результатов ЛД данный метод стал применяться лишь в сочетании с другими вариантами локальной деструкции.

Выводы. Термоабляционные методики при резекции печени следует использовать при угрозе развития печеночной не-

достаточности, предпочтительно в атипичном варианте. Вмешательства следует выполнять под ультразвуковым контролем. Интраоперационно по данным УЗИ необходимо оценить жизнеспособность остающейся паренхимы печени. В послеоперационном периоде необходим соответствующий контроль.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭНОКСАПАРИНА ПРИ L-ОРНИТИН-ИНДУЦИРОВАННОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Чуклин С.Н., Чуклин С.С., Пидгирный Б.Я.

Областная клиническая больница, Львов, Украина

Современное лечение больных ОП невозможно без выяснения патогенетических механизмов развития заболевания. Различные механизмы приводят к однотипным повреждениям клеток поджелудочной железы. Основными факторами, которые играют роль в усилении заболевания, являются изменения в микроциркуляции поджелудочной железы, ишемия-реперфузия, смещение от апоптоза ацинарных клеток к некрозу и сложные взаимодействия и стимулирования различных воспалительных путей.

Профилактика и лечение острого панкреатита, в первую очередь, включают защиту ткани за счет улучшения капиллярного кровотока, предупреждения тромбоза и уменьшения воспаления. С этой целью могут быть применены низкомолекулярные гепарины, в том числе эноксапарин. Однако, результаты экспериментальных исследований по применению низкомолекулярных гепаринов при остром панкреатите в эксперименте не являются однозначными, а клинические исследования только одиночны.

Мы провели экспериментальное исследование с целью выяснения терапевтического потенциала эноксапарина для предупреждения прогрессирования острого панкреатита.

Эксперимент выполнен на 42 белых крысах линии Wistar массой 200-250 г в соответствии с Европейскими рекомендациями по работе с лабораторными животными (Guide for the Care and Use of Laboratory Animals). Крысы были разделены на три группы: 1 – контрольная (16 (38,1%) интактных животных), 2 – с индуцированным острым некротическим панкреатитом (16 (38,1%) крыс), 3 – 10 (23,8%) крыс, которым вводили эноксапарин после индукции панкреатита. Острый панкреатит вызывали интраперитонеальной инъекцией L-орнитина (3 г/кг).

С целью коррекции микроциркуляторных и воспалительных изменений после индукции острого панкреатита крысам вводили низкомолекулярный гепарин – эноксапарин из расчета 100 ед/кг: сразу после последней инъекции L-орнитина, через 12 часов, а затем раз в сутки через 24 часа. Через пять суток животных выводили из эксперимента.

Проводили биохимическое исследование, а также определение показателей воспаления, оксидативного/нитрозативного стресса в сыворотке крови и ткани поджелудочной железы.

При экспериментальном панкреатите характерным было увеличение в ткани поджелудочной железы активности миелопероксидазы, индуцибельной синтазы оксида азота и уменьшение доли конститутивной синтазы. В сыворотке крови увеличивалось содержание панкреатической амилазы и снижалась концентрация сульфидов водорода.

Наблюдали положительное влияние эноксапарина на течение патологического процесса, как в самой поджелудочной железе, так и в основных органах-мишенях.

Действие эноксапарина также способствовало снижению концентрации миелопероксидазы в ткани поджелудочной железы в среднем в 2,57 раза и содержания Р-амилазы в 2,61 раза до референтных значений у интактных крыс.

Активность конститутивного *de novo* синтеза оксида азота практически не изменялась. В то же время, снизилась активность индуцибельной NO-синтазы на 38,52%, что свидетельствует об уменьшении синтеза патологического оксида азота. Доля физиологического конститутивного синтеза оксида азота (окислительного метаболизма L-аргинина по проценту cNOS) в ткани поджелудочной железы под действием эноксапарина существенно возросла – в среднем в 1,29 раза, однако не достигала показателей здоровых крыс. Одновременно, нормализовалось и содержание сульфида водорода в сыворотке крови.

Следовательно, при L-орнитин-индуцированном остром панкреатите у крыс возникают признаки характерные для некротического панкреатита с вовлечением в патологический процесс отдаленных органов. В патогенезе при этом важную роль играют основные газотрансмиттеры – оксид азота и сульфид водорода. Применение низкомолекулярного гепарина – эноксапарина уменьшает интенсивность нитрозативного стресса и воспаления при остром панкреатите у крыс.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Шабунин А.В., Парфенов И.П., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Венгерев В.Ю.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия

Введение. Лечение хронического панкреатита и его осложненных формы является одной из актуальных проблем современной хирургии ввиду высокой заболеваемости работоспособного населения. Заболеваемость хроническим панкреатитом в Российской Федерации составляет 27,4-50 случаев на 100000 населения в год. Последние годы характеризуются широким внедрением эндоскопических способов лечения хронического панкреатита и его осложнений, наряду с традиционными резекционно-дренирующими способами лечения, поэтому выбор способа лечения хронического панкреатита является актуальной проблемой у данной категории больных.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина в период с 2008 по апрель 2018 гг. находились на лечении 376 больных с хроническим панкреатитом.

Всем пациентам проводили обследование по стандартному диагностическому алгоритму с использованием высокоинформативных методов исследований, включающему ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием, эндоскопическую эзофагогастродуоденоскопию, мультиспиральную компьютерную томографию с пероральным и внутривенным контрастированием, исследование крови на СА19-9 и РЭА.

Магнитнорезонансную холангиопанкреатографию выполняли по показаниям. В случаях, когда нельзя полностью исключить опухолевое поражение выполняли эндосонографию гепатопанкреатобилиарной зоны с тонкоигольной биопсией.

У 14 (3,7%) больных выявлены внутренние панкреатические свищи; неполные наружные панкреатические свищи у 28 (7,4%) больных; единичный вирсунголитиаз с развитием панкреатической гипертензии в 46 (12,3%) случаях; обтурация интрапаренхимотозной части общего желчного протока с развитием механической желтухи и холангита за счёт фиброзных изменений головки поджелудочной железы, выявлены у 73 (19,4%) пациентов; у 92 (24,5%) больных выявлены псевдокисты поджелудочной железы; в 123 (32,7%) случаях хронический панкреатит характеризовался совокупностью нескольких осложнений одновременно.

Результаты. Этапные эндоскопические методы лечения применили у больных с механической желтухой и холангитом в 45 (11,9%) случаях, с инфицированными псевдокистами - в 7 (1,8%) случаях, все больные в последующем оперированы. Послеоперационной летальности не было. Различные дренирующие и резекционные вмешательства (операция Фрея, Бегера) выполнены 147 (39%) больным. В послеоперационном периоде летальность составила 5 (3,4%) случаев.

Как окончательный способ лечения эндоскопические методы применяли при псевдокистах поджелудочной железы в 46 (12,2%) случаях из них 25 нитиноловыми стентами, а 21 двумя пластиковыми стентами. При единичном вирсунголитиазе с развитием панкреатической гипертензии выполнили вирсунголитиаэкстракцию с последующим стентированием главного панкреатического протока выполнена в 16 (4,2%) случаях. При неполных наружных и внутренних панкреатических свищах выполняли стентирование панкреатического протока, данные вмешательства выполнены 23 (6,1%) больным, у пациентов с механической желтухой и тяжелой сопутствующей патологией в 10 (2,6%) случаях выполнили стентирования холедоха нитиноловым стентом. Проведено сравнение результатов эффективности применения эндоскопических и резекционно-дренирующих способов лечения в ближайшем и отдаленном послеоперационном периодах.

Выводы. Эндоскопические способ лечения хронического панкреатита и его осложнений следует применять как этапный способ лечения с последующей подготовкой к резекционно-дренирующим вмешательствам, так и окончательный способ лечения.

ВОЗМОЖНОСТИ ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИИ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЁЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Шаталов А.Д., Коссе Д.М., Межаков С.В.,
Войтюк В.Н., Шаталов С.А.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Донецкая народная республика
Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк, Донецкая народная республика

Введение. С каждым годом количество больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) прогрессивно увеличивается. В

настоящее время одноэтапные лапароскопические вмешательства на жёлчном пузыре и протоках являются одним из методов выбора хирургического лечения ЖКБ и её осложнений. Важным преимуществом интраоперационной фиброхолангиоскопии (ИФХС) является возможность использовать её не только с диагностической целью, но и с лечебной.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с ЖКБ путём внедрения одноэтапного лапароскопического метода с применением интраоперационной фиброхолангиоскопии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты одноэтапного лапароскопического лечения за последние 7 лет у 68 пациентов с ЖКБ, у которых применена ИФХС, среди них было 43 (63,2%) женщины и 25 (36,8%) мужчин в возрасте от 26 до 69 лет. Обтурационная желтуха осложнила течение жёлчнокаменной болезни у 23 (34,2%) больных, холангит наблюдался у 17 (25,3%). Применяли фиброхоледоскоп «Charg» (Германия), видеолапароскопическую технику и инструменты фирмы «Karl Storz» (Германия). ИФХС применялась при предоперационных признаках билиарной гипертензии (повышение показателей билирубина, щелочной фосфатазы, гаммаглутамилтрансферазы, наличие желтухи или холангита, расширение общего жёлчного протока (ОЖП) более 8 мм по данным ультразвукового исследования), а также данных визуального осмотра ОЖП во время операции.

Результаты. После лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) фиброхолангиоскопия выполняли в двух вариантах: через разбуживанный пузырный проток с помощью баллонного ангиодилататора (46) или через холедохотомное отверстие (22). При осмотре большого дуоденального сосочка оценивали проходимость, наличие изменений слизистой, конкрементов, замазкообразной массы. Конкременты в дистальном отделе ОЖП были выявлены у 56 пациентов, сочетание внутривенного литиаза с конкрементами в ОЖП - у 7, стеноз фатерова сосочка - у 5.

Конкременты были удалены через пузырный проток с помощью корзинки Дормиа у 52 пациентов, путём «сцеживания» через холедохотомическое отверстие - у 14. У 2 пациентов при «вклиненном» камне в супрапапиллярной части ОЖП выполнена конверсия с открытой холедохолитотомией. После ЛХЭ, холедохоскопии и холедохолитотомии ОЖП дренирован по Холстеду-Пиковскому в 58 случаях, наложен шов ОЖП - у 10 больных.

На 2-й день после операции пациенты активизировались. Наблюдали 11 осложнений - жёлчеистечение по улавливающим дренажам, которое самостоятельно прекратилось на 5 сутки. Летальных исходов не было. Срок госпитализации - 6-8 суток.

Выводы. Одноэтапные методы лапароскопического лечения ЖКБ являются менее травматичными и более физиологическими, позволяют сохранить сфинктерный механизм большого дуоденального сосочка. ИФХС при лапароскопических операциях у таких больных позволяет сократить объём и время операции, сократить срок госпитализации, качественно улучшить состояние больных.

II. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ПЕЧЕНИ: ПОКАЗАНИЯ, ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ВОЛЮМЕТРИИ ПЕЧЕНИ У ДОНОРОВ НА РАБОЧЕЙ СТАНЦИИ КОМПЬЮТЕРНОГО ТОМОГРАФА И ПРОГРАММЫ OSIRIX С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ДАННЫМИ

Баймаханов Б.Б., Байгуисова Д.З., Мухамеджанова А.Н., Батталова Г.А., Досханов М.О., Науменко Ю.А., Олжабаева А.К.
 АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан

Актуальность. Одним из основных этапов подготовки доноров к трансплантации печени является предоперационный подсчет объема печени. Наиболее точным и распространенным методом измерения объема и массы предполагаемого трансплантата является КТ-волюметрия.

Материалы и методы. За период 2016-2017 гг. в ННЦХ им. Сызганова были проведены 32 трансплантации печени от живого донора у взрослых. Измерение объема печени проводили двумя способами: на рабочей станции компьютерного томографа Toshiba Aquilion 64 и с помощью программы Osirix. Полученные результаты волюметрии сравнивали с послеоперационными данными веса графта.

Результаты. Средняя погрешность подсчета объема: на рабочей станции томографа составила +10,4 % (-13,2%+32,3%); с помощью программы Osirix + 21,5 % (-15,5%+41,5%).

Выводы. Данные подсчета объема на рабочей станции томографа имеют меньшую погрешность, чем подсчет по средствам программы Osirix. Преимуществом подсчета волюметрии на рабочей станции томографа является возможность установок границ плотности печени, что дает возможность удалить из общего объема печени другие ткани (кровь, жир и т.д.).

РОДСТВЕННАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Бигалиев М.Х., Донбай А.А., Кабылов Д.А., Байтемиров С.Т., Садыков Т.К., Умбетжанов Р., Муканова У.А.

Городская больница скорой медицинской помощи, Шымкент, Казахстан

Международный казахско-турецкий университет, Шымкент, Казахстан

Введение. В развитии Казахстанской трансплантологии имели свое влияние несколько различных школ транспланто-

гии (корейская - Seoul National University Hospital (Сеул), белорусская – 9-я городская клиническая больница (Минск), русская – Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского (Москва), индийская – клиника Appola (Нью Дели), японская (Хиросима). У каждой школы имеются свои преимущества и недостатки в технике родственной трансплантации печени на этапах забора печени у живого донора и технике трансплантации печени у реципиента.

Цель исследования: сравнительный анализ методики выполнения родственной трансплантации печени.

Материалы и методы. В отделении гепатопанкреато-биллиарной хирургии больницы скорой медицинской помощи г. Шымкента за период с 2014 по 2018 гг. произведено 15 родственных трансплантаций печени (6 (40,0%) мужчин и 9 (60,0%) женщин в возрасте от 25 лет до 58 лет). Показанием к трансплантации печени были терминальные фазы диффузных болезней печени. Выбор вида печеночного трансплантата основывался, в первую очередь, на массе тела реципиента. Объективным критерием считали коэффициент GRWR (Graft/Recipient Weight Ratio): $GRWR = \frac{\text{масса трансплантата (кг)}}{\text{масса реципиента (кг)}} \times 100$, который, согласно мировой практике, должен быть не менее 0,8.

Результаты. Научно обоснованно, что при заборе печени у донора имеет значение макроскопическое описание печени на предмет наличия жирового гепатоза, обязательное наличие экспресс гистологии. По данным литературы жировой гепатоз не должен превышать 25%-30% объема печени. Во время забора печени у донора необходимо подвешивание печени (hanging of the liver) с целью профилактики повреждения нижней полой вены. Для определения зоны пересечения правого печеночного протока выполняется интраоперационная холангиография. Пересечение вен VIII и V сегментов печени (ишемия данных сегментов) выполняется не сразу. Этих аспектов при проведении трансплантации печени придерживаются почти все школы, кроме корейской.

После удаления трансплантата в обязательном порядке производили white test, для профилактики желчеистечения в послеоперационном периоде у донора.

На этапе трансплантации печени у реципиента корейская школа, производит высокое рассечение гепатодуоденальной связи. Преимущества этой техники, в сокращении времени при гепатэктомии и снижении кровопотери во время операции, наличие длинных культей для наложения анастомозов. В тоже время, эта техника имеет ряд недостатков: очень сильно пережимаются структуры гепатодуоденальной связи (артерии, вены, общий желчный проток), т.е. проходит ишемия стенок структур гепатодуоденальной связи, что может вызвать послеоперационные осложнения в раннем послеоперационном периоде.

Мы накладываем широкий печеночный венозный анастомоз

для хорошего оттока крови в раннем послеоперационном периоде. В обязательном порядке во время операции на желчных протоках у реципиента накладывается анастомоз на каркасной дренажной трубке, которая удаляется через 3-4 месяца.

Выводы. Анализ опыта выполнения трансплантации печени, исходя из данных литературы, опыта корейской, белорусской, российской, индийской и японской трансплантологических школ, а также собственного опыта, показал, что наиболее эффективно выполнение трансплантации печени с учетом следующих аспектов:

1. исключить стеатогепатоз у донора;
2. подвешивание печени у донора;
3. интраоперационная холангиография у донора;
4. не сразу вызывать ишемию печени при пересечении V и VIII сегментов у донора;
5. отдельное выделение всех структур гепатодуоденальной связки у реципиента;
6. наложение широкого печеночного анастомоза.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ В ФГБУ ГНЦ ФМБЦ ИМ. А.И. БУРНАЗЯНА ФМБА РОССИИ

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

ФГБУ «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна» ФМБА России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить непосредственные и отдаленные результаты трансплантации печени при гепатоцеллюлярном раке.

Материалы и методы. С июня 2010 по июнь 2018 гг. в Центре хирургии и трансплантологии ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна было выполнено 78 трансплантаций печени при гепатоцеллюлярном раке (ГЦР), из них операции выполнены 76 (97,5%) пациентам с ГЦР, развившимся на фоне цирроза печени (трупных трансплантаций печени - 25, трансплантаций правой доли печени от живого родственного донора - 49, сплит-трансплантация двум реципиентам - 1) и *alvage*-трансплантации печени пациентам с рецидивирующим ГЦР - 2 (2,5%), из них 1 трансплантация печени выполнена пациенту с ГЦР без цирроза печени. Большинство пациентов (76 (97,5%) больных) подходили под Миланские критерии, выходили за Миланские критерии - 2 (2,5%) пациента. Кроме того, у 13 пациентов (16,7%) были выполнены «*dawn-staging*» therapy, «*bridging*» therapy, которые включали в себя этапную трансартериальную химиоэмболизацию, лапароскопические резекции (2 пациента), стереотаксическую радиохимию (Cyber-Knife) (2 пациента).

Результаты. Госпитальная летальность среди реципиентов составила 1,3% (1 пациент). Госпитальная летальность после родственной трансплантации правой доли печени составила 2,0% (1 пациент).

Общая частота послеоперационных осложнений среди всех трансплантаций составила 27,8%. Общая частота послеоперационных осложнений среди родственных трансплантаций составила 30,0% и в большинстве случаев была представлена

билиарными осложнениями (grade A, B (ISGLS, 2011)), такими как биломы брюшной полости, наружный желчный свищ, стеноз гепатико-холедохоанастомоза, транзитное трансдренажное подтекание желчи. Общая частота послеоперационных осложнений после трупных трансплантаций составила 35,0% (внутрибрюшные кровотечения, стеноз билиарных анастомозов). Отделенная выживаемость составила 100%. У 2 пациентов через 1 год после операции развился рецидив заболевания. Общая частота осложнений среди родственных доноров составила 12% (6 пациентов) и преимущественно была представлена транзитным трансдренажным подтеканием желчи и биломами брюшной полости (grade A, B (ISGLS, 2011)). Летальных исходов среди родственных доноров не было. Средний послеоперационный койко-день составил 25,5 (22-27,5) суток для реципиентов после родственной трансплантации печени, 18 (15-25) суток для реципиентов после трупной трансплантации и 13,5 (10,5-19) суток для родственных доноров.

Заключение. Трансплантация печени при гепатоцеллюлярном раке является важной опцией лечения больных с данной патологией, особенно на фоне цирроза печени, позволяющей добиться хороших ближайших и отдаленных результатов лечения.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ

Гранов Д.А., Боровик В.В.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) занимает пятое место в структуре ведущих онкологических заболеваний, и приводит к смерти большинство больных в течение первого года. Изученной причиной развития ГЦК является вирусный гепатит, способствующий повреждению паренхимы печени с последующим её фиброзом, трансформации клеток печени в опухолевые. Диагностика ГЦК на фоне цирротической перестройки ткани у больного ставит сложные задачи перед врачами ввиду резкого ограничения возможных методов противоопухолевой терапии. Трансплантация печени является единственным радикальным методом лечения ГЦК на фоне цирроза.

Материалы и методы. В период с 1998 по 2018 гг. в РНЦРХТ выполнены 204 ортотопические трансплантации печени (ОТП) у 191 больных, из них по поводу гепатоцеллюлярной карциномы в 20 (10,5%) случаях: опухоль диагностирована дооперационно в 13 (65,0%) случаях (среди которых 11 на фоне цирроза вирусной этиологии); опухоль выявлена случайно после морфологического исследования удалённого макропрепарата в 7 (35,0%) наблюдениях.

В случае дооперационно диагностированной ГЦК неоадьювантная химиотерапия в листе ожидания проводилась у 12 кандидатов – от 1 до 7 курсов химиоэмболизации печёночной артерии (ХЭПА) смесью липиодола с доксорубицином (n=9), ХЭПА в сочетании с радиочастотной аблацией (РЧА) опухолевого узла (n=2). ХЭПА и РЧА в сочетании с лапароскопической резекцией печени выполнены 1 пациенту. Миланским критери-

ям (n=10) к моменту проведения ОТП изначально соответствовали 6 кандидатов, после проведения неоадьювантной (down stage) терапии - 4. На этапе становления программы ОТП у троих реципиентов размеры и число опухолевых узлов значимо превышали критерии.

Сроки нахождения в листе ожидания составили от 2 до 26 мес.

Результаты. В настоящее время живы 14 пациентов, сроки наблюдения от 1 до 131 мес. Среди реципиентов со случайно выявленными ГЦК (n=7) все живы от 1 до 111 мес. С изначальным соответствием Миланским критериям (n=6) под наблюдением находятся 3 пациента в сроки от 47 до 101 мес. У двоих отмечено метастатическое поражение лёгких и стабилизация на фоне проводимой терапии (сертикан+нексавар+резекция). Три пациента умерли от септических осложнений (n=2) и острого нарушения мозгового кровообращения в сроки 3 нед, 8 и 26 мес соответственно. Среди 4 реципиентов после проведения down stage терапии живы трое (от 16 до 109 мес) без признаков рецидива. Один умер от генерализации ГЦК через 24 мес. После ОТП вне Миланских критериев жив один пациент без признаков рецидива 131 мес, двое больных умерли от генерализации через 2 и 19 мес.

Заключение. ОТП является адекватным методом лечения больных со злокачественными новообразованиями печени на фоне цирроза (в пределах Миланских критериев). Проведение неоадьювантной терапии замедляет прогрессирование ГЦК у пациентов, находящихся в листе ожидания.

RIGHT POSTERIOR SECTOR GRAFT: ANATOMY, INDICATIONS, TECHNIQUES AND OUR EXPERIENCE

Gupta S., Agarwal S., Selva N., Rajasekhar R., Dey R.
Max Centre for Liver and Biliary Sciences,
Max Super Speciality Hospital, Saket, New Delhi, India

Introduction. Living Donor Liver transplant (LDLT) is well established as a curative treatment. A minimal remnant of 30% in donors is considered essential for donor recovery and safety. Right posterior sector graft (RPSG) is a good alternative when the remnant liver volume is low. RPSG is technically demanding and in this paper, we will discuss the relevant anatomy, technique for graft retrieval and our experience with the graft.

Anatomy. Contraindications to RPSG include non-dominant RHV and also if the predominant drainage of the anterior segment is also to RHV. Separate arteries to segment 6 and 7 would be a contraindication. Similarly, right posterior vein should be single. The RPHD generally tend to be single, but accessory ducts from segment 6 and 7 may be present and preclude the use of RPSG.

Technique. In the donor surgery the right posterior hepatic artery and right posterior portal vein are skeletonized and clamped to mark the ischemic line. The right lobe is mobilised and the short hepatic veins ligated and divided. The right hepatic vein is dissected and looped. Any significant inferior right hepatic veins are identified, isolated and preserved for reconstruction.

Parenchymal transection is performed and segment 5 and 8 branches to RHV are identified and ligated. The right posterior duct is dissected from surrounding connective tissues, divided and then

the graft is taken out and flushed with cold preservative solution.

Our Experience. We carried out a retrospective analysis of a prospectively maintained database for RPSG harvested between June 2012 to July 2014. Twenty-one RPSG (17 male, 4 female) were operated during the study period. Mean hospital stay was 9.4 days (range 9 – 15 days) which was similar to non RPSG group. Median weight of RPSG was 732gm (range 376gm – 810gm) and graft to recipient weight ratio was 0.82 (range 0.56 – 1.1). Mean diameter of RPS artery was 1.7mm with a length of 1cm. Portal vein anatomy was Type C in 8. Right posterior duct was divided as a single lumen in 20 donors. Mean peak bilirubin postoperatively was 1.7 mg% (range 0.9 – 4.6 mg%). Mean hospital stay was 8 days for the donors. 18 out of 21 recipients survived and were discharged at an average of 20.2 days post-transplant.

Summary. The right posterior sector graft is an useful addition to right lobe grafts when the remnant is low and acceptable results are obtained if proper technique can be followed.

РОЛЬ И МЕСТО ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Загайнов В.Е.^{1,2}, Киселев Н.М.^{1,2}, Бельский В.А.²,
Рыхтик П.И.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

²ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: определить возможности применения трансплантационных технологий в резекционной хирургии печени.

Материалы и методы. Трансплантационные технологии - комплекс приемов при выполнении резекции печени и сопряженными с ней комбинированными реконструкциями афферентных и/или эфферентных сосудов органа и нижней полой вены в условиях тотальной сосудистой изоляции печени, определенная последовательность выполнения которых позволяет безопасно получить функционально пригодный остаток паренхимы. В период с 2010-2018 гг. было выполнено 34 оперативных вмешательства с применением трансплантационных технологий. От общего количества резекций (n=1187) составило 2,9%. Средний возраст оперированных больных – 47,3 лет. По нозологическому соотношению: 32 пациента с установленным диагнозом альвеококкоз печени и 2 пациента с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК). Подвергались ранее хирургическим вмешательствам: с альвеококкозом печени - 21 пациент, с ГЦК - 1. Осложненное течение заболевания у 20 пациентов с альвеококкозом и у 2 пациентов с ГЦК: механическая желтуха – 14, портальная гипертензия – 6, окклюзия НПВ – 2, с наличием опухолевого тромба в 1 случае. Стимуляции викарной гипертрофии не потребовалось ни в одном из случаев.

Результаты. Радикально оперированы 34 пациента. Показания к резекции в группе с ГЦК считали ГЦК ТЗвНОМО с окклюзией гепатокавального конfluence с нарушением оттока от ремнанта, в группе с альвеококкозом возможность выполнения R0 резекции. В структуре оперативных вмешательств превали-

ровали обширные резекции (более 4-х сегментов) - 27, в 4 случаях потребовалось выполнение экстракорпоральных «ex situ» резекций. Инвазия в НПВ зарегистрирована в 23 случаях, в ВВ у 21. Резекция и реконструкция внепеченочных желчных протоков потребовалась у 21 пациента. Частота явлений печеночной недостаточности ст. А и В (ISGLS) не превысила 10%, Осложнения согласно Clavien-Dindo – 21, их них II-3, IIIb-12, IVb-2, V-4. Частота желчеистечений (ISGLS) - 14, класс В-4, С-10. Все пациенты получали адьювантное лечение после выполненного оперативного вмешательства.

Выводы. Применение трансплантационных технологий в резекционной хирургии печени оправдано для повышения резектабельности и должно выполняться в крупных гепатологических центрах с действующей трансплантационной программой.

Показания к применению трансплантационных технологий при злокачественных новообразованиях печени могут рассматриваться как «мост» к применению иных методов противопухолевого лечения и профилактики опережающего опухолевого роста развития печеночной недостаточности ввиду механической окклюзии сосудов печени.

Применение трансплантационных технологий является альтернативой трансплантации печени при неизменной паренхимы и позволяет избежать последующей иммуносупрессивной терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ

Каниев Ш.А., Сериккулы Е., Скакбаев А.С.,

Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б.,

Нурланбаев Е.К., Биржанбеков Н.Н., Енин Е.А.,

Таджибаев Т.К., Азнабаев А.С., Байгуисова Д.З.,

Чорманов А.Т., Медеубеков У. Ш., Сейсембаев М.А.,

Баймаханов Б.Б.

АО «Национальный научный центр хирургии

им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является наиболее частой злокачественной опухолью печени. ГЦК – это шестая по частоте злокачественная опухоль во всем мире, где ежегодно умирает более 600,000 человек.

Цель исследования: проанализировать результаты лечения больных с гепатоцеллюлярной карциномой.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ больных с гепатоцеллюлярной карциномой в отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова» за период с декабря 2011 по декабрь 2017 гг. За данный период был пролечен 81 больной с диагнозом ГЦК в возрасте от 34 до 70. Выбор хирургического лечения зависел от размера опухоли, локализации, тяжести состояния и возраста больного. Выполнены 56 вмешательств путем трансартериальной химиоэмболизации (ТАХЭ) образования печени, введением эмболы Hepasphere 50 - 100 μ m и 2 мл доксирибуцина 50мг, 18 пациентам выполнена резекция печени путем лапаротомии. Также 7 пациентам была выполнена трансплантация печени, где показаниями были цирроз печени по Чайлд-Пью В и С с гепатоцеллюлярной карциномой в пределах Миланских критерии. Всем

пациентам проводили гистоморфологическое исследование биоптата печени или гистологических образцов опухоли согласно международным критериям.

Результаты. Морфологический ГЦК соответствовал печеночно-клеточному раку с преобладанием трабекулярного типа ГЦК. Во всех случаях ТАХЭ проводили с межкурсовым интервалом 1,5-2 месяца. У пациентов после трансплантации печени рецидива опухоли не наблюдалось. Летальный исход после пересадки печени был в одном случае в связи васкулярным осложнением в раннем послеоперационном периоде.

Выводы. Точная послеоперационная гистологическая оценка позволяет идентифицировать невыявленные ГЦК. Однако различия в клинических исходах и выживаемости между выявленным и невыявленным ГЦК не наблюдали.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО РОДСТВЕННОГО ДОНОРА

Котенко О.Г., Минич А.А., Попов А.О., Гриненко А.В.,

Гусев А.В., Григорян М.С., Федоров Д.А.,

Коршак А.А., Остапишен А.Н.

ГУ Национальный институт хирургии и трансплантологии

им. А.А. Шалимова НАМН Украины, Киев, Украина

Введение. При выборе трансплантата правой доли печени от живого родственного донора основным проблемным вопросом является способ реконструкции венозного оттока от печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 86 трансплантаций правой доли печени от живого родственного донора. Было выделено две группы реципиентов: группа 1 (43 (50,0%) пациента) - была трансплантирована правая доля печени со срединной веной; группа 2 (43 (50,0%) пациента) - правая доля без срединной вены. Дооперационное изучение венозной анатомии печени донора позволило нам выделить три основных варианта строения печеночных вен правой доли печени: доминирующая правая печеночная вена, когда $\geq 55\%$ объема правой доли дренируется в правую печеночную вену (43-50% доноров); доминирующая срединная печеночная вена, когда $\geq 55\%$ объема правой доли дренируется в срединную печеночную вену (35-40% доноров); и равномерно распределенный тип венозного оттока, при котором $50 \pm 5\%$ объема правой доли дренируется в правую или в срединную печеночную вену (8-10% доноров). Тактика выбора трансплантата правой доли печени основывалась на типе строения печеночных вен: при доминирующей правой печеночной вене выполнялась трансплантация правой доли без срединной вены; при доминирующей срединной вене или в случае равномерно распределенного типа оттока - трансплантация правой доли со срединной веной. Данный алгоритм использовался при условии, что остаточный объем печени у донора $\geq 35\%$ от общего объема печени, а соотношение массы трансплантата к массе тела реципиента (GBWR) $\geq 0,8$. Для оценки результатов использовали данные биохимических показателей крови и гемодинамики печеночного кровотока: объемный воротный кровоток (Q_{вв}), линейная скорость кровотока (ЛСК_{па}) и индекс резистентности в печеночной артерии (R_{па}) в обеих группах в течение первой неде-

ли, и на 10, 14, 21, 30 сутки после трансплантации.

Результаты. Установлено, что пиковые значения АЛТ, АСТ и уровня общего билирубина были выше в группе 2 (384,43 Ед/л; 399,77 Ед/л и 206,70 мкмоль/л соответственно), по сравнению с группой 1 (212,64 Ед/л; 285,57 Ед/л; 203,18 мкмоль/л соответственно). Не было выявлено никакой существенной разницы между уровнем ГГТП, ЩФ, ПВ и INR. В группе 1 наблюдались более высокие значения Qrv - 687 ± 220 мл/мин; 1251 ± 491 мл/мин; 1324 ± 372 мл/мин; 1231 ± 284 мл/мин; 1042 ± 211 мл/мин; 1131 ± 301 мл/мин по сравнению с группой 2 - 647 ± 230 мл/мин; 1128 ± 385 мл/мин; 1132 ± 372 мл/мин; 1019 ± 263 мл/мин; 967 ± 254 мл/мин; 935 ± 293 мл/мин на 0, 1, 3, 5, 7, 30 сутки после трансплантации соответственно. ЛСКпа и Rlpa возрастали в первые сутки после трансплантации до более высоких значений в группе 2 (с 0,53 м/с до 0,66 м/с и с 0,63 до 0,72 соответственно) по сравнению с группой 1 (с 0,57 м/с до 0,58 м/с и с 0,62 до 0,66 соответственно).

Выводы. При трансплантации правой доли печени со срединной веной развивается гипердинамическое состояние спланхического кровообращения с увеличением объемного портального кровотока, соответственно уменьшением артериального и увеличение общего печеночного кровотока. Венозный отток, при достаточном объеме трансплантата правой доли печени, определяет функциональную массу трансплантата.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ЛЕЧЕНИИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Олисов О.Д., Новрузбеков М.С., Галанкина И.Е., Зимина Л.Н., Гуляев В.А., Донова Л.В

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

Введение. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) – одна из наиболее распространенных форм рака, встречающаяся в подавляющем большинстве случаев у пациентов с циррозом печени и вирусным гепатитом. Лишь в 10% наблюдений ГЦР развивается в нецирротической печени, как правило, у молодых и соматически сохраненных пациентов.

Цель исследования: оценить эффективность трансплантации печени в лечении нерезектабельной ГЦК, развившейся в отсутствие фонового заболевания печени.

Материалы и методы. ОТП выполнена 6 пациентам с нерезектабельной ГЦК. Отдаленные результаты сравнивали с показателями выживаемости пациентов, перенесших резекции печени по поводу ГЦК на поздней стадии.

Результаты. Медиана безрецидивной выживаемости в группе трансплантированных составила 3,4 года, в группе перенесших резекции - 2,3 года. Процент рецидивов в данных группах составил 33% и 100% соответственно. Медиана общей выживаемости в группе трансплантированных больных составила 40,9 месяцев, в группе перенесших резекцию печени - 28,7 месяцев.

Выводы. Трансплантация печени показана пациентам с нерезектабельной ГЦК в отсутствие предсуществующего цирроза печени и внепеченочного распространения.

ФАКТОРЫ РИСКА РЕЦИДИВА ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Олисов О.Д., Новрузбеков М.С., Галанкина И.Е., Зимина Л.Н., Гуляев В.А., Луцык К.Н.

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», Москва, Россия

Актуальность. Ортопическая трансплантация печени (ОТП) является наиболее радикальным и оптимальным методом лечения гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) у пациентов с циррозом печени. Общепринятые международные рекомендации предлагают трансплантировать только тех пациентов с ГЦК, у которых вероятность прогнозируемой 5-летней общей выживаемости (ОВ) превышает 50%. «Золотым стандартом» в настоящее время являются так называемые «Миланские критерии». Применение расширенных критериев стадирования ГЦК при ОТП остается предметом дискуссий в связи с худшими показателями ОВ.

Цель исследования: оценить отдаленные результаты ОТП в лечении ГЦР у пациентов с циррозом печени в зависимости от стадии опухолевого процесса.

Материалы и методы. 70 пациентов с ГЦР, перенесших ОТП ретроспективно были распределены на три группы: 1 группа – 30 (42,8%) пациентов соответствующих «Миланским критериям». 2 группа - 15 (21,5%) пациентов соответствующих «Калифорнийским критериям». 3 группа (вне критериев) - 25 (35,7%) пациентов с опухолевым поражением, выходящим за пределы «Калифорнийских».

Результаты. Показатели 1-, 3- и 5-летней БВ и ОВ выживаемости в группе «Миланских критериев» составили: 100%, 100%, 95% и 100%, 100% и 97% соответственно. Показатели БВ и ОВ 1-, 3- и 5-летней выживаемости в группе «Калифорнийских критериев» составили 80%, 56%, 56% и 80%, 70% и 70%. В третьей группе пациентов показатели 1-, 3- и 5-летней БВ и ОВ выживаемости составили 50%, 30%, 30% и 77%, 47%, 41%. Различия в группах были статистически достоверными. Наличие доказанной макрососудистой инвазии определяло прогноз 5-летней выживаемости: в отсутствие сосудистой 5-летняя ОВ составила 73%, при инвазии – 44% ($p = 0,007$).

Выводы.

1. Наилучшие отдаленные результаты ОТП при ГЦК достигаются у пациентов в группе «Миланских критериев», однако показатели ОВ позволяют расширить критерии отбора пациентов с ГЦК до «Калифорнийских» критериев.
2. Макрососудистая инвазия является достоверным фактором риска рецидива ГЦК после ОТП.

ОПЫТ 500 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Ефимов Д.Ю., Дзядзько А.М.

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

Введение. Проблема лечения пациентов с терминальными стадиями приобретенных хронических диффузных и

врожденных метаболических заболеваний печени, первичных и вторичных опухолевых заболеваний гепатобилиарной системы, а также врожденных аномалий желчевыводящих протоков на протяжении последних десятилетий остается одной из самых актуальных в современной хирургии органов брюшной полости. Ежегодно в мире от этих заболеваний умирают несколько миллионов человек, в основном трудоспособного возраста (Rummo O.O. et al., 2010; Mokdad A.A. et al., 2014). За 10 лет существования программы трансплантации печени отмечен бурный рост в развитии как в сфере трансплантации органов (рост количества выполняемых трансплантаций более чем в 62 раза), так и в области оперативных вмешательств на гепатопанкреатобилиарной системе (внедрены гепатопанкреатэктомия, экстракорпоральные резекции печени).

Цель исследования: оценить результаты трансплантации печени в Республике Беларусь за 10 лет.

Материалы и методы. В период с апреля 2008 по апрель 2018 г. на базе Республиканского научно-практического центра трансплантации органов и тканей (Минск, Республика Беларусь) выполнено 539 трансплантаций печени (ТП) (ретрансплантаций - 28, реципиентам детского возраста - 60, от живого родственного донора - 28). Технически большинство (460 из 539, 85%) ТП выполняли по классической методике с замещением НПВ, в 55 (10%) случаях – использовали методику «riggy-back», в 18 (2%) случаях – способ Belghiti. В ряде случаев возникала необходимость к выполнению сложных сосудистых реконструкций (неанатомическая артериальная реваскуляризация (n=5), вставка воротной вены (n=1), ренопортальная транспозиция (n=6), кавапортальная транспозиция (n=7), Лимф-графт (n=1), шунтопортальная транспозиция (n=2). Показанием к ТП явились: вирусные гепатиты с исходом в цирроз (25%), аутоиммунные заболевания печени (17%), ГЦР (15%), алкогольный цирроз (8%), врожденные заболевания печени (8%), криптогенный цирроз (6%), фульминантная ПН (4%), синдром Бадд-Киари (2%), нерезектабельный альвеококкоз (1%) и другие.

Результаты. В 37 случаях в качестве «моста» к ТП использовали технологию TIPS. Разработан и внедрен алгоритм ТП при ГЦР с использованием локорегиональной терапии для пациентов групп Milan и extraMilan (5-летняя выживаемость – 66%). Общая частота послеоперационных осложнений составила: ранняя дисфункция трансплантата – 26,5%, инфекционные – 27%, сосудистые – 20%, острое почечное повреждение – 21%, билиарные – 14%, иммунологические – 12%. Общая выживаемость пациентов после трансплантации печени в РБ составляет: 1-летняя выживаемость – 90%, 3-летняя – 87%, 5-летняя – 78%.

Заключение. Развитие программы трансплантации печени в Республике Беларусь явилось стимулом к развитию и внедрению новых методик и технологий в хирургии и других специальностях, способствовало увеличению спектра и качества выполняемых оперативных вмешательств и научных исследований, обеспечило подготовку квалифицированных медицинских и научных кадров; все вышесказанное укрепило авторитет белорусской медицины на международной арене.

BARRING STAGE 5 CKD IN LIVING DONOR SCENARIO SEQUENTIAL AND SIMULTANEOUS CLKT IN CLD WITH CKD HAVE COMPARABLE OUTCOMES - RETROSPECTIVE ANALYSIS OF 2182 CASES

Selvakumar N., Gupta S.

Max Centre for Liver and Biliary Sciences,
Max Super Speciality Hospital, Saket, New Delhi, India

Introduction. Retrospective analysis of prospectively collected data of 2182 patients from Aug 2006 to October 2017 was done.

Materials and Methods. All patients with chronic liver disease (CLD) and chronic kidney disease (CKD) who underwent liver (LT) / combined liver kidney transplantation (CLKT) were included in the study. All were living donor transplantations. Maximum follow up was 11 years and minimum follow up was 1 month. Patients who underwent CLKT were considered as the study group. Patients who underwent LT alone were controls. The groups were matched for multiple demographic, intra-operative and post-operative variables. Patient survival, liver graft survival, kidney graft/native kidney (in liver alone group) survival were the major end points of the study. Results were analyzed using SPSS 25 statistical software.

Results. A total of 100 out of 2182 patients fulfilled the criteria of CKD (more than 3 months of persistent biochemical with or without imaging evidence of CKD) with decompensated CLD were included in the study. 23 patients underwent combined liver kidney transplant (Study Group n=23) and 77 patients underwent liver transplant alone (Control Group n=77). Subgroup analysis was done in both groups based on the CKD stage. Clinically 9 patients in control group were off Calcineurin inhibitors, one patient was on Hemodialysis and 3 have undergone kidney transplant and at the end of the study.

On statistical analysis preoperative creatinine was significantly higher ($P < 0.001$) in study group than controls. The day of peak bilirubin ($P < 0.05$) was significantly lower in study group. GFR was significantly lower in the study group ($P = 0.001$). Patient survival was better in CKD stage 5 patients who underwent CLKT (Kaplan Meir $P < 0.05$). In other stages of CKD there was no statistical significance in survival.

Summary. In living donor scenario the results of sequential kidney transplantation in CLD with CKD patients is not inferior to combined liver kidney transplantation.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГЕПАТОЦИТОВ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Уразметова М.Д., Хаджибаев Ф.А., Мирзакулов А.Г.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Острая печеночная недостаточность (ОПН) представляет клинический синдром, развившийся из-за потери функций гепатоцитов, проявляющийся коагулопатией, энцефалопатией и циркуляторной дисфункцией, которые ведут к по-

лиорганной недостаточности. При ОПН нарушаются все виды обмена: синтез белка и других азотсодержащих веществ, расщепление белка и аминокислот, обмен мочевины, билирубина и др. Иммунологические факторы имеют существенную роль в развитии ОПН. В патогенезе ОПН отмечается активация иммунной системы, в том числе клеточного и гуморального, происходит интенсивная продукция цитокинов. Перспективным направлением в лечении острой печеночной недостаточности выступает трансплантация эмбриональных гепатоцитов.

Цель исследования: изучение влияния эмбриональных гепатоцитов на показатели иммунитета у животных с ОПН.

Материалы и методы. Объектами исследования явились 100 крыс-самцов весом до 220гр. ОПН получали путем однократного внутривенного введения четыреххлористого углерода. Экспериментальные животные были разделены на 3 группы: 1 группа – контрольная (интактные); 2 группа – ОПН без лечения; 3 группа – ОПН с трансплантацией эмбриональных гепатоцитов (ЭГ). Трансплантацию ЭГ производили путем внутривенного введения.

Результаты. Проведенные иммунологические исследования при ОПН показали изменения основных параметров иммунного статуса, определяющие количественный Т-клеточный дефицит с нарушением процесса иммунорегуляции, изменение естественных факторов защиты с подавлением фагоцитарной активности нейтрофилов и увеличением количества натуральных киллеров, а также усилением апоптоза в лимфоцитах. На 7 сутки после ОПН наблюдаются изменения в общем содержании клеток в органах иммунитета. Число тимоцитов достоверно уменьшается в 1,45 раза, число клеток в селезенках уменьшается в 1,16 раза, в лимфатических узлах отмечается недостоверное повышение общего числа клеток в 1,18 раза. Под воздействием ЭГ на 7 сутки общее число клеток в селезенках не изменяется, а в тимусе и лимфатических узлах отмечается тенденция к их повышению. На 14 сутки у крыс с ОПН общее количество клеток в органах иммунитета остается достоверно ниже, чем у интактных животных: в тимусе – в 2 раза, в селезенке – в 1,46 раза, в лимфатических узлах – в 1,38 раза.

Выводы. Проведенные исследования показали, что в основе патогенеза развития ОПН наблюдаются изменения функциональной активности показателей иммунитета. Трансплантация ЭГ способствует нормализации иммунологического гомеостаза организма у животных с ОПН. Применение трансплантации ЭГ крыс с ОПН оказывало четко выраженное нормализующее действие на уровень основных показателей иммунного статуса. ЭГ способствуют восстановлению общего числа клеток во всех изученных органах иммунитета

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ

Щерба А.Е., Коротков С.В., Штурин И.П.,
Кирковский Л.В., Федорук Д.А., Дзядько А.М.,
Минов А.Ф., Катин М.Л., Федорук А.М., Руммо О.О.
Республиканский научно-практический центр трансплантации
органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Трансплантация печени является одним из методов лечения пациентов с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР). На сегодняшний день гепатоцеллюлярная карцинома составля-

ет 15-20% показаний к трансплантации печени. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации изучения болезней печени, выполнение трансплантации является первой линией терапии для пациентов, соответствующих Миланским критериям, в тех случаях, когда выполнение резекции печени противопоказано. Согласно литературным данным, 5-летняя выживаемость пациентов, соответствующих Миланским критериям, после трансплантации печени составляет 65-78%. На сегодняшний день в мире существует ряд критериев, которые позволяют расширить показания к пересадке печени пациентам с ГЦР.

Материалы и методы. В период с 2008 по март 2018 гг. в Центре было выполнено 539 трансплантаций печени, из них пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой - 79 (14,6%). На момент операции соответствовали Миланским критериям 49 (62%) пациентов, критериям UCSF – 5 (6,3%) пациентов, критериям Lerut - 15 (19%), размеры опухоли превышали вышеуказанные критерии - у 10 (7,9%) пациентов. Для предупреждения прогрессирования опухолевого процесса 45 (57%) пациентам в предоперационном периоде была выполнена локо-регионарная терапия: трансартериальная химиоэмболизация (ХЭПА) (n=38/79, 48.1%) и микроволновая абляция (МВА) (n=7/79, 8.9%). Прогрессирование опухолевого процесса в листе ожидания наблюдалось у 12 пациентов: в группе пациентов соответствующих миланским критериям (5/49; 10,2%), критериям UCSF (4/5; 80%), критериям Lerut (3/15; 20%). При этом в 42% (5/12) выполняли ХЭПА, а ХЭПА и МВА последовательно выполняли в 33% случаев (4/12). Рецидив опухолевого процесса у пациентов после трансплантации в группе миланских критериев составил 5,2%, в группе UCSF – 70%, в группе Lerut -16%. Медиана безрецидивной выживаемости в группах составила 30 [1-89] месяцев, 16 [1-35] месяцев, 16 [1-35] месяцев, соответственно. Канцер-ассоциированная летальность составила 2%, 50%, 4%, соответственно.

Выводы. Трансплантация печени является эффективным методом лечения ГЦР. Локо-регионарная терапия позволяет предупредить прогрессирование опухолевого процесса у пациентов в листе ожидания. снизить общую летальность и увеличить безрецидивную выживаемость.

РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ИНТРА- И ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Юрлевич Д.И., Руммо О.О., Щерба А.Е.,
Дзядько А.М., Пикиреня И.И., Авдей Е.Л.,
Федорук А.М., Минов А.Ф., Лабунец З.В.,
Харьков Д.П., Коротков С.В., Кирковский Л.В.
Республиканский научно-практический центр трансплантации
органов и тканей, Минск, Беларусь

Сосудистые осложнения при выполнении ортотопической трансплантации печени (ОТП) и послеоперационном периоде встречаются в 5–15% случаев. Своевременная диагностика и адекватная коррекция позволяют существенно снизить риск потери трансплантата, а также увеличить выживаемость пациентов после ОТП.

Цель исследования: оценить эффективность рентгеноэндоваскулярных методик в лечении интра- и посттрансплантационных сосудистых осложнений.

Материалы и методы. В настоящее время в УЗ «9-ГКБ» г. Минска выполнено 162 операций трансплантации печени. Интраоперационно, в двух случаях наблюдался тромбоз воротной вены (ВВ), потребовавший применение рентгеноэндоваскулярных методик и в двух случаях наблюдался тромбоз печеночной артерии (ПА). Во всех случаях выполнено стентирование зон тромбоза. При интраоперационном стентировании ВВ, доступ осуществлялся путем выделения и катетеризации v. Ileo-colica в илеоцекальном углу. В послеоперационном периоде, применение рентгеноэндоваскулярных методик понадобилось в 27-ми случаях по поводу стеноза анастомоза ВВ (стентирование выполнено в 24 случаях, баллонная ангиопластика - в 2 случаях и установка TIPS – в 1 случае). В 1 случае (трансплантация печени ребенку с выполнением кавапортальной транспозиции) выполнили многократную баллонную ангиопластику верхнего печеночнокавального анастомоза.

В целях профилактики синдрома «обкрадывания» артериального кровотока печени в 25 случаях выполнена эмболизация селезеночной артерии.

Вследствие стеноза анастомоза ПА в 46 случаях было выполнено ее стентирование или ЭБД (из них в 10-ти случаях имела ее полная окклюзия).

Вследствие стеноза НПВ в 6 случаях было выполнено ее стентирование или ЭБД.

Для ангиопластики и стентирования ВВ в послеоперационном периоде использовался пункционный чрезкожночрезпеченочный доступ под контролем УЗИ. В случае ангиопластики верхнего печеночнокавального анастомоза – доступ через правую внутреннюю яремную вену. Для стентирования артерии использовался доступ через правую общую бедренную артерию.

Для профилактики тромбозов после выполненных ангиопластик и стентирований назначались в стандартной дозировке: варфарин (в случае вмешательств на венозном русле) и клопидогрель+аспирин (при артериальных интервенциях).

Результаты. Технический успех выполненных эндоваскулярных вмешательств составил 97%, в одном случае имелось интраоперационное осложнение – разрыв печеночной артерии (ликвидировано эндоваскулярно – путем имплантации стент-графта). Применение эндоваскулярных методик позволило ликвидировать сосудистые осложнения у пациентов после трансплантации печени, без выполнения открытых, травматичных сосудистых реконструкций.

Выводы. Современные методы интервенционной радиологии дают возможности эффективной и малотравматичной коррекции сосудистых осложнений в ранней и отдаленные сроки после ОТП.

III. ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ТОТАЛЬНЫЕ ПАНКРЕАТЭКТОМИИ С РЕЗЕКЦИЕЙ СОСУДОВ: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ ПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ С ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Аргучинский И. В.

КГБУЗ Краевая клиническая больница, Барнаул, Россия

В период с 2010 по март 2018 гг. в хирургическом отделении ККБ находилось на лечении 74 больных с резектабельными злокачественными новообразованиями (ЗНО) панкреатобилиарной зоны. Опухоли локализовались в поджелудочной железе (ПЖ) у 58 (78,4%) больных; в большом дуоденальном сосочке (БДС) – у 11 (14,9%); в двенадцатиперстной кишке (ДПК) – у 5 (6,8%). В зависимости от поражения магистральных артерий все больные были разделены на 2 группы: в 1 группу вошли больные с опухолями без поражения магистральных сосудов (47 больных, 63,5%) во 2 группу – с поражением магистральных сосудов (27 больных, 36,5%). Группы были сопоставимы по полу и возрасту. Компьютерная томография брюшной полости с контрастированием и эндоскопическая ультрасонография использовались для дооперационной диагностики инвазии магистральных сосудов.

Объем операций в 1 группе: пилосохраняющие панкреатодуоденальные резекции (ПДР) и гастропанкреатодуоденальные резекции (ГПДР) с лимфодиссекцией – 42 (89,4%), дуоденопанкреатэктомия – 5 (10,6%).

Объем операций во 2 группе: ГПДР с резекцией воротной вены – 16 (59,3%; среди них: краевая резекция и анастомоз конец в конец – 9; пластика сосудистым протезом – 6; аутовенозная пластика – 1); ГПДР с резекцией НПВ – 2 (7,4%); резекция/реплантация печеночной артерии – 2 (7,4%); дуоденопанкреатэктомия с резекцией воротной вены – 5 (18,5%); модифицированная операция Arpleby – 2 (7,4%). В 1 случае реплантация печеночной артерии проводилась в связи с редкой анатомией: добавочная правая печеночная артерия отходила от гастродуоденальной артерии, что обнаружено после пересечения последней. Тотальная дуоденумпанкреатэктомия выполнялась при мультифокальном, протоковом раке ПЖ, а также при 2 кратном «положительном срезе» ПЖ.

Различные осложнения развились у 18 (38,3%) больных в 1 группе и у 14 (51,9%) – во 2 группе. Летальность в 1 группе – 7 больных (14,9%), во 2 группе – 9 больных (33,3%). Причинами летальности в большинстве случаев являлись инфекционные осложнения. Все больные (5), которым при несостоятельности

панкреато-энтероанастомоза выполняли разобщение с наружным дренированием культи поджелудочной железы, умерли. Поэтому при несостоятельности ПЭА в дальнейшем принята тактика панкреатэктомии, в том числе с сохранением селезеночных сосудов, что уменьшает операционную травму, однако требует прецизионной техники. Летальность после панкреатэктомии при развитии несостоятельности ПЭА составила 28,6%.

Выводы. При ЗНО гепатопанкреатобилиарной зоны выполнение радикальных операций с резекцией магистральных сосудов приводит к большему количеству осложнений и летальности по сравнению с традиционными операциями. При выполнении подобных вмешательств операционная бригада должна быть готовой к различным сосудистым реконструкциям. При несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза считаем необходимым выполнение панкреатэктомии, в том числе с сохранением селезеночных сосудов.

СОСУДИСТЫЕ РЕКОНСТРУКЦИИ В КОМБИНИРОВАННОМ ЛЕЧЕНИИ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гранов Д. А., Павловский А. В., Майстренко Д. Н., Попов С. А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. ак. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Материалы и методы. В период с 2005 по 2017 гг. в ФГУ РНЦ РХТ им. ак. А.М. Гранова выполнено 227 радикальных вмешательств по удалению первичных злокачественных новообразований поджелудочной железы (ЗНО ПЖ). Из них: проксимальные резекции 168 (74,0%) пациентам, дистальные резекции – 59 (26,0 %). В 46 (20,3%) операциях проведены сосудистые реконструкции по поводу местнораспространенных опухолей ПЖ. Всем пациентам из этой группы проводилась периоперационная внутриартериальная химиотерапия. Из 46 больных у 42 диагностирована аденокарцинома ПЖ (в головке – 37, в том числе, в крючковидном отростке у 13, в теле – у 5). Низкодифференцированная, умереннодифференцированная и высокодифференцированная аденокарцинома – у 19 (45,2%), 15 (35,7%) и 6 (14,3%) пациентов соответственно. Муцинозная аденокарцинома в 2 (4,8%) случаях. Стадия заболевания не менее Т3 у всех пациен-

тов, Т4 (вовлечение чревного ствола, верхней брыжеечной артерии) - у 12 (28,6%) пациентов. N1 (метастазы в лимфатические узлы различных групп) у 20 (47,6%) больных. Синхронные метастазы в печень выявили в 2 случаях. R1 резекция – в 6 (14,3%) случаях. Нейроэндокринная опухоль (НЭО) ПЖ выявлена у 4 из 46 больных (в головке - 2, в теле - 2). Расширенные операции (удаление более 2-х отделов ПЖ или субтотальная резекция ПЖ, с возможной резекцией окружающих органов) – у 18 (42,9%), 5 (11,9%), 7 (16,6%) пациентов соответственно. Сосудистые реконструкции включали в себя: резекцию воротной вены (ВВ) и/или верхней брыжеечной вены (ВБВ) с пластикой или анастомозом конец в конец – у 24 пациентов. Краевая резекция ВВ, ВБВ- у 15 пациентов. Резекция нижней полой вены - у 3. В сочетании с артериальной реконструкцией (резекция печеночной, верхней брыжеечной артерий) – 13 пациентов.

Результаты. В срок от 7 до 28 дней от осложнений после обширных травматичных вмешательств – умерли 3 (6,5%) из 46 пациентов. У больных местнораспространенной аденокарциномой ПЖ средняя продолжительность безрецидивного периода составила 11,2 месяца с медианой 6.25 мес. Средняя продолжительность жизни 15.6+- 2,3 месяца с медианой 10 месяцев. Живы 2 из 4 пациентов НЭО ПЖ (G2) в срок 59,5 и 62 месяца. 1 пациент НЭО умер в послеоперационном периоде от осложнений после обширной резекции. 1 больной низкодифференцированным нейроэндокринным раком умер от прогрессирования через 17 месяцев.

Заключение. Комбинированное лечение местнораспространенного рака ПЖ, включающее выполнение радикальных вмешательств с сосудистой реконструкцией, периоперационную внутриартериальную химиотерапию позволяет улучшить отдаленный прогноз этой категории пациентов.

РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РЕЗЕКЦИЕЙ ВЕН ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. РЕЗУЛЬТАТЫ 112 ОПЕРАЦИЙ

Егоров В.И., Петров Р.В., Харазов А.Ф., Уткин Д.В., Григорьевский М.В.

*ГБУЗ Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗМ, Москва, Россия
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия*

Введение. Резекция вен при раке поджелудочной железы (ПЖ) стала рутинной процедурой. Результаты этих операций остаются предметом для дискуссий.

Цель исследования: оценить непосредственные и отдаленные результаты резекций ПЖ с резекцией вен (РВ) при опухолях за 2009 – 2018 гг.

Материалы и методы. Ретроспективно проведен анализ результатов 523 резекций ПЖ по поводу опухолей, включая 112 операций с РВ. В анализ не включали РВ без реконструкций и краевые РВ. 11 WATSA включены в анализ.

Результаты. РВ выполнены в 21% случаев резекций ПЖ: ПДР - 86 (27%), дистальных резекций (ДР) - 3 (3,5%), тотальных дуоденопанкреатэктомий (ТДПЭ) - 12 (20%), mAppleby - 10 (38%). Без РВ уровень резекции R0 - 73, с РВ R0 – 64%. Истинное

вовлечение стенки вены выявлено в 76 (68%) случаях. Химиотерапия (ХТ) при протоковой аденокарциноме (ПА)ПЖ проведена 77% оперированным больным, неоадьювантная - 11%. Четверть При РВ неоадьювантная ХТ использована у 25% больных.

Летальность после ПДР без РВ vs ПДР с РВ составила 5,73% vs 4,7%, фистулы В/С – 6,4% vs 3,5%, осложнения по Диндо-Клавьен 3-4 степени - 7% vs 4,7%.

Общая выживаемость при ПАПЖ без резекции вен составила 24 мес против 18 мес при РВ.

Заключение. Резекция вен при операциях на ПЖ является безопасной процедурой в специализированном отделении. Выживаемость после первичных резекций ПЖ при протоковой аденокарциноме значимо ниже в случае РВ. Пока недостаточно данных для оценки результатов резекций ПЖ с РВ после неоадьювантной ХТ.

АРТЕРИАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПАНКРЕАТОДУОДЕНЭКТОМИЯХ. 10 НАБЛЮДЕНИЙ

Егоров В.И., Харазов А.Ф., Петров Р.В., Старостина Н.С., Журина Ю.А.

*ГБУЗ Городская клиническая больница им. братьев Бахрушиных ДЗМ, Москва, Россия
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия*

Введение. Артериальные резекции с реконструкцией при опухолях поджелудочной железы (ПЖ) являются редким событием, несмотря на возможность применения при погранично резектабельной протоковой аденокарциноме (ПА) ПЖ.

Цель исследования: ретроспективный анализ результатов артериальных резекции с реконструкциями при правосторонних и тотальных резекциях ПЖ (2011-2018).

Материалы и методы. Ретроспективный анализ базы данных авторов исследования за 2011-18 гг.

Результаты. За указанный период при опухолях ПЖ было выполнено 76 артериальных резекций при опухолях ПЖ. Реконструкций артерий не было поле 66 дистальных резекций ПЖ, которые сопровождалась резекцией артерий. В 10 случаях резекции завершились реконструкцией: ПДР (4) с резекцией общей (ОПА) или правой (ППА) печеночной артерии, тотальные дуоденопанкреатэктомии (5) (ТДПЭ) и дистальная резекция ПЖ (1). Осложнения случились в 4 наблюдениях: фистула В/С (3), гастростаз А (1) и делирий (1). В двух наблюдениях операция была выполнена по поводу нейроэндокринных опухолей, в остальных – по поводу ПАПЖ. Один пациент умер на 11 сутки от аррозивного вровотечения. Средний койко-день составил 27,5. Два пациента с НЭО живы, спустя 53 и 75 месяцев после операции. Неоадьювантная химиотерапия проведена трем пациентам с ПАПЖ из 7. Медиана выживаемости пациентов с ПАПЖ составила 15 мес.

Заключение. Резекция артерий при погранично резектабельных и местнораспространенных опухолях ПЖ может быть оправдана при условии строгого отбора пациентов. Необходим проспективный анализ большего числа наблюдений.

ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ ПЕРИАМПУЛЯРНЫХ ОПУХОЛЯХ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Проведен анализ клинических результатов 54 гастропанкреатодуоденальных резекций (ГПДР), проведенных во 2-ой клинике ТМА в период с 2005-2017 гг. Диагноз устанавливали на основании мультислайсной компьютерной томоангиографии (МСКТА), МРТ-панкреатохолангиографии (МРПХГ), определения уровня опухолевых маркеров СА 19-9, РЭА, диагностической лапароскопии.

В 43 случаях была выполнена стандартная ГПДР, расширенная ГПДР - в 11.

На реконструктивном этапе нами были применены панкреатикоеноанастомозы (ПЕА) 26 больным, и в 23 случаях панкреатогатроанастомоз (ПГА) по методу Джонатана-Родаса.

Показаниями к наложению ПЕА были: выраженный фиброз паренхимы культи поджелудочной железы, в остальных случаях нами накладывался ПГА.

При наложении ПЕА на реконструктивном этапе выполнено наружное дренирование главного панкреатического протока по предложенной нами методике. Для этого на приводящей части тощей кишки были сделаны проксимальные и дистальные отверстия для панкреатикоено- и гепатикоеноанастомозов. После чего полихлорвиниловую дренажную трубку диаметром 2-3 мм, имеющую на основании боковые отверстия проводили через правый печеночный проток, проксимальное и дистальное отверстие тощей кишки в главный панкреатический проток, накладывали швы между поджелудочной железой, тощей кишкой и гепатикохоледохом по стандартной методике. Дренажную трубку выводили на боковую стенку живота (патент на изобретение IAP 20140342). Дренажная трубка удалялась на 8-12 сутки.

Сравнительный анализ клинической эффективности, предложенной нами методики дренирования панкреатического протока контролировали по количеству отделяемого панкреатического сока по дренажу, по характеру и количеству отделяемого по дренажам, установленным в брюшной полости.

Результаты. Анализ результатов в ближайшем послеоперационном периоде показал, что в 4 (15,4%) наблюдениях была диагностирована несостоятельность панкреатикоеноанастомоза, потребовавшее повторного оперативного вмешательства. Из них в 2 (7,7%) случаях наступил летальный исход. У 1 (3,8%) отмечалось подтекание панкреатического сока по дренажу, установленному в брюшную полость. Применение консервативной терапии позволило ликвидировать несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза. В 1 (3,8%) наблюдении отмечалось транзиторное повышение уровня амилазы в дренажной трубке, установленной в области панкреатикоеноанастомоза до 150 Ед/л. Усиление консервативной терапии позволило добиться регресса и полного восстановления пациента к 14 суткам после операции. Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 18 сутки после операции. Анализ результатов хирургического лечения в отдаленном периоде каких-либо достоверных отличий в исследуемых груп-

пах не выявил. После ПГА специфических осложнений нами не было диагностировано.

Заключение. Применение наружного дренирования главного панкреатического протока при ГПДР позволяет проводить мониторинг отделяемого панкреатического сока и предотвращает возможную несостоятельность анастомоза, при наложении панкреатикоеноанастомозов вовремя ГПДР, а методика наложения ПГА по Джонатану-Родасу обладает наилучшими результатами.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОГРАНИЧНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Смородский А.В.,
Алентьев С.А., Солдатов С.А., Махмудов К.И.,
Федун О.В., Кудрявцева А.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Резекция поджелудочной железы с последующей адьювантной химиотерапией является единственным установленным вариантом лечения панкреатической протоковой аденокарциномы с возможностью долгосрочного выживания. На современном этапе хирургия поджелудочной железы значительно изменилась за счет расширения объема вмешательства, включая сосудистые и мультвисцеральные резекции. Погранично резектабельный рак поджелудочной железы (ПРПЖ), определение которому дано консенсусом Международной группы исследователей в области хирургии поджелудочной железы (ISGPS) в 2014 г., остается дискуссионным вопросом с позиций выбора лечебных опций, периоперационного исхода и долгосрочной выживаемости.

Цель исследования: оценка результатов лечения погранично резектабельных опухолей головки поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование включено 128 пациентов с протоковой аденокарциномой поджелудочной железы. Комбинированное лечение подразумевало на первом этапе гастропанкреатодуоденальную резекцию (ГПДР) и последующую адьювантную химиотерапию (АХ). ПРПЖ диагностирован в 63 наблюдениях в соответствии с рекомендациями ISGPS. В этих случаях объем хирургического вмешательства включал кроме расширенной лимфаденэктомии резекцию портomesентериального венозного ствола (ПМВС). Группу сравнения составили пациенты с резектабельным раком поджелудочной железы (РРПЖ), которым выполнена ГПДР с расширенным вариантом лимфоаденэктомии (n=65). Диагностика ПРПЖ основывалась на результатах многофазной МСКТ в соответствии с рекомендациями NCCN.

Результаты. Несмотря на то, что чувствительность МСКТ в диагностике опухолевой инвазии достигает 97%, специфичность варьирует от 67% до 91%, что связано с недостаточной дифференцировкой между фиброзно-воспалительной инфильтрацией и истинной раковой инвазией. По собственным данным наиболее значимыми предикторами опухолевого поражения сосудов явились: отсутствие прослойки тканей между опухолью и сосудом (p=0,021), смещение сосуда опухолью

($p=0,009$), протяженность контакта опухоли и сосудистой стенки более 10 мм ($p=0,02$), неровность (деформация, стеноз) контуров сосуда ($p=0,034$) и тромбоз сосуда ($p=0,004$).

Удаление опухоли осуществляли единым блоком с вовлеченным участком портomesентериального ствола. Во всех случаях резекцию ПМВС выполняли при возможности достижения макроскопически негативного края резекции опухоли. Вовлечение ПМВС выше слияния с селезеночной веной имело место у 19 (30,2%) больных, ниже слияния с селезеночной веной – 17 (26,9%), в области конfluence вен – 27 (42,9%). В соответствии с классификацией ISGPS выполнены следующие типы венозных резекций: тип 1 – 13 (20,6%), тип 3 – 23 (36,5%), тип 4 – 27 (42,9%).

При гистологическом исследовании в области резекции ПМВС фиброзно-воспалительная адгезия установлена в 20,6% случаев. В остальных наблюдениях поверхностная опухолевая инвазия сосудов имела место в 28,6%, глубокая (медиа, интима) в 50,8%. Частота R0-резекции в группе ПРРПЖ составила 85,7% (54), а в контрольной группе 83,1% (54) ($p=0,87$). Периневральная инвазия выявлена в 28,6% и 21,5%, а лимфоваскулярная в 68,3% и 60%, соответственно ($p=0,31$ и $p=0,32$). В зависимости от степени дифференцировки опухоли ПРРПЖ характеризовался несколько большей частотой G3/4 ($p=0,13$) (G1 – 12% и 15%; G2 – 58% и 64%; G3 – 19 и 15; G4 – 11 и 6%).

Длительность оперативного вмешательства в группе ПРРПЖ составила 435 мин [366-511] против 332 мин [288-382] ($p=0,012$). Время, затраченное на сосудистую реконструкцию, варьировало от 25 до 60 мин.

Послеоперационные осложнения развились в группе ПРРПЖ в 44,4% (28) наблюдений, в группе сравнения – 36,9% (24) ($p=0,27$). По классификации Claven-Dindo осложнения IIIa, IIIb и IV степени имели место в группе ПРРПЖ в 19%, 14,2% и 4,8% случаев, в контрольной группе в 16,9%, 10,7% и 3,1% ($p=0,76$, $p=0,58$, $p=0,72$). Наиболее частым осложнением в обеих группах являлась несостоятельность панкреатикоюноанастомоза (28,6% и 23,1%, соответственно). Послеоперационная летальность также не отличалась между группами (7,9% и 6,2%, $p=0,69$).

В группе ПРРПЖ адьювантную химиотерапию получали 84,5% пациентов, в контрольной группе – 60,7%. Медиана выживаемости в группе ПРРПЖ составила 16 мес., в контрольной группе – 18 мес. ($p=0,13$). Общая пятилетняя выживаемость была ниже в группе ПРРПЖ без достоверного отличия (6% и 12%, соответственно, $p=0,056$).

Заключение. Резекция портomesентериального ствола при погранично резектабельной раке поджелудочной железы является безопасной и выполнимой процедурой, которая увеличивает число пациентов, получивших радикальное удаление опухоли и, следовательно, обеспечивает большие преимущества для долгосрочного выживания. Эта процедура должна всегда предусматриваться если по данным МСКТ подозревается опухолевая инфильтрация воротной или верхней брыжеечной вены для достижения негативного края резекции при отсутствии других противопоказаний к операции. Комбинированное лечение погранично резектабельной протоковой аденокарциномы поджелудочной железы обеспечивает удовлетворительные показатели долгосрочной выживаемости.

ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ МЕЗЕНТЕРИКОПОРТАЛЬНОГО СТВОЛА ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кригер А.Г., Смирнов А.В., Горин Д.С.,
Галкин Г.В., Байтман Т.А.

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

Введение. Результаты панкреатодуоденальной резекции (ПДР) с резекцией мезентерикопортального ствола при раке головке поджелудочной железы зависят от количества ежегодно выполняемых подобных вмешательств в клинике, правильного ведения периоперационного периода и опыта хирурга. НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского является высокообъемным центром хирургии поджелудочной железы, в котором ежегодно выполняется свыше 55 ПДР, из них в 6-9 наблюдениях требуется резекция мезентерикопортального венозного ствола. Представим собственный опыт.

Материалы и методы. Проанализированы результаты 79 ПДР, выполненных в период с 2010 по 2015 гг., по поводу рака головки поджелудочной железы, из которых выполнение резекции мезентерикопортального ствола потребовалось в 37 наблюдениях в связи с подозрением на прорастание в него опухоли. Сосудистый этап вмешательства имел следующий объем: краевая резекция вены с синтетической заплатой выполнена у 2 больных, краевая резекция с ушиванием дефекта у 9, циркулярная резекция с протезированием синтетическим протезом – 10, циркулярная резекция вены с формированием анастомоза конец-в-конец у 16 больных. Оценены ближайшие и отдаленные результаты в течение 2-ух летнего периода наблюдения.

Результаты. По данным предоперационного обследования (КТ брюшной полости) признаков инвазии опухоли в мезентерикопортальный ствол не было у 8 из 37 больных, которым потребовалась резекция вены (21,6%). имевшиеся Признаки инвазии опухоли в вену по КТ интраоперационно не подтвердились в 2 наблюдениях и сосудистая резекция не потребовалась. Резекция мезентерикопортального ствола в ходе ПДР увеличивала время операции (395 vs. 359 мин; $p=0,021$) и кровопотерю (830 vs 320 мл; $p<0,00001$). Однако количество осложнений после ПДР с резекцией вены (48,7%) и стандартной ПДР (36,7%) статистически значимо не отличалось. Послеоперационный койко-день значимо не отличался (22 vs. 17; $p=0,077$). Специфическим осложнением после резекции воротной/верхней брыжеечной вены является тромбоз. Тромбоз протеза развился у 3 из 10 больных, которым выполнено протезирование мезентерикопортального ствола. Лишь в 1 наблюдений после резекции верхней брыжеечной вены с формированием анастомоза конец-в-конец развился тромбоз вены. Случаев тромбоза после краевой резекции не было. После ПДР с резекцией мезентерикопортального ствола умерло трое больных (летальность 8,1%), после стандартной ПДР – 1 больной (2,4%), различия не достоверны. При гистологическом исследовании инвазия опухоли в вену подтвердилась у 19 из 37 больных (51%). Хирургической радикальности (R0) удалось

достичь у 76,7% после стандартной ПДР и у 54,5% после ПДР с резекцией мезентерикопортального ствола, однако статистической достоверности этих различий не получено. Медиана выживаемости после выполнения ПДР с резекцией мезентерикопортального ствола составила 17 месяцев, при этом 2-летняя выживаемость – 41%. После стандартной ПДР, где резекция мезентерикопортального ствола не потребовалась, 2-летняя выживаемость составила 68,1%. Различия в выживаемости оказались статистически значимым ($p=0,02$).

Выводы. Риски развития осложнений после ПДР с резекцией мезентерикопортального ствола не отличаются от рисков осложнений после традиционной ПДР. Однако радикальность хирургического лечения при распространении опухоли на воротную/верхнюю брыжеечную вены снижается, что связано с худшими показателями выживаемости больных. При выявлении признаков рака головки поджелудочной железы с инвазией в мезентерикопортальный ствол пациент должен быть направлен в специализированный центр.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Кучин Д.М., Киселев Н.М., Бобров Н.В., Муханзаев Ш.Х., Загайнов В.Е.

ФБУЗ Приволжский областной медицинский центр ФМБА России, Нижний Новгород, Россия

Рак поджелудочной железы является 6-ым по распространенности онкологическим заболеванием. Пятилетняя выживаемость у пациентов, получающих системное лечение, не превышает 15%. Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) – единственный на сегодняшний день эффективный метод лечения рака головки поджелудочной железы. При выполнении операции в 20-30% случаев определяется вовлечение в опухоль магистральных сосудов, требующая их резекции. Однако, в этой группе только у 15-45% диагностируется истинный рост опухоли в сосудистую стенку.

Проведен анализ результатов лечения 228 пациентов, которым была выполнена панкреатодуоденальная резекция по поводу протоковой аденокарциномы. Группа А – 124 больных (53,4%), которым была выполнена стандартная ГПДР без сосудистых реконструкций, группу В составили 104 (45,6%) пациента с резекцией магистральных сосудов.

Время операции в группе А составило 274 + 44,4 мин, в группе В – 304±56,2 мин ($p>0,67$). Так же не было получено статистически значимой разницы в объеме кровопотери (группа А – 346±67,4, группа В – 450±78,7). Частота послеоперационных осложнений (II-V Clavien-Dindo) оказалась схожей в обеих группах и составила 31,4% в группе без сосудистых реконструкций и 33,65% в группе с резекцией магистральных сосудов, периоперационная летальность статистически не отличалась (3,25% и 5,76% соответственно). Частота истинной сосудистой инвазии в группе В была диагностирована у 31 пациента и составила 29,8%. При оценке отдаленных результатов больных группы В было отмечено, что общая выживаемость сокращается только у пациентов, которым была доказана истинная сосудистая инвазия по сравнению с группой больных у которых этой инвазии не

было (медиана выживаемости - 10 мес против 16 мес). В группе А медиана выживаемости составила 17 мес.

Заключение. Резекция магистральных сосудов при ГПДР не увеличивает время операции, объем кровопотери, количество осложнений и летальных исходов. В свою очередь резекции магистральных сосудов позволяют выполнять операции в объеме R0, тем самым увеличивая сроки отдаленной выживаемости у пациентов без истинной инвазии опухоли в стенку сосуда.

РОЛЬ ДЕКОМПРЕССИИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕТЛИ ТОЩЕЙ КИШКИ ПРИ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ БИЛИО-ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ФИСТУЛ

Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Абдуллаева А.З., Гасанов А.Г.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Серьезными местными послеоперационными осложнениями после гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность билио- и панкреатодигестивных анастомозов, при которых, нередко, формируются билио-панкреатические фистулы. Для ликвидации последней зачастую выполняются повторные операции и во многих случаях прибегают к удалению оставшейся ткани поджелудочной железы.

Цель исследования: оценить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике местных послеоперационных осложнений после ГПДР.

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения резекционных технологий у 156 пациентов с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся у 137 (87,7%) пациентов: периапулярный рак - 126 (92,0%), рак тела ПЖ - 6 (4,3%), рак хвоста ПЖ - 5 (3,7%). Доброкачественные кистозные образования ПЖ диагностированы у 9 (5,9%) пациентов: непаразитарные кистозные образования - 6, эхинококковая киста - 3. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ диагностировали у 10 (6,4%).

ГПДР проведена 143 (91,6%) пациентам, центральная резекция ПЖ - 6 (3,8%), дистальная резекция ПЖ - 7(4,6%). Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно - восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа (68 пациентов), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были сформированы на «каркасных» дренажах и контрольная (88 пациентов), которым вышеуказанная методика не была использована.

Результаты. Медиана длительности операции ГПДР в группах сравнения достоверно не отличалась. Интраоперационные осложнения в контрольной группе пациентов отмечены в 2 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит развился почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоюноанастомоза - в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения - в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных в основной группе

были значительно меньше, чем в контрольной ($x_2+0,350$; $df=1$; $p=0,551$); общая летальность в основной группе больных -0; в контрольной -8,9%. Уменьшение количества фатальных послеоперационных осложнений после ГПДР мы объясняем тем, что после ГПДР и формирования трех анастомозов на изолированной по Ру петле тощей кишки в условиях гастроэнтеростаза (имеет место в более 80% случаев) наблюдается секвестрация желчи панкреатического сока в изолированной петле, то есть формирование «трансцеллюлярного водно-электролитного бассейна». Вероятность просачивания содержимого изолированной петли в свободную брюшную полость при этом очень высока и это является основной причиной возникновения местных послеоперационных осложнений после ГПДР. При формировании билио- и панкреатодигестивных анастомозов на «каркасных» дренажах и выведении желчи и панкреатического сока наружу на период заживления анастомозов указанные осложнения не возникают.

Заключение. Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводит летальность после ГПДР до нуля.

РЕЗЕКЦИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Патютко Ю.И., Котельников А.Г., Подлужный Д.В.,
Ястребова Е.В., Проскуряков И.С., Кудашкин Н.Е.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России,
Москва, Россия

Введение. Опухолевые поражения поджелудочной железы (ПЖ) часто сочетаются с инвазией рядорасположенных крупных магистральных сосудов. Вопрос о необходимости резекции магистральных сосудов остается предметом обсуждения.

Цель исследования: оптимизация лечения больных опухолевыми поражениями ПЖ.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2018 г. выполнено 535 операций на поджелудочной железе. Операция с резекцией магистральных сосудов произведена 192 (36%) пациентам, из них в объеме гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) и панкреатэктомии (ПЭ) - 145 (76%) и в объеме дистальной субтотальной резекции поджелудочной железы (ДСРПЖ) - 47 (24%). Резекция верхней брыжеечной/воротной вен (ВБВ/ВВ) была выполнена 179 (93%) пациентам, из них циркулярная резекция выполнена 132 (74%) пациентам, латеральная - 47 (26%). При циркулярной резекции ВБВ/ВВ ангиопластика была осуществлена путем формирования анастомоза «конец-в-конец» у 92 (70%), аллотрансплантата у 38 (28%), аутоотрансплантата у 2 (2%) пациентов. Циркулярная резекция общей печеночной артерии была выполнена у 1, правой печеночной артерии у 1, верхней брыжеечной артерии у 2 пациентов. Циркулярная резекция чревного ствола (ЧС) и общей печеночной артерии (ОПА) без пластики при ДСРПЖ произведена 23 пациентам.

Результаты. Медиана времени операции, интраоперационной кровопотери, послеоперационных осложнений и летальности у пациентов с резекцией ВБВ/ВВ после ГПДР превосхо-

дили таковые у пациентов без резекции магистральных сосудов и составили: 280 и 240 минут, 2000 и 1200 мл, 69 и 50%, 12 и 4%, соответственно ($p<0,05$). Причем, мезентериальный флелотромбоз, кровотечение из области операции, кровотечение из язв ЖКТ, диарея возникали статистически достоверно чаще у пациентов, оперированных с резекцией ВБВ/ВВ по сравнению с пациентами без резекции сосудов, составив: 7 и 0%, 10 и 3%, 16 и 6%, 5 и 1 % ($p<0,05$). У пациентов, оперированных в объеме ПЭ статистически достоверной разницы во времени операции, объеме кровопотери, послеоперационных осложнений и летальности не было. У пациентов после ДСРПЖ время операции и объем кровопотери были статистически достоверно выше у больных с резекцией ВБВ/ВВ по сравнению с пациентами без резекции сосудов: 180 и 150 мин, 1600 и 1000 мл, соответственно ($p<0,05$). Различий в развитии послеоперационных осложнений и летальности у пациентов после ДСРПЖ не было.

5-тилетняя выживаемость больных после ГПДР с резекцией ВБВ/ВВ с гистологически подтвержденной инвазией сосудов составила $11\pm 4\%$, медиана 11 месяцев, без нее - $17\pm 8\%$, медиана 23 месяца; без резекции ВБВ/ВВ - $15\pm 3\%$, медиана 16 месяцев. Выживаемость больных после ДСРПЖ с резекцией ЧС и ОПА в общей группе составила: 1-летняя - $33\pm 11\%$, 3-летняя - $10\pm 8\%$, медиана 10 месяцев. У пациентов с гистологически доказанной инвазией опухоли в артериальные сосуды была достигнута лишь 1-летняя выживаемость, которая составила $31\pm 12\%$, медиана 7,5 месяцев.

Выводы. Несмотря на то, что операции на ПЖ с резекцией магистральных сосудов сопровождаются более высоким уровнем послеоперационных осложнений и летальности, подобные операции могут использоваться в клинической практике. Выживаемость после резекции поджелудочной железы с резекцией прилежащих сосудов зависит от инвазии сосуда. При подозрении на инвазию ДСРПЖ с резекцией ЧС допустима при осложненном течении опухолевого процесса (болевой синдром).

РЕЗУЛЬТАТЫ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ

Серикулы Е., Баймаханов Ж.Б., Султанбаева Ж.Т.,
Советаева А.М., Скакбаев А.С., Досханов М.О.,
Каниев Ш.А., Нурланбаев Е.К., Биржанбеков Н.Н.,
Чорманов А.Т., Сейсембаев М.А., Баймаханов Б.Б.

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

Введение. Пристальное внимание к лечению злокачественных новообразований периапулярной зоны вызвано ростом заболеваемости и смертности во всем мире, а также неудовлетворительными результатами лечения. Средняя продолжительность жизни пациентов с нерезектабельным раком поджелудочной железы составляет около 6–7 месяцев. Основным потенциально радикальным методом хирургического лечения остается гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), однако тяжесть операции и медленное восстановление в послеоперационном периоде нередко ведут к довольно высокой частоте неблагоприятных послеоперационных функциональных

результатов. Это усложняет реабилитацию больных, снижает их качество жизни и ограничивает социальную активность.

Цель исследования: выполнить ретроспективный клинический анализ пациентов после проведенных ГПДР.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужил ретроспективный анализ 32 пациентов, перенесших ГПДР в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени ННЦХ им. А.Н. Сызганова в период с января 2016 по декабрь 2017 г. Средний возраст составил (15-77) 57 лет. На первом месте по частоте выявления был рак головки поджелудочной железы - у 18 (56%) больных. Рак БДС встречался у 14 (44%) больных. Наиболее часто пациенты обращались при II стадии - 23 (72%) больных, I стадии - 8 (25%) пациентов, реже на III стадии - 1 (3%) пациентов. Билиарную обструкцию наблюдали у 24 (75%) больных, панкреатическую обструкцию - у 24 (75%) больных. Предоперационное дренирование желчных протоков было выполнено 15 (47%) больным.

Результаты. У всех пациентов хирургические края были отрицательные (R0). В 3 случаях было выполнено резекция ВВ с протезированием. Средняя продолжительность операции составила 498 минут (300-720 минут). Объем кровопотери составил 243 мл (50-1500). По гистопатологической дифференцировки встречались G1 высокодифференцированная опухоль - 1 (3%), G2 умеренно дифференцированная опухоль - 24 (75%), G3 низкодифференцированная опухоль - 6 (19%), G4 недифференцированная опухоль - 1 (3%). Послеоперационные осложнения наблюдались у - 8 (24%) пациентов: панкреатический свищ - 3 (9%), внутрибрюшное кровотечение - 2 (6%), эвентрация раны - 2 (6%), гастростаз - 1 (3%). Релапаротомия была выполнена 3 (9%) пациентам: по поводу аррозивного кровотечения - 2 (6%), гастростаза - 1 (3%). В послеоперационном периоде летальность составила 3% (1 больной на фоне аррозивного кровотечения). Выживаемость пациентов после радикального хирургического вмешательства составила: 1-летняя - 79,4%, 2-летняя - 72,6%.

Выводы. ГПДР как радикальный метод лечения является операцией выбора для пациентов с злокачественными новообразованиями периампулярной зоны, которая позволяет значительно увеличить продолжительность жизни данных пациентов.

ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ВАРИАНТЕ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Третьяк С.И.¹, Ращинский С.М.^{1,2}, Боровик Е.А.^{1,2},
Ращинская Н.Т.², Большов А.В.¹, Буравский А.В.¹,
Громак А.Ф.², Невмержицкий М.П.²

¹Белорусский государственный медицинский университет,
Минск, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи,
Минск, Беларусь

В случае, когда основной очаг воспаления при хроническом панкреатите (ХП) локализуется в проксимальном отделе поджелудочной железы (ПЖ), резекция головки ПЖ, долговременно купирует боль у 80 - 90% оперированных пациентов.

Цель исследования: с целью оценки эффективности этого положения были проанализированы результаты выполнения пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (ППДР) по поводу осложнений ХП, как одного из вариантов проксимальной резекции головки ПЖ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты выполнения ППДР у 23 пациентов. Возраст пациентов был от 30 до 76 лет (Me - 51 [44;57] лет), из них 22 были мужчины (95,65%) и 1 (4,35%) женщина. Длительность заболевания ХП до момента выполнения операции от 30 до 80 месяцев (Me - 48 [36;58]). У всех 23/100% (95%, ДИ: 82,2-100) пациентов в клинической картине заболевания на протяжении 6 месяцев присутствовал болевой синдром. Алкоголь, как этиологическая причина ХП, имел место в 22/95,6% (95%, ДИ: 76,0-99,8) случаях. Размеры ткани головки ПЖ были от 45 до 110 мм (Me - 65 [55;70] мм), тела (Me - 22 [20;26] мм), хвоста (Me - 16 [15;17] мм). Интрапанкреатические псевдокисты головки ПЖ Me - 37 [30;40] мм. Ширина ГПП ПЖ >7 мм отмечена у 12/52,2% (95%, ДИ: 31,1-72,6) пациентов, камни в протоках ПЖ присутствовали в 14/60,9% (95%, ДИ: 38,8-79,5) случаях, а синдром холестаза - 21/91,3% (95%, ДИ: 70,5-98,5) и стеноз ДПК 18/78,3% (95% ДИ: 55,8-91,7) соответственно. Были проанализированы результаты диагностики и отдаленные (12-36 мес.) результаты лечения. Оценка эффекта ППДР была проведена с использованием русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36.

Результаты. Корреляция между размерами головки ПЖ и размерами псевдокист в ней отсутствует ($rs=0,05$, $p=0,824$). Установлена средняя связь (Cramer's $V=0,447$), которая свидетельствует, что увеличение размеров ткани головки ПЖ в проанализированной группе в большей степени зависит от наличия воспалительного компонента в паренхиме ПЖ и окружающих тканях (так называемый «псевдотуморозный панкреатит»), что и обуславливает трудности дифференциальной диагностики с опухолями головки ПЖ. Установлена средняя связь (Cramer's $V=0,463$), которая свидетельствует о том, что в этой группе расширение ГПП ПЖ более 7 мм и увеличением размеров ткани головки ПЖ за счет воспалительного компонента в ней и окружающих тканях имеет прямую связь с наличием перидуктального фиброза. Оценка связи между методом оперативного вмешательства и вероятностью возникновения сахарного диабета (DM 3c) после операции (Cramer's $V=0,510$) позволила установить наличие средней связи между видом оперативного вмешательства и вероятностью развития DM 3c. В проанализированной группе у пациентов, не употреблявших алкоголь после операции, было отмечено снижение числа госпитализаций по сравнению с периодом до выполнения хирургического вмешательства на 81,8% (W , $p=0,012$), а у пациентов в подгруппе «Алк+» снижение числа госпитализаций по сравнению с дооперационным периодом составило только 62,5% (W , $p<0,001$). Анализ результатов опросника, показал улучшения как общих, так суммарных показателей компонента здоровья (W , $p<0,001$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что в долгосрочной перспективе после выполнения ПДР, сохраняется не только физический компонент здоровья (RP - $p=0,0056$, GH - $p=0,0173$), но и психологический его компонент (VT - $p=0,0131$, SF - $p=0,0178$, MH - $p=0,0095$).

Выводы. При отсутствии возможности достоверно исключить злокачественный характер поражения ткани головки ПЖ правомочно выполнять ППДР у пациентов с преимущественным поражением ткани головки ПЖ и близлежащих органов при ХП.

IV. ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ПЕЧЁНОЧНЫХ СОСУДОВ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ: ВАРИАНТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ, БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

РЕЗЕКЦИЯ И РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ СОСУДОВ ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ. ТЕХНИКА И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г.,
Цвиркун В.В., Казаков И.В., Ким П.П.,
Ванькович А.Н., Исхаги С.Х.,
Ахаладзе Д.Г.

ГБУЗ «Московский клинический научный центр»
ДЗ г. Москвы, Россия

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения пациентов со злокачественными заболеваниями печени, которым выполнялись резекция и реконструкция печеночных сосудов и нижней полой вены.

Материалы и методы. В период с января 2014 г. по декабрь 2017 г. в МКНЦ выполнено 520 резекций печени, среди которых резекция и реконструкция печеночных сосудов выполнена у 52 (10%) пациентов. Реконструкция печеночных сосудов выполнена у 7 (13,4%) пациентов с интрапеченочной холангиокарциномой, у 30 (57,6%) с опухолью Клацкина, у 5 (9,6%) с гепатоцеллюлярной карциномой, у 10 (19,2%) с метастазами колоректального рака. Резекция воротной вены выполнена у 23 (44,2%), правой и собственной печеночной артерии у 9 (17,3%), печеночных вен у 15 (28,8%), нижней полой вены у 5 (9,6%). Для реконструкции использовались как синтетические аллопротезы, так и собственные сосуды (большая подкожная вена, нижняя брыжеечная вена, гонадальные вены), а также перитонеальный аутоотрансплантат.

Результаты. Послеоперационные осложнения по Clavien – Dindo III-IV развились у 21 (40%) пациентов. Летальность составила 7,7% (4 пациента), при этом летальность, связанная с сосудистой реконструкцией была у 1 (2%) пациента.

Выводы. Резекция и реконструкция сосудов при резекции печени не увеличивает послеоперационную летальность и позволяет повысить резектабельность, выполнить паренхимосберегающий вариант операции, а также увеличивает возможность проведения комбинированной терапии (химио-, лучевой и др.).

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ахмадзода С. М., Сафаров Б.Д., Табаров З.В.
ГУ Институт гастроэнтерологии МЗ и СЗН РТ,
Душанбе, Таджикистан

Актуальность проблемы альвеококкоза печени определяется его широким распространением и значительным социально-экономическим ущербом, наносимым здоровью населения. Заболевание протекает хронически и тяжело, ведет к инвалидизации, вследствие длительного бессимптомного течения диагностируется, как правило, поздно, при наличии осложненных форм заболевания, когда оперативное вмешательство носит паллиативный характер. Наряду с низкой операбельностью (38%-67%), летальность при этом заболевании остается достаточно высокой – 6,5%–18,5%.

Длительный бессимптомный период и диагностика заболевания на поздних стадиях, исключает возможность выполнения радикальных операций. На момент диагностики у 65-70% больных невозможно полностью удалить паразитарные массы.

Цель исследования: анализ непосредственных результатов хирургического лечения больных осложненным альвеококкозом печени.

Материалы и методы. За период 2009-2017 гг. прооперировано 36 больных альвеококкозом печени. Мужчин было 13 (36,1%), женщин – 23 (63,9%), средний возраст больных варьировал в пределах от 16 до 57 лет. Эксплоративные лапаротомии с различными нерадикальными вмешательствами ранее проведены 13 (36,1%) больным из этой группы. В 15 (41,6%) наблюдениях диагностирована осложненная стадия заболевания, в виде механической желтухи – 4 больных; распада и абсцедирования паразитарного узла (кавернозная форма) – 7 наблюдений; прорастания в магистральные сосуды и соседние органы (воротная и нижняя полая вена, желудок, диафрагма, правую почку и надпочечник) – 4 больных.

Вопрос резектабельности определялся распространенностью процесса, наличием прорастания альвеококкового узла в магистральные сосуды гиллисонных или кавальных ворот печени.

Результаты. В общей сложности выполнены 32 (89%) различные по объему резекции печени: правосторонняя гемигепатэктомия выполнена 10 больным; расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 6: резекция центральных сегментов печени (мезогепатэктомия) была выполнена 3; расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 7 больным; сегмент- и бисегментэктомия с краевой атипичной резекцией – 6 больным, причем у 1 больной сочеталась с краевой резекцией нижней полой вены.

Эксплоративные лапаротомии произведены в 4 (11%) случаях, преимущественно вследствие распространенности процесса.

Радикально оперированы 17 (53%) пациентов, условно-радикально – 15 (47%) больных. У 12 больных выполнены циторедуктивные вмешательства, т.е. с сохранением части паразитарной ткани на нижней полой или воротной венах.

Криодеструкция культи печени при альвеококкозе была проведена в 6 наблюдениях. Интраоперационно летальных исходов не отмечено.

Осложнения в раннем периоде после операции развились у 8 (25%) больных, которые в большинстве случаев носили содружественный характер. В раннем послеоперационном периоде умерло 2 (6,2%) больных.

Резекция печени на сегодняшний день остается единственным радикальным методом лечения альвеококкоза и ключевым моментом его является радикальность удаления паразитарного узла. Дискутабельным остается вопрос о месте и роли условно-радикальных, т.е. циторедуктивных вмешательств – удаления максимально возможного объема паразитарной ткани, абляции ее резидуальных участков, с последующей длительной химиотерапией.

Заключение. Больные альвеококкозом печени до настоящего времени относятся к категории радикально неоперабельных, которым преимущественно выполняются паллиативные желчеотводящие операции. У этой категории больных одинаково допустимо выполнение типичных и атипичных резекций печени. Антипаразитарная термическая и криогенная обработка среза печени и оставленного фрагмента паразита, также позволяет снизить частоту рецидива заболевания и необходимость использования антипаразитарных препаратов.

РАСШИРЕННЫЕ РЕЗЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

**Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Чорманов А.Т.,
Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Садыков Ч.Т.,
Нурланбаев Е.К., Каниев Ш.А., Серикулы Е.,
Скакбаев А.С., Биржанбеков Н.Н.**

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

Актуальность. Смертность после резекции печени варьирует в пределах от 3,2 до 7% у пациентов с неповрежденной паренхимой печени и до 32% у больных циррозом печени. Пострезекционная печеночная недостаточность - самое серьезное осложнение, оно связано с высокой заболеваемостью и смертностью. Малый объем оставшейся доли печени (SLV)

- один из основных хирургических факторов риска заболеваемости и смертности.

Цель исследования: изучить результаты радикального хирургического лечения при доброкачественных очаговых образованиях печени, уменьшение рецидивов и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. В АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» с января 2014 по декабрь 2017 гг. 152 пациентам (женщин было 97 (63,8%), мужчин - 55 (36,2%), в возрасте от 11 до 75 лет) проведены различные операции на печени, такие как резекции печени и энуклеации гемангиом. Размеры очагов варьировали в пределах от 5 до 26 см в диаметре. Выполнены операции: резекция печени - у 65 (42,76%), из них расширенная правосторонняя гемигепатэктомия у 8 (5,26%); правосторонняя гемигепатэктомия - у 37 (24,34%); расширенная левосторонняя гемигепатэктомия - у 3 (1,97%); левосторонняя гемигепатэктомия - у 17 (11,18%) больных; прочие операции - у 4 (7,25%) больных.

Пациентам перед расширенными резекциями проводили волюметрию – при очаговых образованиях остающаяся часть печени не менее 25%, при циррозах - более 35%, также в 5 случаях проведена - портоэмболизация. При неоперабельных случаях из-за распространения очагового процесса (альвеококкоза) 2 пациентам были рекомендованы трансплантация печени.

Результаты. Послеоперационные осложнения после проведенных вмешательств развились у 23 (15,13%): формирование желчного свища - у 11 (7,23%), внутрибрюшное кровотечение отмечено - у 9 (5,92%) больных после выполненных неанатомических резекций печени, несостоятельность холангио и гепатикоеюностомии – 3 (1,93%). Послеоперационная летальность составила 0,65% (1 пациент). Причиной послеоперационной летальности после оперативного лечения послужила острая кровопотеря, геморрагический шок 3-4 степени.

Заключение. В частности, резекция печени в сочетании с резекцией и реконструкцией нижней полой вены, воротной и печеночных вен была осуществимой процедурой, которая может быть выполнена с приемлемым операционным риском и улучшенным долгосрочным исходом у отдельных пациентов. Сочетание хирургической техники, предоперационного дренирования желчевыводящих путей и эмболизации ветвей v. portae - основной способ повышения резектабельности.

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО ЦЕНТРА

**Кислицин Д.П., Хрячков В.В., Ионин В.П.,
Колмачевский Н.А., Папинен А.В.,
Собянин К.Ю., Франц В.В., Кан П.Б.,
Романченко С.С., Гулько Н.О.**

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

Цель исследования: оценить непосредственные результаты резекций печени, выявить специфические осложнения.

Материалы и методы. Проанализирован пятилетний опыт лечения 109 больных, которым выполнены резекции печени. Средний возраст пациентов составил 53,91±11,6 лет. Преобладали пациенты женского пола - 71 (65,1%), мужчин было 38

(34,9%). Средний койко-день составил 23 ± 16 . Резекции печени были выполнены по поводу метастатического рака 32 (29,35%) пациентам, первичного рака печени, в том числе рака желчного пузыря - 37 (33,94%), гемангиомы печени - 11 (10,09%), кист печени - 10 (9,17%), эхинококкоза и альвеококкоза печени - 12 (11,0%), абсцесса печени - 6 (5,5%), рубцовой стриктуры долевого протока - 1 (0,91%). КТ-волюметрия и предварительная порталная эмболизация при малом объеме ремнанта выполнена у 8 пациентов, лигирование правой воротной вены - в одном случае. Анатомические резекции выполнены у 49 (45%), неанатомические - у 60 (55%) пациентов. Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 19 больных, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия - у 10, левосторонняя гемигепатэктомия - у 3, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия - у 2. Лапароскопически было выполнено 14 (12,84%) резекций печени, включая правостороннюю гемигепатэктомию - 1, левостороннюю латеральную лобэктомию - 4, робот-ассистированные неанатомические резекции - 5. Резекция магистральных сосудов с реконструкцией выполнена 7 пациентам, билиарная реконструкция с билиодигестивными анастомозами - 12 пациентам. Оценка хирургических осложнений проводилась по классификации Clavien-Dindo.

Результаты. Осложнения III-V степени имели место у 27 (24,77%) пациентов: IIIa - 2, IIIb - 18, IVa - 5, IVb - 1, V - 1. В структуре лидируют билиарные осложнения - 18 (16,5%) пациентов: желчеистечение по дренажам у двух пациентов прекратилось на 20-е и 28-е сутки, соответственно; билома поддиафрагмального пространства в области культи печени сформировалась у 16 пациентов, что потребовало пункционных вариантов дренирования. При дренировании билиарной системы у 16 (14,67%) пациентов во время операции (признаки внепеченочной билиарной гипертензии) и проведении пробы на билиостаз в зоне резекции билиарные осложнения встретились только у одного пациента с массивной описторхозной инвазией. Острая печёночная недостаточность развилась у 4 (3,6%) больных, купирована консервативно. Послеоперационное кровотечение наблюдалось в 4 (3,6%) случаях, что потребовало релапаротомии. Два случая экзентриции (1,8%) в раннем и позднем послеоперационном периоде, устранены на релапаротомии. Летальный исход один (0,91%), у пациента с раком желчного пузыря, после гепатопанкреатодуоденальной резекции с протезированием воротной вены, осложнившейся тромбозом венозного графта в раннем послеоперационном периоде, острой печёночной недостаточностью.

Выводы: 1. Дренирование билиарной системы ведет к снижению желчеистечения в послеоперационном периоде, использование пункционных методик значительно уменьшает необходимость повторных открытых вмешательств.

2. Компьютерная волюметрия при планировании обширных резекций, определение функциональной способности паренхимы печени после порталной эмболизации позволят снизить процент печеночной недостаточности.

3. С накоплением опыта возможно выполнение лапароскопических резекций печени, включая анатомические.

4. Работа мультидисциплинарной бригады, опыт сосудистых реконструкций позволяют выполнить трансплантацию печени в условиях Центра.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РЕКОНСТРУКЦИИ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЗЕКЦИОННОЙ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Котенко О.Г., Остапишен А.Н., Федоров Д.А.,
Гриненко А.В., Попов А.О., Коршак А.А., Гусев А.В.,
Григорян М.С., Минич А.А.

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

Инвазия опухолей печени в магистральные сосуды ограничивает выполнение радикального хирургического вмешательства в 7-18% случаев и является одним из критериев нерезектабельности.

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения больных со злокачественными опухолями печени с использованием инновационных трансплантологических технологий.

Материалы и методы. В период с 2001 по 2018 гг. 2490 больным были выполнены резекции печени по поводу новообразований печени, из которых 232 (9,4%) произведены резекции и реконструкции висцеральных сосудов. Причиной ОИВС явилась перихилиарная холангиокарцинома в 71 случае, гепатоцеллюлярная карцинома и метастазы колоректального рака - по 30 случаев, периферическая холангиокарцинома - 22, рак желчного пузыря - 9, другая патология - 78.

При этом опухолевую инвазию воротной вены наблюдали в 137 случаях, сочетанное поражение с нижней полую вену (НПВ) в 11 случаях, с печеночной артерией - в 6 случаях, изолированная инвазия печеночной артерии в 2 случаях. Изолированную инвазию в НПВ наблюдали у 72 пациентов, в НПВ и печеночные вены - в 13, только печеночных вен без НПВ - у 18, из которых левой - 4 случая, правой - 1 и срединной печеночных вен - 13.

При изолированном поражении воротной вены выполняли резекцию с анастомозом «конец в конец», портопластику или использовали аутовенозную вставку; при поражении печеночной артерии выполняли резекцию с анастомозом «конец в конец» (6) или артериализацию порталного кровотока (2). При инвазии в НПВ выполняли резекцию или протезирование НПВ. При инвазии печеночных вен, выполняли резекцию срединной печеночной вены (9), или резекцию и пластику срединной (4), левой (4) или правой (1) печеночной вен. В 13 случаях инвазии в НПВ и печеночные вены, потребовало протезирования НПВ и реконструкции печеночных вен с применением технологии *in situ hypothermic reperfusion* у 11 пациентов и у 2 без неё. Одному больному выполнена кава-портальная транспозиция.

2268 пациентов без ОИВС, которым выполнили различные анатомические резекции печени составили группу сравнения.

Результаты. Продолжительность операции была больше в группе с сосудистыми резекциями, и составила $447,9 \pm 130,1$ мин против $322,7 \pm 135,9$ мин, также, как и объем кровопотери - $1168,5 \pm 954,9$ мл против $503,8 \pm 465,4$ мл соответственно. Также отметили более продолжительный период нахождения в стационаре $25,5 \pm 16,2$ против $17,9 \pm 10,2$ дней и ранняя послеоперационная летальность составила 15,1% (33 пациента) и 3,4% (78 пациентов) соответственно.

В связи с разнородностью групп пациентов отдаленные результаты сравнили у пациентов с наиболее часто встречаемыми патологиями.

Резекцию воротной вены с реконструкцией выполнили 61 (46,6%) больному с перихилярной холангиокарциномой. 1, 3 и 5-ти летняя выживаемость в группе пациентов с резекцией воротной вены составила 85,6%, 56% и 42% соответственно.

При исследовании 90 пациентов с резекциями печени по поводу ГЦК, у 20 пациентов была инвазия в ВВ, у 14 в НПВ и 56 - без сосудистых инвазий. 3-х и 5-летняя выживаемость составила 32,4 % и 11,5% против 34,3% и 13,5% в первой и второй группах, и 42,6% и 25,3% в группе сравнения.

Выводы. Использование инновационных технологий резекции и реконструкции висцеральных сосудов позволяет улучшить результаты лечения злокачественных опухолей печени.

БИЛИАРНАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ХИЛЯРНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЫ

Меджидов Р.Т., Алиев М. А., Султанова Р. С., Абдуллаева А. З.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Резекция опухоли проксимального отдела желчных протоков и печени с достижением отрицательного резекционного края является основной стратегией хирургического лечения хиллярной холангиокарциномы (ХХ).

Цель исследования: оценить эффективность применения различных вариантов реконструкции билиарной системы после резекции желчных протоков с частичной и большой резекцией печени при ХХ.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 56 пациентов с проксимальной опухолевой обструкцией билиарного тракта (БТ).

По классификации Bismuth-Corlette: 1-й тип имелся у 6 пациентов; 2-й тип – у 12; 3-й тип «А» - у 7; «Б» - у 9; 4-й тип - у 22. Во всех наблюдениях отмечен синдром механической желтухи (СМЖ), и у 24 (42,8%) пациентов клиника холангита. На диагностическом этапе всем пациентам выполнены: УЗИ, МРТ и МСКТ. Декомпрессия БТ была выполнена в 43 (76,8%) случаях (ЧЧХС). При этом в 26 (60,4%) наблюдениях выполнено наружное дренирование БТ, и в 17 (39,6%) – наружно-внутреннее.

Результаты. По данным лучевых методов диагностики условия для проведения радикальных операции имелись у 28 (50,0%) пациентов, а при интраоперационной ревизии – у 26 (46,4%). Резекция желчных протоков в изолированном варианте выполнено в 14 (53,8%) наблюдениях (1-й и 2-й тип опухоли), резекция желчных протоков сопровождалась частичной резекцией ткани печени в области ворот (1-й, 2-й и 3-й «А» типы опухоли) в 10 (38,4%) случаях. Левосторонняя гемигепатэктомия (3-й тип опухоли) проведена в 2 (7, 8%) наблюдениях. В 30 (53,6%) наблюдениях (3 «Б» и 4-й тип опухоли) с прорастанием опухоли в трубчатые структуры ворот печени резекционные технологии не использованы. Билиарный стент установлен в 8 (23,3%) наблюдениях, в остальных 22 (76,7%) случаях пациенты были выписаны с наружно-внутренним, либо наружным дренированием БТ.

После резекции конfluence желчных протоков, протоков со смежной паренхимой обнажились три желчных протока у 8 пациентов, четыре – у 5 пациентов. Этим пациентам реконструкция билиарной системы проведена по разработанной нами методике (патент РФ). Гепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки произведена в 2 наблюдениях, а бигепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей тощей кишки - в 11 случаях.

Интраоперационные осложнения среди оперированных пациентов отмечены в 6,4% наблюдений, послеоперационные осложнения – 15,3%, клиника холангита – 36,4%. Послеоперационная летальность составила 3,9%. Стеноз билиодигестивного анастомоза отмечен в 21,6% случаев. Повторная реконструкция БТ проведена 1 пациенту, ЧЧХС - в 5 наблюдениях. Рецидив заболевания до одного года отмечен у 23,0% пациентов. Пятилетняя выживаемость составила 30,6%.

В настоящее время вопрос выбора объема резекции печени при ХХ широко дискутируется. Достаточно много данных, говорящих за хорошие результаты при частичных (щадящих) резекциях печени. При этом часто обнажается три и более желчных протока, с которыми следует выполнить билиодигестивные анастомозы, и риск развития осложнений при этом высокий. Наш вариант реконструкции билиарной системы более надежный.

Заключение. ХХ является тяжелым опухолевым поражением гепатобилиарной системы. Во многих случаях пациенты нуждаются в двухэтапном лечении. Выбор варианта реконструкции БТ после использования резекционных технологий имеет важное значение для профилактики местных послеоперационных осложнений.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

ГУП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В настоящее время в лечении злокачественных опухолей печени единственно радикальным методом является хирургическое вмешательство, в том числе и при лечении метастазов печени. Основными осложнениями, определяющими высокую степень операционного риска обширных резекций печени (ОРП), являются массивные операционные кровотечения и послеоперационная печеночная недостаточность. Вопросы профилактики таких тяжелых осложнений ОРП не утратили своей актуальности.

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

Материалы и методы. За последние 15 лет выполнено 133 анатомических резекций печени с очаговыми заболеваниями печени, из них женщин - 96 (72,2%), мужчин - 37 (27,8%). Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 74 лет. Метод резекции и состояние паренхимы печени играют важную роль в возникновении этих осложнений. По технике выполнения резекции все больные распределены на две группы. В первую группу включен 81 (60,9%) пациент, у которых применены так

называемые методики «бескровной» резекции печени, с включением прецизионной техники, аргонового и ультразвукового скальпеля, атравматичного монофиламентного шовного материала и клипирующих устройств. Во вторую группу включено 52 (39,1%) больных, которым резекционный этап проводился с традиционным гемостазом.

Результаты. Объем интраоперационной кровопотери в первой группе в среднем составил $202,7 \pm 11,6$ мл, тогда как во второй группе - $512,5 \pm 78,2$ мл. В послеоперационном периоде отмечены следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение в первой группе в 1 (1,3%) случае, во второй – 3 (5,5%); поддиафрагмальный абсцесс, асцит, острое нарушение коронарного кровообращения и плевропневмония развились по 1 (1,8%) случаю во второй группе; печеночная недостаточность в первой группе в 1 (1,38%) случае, во второй группе наблюдали в 5 (9,2%) случаях. Желчный свищ диагностировали у 4 (7,4%) больных во второй группе. У 2 больных желчные свищи закрылись самостоятельно в течение 11 и 16 дней. Следует отметить, что в первой группе после применения ультразвуковой скальпеля и аргонового коагулятора желчный свищ не наблюдали.

Общая частота осложнений в группах исследования составила 2,7% в первой группе и 24% во второй группе. Послеоперационная летальность в общей группе составила – 4,1%, в свою очередь в группе, где применены «бескровные» технологии, прецизионная техника, аргоновый и ультразвуковой скальпель, атравматичный монофиламентный шовный материал и клипирующие устройства отмечено снижение этого показателя в 3 раза, с 8,2% до 1,8%.

Заключение. В снижении частоты послеоперационных осложнений после ОРП является не только качественная предоперационная диагностика и тщательный послеоперационный мониторинг с адекватной коррекцией или профилактикой специфических осложнений, но и интраоперационное применение «бескровных» резекционных технологий, обеспечивающих «сухую» резекцию с минимальной кровопотерей, снижение послеоперационных осложнений в 3 раза и летальности с 8,2% до 1,8% случаев.

Проводимые в клинике научно-технические разработки по обширным резекциям печени при очаговых образованиях печени являются своеобразным базисом приобретения опыта для выполнения близкородственной трансплантации. Реальная возможность использования этого варианта трансплантации печени, диктует необходимость совершенствования техники обширных резекций печени, что позволило решить проблему донорства для значительной категории больных, остро нуждающихся в трансплантации печени

АНАТОМИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ОБЪЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У.

ГУП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: провести анализ частоты пострезекционной печеночной недостаточности (ППН) в резекционной хирургии печени.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе проведенных исследований у 133 больных с различными образованиями в печени, оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей и отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии имени акад. В. Вахидова за период с 1998 по 2015 гг. Все больные были распределены на две группы: контрольная группа охватила период с 1998 года по 2009 год ($n=81$ (60,9%), основная группа характеризуется внедрением новейших резекционных технологий и охватывает период с 2009 по 2015 гг. ($n=52$ (39,1%). Основным показателем для операции были объемные образования в печени в 93,2% случаях (124/133), среди которых преобладали гемангиомы печени – 50,4% (67/133).

Результаты. Признаки печеночной недостаточности фиксировали преимущественно у больных, перенесших обширные резекции печени, так в контрольной группе ППН осложняла послеоперационный период в 10 (23,3%) случаях, в виде умеренной ПН - у 4 (9,3%) больных, у 6 больных она проявлялась в виде клинически значимой выраженной печеночной недостаточности. В основной группе ($n=33$) ППН после обширных резекций печени имела место в 4 (12,1%) случаях, её проявления были тяжелыми у 2 (6,1%) больных. В группе пациентов, перенесших экономные резекции печени, признаки печеночной дисфункции или отсутствовали, или наблюдались в минимальной степени. Лишь у 2 больных (2/38), оперированных на фоне диффузных изменений в печени, отмечены признаки умеренно выраженной печеночной недостаточности. Всего на 133 вмешательства, частота более или менее выраженной печеночной недостаточности составила 12% (16/133). Основная доля этого осложнения приходилась на обширные резекции печени (14/16) и составила 87,5%.

Заключение. Внедрение современных технологических средств в резекционную хирургию печени для снижения риска интраоперационной кровопотери в совокупности с разработанным тактическим алгоритмом профилактики и лечения функциональной недостаточности гепатоцитов позволило снизить частоту специфических пострезекционных осложнений с 22,2% до 9,6%, летальности с 4,9% до 1,9%.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИФFUЗНОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ НА РИСК ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

ГУП «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Улучшение технических аспектов выполнения резекций печени позволило нивелировать риск многих специфических пострезекционных осложнений. Однако среди последних, до настоящего момента, сложной проблемой остается пострезекционная печеночная недостаточность (ППН), которая на фоне диффузных изменений в печени, значительно усложняет послеоперационный период.

Цель исследования: изучить влияния сопутствующей хронической диффузной патологии печени на результаты резекций, выполненных по поводу доброкачественных и злокачественных очаговых образований печени.

Материалы и методы. Для оценки влияния хронического диффузного процесса в печени на частоту осложнений резекций печени анализирована контрольная группа больных (81 пациент), оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей и в отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны за период с 1998 по 2009 гг. Больные были распределены на группу с сопутствующей диффузной патологией печени (хронические вирусные гепатиты и жировой гепатоз) – 53 (65,4%) пациента и группу из 28 (34,6%) больных без сопутствующей патологии печени.

Результаты. Исследование частоты ППН показало, что развитие этого грозного осложнения в ранний послеоперационный период отчетливо коррелируется с наличием диффузной патологии печени. В группе больных без хронической патологии печени ППН встречалась в 2 случаях на фоне обширных резекций печени, что составило 7,1% (2/28). В группе больных с сопутствующей патологией печени, частота ППН различной степени тяжести составила 18,9% (10/53). Общая частота развития ППН в группах исследования составила 14,8% (12/81). На фоне обширных резекций печени, частота ППН, осложняло послеоперационный период, более чем вдвое чаще при наличии хронической патологии печени, 28,6% против 13,3% (8/28 против 2/13). При сегментарных резекциях ППН имело место только лишь в группе больных с хроническими патологиями в печени и составила 8,0%. Наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени обуславливает достоверное снижение функционального статуса гепатоцитов, что отражают снижение фракции печеночной экстракции на 17,1% (67,5±2,3% против 81,4±1,9%) и увеличение периода полувыведения радиофармпрепарата на 26,5% (37,2±1,7 мин против 29,4±1,2 мин) (p<0,001) по отношению к группе без паренхиматозных процессов.

Выводы. Выполнение резекционных вмешательств при очаговых заболеваниях печени на фоне хронической диффузной патологии печени увеличивает риск развития ППН, что связано со сниженным функциональным резервом гепатоцитов и замедлением компенсаторного процесса регенерации.

РАСШИРЕННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ С ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА СОСУДИСТО-СЕКРЕТОРНЫХ ЭЛЕМЕНТАХ ПЕЧЕНИ И НА ПОЛОЙ ВЕНЕ

Нартайлаков М.А., Салимгареев И.З., Абдеев Р.Р., Грицаенко А.И., Погадаев В.В., Чингизова Г.Н., Рязанов В.В., Валеев С.И.

*ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия*

Цель исследования: изучить возможности расширения объема резекций печени при вовлечении в патологический процесс её сосудисто-секреторных элементов (ССЭ) и нижней полой вены (НПВ).

Материалы и методы. В клинике общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО БГМУ на базе РКБ им. Г.Г. Куватова за 18 лет (в период с 2000 по 2017 гг.) выполнено 348 резекций печени различного объема, из них резекции малого объема (1-го, 2-х или 3-х сегментов или культя печени) выполнены у 223 (64,0%) больных. Обширные резекции печени выполнены 125 (35,9%) больным, в том числе типичные гемигепатэктомии (ГГЭ) справа (n=55) или слева (n=28), или расширенные ГГЭ справа (n=36) или слева (n=6). Вмешательства на ССЭ печени и/или НПВ выполнены у 36 (10,3%) больных, в т.ч. резекций малого объема в 5 (2,2%) случаях из 223, после обширных резекций печени - у 31 (24,8%).

Результаты. Расширенные резекции печени с вмешательствами на ССЭ или НПВ выполнили при альвеококкозе (n=15), метастатическом (n=5), гепатоцеллюлярном (n=5) и холангиоцеллюлярном (n=1) раке печени, опухоли Клатскина (n=5), раке желчного пузыря (n=2), гигантской гемангиоме (n=2) и эхинококкозе (n=1) печени. При этом выполняли: вмешательства на НПВ (n=13) – ее боковая или циркулярная резекция с ушиванием (n=10) или протезированием (n=3); на ССЭ печени – резекция гепатикохоледоха или долевых желчных протоков (n=12) с их пластикой (n=5) или наложением гепатикоюноанастомоза по Ру (n=7), а также резекция воротной вены или ее ветвей (n=8) с их пластикой (n=5) или протезированием (n=3). Еще у 2 больных перевязка правой ветви воротной вены выполнена на первом этапе резекции печени ALPPS. После резекций печени умерло 11 больных. Летальность при обширных резекциях составила 6,4% (умерли 8 из 125), а при вмешательствах на ССЭ печени и/или на НПВ – 8,3% (умерли 3 из 36).

Выводы. Вмешательства на ССЭ печени и НПВ способствуют повышению резектабельности объемных образований печени.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Новрузбеков М.С., Луцык К.Н., Гуляев В.А., Ахметшин Р.Б., Олисов О.Д., Магомедов К.М., Казымов Б.И., Донова Л.В., Муслимов Р.Ш.

*Московский городской центр трансплантации печени
ГБУЗ г. Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы»,
Москва, Россия*

Введение. С развитием абдоминальной трансплантации стало возможным внедрение ряда методик, используемых в практике пересадки органов, в различные разделы абдоминальной хирургии, в т.ч. и в гепатопанкреатобилиарную хирургию. Как ранее, в своё время, комплекс методик из различных отделов хирургии, постепенно внедрялся в трансплантологию.

Материалы и методы. В Институте выполнено 23 операций с использованием различных методов трансплантационных технологий: резекции поджелудочной железы (n=7) с резекцией магистральных сосудов и их протезированием

синтетическим или трупным сосудистым трансплантатом (ТСТ); удаление опухоли забрюшинного пространства с корпорокаудальной резекцией поджелудочной железы, эпинефрэктомией, резекцией печёночной артерии с реконструкцией (n=1); резекция печени по поводу ГЦР с резекцией НПВ (n=2); резекция печени по поводу ХЦР и опухоли Клацкина, с резекцией воротной вены, печёночной артерии, печеночных вен с реконструкцией ТСТ (n=3); двухэтапная расширенная Split-резекция печени (n=4); экстракорпоральная резекция печени, аутоперитонеальная резекция (операции Pichlmayr) (n=4); хирургическое лечение посттравматической аневризмы печеночной артерии с реконструкцией синтетическим или ТСТ (n=2).

Результаты. Интраоперационной летальности не фиксировано. Учитывая исходную распространённость патологического процесса и сложность операций, у данного пула пациентов отмечается более высокая частота осложнений.

Заключение. Трансплантационные технологии позволяют расширить возможности хирургического лечения у больных с местно-распространёнными опухолями и паразитарным поражением гепато-панкреатодуоденальной зоны, забрюшинного пространства, сопровождающиеся вовлечением магистральных и висцеральных сосудов. Трансплантационные технологии целесообразно использовать в редких случаях тяжёлой абдоминальной травмы. Для успешного внедрения трансплантационных технологий в конкретном стационаре, необходимо развитие программы трансплантации печени и регулярное выполнение операций на органах гепатопанкреатобилиарной области.

ОПЫТ ГИПОТЕРМИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ, ТЕХНИКА, РЕЗУЛЬТАТЫ

Поршенников И.А.

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

Гипотермическая резекция печени – это процедура при которой используется гипотермическая консервация с целью сохранения функциональной способности перспективного остатка. Как правило такая необходимость возникает в случаях необходимости реконструкции печеночной вены, дренирующей ремнант, и/или реконструкции всех афферентных сегментарных сосудов ремнанта.

Наш опыт включает 7 пациентов (5 мужчин, 2 женщины) в возрасте от 33 до 63 лет, средний возраст составил $48 \pm 10,4$ лет. Показанием к резекции были злокачественные новообразования у 3 больных, альвеококкоз - у 4. Консервация была выполнена в варианте *in vivo in situ* в 2 случаях, *in vivo ex situ* - в 3, начало *in vivo ex situ* и завершение *ex vivo* - в 1, *ex vivo* - в 1. Протезирование нижней полой вены (НПВ) потребовалось у 6 пациентов, с целью чего ePTFE-протез со спиральным усилением был использован в 1 случае перемещенная аутовена (инфраренальный сегмент НПВ) - в 4, свежий аллографт (трупная НПВ) - в 1. Мульти-васкулярные реконструкции выполнены у 6 больных. Экстракорпоральный веновенозный обход был использован в 6

случаях. Интраоперационная кровопотеря варьировала от 1500 до 7000 мл, средняя составила 3071 ± 1891 мл. Минимальное время ишемии печени – 80 минут, максимальное – 320 минут, среднее составило 147 ± 79 минут. Осложнения (Clavien-Dindo) зафиксированы в 71,4% случаев (у 5 из 7): Grade IIIA – 2, Grade IVa – 1, Grade V – 2. Таким образом, госпитальная летальность составила 28,6%. Выписанные пациенты находились в ОРИТ от 4 до 34 суток (в среднем 12 ± 13 суток), в стационаре от 20 до 70 суток (в среднем 37 ± 20 суток). 1-летняя выживаемость в нашей серии составила 69%, 3-летняя – 46%, 5-летняя на данный момент не достигнута. Все пациенты с альвеококкозом живы, все пациенты с опухолями на настоящий момент умерли.

В целом, ретроспективно анализируя этот небольшой опыт можно заключить следующее. Гипотермическая резекция – это один из примеров использования трансплантационных технологий в резекционной хирургии печени. Она является гораздо более сложной в техническом аспекте процедурой по сравнению с любым типом трансплантации. Следовательно, эти операции должны выполняться в центрах с развитой трансплантационной программой и имеющих экспертный уровень резекционной хирургии. Консервация – это эффективный способ защиты паренхимы ремнанта печени от ишемического повреждения при тотальной сосудистой изоляции. Принципиальным моментом является использование ее как способа безопасно выполнить сосудистую реконструкцию с достаточным лимитом времени, а не как способа уменьшить кровопотерю при транссекции паренхимы. Консервация может быть начата в любой момент: как до начала разделения паренхимы, так и перед началом сосудистой реконструкции. Можно ли выполнить реконструкцию оттока от ремнанта печени? Однозначно да, но необходимо учитывать фактор времени ишемии, вероятно, последнее не должно превышать 60 минут (а в идеале быть менее 40 минут) при условии наличия нормальной паренхимы остатка. Альвеококкоз является идеальной клинической моделью для использования трансплантационных технологий в резекционной хирургии, что касается злокачественных опухолей, то этот вопрос требует изучения.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Рамазанов М.Е., А. С., Сахипов М.М., Мадьяров В.М., Байжигитов К.Ж., Беристемов Г.Т., Стамкулов Ф.Т., Желдибаев Н.М., Халыков К.Л., Канабаев А.

Центр гепатопанкреатобилиарной хирургии с отделением плановой хирургии

*Городская клиническая больница №7 УЗ г. Алматы, Казахстан
Казахско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан*

Цель исследования: провести анализ собственных результатов хирургического лечения пациентов с доброкачественными, злокачественными и паразитарными заболеваниями печени.

Материалы и методы. За период с 2008 по настоящее время собственный опыт сотрудников гепатохирургического центра включает 216 пациентов с различными очаговыми за-

болеваниями печени (ОЗП) от 15 лет до 81 года. Мужчин – 84 (38,9%), женского пола – 132 (61,1%) больных. Комплексное обследование пациентов на предоперационном этапе проводили согласно разработанному нами дифференциально-диагностическому алгоритму больных с ОЗП.

При планировании обширных и предельно обширных вмешательств всем пациентам в комплексе алгоритма обследования на предоперационном этапе проводили MRSP протоков в воротах печени и КТА гепатобилиарной зоны в болюсном режиме с 3D сосудов печени в артериальную и портальную фазы.

Больные с новообразованиями печени составили 84 (38,9%), паразитарные поражения печени – 132 (61,1%). Из числа новообразований доля пациентов с доброкачественными составила 53 (63,1%), злокачественными – 31 (первичный – 18 и метастатический рак печени – 13) (36,9%). Среди больных с паразитарными поражениями преимущественное число составили больные с эхинококкозом печени – 108 (81,8%), с альвеококкозом – 22 (16,7%), с абсцессом печени – 2 (1,5%) больных, которым была выполнена ЛГГЭ (левосторонняя анатомическая гемигепатэктомия).

Обширные и предельно обширные резекции печени в различных вариациях сегментэктомий (лево-правосторонние) выполнены 73 (33,8%) больным, экономные – 35 (16%) пациентам: анатомические – 15, неанатомические – в 20 клинических случаях. Больным с эхинококкозом печени в 14 (6,5%) случаях перицистэктомия (обширная открытая перицистэктомия при поражении более 4-х сегментов печени – 4). Эхинококкэктомия с различными способами ликвидации остаточных полостей печени выполнена у 94 (43,5%) больных. Комбинированные вмешательства на печени с резекцией магистральных сосудов, протезированием их, резекцией диафрагмы выполнена 9 (4,2%) пациентам. Все резекционные вмешательства по поводу злокачественных новообразований печени сопровождались соблюдением принципов онкологии с лимфодиссекцией по ходу гепатодуоденальной связки, чревоного ствола и его основных ветвей. Больные с нерезектабельными опухолями при билобарных множественных поражениях печени направляются нами в специализированное онкоучреждение с решением вопроса о регионарной или системной химиолучевой терапии.

Интраоперационная кровопотеря варьировала в пределах от 75 до 2400 мл. Средняя кровопотеря при обширных анатомических резекциях печени составила 200-220 мл. Специфические послеоперационные осложнения отмечены у 18 (8,3%) больных, которые коррегированы преимущественно малоинвазивными подходами под УЗ-контролем. Релапаротомии – у 6 (2,8%) больных. Летальный исход – 2 (0,9%), причиной которых в обоих случаях была острая печеночная недостаточность с переходом в полиорганную.

Заключение. Мультидисциплинарный радикальный подход в ведении пациентов с очаговыми поражениями печени с онкологическими принципами и подключением малоинвазивных дренирующих технологий, позволяет добиться хороших непосредственных результатов оперативного лечения гепатобилиарных пациентов.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ВОРОТНОЙ И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕН ПРИ ОБШИРНЫХ СОСУДИСТЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

**Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В.,
Ефимов Д.Ю., Кирковский Л.В., Авдей Е.Л.**

УЗ «9-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Обширные резекции печени с использованием трансплантационных технологий являются спасительными вмешательствами для пациентов с первичным и метастатическим опухолевым поражением, в особенности сопровождающимся сосудистой инвазией и билобарным поражением. При этом, в доступной литературе описаны единичные случаи использования трупных венозных аллографтов для восстановления целостности нижней полой и воротной вен в гепатобилиопанкреатической хирургии.

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты сосудистых резекций печени в условиях РНПЦ трансплантации органов и тканей.

Материалы и методы. В период с апреля 2008 по апрель 2018 гг. в РНПЦ трансплантации органов и тканей (г. Минск, Республика Беларусь) проведено 520 резекций печени, в том числе 180 обширных (4-е и более сегментов), сопровождавшиеся сосудистой резекцией в 61 случае; при этом, у 14 пациентов резекционные вмешательства выполнялись с использованием трупных венозных аллографтов. На базе РНПЦ ТОиТ был создан Республиканский банк сосудистых аллографтов, обеспечивающий круглосуточную доступность сосудистых (артериальных и венозных) графтов. Средний возраст пациентов на момент операции составил 52,3 (48;59) лет, соотношение мужчины : женщины – 99 : 81.

Результаты. Из 61 сосудистой резекции резекцию НПВ выполнили в 20 случаях, ВВ – 42, мультисосудистую резекцию – в 12. При использовании трупных аллографтов в большинстве случаев (11/14, 79%) после циркулярной венозной резекции возникала необходимость использования цельного аллографта, тангенциальную сосудистую резекцию и восстанавливали целостность с использованием венозной заплаты выполняли в 3 (21%) случаях, при этом, госпитальная летальность составила 7,1%, однолетняя выживаемость – 85,7% (срок наблюдения 13,5 (6;22) месяцев). В целом, частота развития билиарных, сосудистых осложнений и пострезекционной печеночной недостаточности в группах пациентов с применением сосудистой резекции и без нее не различалась. Для достижения резектабельности и профилактики пострезекционной печеночной недостаточности применяли такие трансплантационные технологии, как гипотермическая консервация, ALPPS, экстракорпоральной резекции.

Заключение. Сосудистые обширные резекции печени являются безопасным и эффективным методом лечения обширного опухолевого поражения печени. Применение охлажденных трупных венозных аллографтов в гепатобилиопанкреатической хирургии позволяет расширить спектр и объем оперативных вмешательств и при этом минимизировать риск послеоперационных сосудистых осложнений.

КРИОВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Ханевич М.Д., Диникин М.С., Гуляев Ю.А.

СПб ГБУЗ «Городской клинический онкологический
диспансер», Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Современные успехи хирургического лечения метастазов колоректального рака в печени достигнуты благодаря эффективным химиотерапевтическим препаратам и широкими границами определения резектабельности метастазов. За последние 10 лет допустимый отступ от края метастаза с минимального 1,0 см уменьшился до 1,0 мм. Однако, несмотря на использование современных химиопрепаратов, расширенных хирургических вмешательств на печени, выполнить R0 резекцию не всегда удается. У пациентов с R1 резекцией метастазов печени частота рецидивов в крае резекции составляет от 9-55%, тогда как при R0 от 3-8%, а 5-я выживаемость меньше 20%, тогда как при R0 от 37 до 64%. В случаях позитивного края резекции (R1\ R2) применение криовоздействия позволяет повысить абластичность операции, снизить частоту рецидивов и увеличить продолжительность жизни.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с метастазами колоректального рака в печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 159 пациентов с метастазами колоректального рака в печени. Резекции в объеме гемигепатэктомии выполнены у 29 пациентов. Расширенные резекции (более 4-х сегментов) произведены 15 пациентам, из них 9 больным резекция печени выполнена в два этапа. После удаления препарата всем пациентам с видимым краем резекции менее 0,5 см выполняли цитологическое исследование края резекции через мазки-отпечатки. При наличии опухолевых клеток в крае резекции выполняли криовоздействие при помощи аппликаторов из никелида титана 3 цикла до полного оттаивания аппликатора. При отсутствии опухолевых клеток выполняли однократное криовоздействие.

Результаты. Криовоздействие на край резекции печени выполнено 47 (29,6%) пациентам. Цитологически подтвержден R1 край резекции у 13 больных, R2 резекция выполнена 2 пациентам. Местный рецидив после R2 резекции диагностирован у одного пациента (по ходу сосудисто-секреторной ножки). После R1 резекции местных рецидивов не отмечено. Криовоздействие выполняли после обширных резекций печени в 75% случаев. Прогрессирование опухолевого процесса в виде появления новых метастатических узлов в печени и других органах диагностировано у 74 (46,5%) пациентов в сроки от 6 до 40 мес. Общая выживаемость всех пациентов составила 48 мес.

Выводы. Применение криовоздействия на край резекции печени при неоптимальном или R1 крае резекции, является эффективным дополнением к резекции печени, ведет к улучшению показателей выживаемости и снижению риска рецидива.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ ЭТИЛОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Хасанов Д.Ш., Усмонов У.Д., Урманбаева Д.А.

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан

Склеротерапия злокачественных образований печени этанолом является одним из первых миниинвазивных способов в лечении данного заболевания, получившим в настоящее время широкое распространение. Метод основан на введении 96% этилового спирта в очаг метастатического или первичного злокачественного поражения печени под ультразвуковым, лапароскопическим контролем или в ходе открытой операции.

Данные литературы свидетельствуют о том, что на первом месте по эффективности и доступности среди нехирургических методов лечения злокачественных новообразований печени стоят малоинвазивные манипуляции под контролем различных методов медицинской визуализации и, в первую очередь, ультрасонографии с использованием локального и регионарного введения лекарственных веществ. Однако их применение требует совершенствования технологий, уточнения показаний и оценки эффективности лечения.

В Андижанском областном онкологическом диспансере за период с 2008 по 2016 гг. у 48 больных с первичным раком печени произведена интраоперационная локальная деструкция этанолом.

В результате выполнения настоящего исследования были установлены следующие показания к применению интраоперационной этиловой деструкции:

- одиночные злокачественные опухолевые поражения диаметром не более 10 см;
- количество очагов не должно превышать пяти;
- общий объем поражения печени до 30%;
- гепатотоксичность 0 - 2 степени.

Противопоказаний к применению интраоперационной этиловую деструкцию:

- множественное поражение печени - более пяти очагов, а также диффузное поражение;
- локализация опухолей вблизи крупных кровеносных сосудов и магистральных желчных протоков и расположенных в воротах печени;
- распад опухолевых очагов;
- печёночная недостаточность, асцит, желтуха, продолжительная гипертермия более 38°C;
- общий объем очагов поражения - более 30% объема печени;
- увеличение объема печени более двух норм.

V. ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: ВИДЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОСЛОЖНЕНИЙ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ

ОСЛОЖНЕНИЯ В БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Алиев М.А., Абдуллаев М.Р.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Число больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ) и холециститами растёт, число оперативных вмешательств и осложнений увеличивается.

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечения ЖКБ, холециститов, профилактика и лечение осложнений в билиарной хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 6601 больного, оперированного по поводу ЖКБ и холециститов в возрасте от 17 до 85 лет, в т.ч. острого калькулёзного холецистита (ОКХ) - 16%, хронического калькулёзного холецистита (ХКХ) - 84%. Женщин - 75,2%, мужчин – 24,8%.

Результаты. Внутрибрюшные осложнения, потребовавшие релапаротомии выявлены у 114 (1,7%) больных, ПХЭС – у 251 (3,8%). Повреждение холедоха выявлены у 11 больных, по поводу чего выпонили релапаротомию, восстановление целостности холедоха. Все 11 больных выздоровели. Жёлчный перитонит после холецистэктомии (ХЭ), холедохолитотомии (ХЛТ), холедоходуоденоанастомоза (ХДА) - у 18, произведена релапаротомия, ушивание ложа жёлчного пузыря, реклипирование культы пузырного протока. Наружное истечение жёлчи выявили у 13 юольных. Внутрибрюшное кровотечение - у 20 больных, выполнили релапаротомию, релапароскопию, гемостаз. Эвентрация в послеоперационном периоде диагностирована после открытой ХЭ у 9 больных, сделали релапаротомию, пластику брюшной стенки. Умерли от ТЭЛА после ХЭ (лапароскопической и открытой) 3 больных. Лапароскопическая ХЭ не удалась из-за спаечного процесса у 44 больных, выполнили открытую ХЭ. Во время открытой ХЭ были обнаружены: нагноившаяся киста поджелудочной железы - 1, перивезикальный абсцесс - 1, абсцесс печени - 1 (все они были вскрыты, дренированы). Послеоперационные внутрибрюшные гнойники диагностированы у 8 больных: абсцесс печени (1), поддиафрагмальные (3), подпечёночные (3), малого таза (1). Всем пациентам выполняли релапаротомию. Перивезикальный абсцесс был выявлен у 8 больных. Острый гнойный послеоперационный холангит диагностирован у 7 больных, провели консервативное лечение. Послеоперационный панкреатит развился в 8 больных, у 2 из них выполнили релапаротомию. Спаечная тонкокишечная непроходимость на 3-й день после открытой ХЭ выявлена у 1 больного, произвели релапаротомию и рассечение спаек. В последние годы в клинике всем больным ОКХ и ХКХ выполняли лапаро-

скопическую ХЭ, за исключением больных с механической желтухой, холедохолитиазом, стенозом терминального отдела холедоха, большого дуоденального сосочка (таким больным выполняли открытую ХЭ + ХЛТ, ХДА). По поводу послеоперационных осложнений повторно оперированы 254 (3,8%), из них умерло 7 (2,8%). Причины смерти: жёлчный перитонит, ПОН, инфаркт миокарда, эндотоксический и септический шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, ТЭЛА.

Заключение. Для предупреждения осложнений во время и после ХЭ необходимо тщательное до- и интраоперационное обследование больных, повышение качества лапароскопических и лапаротомных вмешательств, своевременное распознавание и эффективное лечение послеоперационных осложнений.

ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ: ВЛИЯНИЕ РЕГЛАМЕНТАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОЦЕДУР НА ЧАСТОТУ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Дарвин В.В., Онищенко С.В., Краснов Е.А.,
Колмаков П.Н., Лысак М.М., Варданян Т.С.

ФГБОУ ВО Сургутский государственный университет Минобра
России, Сургут, Россия

ГБУЗ Сургутская областная клиническая больница,
Сургут, Россия

Цель исследования: оценить влияние клинического внедрения стандартных операционных процедур на улучшение результатов лечения больных механической желтухой при проведении транспапиллярных эндоскопических вмешательств.

Материалы и методы. В период с 2015 г по настоящее время в Сургутской ОКБ на каждую манипуляцию и операцию разработан и внедрен регламент «Стандартная операционная процедура» (СОП) в рамках хирургической безопасности. Цель внедрения СОП – повышение эффективности оказания помощи хирургическим больным за счет принципов медицинской безопасности, сокращения числа послеоперационных осложнений и исключения ятрогении. Каждая СОП включает в себя ресурсы и технологии, кадровое обеспечение, алгоритм исполнения, ожидаемые результаты и критерии оценки (количественные, качественные). Анализ осложнений транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТПЭВ) позволил выделить основные группы факторов, способствующих развитию осложнений и сформулировать на основе этого требования и регламентации,

отраженные в СОПах. В течении последних трех лет ЭРХПГ проведена 333 больным механической желтухой. Мужчин было 139 (41,7%), женщин - 194 (58,3%), возраст от 32 до 87 лет. При этом пожилого и старческого возраста с тяжелым преморбидным фоном - 218 больных (65,5%). Злокачественный генез механической желтухи имел место у 76 (22,8%) больных, из них наиболее часто новообразования головки поджелудочной железы (34), доброкачественные генез – у 257 (77,3%), из них холедохолитиаз - у 139. ЭРХПГ дополнена ТПЭВ: ЭПСТ – у 170 больных (51,1%), назобилиарное дренирование – у 21 (6,3%), эндоскопическое стентирование – у 92 (27,6%), литоэкстракция из гепатикохоледоха – у 93 (27,9%), эндоскопическая баллонная дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и стриктур гепатикохоледоха – у 30 (9,0%).

Результаты. Осложнения при проведении транспапиллярных эндоскопических вмешательств и в раннем послеоперационном периоде возникли у 27 больных (8,1%). Частота осложнений во время и после эндоскопических транспапиллярных вмешательств до внедрения СОПов (2010-2012 гг.) составила 13,0% ($\chi^2 = 3,841$; $p = 0,045$). Острый панкреатит имел место у 13 (3,9%) пациентов: тяжелый панкреонекроз - у 1, средней тяжести - у 2, легкий – у 10. Все пролечены консервативно. Кровотечения из разреза БСДК, имевшее место у 11 больных (3,3%), возникали при проведении манипуляции (9) или клинически проявлялось через 6 – 12 часа после эндоскопического вмешательства (2), что потребовало проведения эндогемостаза (комбинация инъекционного метода и АПК) и консервативной гемостатической терапии, которые были успешными у всех пациентов. У 3 (0,9%) больных отмечена перфорация ретродуоденальной части холедоха – диагностирована во время проведения вмешательства. У всех больных коррекция проведена эндоскопически: путем установки стента в холедох у 1 больного, назобилиарное дренирование в сочетании с дополнительным зондовым дренированием просвета ДК выполнено у 2. Эндоскопическая коррекция в сочетании с комплексной консервативной терапией была эффективной у всех пациентов.

Заключение. Внедрение системы хирургической безопасности, включая разработку и внедрение СОП, обеспечивает статистически значимое снижение частоты осложнений транспапиллярных эндоскопических вмешательств, их своевременную диагностику и эффективную коррекцию.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТДЕКОМПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ ЭНДОБИЛИАРНОМ СТЕНТИРОВАНИИ

Дронов А.И., Насташенко И.Л.,
Бакунец Ю.П., Бакунец П.П.

Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца, Киев, Украина

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с blastomatозной билиарной обструкцией, осложненной явлениями печеночной недостаточности путем оптимизации тактики внутреннего транспапиллярного дренирования желчных протоков.

Материалы и методы. В исследование вошли 83 пациента с blastomatозной билиарной обструкцией, которым в ка-

честве окончательного метода лечения выполняли эндобилиарное стентирование (ЭС) с применением саморасправляющихся металлических стентов (СРС). Возраст больных варьировал в пределах от 65 до 87 лет (в среднем 74,2 года), среди них было 47 (56,6%) мужчин и 36 (43,4%) женщин. Уровень билирубинемии у них был в пределах 247,4-647,3 мкмоль/л (в среднем 324,6 мкмоль/л). 32 (38,6%) пациента, согласно приведенным выше критериям, были отнесены к группе риска развития синдрома «быстрой декомпрессии». Согласно разработанной в клинике тактики в качестве первого этапа лечения у 19 (22,9%) из них были применены пункционные методы билиарной декомпрессии: холангиостомия – у 16 (19,3%), холецистостомия – у 3 (3,6%); в 13 (15,75) случаях предварительная разгрузка желчных протоков (ЖП) проводилась ЭС с применением пластиковых стентов (ПС). В сроки от 2-х до 5-ти (в среднем 3,2) недель после первичного вмешательства при нормализации состояния пациентов им было проведено постоянное стентирование СРС.

Еще у 11 (13,3%) пациентов, не вошедших в рассматриваемую группу риска, через 2-4 (в среднем 2,7) недели после эндобилиарного стентирования ПС и у 8 (9,6%) после пункционных дренирующих вмешательств, по результатам дообследования и признания их по различным причинам неоперабельными, также устанавливались СРС. При этом отдавали предпочтение не замене ПС на СРС, а, при наличии возможности, установке второго – металлического стента параллельно первому – пластиковому. Такой способ дренирования применен в 10 (12,0%) случаях, обеспечив отток желчи как по просвету стентов, так и через просвет между ними и стенками ЖП.

Результаты. При наличии показаний к установке СРС больным с blastomatозной билиарной обструкцией стентирование ЖП в два этапа было выполнено у 51 (61,4%) пациента: в 32 (38,6%) случаях это было обусловлено соблюдением избранной тактики ведения больных с высоким риском развития постдекомпрессионного синдрома, и в 19 (22,9%) – определением в результате дообследования значительной местной распространенности опухолевого поражения, наличия отдаленных метастазов и, вследствие этого, отказа от других видов оперативного лечения.

В результате применения предложенной тактики эндоскопического лечения исследуемой группы больных с blastomatозной билиарной обструкцией только в 1 (1,2%) случае имело место развитие постдекомпрессионного синдрома с летальным исходом. В 2 (2,4%) случаях развился острый холецистит вследствие блокирования стентом устья пузырного протока и в 1 (1,2%) слишком длинный стент был установлен в правый долевого проток печени, блокировал левый долевого проток, что привело к рецидиву гипербилирубинемии и развитию локального гнойного холангита, потребовавших проведения дополнительных пункционных вмешательств.

Заключение. Применение этапной декомпрессии желчных протоков с применением малоинвазивных технологий позволяет улучшить результаты лечения больных с blastomatозной билиарной обструкцией и должно рассматриваться как метод выбора при планировании проведения пожизненного стентирования у больных с суб- и декомпенсированными формами печеночной недостаточности.

ПЕРФОРАЦИЯ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ НА БОЛЬШОМ ДУОДЕНАЛЬНОМ СОСОЧКЕ

Коробка В.Л., Толстопятов С.В., Коробка Р.В.
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница»,
Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Одним из грозных осложнений эндоскопической папиллотомии является перфорация стенки двенадцатиперстной кишки (ДПК). Данное осложнение, хотя и встречается редко, но является угрожающим жизни пациента состоянием, ввиду желчеистечения, кровотечения и формирования в ближайшие сроки после манипуляции натечников, абсцессов, флегмон брюшной полости и забрюшинного пространства, и отличается высокой летальностью.

Цель исследования: оценка эффективности вариантов лечения больных с перфорацией задней стенки ДПК после транспапиллярных вмешательств.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2017 гг. в ГБУ РО РОКБ папиллосфинктеротомия по поводу механической желтухи проведена 6505 больным. Общее число вмешательств составило 8457. Перфорация задней стенки ДПК диагностирована в 15 (0,2%) случаях, в том числе с повреждением интрамуральной части общего желчного протока – 6 (0,1%). С подобным осложнением из других лечебных учреждений поступило еще 13 больных.

К моменту принятия решения о хирургическом вмешательстве перфорация существовала в среднем $10,47 \pm 9,78$ часов, что объяснялось трудностью диагностики. В первые 4 часа верифицировать осложнение удалось лишь у 10 (3,6%) больных. Ранение стенки ДПК сопровождалось кровотечением в просвет кишки у 4 (14,3%) больных, желчным перитонитом в 11 (3,3%) случаях, гнойными осложнениями ретродуоденальной зоны и забрюшинного пространства, абдоминальным сепсисом у 13 (46,4%) пациентов.

Все больные были повторно оперированы. Эндоскопические вмешательства выполнили в 10 (35,7%) случаях – назобилиарное дренирование желчных путей и эндобилиарное стентирование желчного и панкреатического протоков (2 и 8 случаев соответственно). Лапаротомию произвели у 18 (64,3%) больных: дуоденотомия с папиллопластикой и ушиванием раны ДПК – 5; холедоходуоденостомия – 3; холедохоэнтеростомия – 4. Во всех случаях открытых вмешательств операцию завершали дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства. При сформировавшейся флегмоне забрюшинного пространства в 6 случаях применили оригинальный способ двухэтапного хирургического лечения. Первым этапом после дуоденотомии со стороны просвета ушивали рану стенки ДПК и БДС, пересекали общий желчный проток в нижней трети и формировали холедоходуоденальное соустье. Поджелудочную железу в области перешейка пересекали, проксимальную и дистальную культю дренировали, формировали наружные панкреатикостомы, посредством которых через назоинтестинальный зонд осуществляли возврат панкреатического сока в ЖКТ. Вторым этапом, после купирования гнойных процессов (1,5-3 месяца), осуществляли панкреатическую реконструкцию формированием панкреатикодигестивного соустья.

Результаты. Несмотря на срочность принятых мер, общая летальность в раннем послеоперационном периоде составила 42,9% (12/28). Основной причиной гибели больных становились гнойно-септические осложнения, являвшиеся следствием неэффективности малоинвазивных вмешательств и дренирующих операций. Как показал ретроспективный анализ, в период с 2007 по 2012 гг. из 17 больных лишь 7 остались живы (летальность 58,8%), однако с накоплением опыта, отработки хирургической тактики и внедрением технологии оригинального двухэтапного лечения больных показатель летальности удалось снизить до 18,2%. В последующие пять лет из 11 больных, имевших ранение ДПК и оперированных повторно, выжили 9 человек.

Выводы. При ЭПСТ, осложненной перфорацией стенки ДПК, в ранние сроки (1-2 сутки) возможно ушивание дефекта с одномоментным стентированием желчного и панкреатического протоков. При гнойных осложнениях (сроки диагностики ранения свыше 2-х суток) двухэтапное лечение позволяет сократить летальность от абдоминального сепсиса.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Коханенко Н.Ю., Антипова М.В., Глебова АВ,
Кашинцев А.А., Вавилова О.Г., Сериков В.А.
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет» Минздрава
России, Санкт-Петербург, Россия
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»,
Санкт-Петербург, Россия

С появлением магнитно-резонансной холангиопанкреатографии в диагностике заболеваний желчных протоков ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), осложнения которой (4-5%) заканчиваются летальным исходом почти в 0,5%, к счастью стала применяться все реже и реже.

Но эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в настоящее время заняла основное место в лечении холедохолиаза, стеноза терминального отдела холедоха. Эта операция далеко не безопасна, что нужно иметь ввиду при выборе метода лечения.

Цель исследования: проанализировать результаты ЭПСТ, определить частоту осложнений эндоскопической операции, методы ее профилактики.

Материалы и методы. За последние 5 лет в клинике выполнено 357 ЭПСТ. Женщин было 72,7%, мужчин – 27,3%. Возраст больных варьировал в пределах от 23 до 92 лет, средний – составил 55,8 лет.

Результаты. Самым частым осложнением был острый панкреатит – 59 (16,5%) больных, в том числе гнойно-некротический парапанкреатит – 7 (2,0%). Минимально-инвазивными методами пролечили 5 больных, которые закончились летальным исходом у 3. Двух больных оперировали, выполнена некрсеквестрэктомия, дренирование парапанкреатической клетчатки. Больные находились в стационаре около 2 месяцев. Выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение с гнойным свищем. Только гиперамилаземия отмечена у 97 (27,2%) пациентов. Другие осложнения были более редкими.

Кровотечение из большого дуоденального сосочка отмечено у 17 (4,8%) пациентов. Эндоскопически его удалось остановить у 16 (94,1%) больных. В одном случае эндоскопический гемостаз был неэффективен и пришлось прибегнуть к лапаротомии, дуоденотомии, прошиванию кровоточащего сосуда. Пациент умер. В одном случае при попытке удалить крупный конкремент (около 2 см), последний вклинился и обломилась корзинка Dormia. Больной был оперирован – холедохотомия, дуоденотомия. Выполнено удаление вклиненного камня и остатков корзинки Dormia. Послеоперационный период осложнился острым панкреатитом и формированием дуоденального свища, который закрылся после назоэнтерального дренирования и исключения энтерального питания на 53 сутки. У 4 (1,1%) больных возникла ретродуоденальная перфорация, которая в трех случаях была замечена через несколько часов после ЭПСТ. Разрыв удалось клипировать (предварительно дренировав вирсунгов проток), консервативное лечение было эффективным. У одной пациентки все-таки сформировался парапанкреатический абсцесс, который успешно был дренирован под контролем УЗИ.

Выводы. Осложнения после ЭПСТ возникают в 22,7%, которые заканчиваются летальным исходом в 4,9%, а общая летальность после ЭПСТ составляет 1,1%. Поэтому следует осторожно подходить к выбору метода лечения холедохолитиаза. Камни более 1-1,5 см надежнее и безопаснее удалять оперативным путем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Красильников Д.М., Миргасимова Д.М.,
Захарова А.В., Васильев Д.Ж., Назмеев М.А.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Актуальность. Оперативное лечение пациентов с механической желтухой остается одной из самых сложных и актуальных проблем хирургии, обусловленной возрастающим количеством поступающих в клинику с данной патологией, увеличением среди них числа лиц пожилого и старческого возраста.

Цель исследования: определить результаты транспапиллярных эндоскопических операций у пациентов с механической желтухой, меры профилактики осложнений.

Материалы и методы. На базе отделений абдоминальной и эндоскопической хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» клиники хирургии №1 ФГБОУ ВО «КГМУ» с 2015 по 2017 гг. 1307 пациентам произведено 1448 транспапиллярных эндоскопических операций, основным показанием для них являлась механическая желтуха, причинами которой были холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС – 676 (51,7%), стеноз БДС и терминального отдела холедоха – 345 (26,4%), холангит на почве холедохолитиаза – 88 (6,7%), рубцовый стеноз холедоха – 54 (4,1%), опухоль Клацкина – 39 (3,0%), опухоль головки поджелудочной железы – 36 (2,8%), опухоль БДС – 30 (2,3%), холедохолитиаз 24 (1,8%), острый панкреатит, обусловленный холелитиазом 15 (1,1%). Женщин было 889 (68%), мужчин – 418 (32%), пациентов старше 70 лет – 483 (37%).

Результаты. В зависимости от анатомических особенностей в области БДС, сложных случаев холедохолитиаза, возникающих геморрагий операции разделяли на несколько этапов. Так после предварительных ЭРПХГ и ЭПСТ всем пациентам выполнены следующие виды транспапиллярных эндоскопических вмешательств: литоэкстракция (803), стентирование с заменой и удалением стента (145), назобилиарное дренирование (31), стентирование панкреатического протока (12), баллонная дилатация (8). При анализе результатов транспапиллярных операций установлено, что осложнения наблюдали у 196 (15%) пациентов, при летальности 0,08%. Возникшие кровотечения I-II степени останавливали путем эндоскопического гемостаза, стандартной гемостатической терапии. При кровотечении III степени у 3 пациентов произведена лапаротомия, дуоденотомия с прошиванием кровоточащих сосудов, назодуоденальной интубации, дренирования брюшной полости. Панкреонекроз возник в 4 (0,3%) наблюдениях, одному пациенту была выполнена лапаротомия, секвестрэктомия, санация и дренирование брюшной полости, холедохостомия, другим проводилась интенсивная консервативная терапия с применением миниинвазивных вмешательств под УЗ-наведением. При литоэкстракции крупных конкрементов у 3 (0,2%) пациентов возникло вклинение корзинки Dormia, в связи с чем, произведена лапаротомия, холедохолитотомия с удалением корзинки, дренирование холедоха. Дислокация стента произошла в 9 наблюдениях, что потребовало его удаления у 3 пациентов, замену – у 6.

Заключение. В целях профилактики интра- и ранних послеоперационных осложнений у пациентов с механической желтухой по показаниям выполнять транспапиллярные операции в сочетании с чрезкожными дренирующими вмешательствами, не производить эндоскопическую литоэкстракцию при крупных конкрементах, а ЭПСТ в сложных анатомических ситуациях в один этап, использовать комбинированные программы рассечения БДС, щадящую коагуляцию, интенсивную консервативную терапию, направленную на предотвращение острого панкреатита, возможного кровотечения.

ОСЛОЖЕНИЯ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Расулов Н.А.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан
ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов эндоскопических транспапиллярных вмешательств при доброкачественных заболеваниях терминального отдела холедоха и большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Материалы и методы. Проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 5120 пациентов с доброкачественными заболеваниями желчевыводящей системы (n=4854), поджелудочной железы (n=146) и патологии БСДК (n=120) за последнее 15 лет. Всего 1266 (24,7%) пациентам из 5120 выполнены эндоскопические вмешательства с диагностической и лечебной целью. Из них диагностические транспапиллярные вмешательства осуществлены у 440 (34,8%) пациентов, а лечебные вмешательства на БСДП выполнены – у 614 (48,4%)

больных. ЭРХПГ выполнить не удалось у 212 (16,8%) больных, эти больные были оперированы без эндоскопической попытки ликвидировать патологию холедоха и БСДК.

После выполнения эндоскопических ретроградных транспапиллярных вмешательств в раннем послеоперационном периоде у 112 (8,8%) пациентов отмечали специфические постэндоскопические осложнения. В отдаленном послеоперационном периоде нарушения проходимости желчевыводящих путей различной степени выраженности и характера в сроки от 6 месяцев до 10 лет установлено у 73 (5,7%) пациентов. В целом постэндоскопические осложнения были выявлены у 185 (14,6%) больных.

Результаты. После выполнения транспапиллярных эндоскопических вмешательств отмечали различные послеоперационные осложнения.

Следует отметить, что немаловажную роль в возникновении выше названных ошибок играют и топографоанатомические изменения в двенадцатиперстной кишке и в области БСДК, имеющие место у 28 (25%) пациентов. В послеоперационном периоде летальные исходы отмечали у 5 пациентов. Причиной летальных исходов в 3 наблюдениях явился панкреанекроз, в 2 - забрюшинная флегмона, обусловленная перфорацией двенадцатиперстной кишки.

В различные сроки (от 6 до 10 лет) в отдаленном периоде после эндоскопических транспапиллярных вмешательств в 73 наблюдениях отмечали осложнения в виде: механической желтухи в 51 (4%) наблюдений; гнойного холангита – у 22 (1,7%) пациентов, обусловленной различной степенью выраженности рестеноза БСДК.

По мере увеличения сроков наблюдения после выполнения ЭПСТ у в группе пациентов наблюдали увеличение количества рестенозов БСДК (38 больных). В сроки от 2 до 5 лет она составила 22 больных, а после 5 до 10 лет – 8. Отмечено некоторое замедление уменьшения продольных размеров соустьев.

В итоге в сроки до 10 лет с длиной разреза при ЭПСТ от 11 до 15 лет рестеноз сформировался у 21 пациента, в то время как за эти же сроки при длине продольного разреза от 16 до 20 мм частота рестеноза БСДК имела место у 9 больных, а при длине продольного разреза более 20 мм рестеноз наблюдали лишь у 5 пациентов. Таким образом, выполнение парциальных и небольших разрезов при ЭПСТ является одной из основных причин развития рестеноза БСДК.

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные диагностические и лечебные вмешательства при доброкачественных заболеваниях билиопанкреатодуоденальной зоны сопровождаются ранними и отдаленными специфическими осложнениями, требующими комплексной профилактики.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ТРАНСПАПИЛЛЯРНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ

Маринова Л.А., Зубова Н.В., Никитина А.В.

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

Введение. Заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны нередко сопровождаются синдромом обструкции протоковых

систем, для устранения которой успешно применяется эндоскопический метод, в том числе ретроградное билиарное или панкреатическое дренирование. Обладая несомненными преимуществами, тем не менее, и это миниинвазивное вмешательство может сопровождаться неблагоприятными последствиями и осложнениями.

Цели исследования: определить место эндоскопического дренирования при билиарной и панкреатической обструкции, возможные осложнения метода, меры их профилактики и лечения.

Материалы и методы. Определение эффективности и роли эндоскопического дренирования проводили на основании анализа международных рекомендаций, изучения зарубежной и отечественной литературы, а также собственного опыта. В исследование включены 213 пациентов: с билиарной обструкцией (рак головки поджелудочной железы, холангиокарцинома, рак большого дуоденального сосочка, метастатическое поражение, послеоперационная рубцовая стриктура, тубулярный стеноз, альвеококкоз) - 173 (81,2%) больных, с заболеваниями поджелудочной железы (панкреатический свищ, постнекротическая киста, острый панкреатит) - 21 (9,9%) пациент, профилактическое панкреатикодуоденальное стентирование было выполнено 19 (8,9%) пациентам. С целью декомпрессии было выполнено 272 эндоскопических вмешательства: установка билиарных пластиковых и металлических стентов и назобилиарных дренажей в холедох и внутривнутрипеченочные протоки (уни-, би-, ипси- и трилатерально) – 229 (84,2%), установка пластиковых панкреатических стентов (с терапевтической и профилактической целью) – 43 (15,8%). У большинства пациентов с доброкачественными стриктурами панкреатобилиарной зоны проводили этапное лечение (от 2-х до 5-ти сеансов стентирования).

Результаты. Эндоскопическую декомпрессию удалось выполнить у всех пациентов. Таким образом, технический успех составил 100%. Клинический успех достигнут у 207 (97,2%) пациентов. Были отмечены следующие осложнения: панкреатит – 6 (2,8%), кровотечение – 0, перфорация верхних отделов ЖКТ – 2 (0,9%), инфекционные – 10 (4,7%), ранняя обструкция стента – 2 (0,9%), незапланированная миграция стента – 3 (1,4%).

Летальность составила 1,9% (4 пациента: от продолжающейся печеночной недостаточности на фоне IV-ой стадии онкологического процесса - 2, от дыхательной недостаточности на фоне IV-ой стадии онкологического процесса - 1, от сердечно-сосудистой недостаточности (постманипуляционный панкреатит, перфорация стентом двенадцатиперстной кишки, рецидивирующее кровотечение из брахиоцефальной артерии вследствие перфорации трахеи) – 1).

Заключение. Эндоскопическое стентирование является эффективным методом восстановления проходимости желчных и панкреатических протоков, и при грамотном применении сопровождается низким количеством осложнений. Для получения хорошего технического и клинического результата эндоскопическое дренирование должно выполняться опытными специалистами, в условиях достаточного технического оснащения и сопровождаться грамотным ведением пациентов до и после процедуры.

ПРЕДИКТОРЫ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Ромашенко П.Н., Филин А.А.,
Майстренко Н.А., Феклюнин А.А.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
Министерства обороны, Санкт-Петербург, Россия
ГБУЗ «Ленинградская Областная Клиническая Больница»,
Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Несмотря на совершенствование внутрипросветных эндоскопических методик и используемого инструментария, малую инвазивность транспапиллярных эндоскопических вмешательств (ТЭВ), накопление опыта и внедрение профилактических мер, не всегда удается избежать развития жизнеугрожающих осложнений (III и IV степени по классификации Clavien-Dindo) у 3,8-12,8% больных и летальных исходов (V степень) – до 4%.

Цель исследования: изучить основные предикторы осложнений ТЭВ, определить условия, способствующие их развитию, и предложить программные мероприятия по повышению эффективности и безопасности данной группы операций.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ТЭВ у 3305 пациентов, выполненных в плановом и экстренном порядке при различных заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПБЗ). В зависимости от конкретной клинической ситуации определены показания к использованию различных методик: папиллотомии, папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), предрассечения Фатерова сосочка («pre-cut») при трудностях канюляции желчных протоков, одномоментного лапароскопического вмешательства на желчных протоках и ЭПСТ в т.ч. по «рандеву», многоэтапные ТЭВ при технически сложных ситуациях, обусловленных, прежде всего, онкопатологией ГПБЗ.

Результаты. На основании многофакторного анализа выделены предикторы основных жизнеугрожающих осложнений ТЭВ: кровотечения, послеоперационного панкреатита, перфораций дуоденум, острого холангита. Также определены периоперационные условия, которые могли влиять на техническую реализацию планируемых вмешательств, способствуя развитию осложнений: недостаточная протяженность папиллотомии (5-7 мм) на фоне рубцового папиллостеноза; стремительная ЭПСТ; наличие парафатеральных дивертикулов и папиллита; выполнение операции на фоне гипокоагуляции, обусловленной механической желтухой и печеночной недостаточностью; многократное канюлирование и контрастирование Вирсунгова протока при ЭРХПГ; неправильное направление разреза; применение баллонной дилатации папиллы. Сформулированы меры профилактики и устранения послеоперационных осложнений при изолированных ТЭВ и сочетании внутрипросветных процедур. Реализация программного подхода при использовании различных вариантов ТЭВ позволила снизить общую частоту осложнений до 4,0%, показателя летальности – 1,6%.

Заключение. Персонифицированный учет основных предикторов осложнений ТЭВ, определенных неблагоприятных условий оперирования больных и особенностей течения заболевания, обеспечили адекватный выбор тактических подходов и технических вариантов операций, позволили улучшить результаты лечения.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСТ-ЭРХПГ ПАНКРЕАТИТА: ОПЫТ 400 ЭРХПГ

Савченко А.В., Щерба А.Е., Соколдынская Е.И.,
Ефимов Д.Ю., Руммо О.О.

УЗ «9-я Городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) является «золотым стандартом» в диагностике и лечении пациентов с механической желтухой различной этиологии. Пост-ЭРХПГ панкреатит – наиболее частое осложнение данного вмешательства, встречающееся по литературным данным в 1-10% случаев. Стратегии профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита за последние 15 лет эволюционировали от поддерживающей терапии, аналогов соматостатина до стентирования главного панкреатического протока и НПВС. В период 2014-2015 гг. наша клиника отказалась от применения аналогов соматостатина и перешла к применению НПВС.

Цель исследования: изучить эффективность различных медикаментозных подходов профилактики пост-ЭРХПГ панкреатита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 400 пациентов, которым выполнено ЭРХПГ, выполненных в период с декабря 2012 по апрель 2016 гг. в УЗ «9-я ГКБ г. Минска». Показанием для выполнения данного вмешательства явились: стриктура терминального отдела холедоха – в 137 (34%) случаях, холедохолитиаз – в 120 (30%), билиарные стриктуры (анастомотические и неанастомотические) после трансплантации печени – в 116 (29%) случаях. При этом, диагностическую ЭРХПГ выполнили у 37 (9%) пациентов, ЭРХПГ с папиллосфинктеротомией (ПСТ) – у 97 (24%) пациентов, ЭРХПГ с ПСТ и холедохолитэкстракцией – у 142 (35%), ЭРХПГ и эндобилиарное стентирование / замена стента – у 125 (31%) пациентов. Все пациенты в зависимости от вида медикаментозной профилактики были разделены на 4 группы: а) ректальные НПВС-свечи (группа 1), б) Октреотид (группа 2), в) ректальные НПВС-свечи + Октреотид (группа 3) и г) без профилактики (группа 4).

ЭРХПГ панкреатит диагностировали по 3-х и более кратному увеличению уровня амилазаы и наличию болевого синдрома более чем 12 часов после РХГ.

Результаты. Общая частота пост-ЭРХПГ панкреатита (ПЭП) составила 6,8% (27 из 400), при этом частота тяжелого пост-ЭРХПГ панкреатита (требующего лечения в ОИТР) – 2,3% (9 из 400), один летальный исход (0,3%). Группа пациентов, перенесших ПЭП, характеризовалась значимо меньшим пред-ЭРХПГ билирубином (13 (9;30) против 22 (13;56), $p=0.013$, ммоль/л) и более длительным пребыванием в стационаре после вмешательства (7 (5;13) против 5 (2;7), $p<0.001$). Частота ПЭП в изучаемых группах пациентов варьировала в пределах от 4% до 16%, а именно группа 1 – 7,2% (16 из 222), группа 2 – 4% (5 из 126), группа 3 – 8% (2 из 25), группа 4 – 16% (4 из 25). При этом, частота тяжелых, требующих лечения в ОИТР, ПЭП по группам значимо не различалась (группа 1 – 2,3% (5 из 222), группа 2 – 3,2% (4 из 126), группа 3 – 0% (0 из 25), группа 4 – 4% (1 из 25)). Показанием к ЭРХПГ для большинства пациентов, перенесших тяжелый пост-ЭРХПГ панкреатит,

явилась стриктура терминального отдела холедоха и в большинстве случаев ЭРХПГ у данной группы пациентов сопровождалась трудной канюляцией БДС и большей длительностью вмешательства.

Выводы. Только тактика наблюдения сопровождалась наибольшей частотой пост-РХГ панкреатита. И ректальные НПВС и Октреотид и их комбинация способствовали меньшей частоте панкреатита, при этом травматичность процедуры была определяющей в возникновении данного осложнения.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕАКТИВНОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Третьяк С.И.¹, Ращинская Н.Т.², Ращинский С.М.²,
Сологуб И.М.², Синило С.Б.¹, Буравский А.В.¹,
Лукьянец А.В.¹, Петушкова А.А.¹

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи», Минск, Беларусь

Цель исследования: выявление причин развития реактивного острого панкреатита (РОП) после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и транспапиллярных вмешательств (ТВ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт пациентов, находившихся в 2017 году на стационарном лечении в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Минска, которым проводилась ЭРХПГ. В ходе работы оценивались гендерно-возрастные параметры выборки, характер патологии, технические аспекты ЭРХПГ и последующих ТВ (папиллосфинктеротомия, холедохолитоэкстракция, стентирование), а также состояние пациентов в динамике с учетом лабораторных данных и результатов инструментальных исследований. Анализ подвергались случаи развития РОП после проведения ЭРХПГ. Статистическая обработка выполнена с использованием непараметрических методов, данные представлены в виде Me(Q25;Q75). Различия считали статистически значимыми при вероятности безошибочного прогноза не менее 95% ($p < 0,05$ во всех случаях).

Результаты. Сравнительный анализ данных лабораторных исследований крови пациентов до проведения ЭРХПГ показал отсутствие значимых различий между группами ($p > 0,05$ во всех случаях).

Заключение. В результате проведенного исследования не выявлено предикторов, указывающих на высокий риск развития ЭРХПГ-индуцированного панкреатита до проведения интервенции. Первостепенное значение в развитии РОП после транспапиллярных эндоскопических вмешательств имеет техника выполнения манипуляции, в том числе скорость введения контрастного вещества. Неоднократные (в течение одной процедуры) попытки канюляции БДС с попаданием проводника и контраста в главный панкреатический проток повышают риск развития реактивного панкреатита, в том числе тяжелого и с неблагоприятным прогнозом.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Интенсивное внедрение малотравматичных операций в абдоминальной хирургии, ставшее возможным в связи с успехами в развитии современных технологий, объясняется существенными преимуществами, которыми обладают эти методики. Использование специального оборудования, прежде всего, видеэндоскопического, сделало транспапиллярные вмешательства более щадящей без ущерба для ее эффективности. Вместе с тем, по мере широкого клинического применения ЭРХПГ и ЭПСТ, наряду с положительными ее качествами, многие специалисты отмечают отрицательные свойства данной методики, выражающееся в достаточно большом проценте наблюдаемых при этом осложнений.

Материалы и методы. Изучены результаты РПХГ и ЭПСТ у 2992 больных с желчно-каменной болезнью (ЖКБ), осложненной механической желтухой доброкачественного генеза. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст $64,1 \pm 3,7$ года). РХПГ без лечебных манипуляций выполнена 156 (5,2%) больным. У остальных 2836 (94,8%) больных эндоскопическое вмешательство дополнено ЭПСТ, показаниями к которой явились холедохолитиаз у 2412 (80,7%) и стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) у 424 (14,1%).

Результаты. В начальные годы применения методики частота осложнений после ретроградных исследований составила 4% (45 из 1117 больных), в т.ч. панкреонекроз развился у 6 (0,54%) пациентов, 4 из которых умерли вследствие полиорганной недостаточности на фоне острого инфицированного жирового панкреонекроза с гнойным холангитом. После изменения тактики эндоскопических манипуляций и по мере усовершенствования техники процедуры в последние годы количество осложнений уменьшилось до 2,8% (52 из 1875 пациентов). В частности, частота панкреатита уменьшилась с 2 до 1,5%. Повышенную опасность возникновения панкреатита создавал наличие не увеличенного эластичного БДС с нерасширенным желчным протоком, особенно у молодых пациентов, что заметно затрудняло процесс канюляции холедоха и повышало травматичность процедуры. Частоту кровотечений после ЭПСТ удалось снизить до 0,5%. После разреза, даже при небольшой кровоточивости, делали инъекцию с имбибицией краев папиллотомной раны сосудосуживающими препаратами (адреналин). Частота холангита составила 0,6%. Низкие показатели развития холангита после РПХГ связаны с активной тактикой ведения больных с холедохолитиазом. При развитии постманипуляционного холангита проводили назобилиарное дренирование холедоха. После повторных санаций холедоха через назобилиарный дренаж, холангит разрешался и все больные были выписаны на амбулаторное лечение. Частота ретродуоденальной перфорации за изученные периоды составила 0,4%. При выявлении свободного газа в брюшной полости, эмфиземы забрюшинной клетчатки или пневмомедиастинума осуществляли

оперативное вмешательство, что выполнено 10 пациентам при этом летальность составила 40%.

Заключение. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства, представляющие в настоящее время альтернативу традиционным хирургическим операциям при лечении больных с различными заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, неизбежно сопровождаются связанными с вмешательством осложнениями. Знание о механизме развития этих осложнений дает возможность предотвратить их на ранних этапах и снизить послеоперационную летальность.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И.,

Ашуrow Ш.Э., Рахманов С.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в настоящее время являются методом выбора в лечении механической желтухи различной этиологии. С целью диагностики вначале производится эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ), а при необходимости одновременно можно выполнить эндоскопическую папиллотомию (ЭПТ) с литоэкстракцией при холедохолитиазе; стентирование и назобилиарное дренирование желчевыводящих путей (ЖВП) при желчной гипертензии опухолевого генеза.

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопических ретроградных вмешательств в лечении механической желтухи различного генеза.

Материалы и методы. За период с 2013-2017 гг. пролечено 545 пациентов с механической желтухой, которым в условиях рентгенооперационной под местной анестезией выполнена неотложная фибродуоденоскопия в сроки до 24 часов с момента поступления. Для транспапиллярных вмешательств использовали дуоденоскоп Olympus Th 1020, папиллотомы, двухпросветные канюли, проводники, корзинки Dormia от фирм OLIMPUS и COOK, транспапиллярные стенты 8, 9, 10 Fr. ЭПСТ с литоэкстракцией была выполнена - в 467 (85,7%) случаях, ЭПТ (при стенозирующем папиллите) - в 29 (5,3%) случаях, стентирование желчных протоков - в 18 (3,3%) случаях. При неэффективности транспапиллярной декомпрессии ЖВП у 31 (5,7%) больного выполнили чрескожную чреспеченочную холангиостомию под рентгенологическим контролем или ультразвуковой навигацией с использованием пункционных игл и дренажей типа pig-tail 7-12 Fr. с выполнением наружного или наружно-внутреннего дренирования.

Результаты. Неотложная фибродуоденоскопия выполнена у 545 больного, при этом транспапиллярные диапептические вмешательства признаны не эффективными в 31 (5,7%) случаях. Основными причинами неудачи эндоскопической декомпрессии являлись: невозможность проведения фибродуоденоскопии в связи со стенозом выходного отдела желудка - 3 больных; безуспешная канюляция общего желчного протока - 8 пациента; множественные и крупные камни в желчных протоках, неэффективность многократных попы-

ток эндоскопической литоэкстракции - 6 пациента; высокие стриктуры общего печеночного протока и неудачи в транспапиллярной реканализации сужения с помощью проводников - 6 больных; опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки больших размеров с невозможностью канюляции общего желчного протока - 3 больных; холедохолитиаз при ранее выполненной резекции желудка с гастроэнтероанастомозом - 5 случая.

В случаях безуспешной канюляции и больным с крупными камнями производили чрескожную чреспеченочную холангиостомию. После стабилизации состояния, желчной декомпрессии повторно выполняли эндоскопическую ретроградную холангиографию с канюляцией общего желчного протока по методике рандеву (rendez-vous) и последующей эндоскопической папиллотомией, литоэкстракцией. При неэффективности больные с крупными конкрементами холедоха подвергались лапароскопическим либо открытым методам операции. При стенозирующих опухолях в зоне ЖВП операция заканчивалась транспапиллярным стентированием.

Заключение. При лечении больных с синдромом механической желтухи эффективность транспапиллярной декомпрессии составляет 94,3%. Этапное лечение с применением чрескожной чреспеченочной холангиостомии и последующей рандеву методикой транспапиллярной канюляции общего желчного протока повышает эффективность малоинвазивных методов и является альтернативой полостных операций.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Коссе Д.М.,

Шаталов С.А., Пархоменко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Донецкая Народная Республика

Введение. В последние годы частота осложнённых форм жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) в мире достигает 52-66%. Холедохолитиаз (ХДЛ) наблюдается в 12,1-29,8% случаев и в 46,7-91,2% является причиной обтурационной желтухи. Хирургические вмешательства, выполняемые на фоне желтухи, сопровождаются большой частотой осложнений, а летальность достигает 14 - 32%. В настоящее время всё шире применяются малоинвазивные способы лечения. Наиболее оптимальным вариантом лечения осложнённой ЖКБ признан двухэтапный подход с декомпрессией жёлчевыводящих путей на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) признана оптимальным способом декомпрессии.

Цель исследования: оценить возможности ЭПСТ в лечении осложнённого холедохолитиаза.

Материалы и методы. За последние 9 лет в I хирургическом отделении ДокТМО выполнено 758 ЭПСТ, что составило 86,4% от всех пациентов с осложнённым ХДЛ. Мужчин было 204 (26,9%), женщин - 554 (73,1%). Средний возраст составил 56,4±2,1 лет. Для уточнения диагноза применяли ультразвуковое исследование, компьютерную или магнитно-резонансную томографию, эндоскопическую ретроградную

холангиопанкреатографию или чрескожную чреспеченочную холангиографию. ЭПСТ выполняли по стандартным методикам с помощью аппаратов FUJINON EPX – 201 H; PENTAX – 1000 (Япония) и С-дуги.

Результаты. Причинами нарушения проходимости общего жёлчного протока у больных явились: первичный ХДЛ – в 474 (62,5%) случаях, резидуальный ХДЛ – в 187 (24,7%) случаях, рецидивный ХДЛ – в 97 (12,8%) случаях. Первым этапом всем больным была выполнена ЭПСТ. При повышенном риске развития панкреатита до и после ЭПСТ вводили сандастатин, антибактериальные препараты, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные средства, блокаторы протонной помпы. В 24 случаях ЭПСТ не удалось выполнить из-за больших конкрементов в холедохе (17), парапапиллярного дивертикула, стеноза папиллы (7), этим пациентам выполнена лапаротомная операция. Вторым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), за исключением 9 пациентов, отказавшихся от дальнейшего лечения и 5 пациентов, у которых анестезиологический риск превышал операционный. В 24 случаях успешно применён разработанный нами «Назобилиарный катетер-дренаж» (патент №123095 от 12.02.2018 г.). В целом после ЭПСТ осложнения наблюдали в 113 (15,1%) случаях: острый панкреатит – у 63 с присоединением плевропневмонии у 11 из них и ферментативного перитонита – у 19. Кровотечение из папиллотомной раны наблюдали у 9 пациентов: в 1 случае оно было остановлено эндоскопически, в 1 – консервативно, а у одной пациентки, в связи с неэффективностью консервативной гемостатической терапии, выполнена лапаротомия, дуоденотомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. Холангит развился у 8 больных. Умерли 3 (0,4%) больных: 1 пациентка 69 лет - после купирования острого панкреатита на 7-е сутки от тромбоэмболии легочной артерии, 2 пациента – от прогрессирующего тяжёлого панкреонекроза.

Выводы. Двухэтапные вмешательства (ЭПСТ + ЛХЭ) целесообразно применять для лечения осложнённых форм ЖКБ, особенно у пожилых лиц с тяжёлой сопутствующей патологией.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ: АНАЛИЗ ПРИЧИН, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Шабунин А.В.^{1,2}, Коржева И.Ю.^{1,2}, Парфёнов И.П.^{1,2},
Нечипай А.М.², Бедин В.В.^{1,2}, Тавобиллов М.М.^{1,2},
Комиссаров Д.Ю.¹, Чернов М.В.¹**

¹ГБУЗ *Городская клиническая больница
им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия*

²ФГБОУ ДПО *Российская медицинская академия
непрерывного медицинского образования
Минздрава России, Москва, Россия*

В настоящее время эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТПВ) являются «золотым стандартом» лечения больных с синдромом желчной и панкреатической гипертензии. Эффективность и результативность лечебных ЭТПВ на билиарном тракте и протоковой системе ПЖ варьирует от 82 до

98,1%, а частота осложнений колеблется от 5 до 9% с общей летальностью до 0,33%.

В период 2015-2017 гг. в ГКБ им. С.П.Боткина ДЗМ выполнено 2030 эндоскопических транспапиллярных вмешательств, 64 (3,2%) из которых сопровождались осложнениями. Последние были представлены: острым панкреатитом (n=39 (1,9%), кровотечениями (n=14 (0,68%), ретродуоденальными перфорациями (n=11 (0,54%).

Наиболее частым осложнением был острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП), который у разных пациентов проявлялся различной клинической манифестацией, в разной степени выраженными клинико-лабораторными отклонениями и различными данными аппаратно-инструментального обследования. По результатам анализа причиной ОПМП явились: отек устья ГПП после ЭПСТ без выполнения профилактического панкреатического стентирования (n=19 (51,3%), длительные и/или многократные попытки канюляции (n=6 (16,2%), «тугое» контрастирование ГПП при выполнении ЭРПГ (n=4 (10,8%), перекрытие устья ГПП билиарным стентом (n= 11(29,8%). Панкреонекроз развился у 12 пациентов (32,4%), летальность составила 5,4% (2 пациента).

Вторым по частоте осложнением отмечено кровотечение из зоны ЭПСТ, основными факторами которого явились: высокий уровень билирубинемии, осложнённой коагулопатией, использование исключительно режима «резание» во время ЭПСТ. Для гемостаза при кровотечениях нами использовались: орошение зоны ЭПСТ холодным физраствором с адреналином (n=4); коагуляция сосуда (n=5); инфильтрация в подслизистый слой физраствора с адреналином (n=5); «баллонная» компрессия зоны ЭПСТ (n=1); клипирование сосуда (n=1). В ряде случаев (n=3) мы провели комбинированный эндоскопический гемостаз. Летальности при данном виде осложнения не отмечено.

Ретродуоденальные перфорации (РДП) были выявлены у 11 (0,5%) пациентов. Причинами РДП, на наш взгляд, явились: выполнение вмешательств у пациентов с пара- или перипапиллярными дивертикулами (n=4); холедохолитиаз в сочетании с нерасширенными желчными протоками (n=2); папиллостеноз (n=4); ретенноз в области ранее выполненной ЭПСТ (n=1). Техническими факторами, способствовавшими РДП, послужили «трудная» канюляция и надсекающая папиллотомия. Клинически РДП проявились эмфиземой и перитонеальными симптомами, диагностировались интраоперационно при рентгеноскопии, после чего в срочном порядке – при КТ с контрастированием. При доказанном в ходе выполнения вмешательства факте РДП в 8 случаях нами было выполнено билиодуоденальное стентирование саморасправляющимися металлическими стентами (с целью компрессионного «закрытия» перфорации), 3 больных были оперированы в срочном порядке в связи с перитонитом или развивающейся забрюшинной флегмоной. Летальность составила 18,2% (2 больных).

С целью уменьшения развития осложнений 305 (15%) больным выполнили в предоперационном периоде МРХПГ 185 (60,7%) и интраоперационном ЭУС 140 (45,9%) для уточнения причин нарушения пассажа желчи и выбора оптимального объёма ЭТПВ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, РАЗВИВШЕГОСЯ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Шаповальянц С.Г., Будзинский С.А.,
Федоров Е.Д., Котиева А.Ю.

ГБУЗ Городская клиническая больница № 31, Москва, Россия
ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский
медицинский университет им. Н.И. Пирогова»
Минздрава России, Москва, Россия
Научно-исследовательская лаборатория хирургической
гастроэнтерологии и эндоскопии, Москва, Россия

Общепризнанно, что наиболее часто встречающимся и опасным осложнением эндоскопических ретроградных транспапиллярных вмешательств является острый постманипуляционный панкреатит (ОПМП). В настоящее время стентирование главного панкреатического протока (ГПП) является широко применяющимся способом профилактики развития ОПМП и зарекомендовало себя весьма эффективным методом. Однако панкреатическое стентирование у больных с развившимся осложнением представляется новым, перспективным и обнадеживающим лечебным методом.

Цель исследования: ретроспективно оценить результаты эндоскопического ретроградного стентирования главного панкреатического протока в лечении ОПМП.

Материалы и методы. В период с 01.01.2009 по 01.01.2016 гг. в ГКБ №31 было выполнено 3366 ретроградных эндоскопических вмешательств. ОПМП развился у 33 (1,0 %) пациентов, среди которых женщин было 29 (87,9 %), мужчин - 4 (21,1 %). Средний возраст составил 57,7±11,1 года. Наиболее часто (в 17 (51,5%) случаях) развивался острый панкреатит легкой степени тяжести, средней - в 9 (27,3%), тяжелой - в 7 (21,2%). Показанием к первичным эндоскопическим

вмешательствам во всех наблюдениях являлась механическая желтуха, причиной которой были папиллостеноз (21), холедохолитиаз (9), интраампулярное образование БДС (1), стеноз устья ГПП (1) и ретенноз после ранее выполненной ЭПСТ (1). Острый панкреатит развился после ЭПСТ с литоэкстракцией в 22 (66,6%) случаях, после изолированной ЭПСТ – в 7 (21,3%), после ЭПСТ с дополнительной ВТ и изолированной ВТ – по 1 (3,0%) наблюдению, а также после баллонной папиллодилатации с частичной литоэкстракцией и неудачной попытки ЭРХПГ - по 1 (3,0%) случаю.

Результаты. Выполнить стентирование ГПП с целью лечения ОПМП предполагалось в 25 наблюдениях. Это удалось технически в 22 (88,0%) случаях, что привело к выздоровлению всех пациентов. Панкреатические стенты удалялись через 5–12 суток после их установки. Осложнение панкреатического стентирования развилось лишь в 1 (4,5%) наблюдении – обтурация эндопротеза белковыми преципитатами – которое было разрешено также эндоскопически, в результате чего больная выздоровела. При этом средний срок госпитализации составил 10,4±3,7 койко-дня. В остальных 11 (33,3%) наблюдениях, (в том числе в 3 случаях у больных с неудачной попыткой панкреатического стентирования), пациентам проводилась консервативное лечение. Летальность в этой группе больных составила 18, % (2 из 11). Средний срок госпитализации - 22,0±17,1 койко-дня.

Заключение. Эндоскопическое стентирование ГПП у пациентов с ОПМП технически выполнимо в 88,0% случаях. Причем панкреатическое стентирование является эффективным компонентом лечения данной категории больных – во всех наблюдениях после успешного выполнения стентирования ГПП пациенты выздоровели. При этом, тяжелых осложнений и летальных исходов не возникло, а срок госпитализации был ниже на 71,5%, что несет и экономическую выгоду. В тоже время в группе больных, которым панкреатическое стентирование не выполнялось, летальность составила 18,2%, при значимо большем сроке госпитализации.

VI. РАБОТЫ СЕКЦИИ МОЛОДЫХ УЧЁНЫХ (В ВОЗРАСТЕ ДО 35 ЛЕТ): «ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ, ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

РЕКУРРЕНТНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ В ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Абжапарова Б.С

АО «Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова» МЗ РК, Алматы, Казахстан

Трансплантация печени является наиболее эффективным методом лечения для терминальных заболеваний печени. Рекуррентные заболевания печени как вирусной, так и аутоиммунной этиологии, остаются актуальной проблемой трансплантологии. С внедрением в Клинические руководства препаратов прямого противовирусного действия для лечение хронического вирусного гепатита С, значительно улучшило прогноз реципиентов. Профилактика рекуррентных гепатита В и гепатита В с дельта-агентом остаются клинической проблемой, поскольку требуют постоянного мониторинга и приема нуклео(з)тидных аналогов. Точная частота и предрасполагающие факторы рецидива заболевания остаются спорными.

Цель исследования: проанализировать результаты исследования пациентов в посттрансплантационный период и выявить рекуррентные заболевания печени.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты исследования биопсий печени реципиентов, перенесших трансплантацию печени в период с 2011 по 2017 гг. За 6 лет биопсия была проведена 38 пациентам в посттрансплантационный период, из которых было 22 женщин, 11 мужчин, 5 детей.

Результаты. Причиной терминального заболевания печени у данных пациентов в 29,6% был гепатит D, в 21,6% - первичный билиарный холангит, 18,2% - пациенты с гепатитом B, 13,2% составили пациенты с гепатитом C и 2,7% - пациенты с аутоиммунным гепатитом. Среди обследованных 28 пациентов – это пациенты, перенесшие трансплантацию печени от живого родственного донора, что составляет 24,3% от всех пациентов с данным видом трансплантации. 9 человек, у которых были показания к биопсии печени были пациенты, перенесшие трансплантацию печени от посмертного донора, что составило 52,9% в группе больных после трансплантации от кадаверного донора.

Диагноз «отторжение» был выставлен в 16 (43,2%) случаях, включая острое «indefinite» отторжение (RAI 3) в 3 случаях из 37, острое отторжение минимальной степени (RAI 4–5) – 4, умеренной степени (RAI 6–7) - 4, выраженной степени (RAI 8–9) – 3 и хроническое отторжение - у 2 пациентов. Только 1 (2,7%) пациентов получали монотерапию, остальные пациенты – тройную иммуносупрессивную терапию. Среди пациентов с тяжелым отторжением - 1 случай с синдромом перекреста первичный билиарный цир-

роз-аутоиммунный гепатит. Пациенты с RAI 3 не получали пульс-терапию (метилпреднизолон), поскольку были диагностированы билиарные и септические осложнения. 1 случай – с установленными критериями хронического отторжения печени у пациентки с исходным первичным билиарным циррозом.

Рекуррентные заболевания печени диагностированы в 6 (случаях из 123 реципиентов, в том числе по биопсии печени – у 4, из которых у 2 обнаружен ПБЦ, у 2 – гепатит С. Также по 1 случаю приходилось на диагнозы: холангит, стеатоз, перфузионное повреждение. Билиарная обструкция (холестаза) диагностирована у 3 (7,8%) больных. Рекуррентный гепатит В с дельта-агентом возник на 3-ий год после трансплантации печени и проявлялся в появлении HBsAg при отрицательных результатах ПЦР на HBV DNA и HDV RNA в одном из случаев, виремии HBV и виремии HBV и HDV во втором и третьем случаях. Рекуррентный гепатит С был обнаружен у пациента с 1b и 3 генотипами. Из двух случаев неалкогольной жировой болезни печени у 1 пациента причиной стеатогепатита являются метаболические изменения, которые произошли de novo. Среди 20 детей у троих диагностирована рекуррентная цитомегаловирусная инфекция. При применении противовирусной терапии в течение 6 месяцев у 1 пациента сохраняется виремия.

Выводы. Диагностика рекуррентных заболеваний печени требует комплексного подхода с проведением дифференциального диагноза с отторжением, заболеваниями печени, возникших de novo, билиарных осложнений и лекарственно-индуцированным поражением печени. Лечение возвратного вирусного гепатита С и вирусного гепатита В проводится с учетом лекарственного взаимодействия с иммуносупрессивными препаратами и риском побочных эффектов.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА СИНДРОМА МИРИЗЗИ II ТИПА

Алиджанов Ф.Б., Гуломов Ф.К.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Частота встречаемости синдрома Мириizzi (СМ) среди всех осложнений желчнокаменной болезни по данным различных авторов составляет от 0,2 до 5,0%. Летальность при этом достигает до 14%.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 38 больных СМ II типа, которые находились на стационарном лечении в 2017 г., из них мужчин было 11 (28,9%), женщин – 27 (71,1%). Средний возраст больных составил 52 года. У всех обследованных больных при посту-

плении наблюдали явления механической желтухи с билирубинемией от 31 до 543 мкмоль/л. Клиника гнойного холангита имела у 23 (60,5%) больных.

Результаты. На первом этапе начинали с выполнения эндоскопических диагностических и оперативных вмешательств в виде ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), а при их неэффективности чрескожно-чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) и чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). РПХГ была выполнена 32 (84,2%) больным. РПХГ + ЭПСТ выполнена 19 (50%) больным с СМ II типа. Литоэкстракция удалась лишь у 2 (5,2%) больных после механической литотрипсии. Из-за несоответствия размеров ТОХ и конкремента литоэкстракцию не провели 30 (78,9%) больным: назобилиарное дренирование и отведение желчи выполнено 5 (13,1%) больным, эндобилиарное стентирование холедоха - 3 (7,9%). РПХГ была безуспешным у остальных 22 (68,7%) больным. Чрескожно-чреспеченочное дренирование выполнено у 3 (7,9%) больным. В экстренном и срочном порядке оперированы 27 (71,1%) больных. После купирования механической желтухи и холангита 11 (28,9%) больным проведены оперативные вмешательства в отсроченном порядке. Операция произведена лапароскопическим способом в отсроченном порядке в 2 (5,3%) случаях с II типом СМ. При этом после удаления конкремента произведено ушивание стенки холедоха и свища на дренаже Кера. Летальный исход наблюдали у 1 больного после операции в экстренном порядке, что составляло 2,6%. После отсроченных операций летальных исходов не наблюдали. 24 больным ликвидацию дефекта стенки холедоха осуществляли путем произведения пластики из стенки желчного пузыря и дренированием холедоха из области пластики через сформированный канал. Одному больному была проведена гепатикоеюностомия и ещё одному больному наложено гепатикодуоденостомия. У одной больной после дренирования холедоха по Вишневному, через 2 месяца после операции выявили рубцовую стриктуру гепатикохоледоха, больная была повторно оперирована, произведено наложение бигепатико-энтероанастомоза по Ру на транспеченочном дренаже-каркасе. У больных с пластикой свища с формированием пузырного протока по предложенной нами методике осложнений не было. После лапароскопических операций также осложнений не наблюдали.

Заключение. Хирургическое лечение больных СМ II типа вследствие наличия у них механической желтухи и гнойного холангита целесообразно проводить в два этапа. Одним из перспективных направлений является лапароскопическая пластика свища холедоха на дренаже Кера.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Аполлонов А.А.

ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»
МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Заболеваемость абсцессами печени (АП) варьирует от 5 до 45 случаев на 100 тысяч населения в год. Летальность составляет 5-22%, при развитии осложнений достигает 40%. Несмотря на внедрение миниинвазивных методик санации многие вопросы лечения АП остаются дискуссионными.

Цель исследования: разработать дифференцированный подход к выбору минимально инвазивного метода лечения АП.

Материалы и методы. Представлены результаты лечения 108 пациентов с АП, в период с 1999 по 2018 гг. Холангиогенные АП диагностированы в 49% случаев (из них контактные - 0,1%), криптогенные - 17,6%, гематогенные - 11,2%, посттравматические - 10,2%, послеоперационные - 5,5%, паразитарные - 6,5%. Чаще абсцессы были солитарными (60,2%), реже множественными (34,3%) и милиарными (5,5%). Для сравнительного анализа методик санации АП больные разделены на группы с однополостными солитарными абсцессами с применением пункционных (n=20) и дренажных (n=26) технологий, перенесшими чрескожное дренирование с антимикробной фотодинамической терапией (АФДТ) (n=16) и без АФДТ (n=27); с крупными многокамерными АП, радиочастотной абляцией (РЧА) (n=4) и без РЧА (n=7). Контактные АП (n=11) подверглись лапароскопическому дренированию с холецистэктомией. «Открытые» операции выполнены 7 больным при вскрытии АП в брюшную (n=5), правую плевральную (n=1) полости и при распространенном альвеококкозе, осложненном абсцедированием (n=1).

Результаты. Для стадии формирования АП (n=11) была характерна изоэхогенность (54,7%), нечеткость границ (78,7%), отсутствие газа (91%) и детрита (91,8%) (p<0,05). Стадию расплавления (n=24) характеризовали четкость границ (83,3%), наличие детрита (95,8%) и гипозохогенность (62,5%) (p<0,05). Жидкость (100%), газ (84,2%), интенсивное накопление контраста капсулой АП (100%) и анэхогенность (73,7%) являлись статистически значимыми признаками сформированного (n=19) АП (p<0,05). Изучение микробного пейзажа показало, что в большинстве случаев определялась монокультура (83,8%). В монокультурах приоритетным возбудителем АП явилась *Klebsiella pneumoniae* (39%), в ассоциациях - *Pseudomonas aeruginosa* (62,5%). Бактериemia отмечена в 44,4% случаев, которая в трети наблюдений представлена панрезистентными штаммами клебсиеллы.

Лечение холангиогенных АП (n=42) сопровождалось оперативным купированием холестаза. В большинстве случаев выполнялись эндоскопические методики: ЭПСТ (n=28) и литоэкстракция (n=18), назобилиарное дренирование (n=4), билиодуоденальное стентирование (n=10). При невозможности эндоскопического доступа, производили антеградное чрескожное дренирование желчных протоков (n=5), эндобилиарное стентирование (n=2). В 5 случаях потребовалась лапароскопическая холедохолитоэкстракция, дренирование холедоха, холецистэктомия.

Сравнительный анализ пункционных и дренажных методик лечения однополостных АП показал, что вероятность успешных пункций статистически значимо выше при абсцессах менее 100 мм (OR 0,033; CI 0,002-0,457; Pх=0,011). Шанс эффективных пункций статистически значимо выше при абсцессах в стадии расплавления (OR 0,074; CI 0,005-1,139; Pх=0,039). Дренирование в равной степени эффективно при любых размерах в стадии расплавления и сформированного АП.

16 больным с однополостными АП чрескожное дренирование дополнено АФДТ. Комбинация методов способствовала уменьшению сроков антибиотикотерапии с 12,6±0,7 до 9,1±0,4

дней ($p=0,001$), дренирования АП с $15,6\pm 1,6$ до $7,9\pm 0,5$ дней ($p=0,001$), койко-дня с $24,7\pm 3,0$ до $11,6\pm 0,5$ дней ($p=0,001$).

Наибольшую сложность в лечении представляли крупные многокамерные АП. С целью формирования единой полости для адекватного дренирования и создания в ней выраженного бактерицидного эффекта 4 больным с крупными многокамерными АП выполнена РЧА и чрескожное дренирование. Во всех случаях дренирование было однократным. Длительность нахождения пациентов после операции в стационаре составила $14,6\pm 3,9$ дней.

Выводы. Дифференцированный подход к выбору миниинвазивного лечения АП определяется этиологией, стадией развития, размером и формой полости деструкции.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Бабаджанов Ж.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Цель исследования: изучить эффективность региональной внутриартериальной антибиотикотерапии (РААТ) и целенаправленной иммунокоррекции (ЦИК) в профилактике панкреатогенной инфекции (ПИ) у больных тяжелым острым панкреатитом (ТОП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 76 больных ТОП, которых разделили на две группы однородных по полу, возрасту, этиологии, срокам, характеру и объему поражения, тяжести заболевания (по шкале АРАСНЕ) проходивших стационарное лечение за период с 2012 по 2016 год. Диагноз установлен в соответствии с международной классификацией (Атланта, 1992). Основную группу составили 36 (47,4%) пациентов, которым после катетеризации чревного ствола или верхней брыжеечной артерии по Сельдингеру в течение 7-10 дней проводилась круглосуточная РААТ, иммунокоррекция проводилась целенаправленно по результатам исследования иммунного статуса на 1-3 сутки от начала заболевания, в дальнейшем еженедельно. В контрольную группу вошли 40 (52,6%) пациентов, которым антибиотикотерапия проводилась посредством пункции центральных и периферических вен, иммунокоррекцию проводили эмпирически в соответствии с традиционными рекомендациями. В обеих группах проводили стандартный комплекс лечебных мероприятий, включающий консервативную терапию (дезинтоксикация, антисекреторная терапия, антибиотикотерапия, иммунокоррекция и др.) и хирургическое лечение.

Результаты. Из 36 пациентов с РААТ и ЦИК развитие ПИ отмечено у 5 (13,9%); умерло 3 (8,3%) пациента. По сравнению с контрольной группой, общая летальность и частота развития ПИ в группе с РААТ и ЦИК снизились в 2,5 раза ($p<0,01$) и в 4 раза ($p<0,01$) соответственно.

Заключение. Результаты применения РААТ и ЦИК в комплексном лечении показали их высокую эффективность в профилактике развития ПИ и уменьшении летальности у больных ТОП.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И КОРРЕКЦИЯ ДИСФУНКЦИИ СФИНКТЕРА ОДДИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ

Бабаджанов Ж.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Актуальность. В последнее десятилетие отмечается рост числа больных желчекаменной болезнью. Желчекаменная болезнь остается хирургической проблемой, а холецистэктомия является единственным эффективным методом ее лечения. Ежегодно в Узбекистане выполняется до 40 тысяч холецистэктомий. Несмотря на применение современных малоинвазивных способов выполнения операции, у части пациентов развивается дисфункция сфинктера Одди (ДСО). В результате оказываются обманутыми надежды пациента на выздоровление после операции, снижается качество жизни.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных вариантов дисфункции сфинктера Одди (ДСО) у больных пожилого и старческого возраста, перенесших холецистэктомию различными способами; оценить эффективность консервативного и оперативного лечения ДСО.

Материалы и методы. В исследование вошли 76 пациентов. В зависимости от характера ДСО больные были разделены на 3 группы по классификации Green-Hogan. Исследована частота развития ПХЭС у больных после холецистэктомии открытым способом – 25 (32,9%) пациентов (1 группа), а также операций, выполненных с применением мини-доступа – 27 (35,5%) больных (2 группа) и видеолaparоскопии – 24 (31,6%) больных (3 группа).

Результаты. Частота встречаемости дисфункции сфинктера Одди у пациентов, перенесших холецистэктомию, варьировала в зависимости от способа выполнения операции от 33,3% (3 группа) до 36% (1 группа) ($P>0,05$). Но структура дисфункции сфинктера Одди была различной. После холецистэктомии, выполненной традиционным открытым способом, чаще развивалась дисфункция сфинктера Одди 1 и 2 типов. У больных, которые были оперированы из мини-доступа и с использованием видеолaparоскопии, существенно реже встречался 2 тип ДСО, но среди пациентов 2 и 3 групп были больные с 3 типом ДСО. У пациентов с ДСО 1 типа была выполнена ЭПСТ – 10 больных. При ДСО 2 типа у 11 больных применяли консервативное лечение, и у 2 больных была произведена ЭПСТ. При наличии ДСО 3 типа использовали только консервативную терапию – 4 больных. ЭПСТ была произведена в общей сложности в 12 случаях, консервативную терапию проводили у 15 пациентов. Для консервативной терапии применяли дюспаталин, креон и ципрофлоксацин. Через 2 недели положительная клиническая динамика отмечена у 13 из 15 пациентов, что составило 86,6%.

Выводы. Использование малоинвазивных хирургических технологий не влияет на частоту развития дисфункции сфинктера Одди, но особенности функциональных нарушений в желчевыводящей системе напрямую зависят от способа операции. При ДСО 1 типа предпочтительно применение ЭПСТ. При ДСО 2 и 3 типов необходимо назначение адекватной консервативной терапии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ МИОФИБРОБЛАСТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

Байгуисова Д.З., Батталова Г.А., Науменко Ю.А.

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

Аннотация. Воспалительная миофибробластическая опухоль – редко встречающаяся доброкачественная опухоль, не имеющая характерных клинических проявлений и характерных ультразвуковых и томографических признаков (КТ и МРТ).

Клинический случай: Пациент 34 лет, с жалобами на боли в правом подреберье в течении 1 года, обратился к эндокринологу по месту жительства, где было проведено ЭФГДС с выявлением эрозии желудка. После проведения консервативного лечения рекомендовано дообследование, виде магнитно-резонансной томографии (МРТ) органов брюшной полости (ОБП). Заключение МРТ: МРТ признаки патологического образования 4-5 сегментов печени, необходимо дифференцировать между гепатоцеллюлярной карциномой и паразитарным поражением (альвеококк?). Гиперплазия лимфатических узлов в области ворот печени, парааортальных и паракавадных лимфатических узлов. Невыраженная гепатомегалия, за счет гипертрофии правой доли печени. Далее было проведено УЗИ ОБП. Заключение: гипозохогенное образование S7II печени (размерами 33x28мм).

Боли в правом подреберье сохранялись. Пациент обратился в ННЦХ им. А.Н. Сызганова, где для уточнения было проведена компьютерная томография ОБП с контрастным усилением.

КТ ОБП: В проекции SV, VI, VIII печени отмечается наличие гиподенсного образования неправильной формы, размерами 10,0x4,7x6,0 см, неоднородной структуры, плотностью +33+40 ед. Н, с нечеткими, неровными контурами. После введения контрастного вещества (КВ) в порто-венозную фазу отмечается неравномерное накопление КВ по периферии образования. Образование прорастает воротную вену (ВВ) и переднюю ветвь ВВ. Заключение: очаговое поражение печени, КТ-картина наиболее соответствует периферической халангиокарциноме с прорастанием в ВВ, правую переднюю ветвь ВВ.

После консультации хирурга пациент госпитализирован в ННЦХ им. А.Н. Сызганова, где проведена операция – правосторонняя анатомическая гемигепатэктомия, с последующим гистологическим исследованием макропрепарата.

Гистология. Морфологическая картина образования была представлена полями фибробластов и миофибробластов с участками миксоматоза и некроза, с формированием гранулем типа инородных тел, хронической воспалительной диффузной круглоклеточной инфильтрацией. Среди фибробластов отмечаются крупные звездчатые клетки с гиперхромными атипичными ядрами и просматривающимся ядрышками. В стенке воротной вены отмечается умеренная лимфо-плазмоцитарная инфильтрация. Заключение: воспалительная миофибробластическая опухоль правой доли печени без признаков злокачественности, с фокусами воспаления воротной вены. Иммунофенотип CD68, CD45, Citokeratin AE/AE3, SMA -положительный. ICD-O-Code: 8825/1.

Заключение. Продемонстрирована сложность дифференциальной диагностики псевдовоспалительных опухолей пече-

ни, как по средствам УЗИ, так и по средствам томографических методов исследования, что требует во всех случаях предоперационной биопсии и последующего иммуногистохимического исследования препарата.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА

Байгуисова Д.З., Батталова Г.А., Науменко Ю.А.

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

Аннотация. Нейроэндокринные опухоли (НЭО) желудочно-кишечного тракта – это относительно редкое заболевание (составляют менее 2% всех опухолей этой локализации). Тем не менее, отмечает увеличение частоты заболеваемости, с ежегодным приростом на 3%. НЭО объединяют группу эпителиальных новообразований, происходящих из нейроэндокринных клеток. Чувствительность компьютерной томографии для всей группы НЭО органов брюшной полости и забрюшинного пространства составляет 90,4%. Частота ложноотрицательных результатов - 9%.

Материалы и методы. В период 2016-2017 гг. на базе ННЦХ им. А.Н. Сызганова по средствам компьютерной томографии (КТ) с болюсным контрастированием были определены 13 случаев нейроэндокринных образований органов брюшной полости и забрюшинного пространства. В дальнейшем 10 пациентов были прооперированы, с последующим проведением гистологического исследования.

Результаты. В результате проведения компьютерной томографии, КТ-картина более соответствовала нейроэндокринным образованиям органов брюшной полости и забрюшинного пространства с локализацией: в поджелудочной железе - 9 случаев, в правом надпочечнике – 1 случай. КТ-картина образований поджелудочной железы: образования тканей плотности, с относительно четкими контурами. После введения контрастного вещества, образования интенсивно неравномерно накапливают контрастное вещество, без симптома «wash out». Образование надпочечника на КТ определяется как образование, с четкими неровными контурами, плотностью +19 - +33 ед. Н, имеет неоднородную структуру, неравномерно накапливает контрастное.

Морфологическая картина, была представлена следующими нозологическими формами: нейроэндокринная макроаденома поджелудочной железы ICD-O-Code:8150/0 - 1 случай, нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы с низкой степенью злокачественности (G1) ICD-O-Code:8240/3 - 2 случая, нейроэндокринный рак поджелудочной железы крупноклеточный вариант ICD-O-Code:8013/3 – 2 случая, мелкоклеточный вариант ICD-O-Code: 8041/3-1 случай, нейроэндокринная опухоль поджелудочной железы умеренной степени злокачественности (G2) ICD-O-Code:8249/3 - 2 случая, комбинированный протоково-нейроэндокринный рак ICD-O-Code:8154/3 - 1 случай. Образование правого надпочечника было представлено доброкачественной феохромоцитомой альвеолярного строения ICD-O-Code:8700/1 - 1 случай.

Заключение. Сопоставляя лучевые данные и данные комплексного морфологического исследования, выявлено совпадение во всех исследуемых случаях, за исключением протокового нейроэндокринового рака, в котором не был установлен протоковый компонент.

3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ - ВАЖНЫЙ ИНСТРУМЕНТ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

Бакунец Ю.П., Бакунец П.П.

*Национальный медицинский университет
им. А.А. Богомольца, Киев, Украина*

*Киевский городской центр хирургии заболеваний печени,
желчных протоков и поджелудочной железы
имени акад. В.С. Земскова, Киев, Украина*

Введение. В последнее десятилетие улучшение результатов лечения больных с очаговым поражением печени происходит благодаря развитию хирургических методик и технологий, неудержимый прогресс позволяет максимально сузить гепатологические критерии нерезектабельности и снизить уровень послеоперационных осложнений. После резекции печени уровень послеоперационных осложнений находится в пределах 20-60%, а уровень послеоперационной летальности 2-15%.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с очаговым поражением печени.

Материалы и методы. В основе данной работы лежит анализ результатов лечения 132 больных, которым выполнено резекцию печени в период с 2013 по 2017 год.

Всем пациентам проводили предоперационное виртуальное 3D-моделирование печени с выполнением КТ-волюметрии печени, сегментации печени, артериальной и венозной сосудистой реконструкцией. Виртуальное моделирование 3D-моделей проводил рентгенолог при участии хирурга, этап планирования операции включал проведение виртуальной линии резекции, определение анатомических особенностей печени и отношение очагов к сосудисто-секреторным структурам. Во время хирургического вмешательства в операционной сопоставляли 3D-модели с интраоперационной картиной, что позволило уверенно идентифицировать анатомические структуры и патологические образования, избегать повреждения сосудисто-секреторных структур, особенно при выполнении сегмент-ориентированных резекций.

Диагностика функционального состояния паренхимы печени включала изучение синтетической, выделительной и дезинтоксикационной функций. Для диагностики синтетической функции определяли биохимические маркеры и показатели коагулограммы. Выделительную функцию обследовали, используя динамическую сцинтиграфию. Детоксикационную функцию обследовали путем выполнения метацистинового дыхательного теста.

Все известные методы определения объема резекции печени ограничиваются расчётом необходимого остаточного объема для нормально функционирующей паренхимы печени, а это наблюдается всего у 30,5% больных. Поэтому с целью прогнозирования острой пострезекционной печеночной недоста-

точности мы предложили определение коэффициента резекции печени, который позволяет объединить в один расчёт объем и функцию остаточной паренхимы. Объем остаточной паренхимы печени получали путем выполнения КТ-волюметрии, а количество функционирующих гепатоцитов путем гепатосцинтиграфии.

Расчет выполняли в два этапа:

первый: $\omega = V1 / V2$;

ω - коэффициент объема (массы) остаточной паренхимы печени; V1 - объем паренхимы, что остается (см); V2 - общий объем свободной паренхимы от очагового поражения (см);

второй: $F = \omega \cdot \rho / 100$;

F - коэффициент резекции печени; ρ - количество функционально способных гепатоцитов остаточной доли (%);

Результаты. Выполнено 86 (65,2%) экономных резекций печени и 46 (34,8%) расширенных. Среди экономных резекций выполнялись сегмент-ориентированные резекции с удалением не более трех сегментов. Расширенные резекции включали гемигепатэктомии – 39 (84,8%) и трисекционэктомии – 7 (15,2%). Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 37 больных, что составило 28%. Послеоперационная печеночная недостаточность наблюдалась в 30 (22,7%) пациентов. Общая послеоперационная летальность составила 6,1%, умерло 8 больных.

Выводы.

1. Предоперационное виртуальное 3D-моделирование печени продемонстрировало информативность в оценке анатомических особенностей и достаточности сохранения объема паренхимы печени.
2. Разработанный коэффициент резекции печени позволяет прибегнуть к профилактическим мерам развития печеночной недостаточности на всех этапах хирургического лечения больных.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Вагин П.В.

МАУЗ «Городская клиническая больница №40»

г. Екатеринбург, Россия

*ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России, Екатеринбург, Россия*

Абсцессы печени являются относительно редким заболеванием с частотой встречаемости 13:100000 взрослого населения и сопровождающиеся высокой летальностью (20% - 38%). Тактические подходы в лечении абсцессов печени остаются дискуссионными.

Цель исследования: оценить эффективность пункционно-дренирующих вмешательств при лечении абсцессов печени.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 49 пациентов с абсцессами печени за десятилетний период с 2009-2018 гг., (мужчин – 23 (47%) и женщин – 26 (53%). Средний возраст составил 62,7±6 лет.

Для оценки этиологического фактора использовали классификацию Meyers (2001) Холангиогенные абсцессы диагно-

стированы у 15 (31%) больных, травматические - в 3 (6%), кишечные выявлены в 2 (4%) случаях, гематогенные - у 5 (10%) пациентов, порталные - у 4 (8%) пациентов, криптогенные - в 20 (41%) случаях.

Абсцессы до 3 см обнаружены у 8 (16%) больных, от 3-5 см – у 7 (14%) пациентов, с размером полости 5-10 см - в 30 (61%) случаях, полость более 10 см отмечена у 4 (8%) больных.

После верификации диагноза (УЗИ, КТ) в зависимости от диаметра абсцесса применяли следующие тактические подходы. Больным с полостью до 3 см - проводили консервативную антибактериальную терапию, при ее неэффективности выполняли пункцию абсцесса. Пациентам с диаметром абсцесса от 3 до 5 см выполняли пункцию с аспирацией. Однокатетерное дренирование проводили у пациентов с размерами абсцесса от 5 до 10 см, двухкатетерное дренирование – свыше 10 см. Открытое дренирование выполняли по следующим показаниям: отсутствие клинического успеха, прорыв абсцесса в брюшную полость, деструкция опухоли и при наличии многокамерных абсцессов.

При проведении пункционно-дренирующих вмешательств устанавливали дренажи типа pig tail MIT (Россия) 9-14 Fr по методике В.Г. Ившина.

Для оценки результатов лечения использовали следующие критерии:

- 1) технический успех – адекватное дренирование полости абсцесса, позволяющее добиться клинического успеха;
- 2) клинический успех – регрессия воспалительного синдрома, уменьшение полости по данным КТ, УЗИ, прекращение дебрита по дренажу;
- 3) осложнения: кровотечение, дислокация дренажа;
- 4) летальность.

Результаты. Консервативное лечение проведено 9 (18%) пациентам. Пункционно-дренирующие вмешательства осуществлены у 28 (47%) больных (пункция с аспирацией у 3 (6%) пациентов, однокатетерное дренирование – 18 (38%) случаях, двухкатетерное дренирование – 7 (14%). Открытое дренирование выполнено у 12 (24%) больных.

Конверсия пункционного доступа в открытый была выполнена у 4 пациентов: вследствие перфорации стенки абсцесса дренажом в 2 (4%) случаях, из-за неэффективности дренирования у 2 (4%) человек.

Технический успех пункционно-дренирующих вмешательств составил 88%.

При проведении пункционно-дренирующих операций возникло кровотечение легкой степени тяжести из раневого канала в 2(4%) случаях. Дислокацию дренажа наблюдали у 2 (4%) пациентов.

Летальность составила 16% (8 пациентов), причиной смерти больных послужили септический шок, полиорганная недостаточность, ТЭЛА. Средние сроки госпитализации составили 15,1±2 суток.

Заключение. Пункционно-дренирующие вмешательства являются эффективным способом в лечении абсцессов печени, позволяющие добиться клинического эффекта в 82% случаев.

МАЛОТРАВМАТИЧНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Венгеров В. Ю.

ГБУЗ Городская клиническая больница
им. С. П. Боткина, Москва, Россия

Введение. За последнее десятилетие регистрируется неуклонный рост заболеваемости хроническим панкреатитом и его осложнений. Псевдокисты поджелудочной железы встречаются в 20-40% случаев. Применение дренирования под эндосонографическим наведением позволило улучшить результаты лечения этой категории больных.

Материалы и методы. В отделение хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с января 2008 по апрель 2018 г. находились на лечении 92 больной с хроническим панкреатитом, осложненным псевдокистами поджелудочной железы. Средний возраст пациентов составил 53 года (от 20 до 70 лет), большую часть больных мужчины 74 (80,4%), женщин 18 (19,6%). Средний размер кист составил 95±42мм. У 10 (10,9%) больных выявлены псевдокисты поджелудочной железы менее 5 см, данная группа больных находится под динамическим наблюдением. Пункционно-дренирующий способ под УЗ-контролем применяли с 2008 г. и был применен у 29 (31,5%) больных. Внутреннее дренирование псевдокист под эндосонографическим контролем начали выполнять с 2013 г. и применили 53 (57,6%) больным. Нитиновый стент использовали в 30 (32,6%) наблюдениях, дренирование двумя пластиковыми стентами выполняли - в 23 (25%).

Результаты. Послеоперационной летальности не было. В группе больных, которым выполняли пункционно-дренирующий способ в раннем послеоперационном периоде было 5 (17,2%) осложнений (дислокация дренажа 4 больных, внутрибрюшное кровотечение 1 больной) в позднем послеоперационном периоде у 7 (24,1%) больных сформировались неполные наружные панкреатические свищи. В группе больных после внутреннего дренирования пластиковыми стентами в раннем послеоперационном периоде выявлено 2 (8,6%) инфицирование псевдокисты, а в позднем диагностировано 3 (13%) дислокации стентов. У 1 (0,33) пациента в раннем послеоперационном периоде после дренирования нитиновым стентом имело место инфицирование псевдокисты, а в позднем 1 (0,33%) дислокация дренажа.

Выводы. Использование эндоскопических способов дренирования псевдокист поджелудочной железы позволяет улучшить результаты лечения и отказаться от более травматичных хирургических вмешательств у данной категории больных.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Досханов М.О., Скакбаев А.С., Баймаханов Ж.Б.,
Каниев Ш.А., Биржанбеков Н.Н.

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

Актуальность. Билиарные осложнения являются одной из частых и серьезных проблем после трансплантации

печени (ТП). Важным этапом работы специалистов у таких пациентов является профилактика, выявление и коррекция билиарных осложнений. Настоящее исследование отражает результаты коррекции билиарных осложнений нашего Центра.

Материалы и методы. В период с декабря 2011 по сентябрь 2017 гг. выполнена 85 ТП в ННЦХ им. А.Н. Сызганова и городской клинической больницы №7 (Алматы, Казахстан). ТП от живого родственного донора (ТПЖД) выполнена 68 (80%) пациентам, от посмертного донора - 17 (20%) пациентам. При предоперационной магнитно-резонансной холангиографии у живых доноров были выявлены следующие варианты желчных протоков: тип А выявлен в 52 (76,5%) случаях, тип В - в 6 (8,8%), тип С - в 10 (14,7%) случаях. Интраоперационную холангиографию выполняли всем живым донорам трехкратно (до транссекции, после транссекции, после завершения резекции печени). Каркасное дренирование применялось в 32 случаях, в 34 случаях каркасное дренирование не применялось.

Результаты. В послеоперационном периоде у 17 пациентов развились билиарные осложнения. Выживаемость пациентов после ТП составила: 1 год - 84,2%; 3 года - 78,9%; 5 лет - 78,9%. При анализе билиарных осложнений в зависимости от типов желчных протоков получили следующие результаты: Тип А выявлен у 52 (76,5%) пациентов и из них у 9 (17,3%) развились билиарные осложнения (желчеистечение - 4, стриктура - 9). Тип В выявлен у 6 (8,8%) пациентов и из них у 3 (50%) пациентов развились билиарные осложнения (желчеистечение - 1, стриктура - 3). Тип С определяли у 10 (14,7%) пациентов, из них у 5 (50%) пациентов развились билиарные осложнения (желчеистечение-1, и стриктура-4).

Желчеистечение коррегировалось чрескожным методом у 7 (41,2%) пациентов: по поводу биломы - у 4 (23,5%) пациентов; открытая операция по поводу желчного перитонита - у 2 (11,8%) пациентов; проведено динамическое наблюдение у 1 (5,9%) пациента с неполным наружным желчным свищем, желчный свищ закрылся через 2 недели самостоятельно, но через 1,5 года развилась билиарная стриктура.

ЭРХПГ + эндобилиарное стентирование выполнена у 11 пациентов с билиарными стриктурами, эффективность в 5 (45,5%) случаях. У 2 пациентов выполнена ЧХС с антеградным стентированием. Методика Рандеву была выполнена у 2 пациентов (чрескожный +эндоскопически метод). Холангиоеноанастомоз наложен у 5 (29,4%) пациентов, из них 4 случая завершились успешно, а у 1 пациента развился рецидив рубцового процесса в билиодигестивном анастомозе. Одному реципиенту с билиарным осложнением была выполнена ретрансплантация от посмертного донора с положительным эффектом.

Выводы. Билиарные осложнения в большинстве случаев корригируются миниинвазивными способами, что является основной тактикой лечения, однако если невозможно ее провести прибегаем к открытой хирургической операции. Совершенствование методов коррекции билиарных осложнений приведет к улучшению результатов после ТП в целом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ЭЛАСТОГРАФИИ

Дроздов Е.С.

ОГАУЗ Томский областной онкологический диспансер, Томск, Россия

Цель исследования: оценить диагностические возможности ультразвуковой эластографии в дифференциальной диагностике кистозных образований поджелудочной железы.

Материалы и методы. В исследование включены 70 пациентов (31 (44,3%) мужчина и 39 (55,7%) женщин, в возрасте от 26 до 75 лет (48,9±1,9 года) с кистозными образованиями поджелудочной железы различной этиологии. Исследование выполняли натощак, после стандартного ультразвукового осмотра органов брюшной полости. Эластографию у всех пациентов выполняли с помощью конвексного датчика с частотой 1-6 МГц. После выбора области интереса с целью стабилизации изображения производили фиксацию положения руки на 4-6 с. В каждой зоне проводили 5-10-кратное измерение сначала в режиме компрессионной эластометрии, затем пациенту предлагали выпить 200,0-400,0 дегазированной жидкости для получения достаточного акустического доступа к поджелудочной железе и выполняли измерения в режиме эластографии сдвиговой волной. Оптимизацию производили изменением степени компрессии, карты окрашивания, динамического диапазона и продолжительности персистенции. Очаговые образования дифференцировали:

- 1) по наличию цветового окрашивания в структуре образования, его интенсивности;
- 2) по характеру окрашивания (однородное, неоднородное);
- 3) по характеристике размеров (площади окрашивания) в сравнении с размерами очагового поражения в серошкальном изображении.

Количественную оценку жесткости тканей или скорость сдвиговой волны проводили в зонах интереса (внутри образования, на границе с неизменной тканью и в неизменной ткани поджелудочной железы), оценивали: 1) среднее значение; 2) стандартное отклонение; 3) коэффициент соотношения показателей таргентной и рефферентных зон.

Результаты. При выполнении обследований получены следующие результаты. Значения модуля Юнга в псевдокисте - 16±2,27 кПа, коэффициент соотношения - 2,4±0,72, серозная цистаденома - коэффициент жесткости 30±7,4 кПа, коэффициент соотношения 1,3±0,86; муцинозная цистаденома - коэффициент жесткости 78,5±11,6 кПа, коэффициент соотношения 3,2±0,55; цистаденокарцинома - коэффициент жесткости 100±10,6, коэффициент соотношения - 8±1,9. Коэффициент соотношения 5 – больше данных за злокачественный процесс. Чувствительность разработанной методики составляет 97%, а специфичность 75%.

Выводы. Разработанный способ диагностики может быть применен в клинической практике, как современный метод дифференциальной диагностики кист поджелудочной железы.

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ТЕРАПИЯ У МАЛОВЕСНЫХ ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Еримова Н.Ж.

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

Цель исследования: представить первый опыт иммуносупрессивной терапии у маловесных детей после трансплантации печени.

Материалы и методы. С марта 2016 г. выполнено 18 трансплантации печени от живого родственного донора у детей. Возраст пациентов был в пределах от 6 месяцев до 8 лет. С билиарной атрезией было 15 (83,3%) пациентов, с аутоиммунным гепатитом - 2 детей, с первичной гипероксалурией - 1. С массой тела меньше 7,0 кг было 15 детей, у всех поводом для трансплантации явилась билиарная атрезия (группа исследования). Девочек было 10 (66,7%) и мальчиков 5 (33,3%).

Результаты. Все реципиенты после трансплантации печени получали трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию (преднизолон в течение 3-х месяцев, микофенолат мофетил в течение 1 года, такролимус или циклоспорин пожизненно). Сроки наблюдения от 3-х месяцев до 2,5 лет. Начало иммуносупрессивной терапии 2-5 сутки после операции. Тактика была определена только после получения данных о начальной функции трансплантата печени и степени его ишемического/реперфузионного повреждения (активность АлаТ и АсаТ, показатели белково-синтетической функции и коагулограммы), а также степени острого повреждения почек (диурез, уровень креатинина и мочевины), функции желудочно-кишечного тракта. Такролимус получали 12 (80%) детей, циклоспорин - 3 (20%). 1 ребенку циклоспорин был заменен на такролимус, в связи с аллергической реакцией в виде кожных проявлений. Неврологическая симптоматика развилась у 2 детей: 1 с активной формой ЦМВ и у 1 ребенка связано с токсическим эффектом иммуносупрессивной терапии (циклоспорин). Острая почечная недостаточность развилась у 2 (11,1%) детей, ее удалось купировать консервативными методами лечения и временной отменой иммуносупрессивной терапии. Отмечено 4 (22,3%) случая сепсиса, острый криз отторжения развился интраоперационно у 1 (5,5%) ребенка, дисфункция трансплантата - у 1 (5,5%) ребенка с гипероксалурией после симультанной трансплантации, кровотечение - 1 (5,5%).

Выводы. Для маловесных детей рекомендуемая доза такролимуса назначаемая в первые 24-48 ч. после операции должна составлять не более 0,03-0,05 мг/кг/сутки. При развитии угрожающей лейкопении при одновременном назначении микофенолатов, валганцикловира и ко-тримоксазола коррекцию доз или отмену препарата (препаратов) следует провести индивидуально с учетом соотношения рисков отторжения и развития инфекционных осложнений.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЭНДОБИЛИАРНОГО ЛАВАЖА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Зияев Ш.А., Усмонов У.Д.

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с холедохолитиазом, осложненным желтухой и холангитом.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 61 больных с холедохолитиазом, осложненным желтухой и холангитом, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Помимо конкрементов в желчном пузыре и холедохолитиаза также диагностировали: катаральный (25%), фибринозный (23,5%) и гнойный холангит (27,9%), билиарный панкреатит (13,2%), парапузырный инфильтрат и абсцесс (7,4%), местный перитонит (3,0%).

Предварительную декомпрессию желчевыводящих путей с эндобилиарным лаважем (ЭБЛ) применили у 32 (52,4%) больных, на втором этапе хирургического лечения использовали минилапаротомный доступ по методике клиникит (основная группа исследования). Традиционная хирургическая тактика лечения использована у 29 (47,6%) больных.

Результаты. Всем 32 больным на первом этапе выполнили эндоскопические операции с диагностическими вмешательствами: ЭПСТ, ЭРПХГ с эндоскопической литоэкстракцией и НБД – 14 (43,7%) больным; эндоскопическую папиллотомию, ЭРПХГ с эндоскопической литоэкстракцией и НБД – 12 (37,5%) больным; эндоскопическую механическую литотрипсию с литоэкстракцией и НБД – 6 (18,5%) больным.

Второй этап лечебной тактики выполнили всем больным основной группы: минилапаротомия, холецистэктомия - у 31 (96,9%) больных, с применением открытого лапаротомного метода (верхне-срединная лапаротомия) оперирован 1 (3,1%) больной.

Способ эндобилиарного лаважа: всем 32 больным после оперативных вмешательств проводили ЭБЛ с применением 0,02% антисептика Декасана в комплексе лечения. ЭБЛ проводили через установленные наружные дренажи холедоха или назобилиарные дренажи капельным методом по 100 мл 3 раза в сутки. Перед использованием препарат подогревали до температуры тела и добавляли 0,5% раствор новокаина. Соотношение раствора новокаина и Декасана - 1:3. Курс лечения составлял в среднем 5-7 дней. Дальнейшее продолжение курса лечения, увеличение частоты лаважа проводили по показаниям, основываясь на характере течения заболевания по данным бактериологических исследований желчи, срокам устранения холангита и желтухи.

Уровень лейкоцитоза в основной группе больных нормализовался уже на 2-3 сутки после операции на 29,6% относительно исходных данных. Уровень ЛИИ достиг нормальных значений на 4-5 сутки после оперативных вмешательств, что указывает на то, что при таком сочетании комплексной терапии

наблюдается более ранний и выраженный клинический эффект.

При традиционном лечении эта динамика была не столь быстрой и выраженной. Динамика уровня ИЭИ убедительно показывает, что использование эндобилиарного лаважа и мини-доступа за счет воздействия на ЭИ, значительно повысило эффективность дезинтоксикационной терапии.

Выводы. Предварительная декомпрессия с применением эндобилиарного лаважа и минилапаротомного доступа в комплексе лечения способствовала эффективной коррекции биохимических показателей, показателей ЭИ, тем самым компенсирует общее состояние больных и уменьшает риск оперативного вмешательства, а также создает предпосылки для активных восстановительных процессов послеоперационного периода.

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫХ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ

Казаков И.В., Ванькович А.Н., Ким П.П., Елизарова Н.И.

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

Цель исследования: анализ накопленного за год опыта робот-ассистированных гастропанкреатодуоденальных резекций у пациентов с новообразованиями головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха.

Материалы и методы. В отделе хирургии печени и поджелудочной железы с апреля 2017 г. в радикальном лечении новообразований головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха используется роботический комплекс DaVinci. За год (с апреля 2017 по апрель 2018 гг.) выполнено 13 робот-ассистированных гастропанкреатодуоденальных резекций по поводу злокачественных (n=12) и доброкачественных (n=1) новообразований головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха (n=1). Возраст больных составил в среднем 63±6,1 года (от 54 до 75 лет). Женщин было 69% (n=9), мужчин – 31% (n=4). В случаях злокачественных новообразований в 75% степень распространенности первичной опухоли была «Т3», в 25% Т2. В 53% у пациентов в анамнезе были лапаротомии.

Результаты. Средняя продолжительность операции - 675±109 мин, при этом отмечено снижение среднего времени операции в 1,5 раза по мере накопления опыта. Средняя кровопотеря составила 250±100 мл, гемотрансфузий не требовалось. Конверсия доступа в верхне-срединную лапаротомию потребовалась в одном случае и была обусловлена трудностями в выделении верхней брыжеечной вены от опухоли. Осложнения, требующие хирургического вмешательства (IIIА, В по Clavien-Dindo) отмечены в 31% случаев: обусловлены формированием панкреатической фистулы класса «В» по ISGPS (у обоих больных интраоперационно диагностирована «мягкая» поджелудочная железа) - в 2 случаях, инфицированным жидкостным скоплением в зоне операции и в одном случае частичной несостоятельностью билиодигестивного анастомоза - в 1 случае. Во всех случаях осложнения были скорректированы пункцион-

но-дренажными методами лечения. Летальных исходов на госпитальном периоде не было. В среднем послеоперационный койко-день составил 15±8 дней, пребывание в реанимационном отделении составило 3±1,6 дня. Среднее количество найденных в препарате лимфоузлов составило 12±6, частота R0 края резекции отмечена в 92%.

Заключение. Накопленный за год опыт робот-ассистированных гастропанкреатодуоденальных резекций позволяет положительно оценить роль роботического комплекса DaVinci в радикальном лечении новообразований головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха, в том числе при распространенности опухоли «Т3» и предшествующих лапаротомиях у пациента. Совершенствование техники операции и накопление опыта перспективно в отношении снижения количества осложнений и сроков послеоперационного стационарного лечения пациентов, а также в улучшении их качества жизни и раннем начале адьювантной химиотерапии в случае онкологического характера заболевания.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДИКИ PAIR (PUNCTION, ASPIRATION, INJECTION, REASPIRATION)

Каниев Ш.А., Серикулы Е., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б.
АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан

Введение. Одной из актуальных проблем в абдоминальной хирургии Казахстана является цистный эхинококкоз печени, вызываемый у человека ленточным гельминтом *Echinococcus granulosus*. Традиционным методом лечения является хирургический метод, однако с развитием новых технологий в медицине, появилась оптимальная альтернатива лечению эхинококкоза, основанная на малоинвазивных технологиях, заключающаяся в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии PAIR под ультразвуковым наведением.

Цель исследования: проанализировать и оценить эффективность нового метода лечения PAIR, внедренного в нашей клинике.

Материалы и методы. Материалом для данного исследования послужил ретроспективный анализ данных 9 пациентов, перенесших PAIR в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии ННЦХ им. А.Н. Сызганова в период с декабря 2017 по апрель 2018 гг. Средний возраст составил 37 (24–45) лет. Первичный эхинококкоз печени выявлен у 5 (57%) больных. Рецидивный ЭП выявили у 4 (43%) больных. По локализации кист: в правой доле печени – 3 (43%) больных, в левой доле печени - 2 (28%); в обеих долях - у 2 (28%) больных. Средний размер кисты составил 10 x 9 см. Профилактика альбендазолом до и после PAIR была обязательной. Антипаразитарные средства, используемыми в PAIR, - 30% NaCl и 90 спирт этиловый.

Результаты. Согласно классификации Gharbi, пункция была выполнена 3 пациентам со стадией CE1, CE2 – 1, CE3 - 4, CE4 – 1 пациенту. Среднее время пребывания в стационаре для пациентов, которым проводилась методика PAIR, состави-

ло 8 дней. Послеоперационных осложнений не наблюдалось. У всех пациентов на контрольных УЗИ исследованиях отмечалась положительная динамика в виде отслоившейся оболочки, без жидкостного компонента.

Выводы. Внедренное малоинвазивного вмешательства PAIR с последующей консервативной терапией положительно влияют на сокращение пребывания пациента в стационаре. Применение минимально инвазивных технологий позволяет повысить эффективность лечения у наиболее тяжелой категории больных с сочетанным эхинококкозом легких, печени. Так как данная методика позволяет в большинстве наблюдений избежать комбинированных операций, сопряженных с высокой травматичностью вмешательств.

ПРОГНОЗ ПРОГРЕССИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОСЛЕ РЧА СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Козлов А.М., Фролов С.А.

ГБУЗ Самарский областной клинический онкологический диспансер, Самара, Россия

Цель исследования: изучить факторы прогноза риска прогрессии заболевания после РЧА синхронных множественных метастазов колоректального рака (КРР) в печень при циторедуктивных операциях.

Материалы и методы. В исследование вошли 78 пациентов с IV стадией КРР, которым выполняли операцию по удалению первичной опухоли с РЧА синхронных метастазов в печень, с последующим проведением химиотерапии.

Для определения факторов, позволяющих прогнозировать риск развития рецидивов на первом году наблюдения после циторедуктивной операции с РЧА синхронных множественных метастазов КРР в печень, был проведен многофакторный анализ с применением логистической регрессии для построения математической модели. Изначально в модель в качестве предикторов были включены 10 предикторов: возраст, пол, уровень опухолевой инвазии T (2,3,4), регионарные метастазы N (0,1,2), индекс метастатического поражения печени (ИМПП), дифференцировка опухоли (G1, G2, G3), значение СА-242 до операции в Ед/мл, значение СЕА до операции в нг/мл, значение СА19-9 до операции в Ед/мл, мутационный статус гена KRAS.

Результаты. В результате анализа были получены 3 наиболее значимых предиктора: СЕА; мутационный статус гена KRAS; ИМПП – предложенная нами величина, которая рассчитывается как произведение суммы диаметров метастазов в печень на их количество, результат представляет собой целое число, удобное в статистической обработке. Эти предикторы вошли в математическую модель. На основании полученной модели разработана компьютерная программа, которая со специфичностью 92,5%, чувствительностью 97,3%, точностью 94,8% позволяет рассчитать риск развития прогрессии заболевания в первый год после циторедуктивной операции. Это позволяет определить место РЧА в алгоритме лечения больных КРР IV стадии с синхронными метастазами в печень.

Применение РЧА при циторедуктивных операциях позволило достигнуть трехлетней безрецидивной выживаемости 22,7% и пятилетней общей выживаемости 4,3%.

Выводы. Индекс метастатического поражения печени, мутационный статус гена KRAS, дооперационные значения СЕА являются прогностически значимыми факторами, позволяющими прогнозировать на дооперационном этапе риск развития прогрессии заболевания после РЧА и определить показания к выполнению РЧА во время циторедуктивной операции.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ СПОСОБОВ СЕКВЕСТРАКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Колотильщиков А.А.

ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗМ, Москва, Россия

ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного медицинского образования Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Панкреонекроз отмечается в среднем у 20% больных острым панкреатитом, характеризуется значительным количеством осложнений и летальных исходов (при инфицировании от 15 до 39%). В последнее время в лечении инфицированной формы деструктивного панкреатита наряду с традиционными способами секвестрактомии применяются малотравматичные: пункционно-дренирующий (ПДС), эндоскопическая транслюминальная секвестрактомия (ЭТС), видеосистированная ретроперитонеоскопическая секвестрактомия (ВАРС).

Цель исследования: определение показаний к выбору малотравматичных способов секвестрактомии у пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В хирургической клинике Боткиной больницы за период с 2012 по 2018 гг. проанализированы результаты лечения 241 пациента с инфицированным панкреонекрозом, послужившим показанием к оперативному лечению. ПДС был использован в 203 случаях. ВАРС использована в комплексном лечении 20 пациентов, из них: ПДС+ВАРС у 6 пациентов, ПДС+ВАРС+открытый способ у 14 пациентов. ЭТС применена в 14 случаях.

При выборе способа секвестрактомии применены разработанные в нашей клинике модели панкреонекроза в зависимости от локализации зон некроза в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Результаты. Применение ПДС в сочетании с консервативной терапией привело к излечению 32 пациентов (13,3%) без необходимости использования открытого способа секвестрактомии. В данной группе мелкоочаговый панкреонекроз («Модель-1») был диагностирован у 7 пациентов, у 13 пациентов инфильтрат по «левому типу» («Модель-2»), у 8 пациентов инфильтрат по правому типу («Модель-3»), а у 4 пациентов – инфильтрат по «смешанному типу» («Модель-4»).

ВАРС использовали в качестве самостоятельного способа секвестрактомии у 6 пациентов. Максимальное количество эндоскопических санаций забрюшинного пространства - 6. Инфильтрат по «левому типу» диагностирован у 4 пациентов из данной группы, инфильтрат по «правому типу» - в 2 случаях. У 14 пациентов, которым была выполнена ВАРС, в дальнейшем

потребовалось применение открытого способа секвестрэктомии, что было обусловлено распространенностью патологического процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке (инфильтрат по «смешанному типу»).

ЭТС была использована в качестве самостоятельного способа у 8 пациентов. Указанный способ применен в лечении пациентов с диагностированными очагами деструкции и жидкостными скоплениями, локализованными в центральной части поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, тесно прилегающими к задней стенке желудка, либо ДПК, при условии отграничения зон некроза. Средняя частота эндоскопических ревизий 4,1. ЭТС дополняли ПДС для обеспечения адекватной санации зон деструкции в 6 случаях.

Отмечено 4 осложнения: аррозивное кровотечение - 3, толстокишечный свищ - 1. При использовании малотравматичных способов (в рамках этапного лечения) отмечен 1 летальный исход.

Выводы. Выбор способа секвестрэктомии определяется локализацией очагов деструкции в ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатке.

ВАРС в комбинации с ПДС является эффективным малотравматичным способом секвестрэктомии в лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом и формированием инфильтрата по «левому» и «правому» типам. ВАРС целесообразно сочетать с открытым способом в случае деструктивного процесса, наблюдаемого при распространении инфильтрата по «смешанному типу».

ЭТС показана пациентам с отграниченными зонами некроза, локализованными в центральной части поджелудочной железы и забрюшинной клетчатке, тесно прилегающими к задней стенке желудка или ДПК.

МЕСТО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МИРИЗЗИ Осипов А. В.

*ГБУ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова»
МО РФ, Санкт-Петербург, Россия*

Синдром Мириizzi (СМ) – редкое осложнение желчнокаменной болезни, часто манифестирует только появлением механической желтухи. Раннее выявление пациентов с СМ затруднено из-за неспецифичности жалоб и клинических проявлений. Особенную проблему составляет хирургическая тактика в комплексном подходе к лечению больных с СМ.

Цель исследования: проанализировать непосредственные результаты эндовидеохирургического лечения пациентов с синдромом Мириizzi.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ случаев лечения пациентов с СМ, поступивших в НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе в период с 2011 по 2018 гг. Всего выявлено 34 случая из 2148 холецистэктомий, проведенных в течение указанного периода, что составляет 1,58%, из них было 27 женщин (79,4%) и 7 (20,6%) мужчин. При стратификации больных использовали классификацию A. Csendes и соавт. Выявлен синдром Мириizzi 1 типа в 18 (52,9%) случаях, II

типа – 8 (23,5%), III типа – 2 (5,9%), IV типа – 6 (17,6%). В экстренном порядке выполнено 20 (58,9%) операций, в плановом – 14 (41,1%). При этом, только 26 (75,5%) пациентов точный диагноз был поставлен до операции. В остальных 8 (24,%) случаях СМ был обнаружен интраоперационно.

Результаты. Все операции начинались лапароскопическим доступом, затем выполнялась интраоперационная холангиография. При выявлении плотного инфильтрата и невозможности безопасной диссекции, в 16 (47%) случаях выполнена конверсия доступа на лапаротомию. В остальных наблюдениях произведена лапароскопическая тотальная или субтотальная холецистэктомия, с пластикой стенки общего желчного протока (при СМ 3 и 4 типа) и дренированием ОЖП.

Число осложнений достоверно не различалось в группах с конверсией доступа и лапароскопических операций и составило 18,8% и 16,6% соответственно. Средняя длительность госпитализации была 11,3 и 12,1 дней соответственно ($p=0,2$). Летальных исходов не было. На основе анализа лечения пациентов с СМ разработаны методические рекомендации по диагностике и лечению указанного заболевания в стационаре скорой помощи.

Выводы. Лечение синдрома Мириizzi является сложной задачей для хирургов. Эндовидеохирургические операции могут применяться в лечении СМ при условии подготовленности хирургической команды и наличия оборудования.

ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Садыков Ч.Т., Досханов М.О., Скакбаев А.С.,
Биржанбеков Н.Н., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А.,
Нурланбаев Е.К., Сериккулы Е.С.

*АО «Национальный Научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова», Алматы, Казахстан
Городская клиническая больница №7, Алматы, Казахстан*

Актуальность. Билиарные осложнения (БО) - одна из частых осложнений после операции по трансплантации печени (ТП). Ранняя диагностика и коррекция БО на сегодняшний день являются актуальной проблемой центров, выполняющих трансплантацию печени. Среди инструментальных исследований - ультразвуковой метод является одним из методов выбора диагностики БО и определения дальнейшей тактики ее коррекции (стриктуры и желчеистечения).

Цель исследования: определение роли ультразвуковой диагностики при БО после ТП и проведения манипуляции чрескожной-чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС).

Материалы и методы. С декабря 2011 года по сентябрь 2017 г. было выполнено 85 трансплантаций печени взрослым реципиентам в ННЦХ им. А.Н. Сызганова и ГКБ №7 (Алматы, Казахстан), из них от живого родственного донора 68 (80%) реципиентам и от посмертного донора 17 (20%) пациентам. В послеоперационном периоде у 17 пациентов развились билиарные осложнения.

Результаты. Все живые родственные доноры в зависимости от типов желчных протоков по Couinaud получили следующие

щее распределение: тип А выявлен у 52 (76,5%) пациентов, из них у 9 (17,3%) развились билиарные осложнения (желчеистечение - 4, стриктура - 9); тип В выявлен у 6 (8,8%) пациентов, из них у 3 (50%) пациентов развились билиарные осложнения (желчеистечение - 1, стриктура - 3); тип С определялся у 10 (14,7%) пациентов, из них у 5 (50%) пациентов развились билиарные осложнения (желчеистечение - 1, стриктура - 4).

Желчеистечение коррегировалось методом чрескожного дренирования под УЗ контролем у 7 (41,2%) пациентов: по поводу биломы - у 4 (23,5%) пациентов, открытая операция по поводу желчного перитонита - у 2 (11,8%) пациентов, у 1 (5,9%) пациента с неполным наружным желчным свищем проведено динамическое наблюдение, желчный свищ закрылся через 2 недели самостоятельно, но через 1,5 года развилась билиарная стриктура. ЧЧХС с антеградным стентированием выполнена у 2 пациентов. Методика Рандеву была выполнена у 2 пациентов (чрескожный +эндоскопический метод). Холангиоеноанастомоз у 5 (29,4%) пациентов, из них 4 случая завершились успешно, а у 1 пациента развился рецидив рубцового процесса в билиодигестивном анастомозе.

Выводы. Чрескожно-чреспеченочными методы является основной тактикой лечения БО на первом этапе лечения стриктур, при неэффективности или невозможности выполнения эндоскопической коррекции. Совершенствование методов диагностики и своевременной коррекции билиарных осложнениях приведет к улучшению результатов после ТП в целом.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВИРОВАНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю.,
Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ургенч, Узбекистан

Цель исследования: снижение числа случаев рецидивирования эхинококкоза печени, путем интраоперационной сколецидной обработки остаточной полости.

Материалы и методы. Произведен ретроспективный анализ отдаленных результатов эхинококкэктомий 45 пациентам, оперированным по поводу эхинококкоза печени за период 2016-2018 гг. Больные разделены на две группы. В первую группу вошли 20 (44,4%) больных, в числе которых у 4 пациентов отмечен рецидивный эхинококкоз; вторую группу составили 25 (55,6%) больных, в том числе четверо с рецидивным эхинококкозом. Все пациенты до операции прошли клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования, в том числе УЗИ, КТ, МРТ.

Больным первой группы за три дня до операции назначался Зентел 12 мг/кг/сутки. В первой группе закрытая эхинококкэктомия выполнена у 12 пациентов, полузакрытая эхинококкэктомия у пяти, идеальная эхинококкэктомия - у одного, перистэктомия у одного и атипичная краевая резекция печени у одного пациента. Остаточная полость после эхинококкэктомии обрабатывалась раствором 5% йода, затем производилась ультразвуковая кавитация ультразвуком низкой частоты (УЗНЧ) с использованием раствора декасана в течение 3-5 минут. Во

второй группе производилась закрытая эхинококкэктомия с частичной перистэктомией, у одного – полузакрытая эхинококкэктомия, у двух – атипичная резекция, у одного – идеальная эхинококкэктомия, перистэктомия – в одном случае. Остаточную полость после эхинококкэктомии обрабатывали раствором 5% раствора йода и 80% глицерином.

Результаты. Во второй группе у 13 больных в течение трех дней после операции наблюдалось повышение температуры до 38 – 39 °С, недомогание и слабость. В первой группе послеоперационное течение было гладкое. Больным, у которых произведена эхинококкэктомия полузакрытым способом, остаточная полость промывалась раствором Декасана через дренажную трубку. У 6 больных из дренажной трубки в течение 5±1 сутки наблюдалось отделяемое серозно-геморрагического характера. Операционные раны зажили первичным натяжением. Среднее пребывание больных в стационаре составило 9±1 дней. Все пациенты находились под наблюдением в течение месяца, затем, после повторных УЗИ, произведенных амбулаторно, удалялись дренажные трубки из остаточных полостей. Всем пациентам было рекомендовано принимать Зентел по 10-12 мг/кг 2 раза в день в течение 28 дней и после 14 дневного перерыва пройти повторную трехкратную химиотерапию. Ретроспективное обследование всех пациентов обеих групп через два года после операции показал отсутствие рецидивирования заболевания.

Выводы. УЗНЧ обладает мощным гермицидным эффектом и не менее эффективно по сравнению с альтернативными методами обработки остаточной полости химическими препаратами. Даже на 1–2 минутные воздействия УЗНЧ на ЗЭЭ вызывает выраженную альтерацию клеток и других структур герминативной оболочки. Дегенерация выводковых капсул и протосколексов, сопровождаемая разрушением их мембранных компонентов, носит необратимый характер. Дооперационное использование альбендазола и обработка остаточной полости ультразвуковой кавитации остаточной полости (УЗНЧ) с раствором Декасана, в течение 3-5 минут и последующее проведение трехкратной химиотерапии является важным фактором для эффективной профилактики рецидивов.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Сапаев Д.Ш., Рузибаев Р.Ю., Якубов Ф.Р.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Ургенч, Узбекистан

Актуальность темы. Нагноение эхинококковых кист печени (НЭКП) считается самым тяжелым осложнением эхинококкоза печени, которое с большой вероятностью рецидивируется. Частота встречаемости НЭКП составляет 9,5-16% (Ветшев П.С. с соавт. 2006 г.).

Цель исследования: Совершенствование хирургического лечения нагноившихся эхинококковых кист печени.

Материалы и методы. Были изучены результаты диагностики и лечения 231 больного, оперированного по поводу

эхинококкоза печени на базе кафедры “Общей хирургии, травматологии и ортопедии” Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии в отделении абдоминальной хирургии Хорезмского областного многопрофильного медицинского центра в период с 2010 по 2017 годы. НЭКП было диагностировано у 31 (13,4%) пациента, из них первичные операции - 23 (74%) пациентов, с рецидивом - 8 (26%) пациентов. НЭКП расположено в правой доле печени у 26 (83,9%) пациентов, у 18 из них оно расположено в VII-VIII сегментах, нагноившаяся эхинококковая киста расположена в левой доле у 5 (16,1%) пациентов. Многочисленные неосложненные кисты вместе с НЭКП наблюдали у 7 пациентов. Разрыв эхинококковой кисты во внутривнутрипеченочные желчные пути произошел у 2 (6,5%) пациентов, в правую плевральную полость - у 1 (3,2%) пациента. Кроме нагноения в кисте, у 3 (9,7%) пациентов также были выявлены желчные свищи.

Закрытую эхинококкэктомиию с частичной перицистэктомией произвели у 13 больных; полузакрытую эхинококкэктомиию - у 10, атипичную резекцию - у 2. Сочетанные осложнения (нагноения и желчный свищ) выявлены у 3 больных. Закрытая эхинококкэктомиия произведена у 2 больных, полузакрытая эхинококкэктомиия - у 1. В нашей клинике у 1 больного был нагноившийся желчно-бронхиальный свищ (выполнена передне-боковая торакотомия справа, правосторонняя нижняя лобэктомия, ликвидация желчного свища, эхинококкэктомиия печени через дефект диафрагмы полузакрытым способом, дренирование правой плевральной полости).

Нагноившаяся и прорвавшаяся в желчные протоки эхинококковая киста была обнаружена у 2 больных, из них рецидивный - у 1 больного. Цистобилиарный свищ определялся диаметром от 0,8 до 1,0 см, из него выделялась эхинококковая жидкость, поступающее в желчные протоки. Была произведена симулантная операция: ликвидация желчного свища с использованием заплаты из фиброзной капсулы, закрытая эхинококкэктомиия с частичным перицистэктомией, холецистэктомиия, наружная холедохостомиия.

Остаточную полость после эхинококкэктомиии обрабатывали 3% перекиси водорода, Декасана и 5% йода.

Все больные получали антибактериальную, дезинтоксикационную терапию, дыхательную гимнастику и гепатопротекторы для улучшения функции печени.

Результаты. В соответствии с изученными данными пациентов экспозиция Декасана составляла 3 – 5 минут. На контрольных УЗИ у пациентов жидкости в остаточных полостях и в брюшной полости не были обнаружены. Желчеистечения из дренажной трубки не наблюдали. Всем пациентам было рекомендовано принимать Зентел по 10-12 мг/кг 2 раза в день в течение месяца и после 15 дневного перерыва пройти повторную адьювантную химиотерапию.

Закключение. Устранение желчных свищей, с использованием заплаты из фиброзной капсулы и обработка полостей антисептическими средствами и гермицидами, экспозиция полости раствором Декасана в течение 3-5 минут через полихлорвиниловую трубку и параллельное проведение адьювантной химиотерапии являются важными факторами при лечении НЭКП и считаются эффективной профилактикой рецидивов.

РОЛЬ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ХОЛАНГИОГРАФИИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ФРАГМЕНТА ПЕЧЕНИ ОТ ЖИВОГО ДОНОРА

Скакбаев А.С., Досханов М.О., Баймаханов Ж.Б., Каниев Ш.А., Садыков Ч.Т., Нурланбаев Е.К., Сериккулы Е.С., Биржанбеков Н.Н.

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

Актуальность. В странах с низким количеством посмертных доноров печени чаще проводится трансплантация печени (ТП) от живых родственных доноров. Важность отсеивания живых доноров на этапе предоперационного обследования является важной частью прижизненного донорства фрагмента печени. В частности, предоперационная магнитно-резонансная холангиография (МРХГ) и рутинная интраоперационная холангиография (ИОХГ) дают возможность прогнозировать и проводить профилактику билиарных осложнений после ТП.

Цель исследования: определение роли факторов риска билиарных осложнений после ТП, руководствуясь данными предоперационной МРХГ и ИОХГ донорам.

Материалы и методы. В период с декабря 2011 года по сентябрь 2017 гг. 85 взрослым пациентам была выполнена ТП в ННЦХ им. А.Н. Сызганова и городской клинической больницы №7 (Алматы, Казахстан). ТП от живого родственного донора выполнена в 68 (80%) случаях. При предоперационной МРХГ у доноров были выявлены следующие варианты желчных протоков по Couinaud: тип А - 52, тип В - 6, тип С - 10 случаев. Всем живым донорам рутинно выполняли ИОХГ трехкратно, до транссекции паренхимы печени, после транссекции печени, и контрольная холангиография после завершения резекции печени. Далее после билиарной реконструкции реципиенту также выполняли ИОХГ.

Результаты. Тип А выявлен в 52 (76,5%) случаях, тип В - у 6 (8,8%) доноров и тип С - в 10 (14,7%) случаях. Интраоперационно были выявлены дополнительные желчные протоки в 4 случаях. По данным ИОХГ перед транссекцией печени у 3 доноров были выявлены дополнительные желчные протоки, которые на предоперационной МРХГ не были визуализированы. У донора был выявлен дополнительный желчный проток правой доли печени при контрольной ИОХГ после транссекции паренхимы печени в 1 случае.

В послеоперационном периоде у 17 (20%) пациентов развились билиарные осложнения. Билиарные осложнения - желчеистечение у 7 (10,3%) пациентов, билиарные стриктуры - у 16 (94,1%) пациентов. Билиарная стриктура после желчеистечения развилась у 6 (8,8%) пациентов. При желчеистечении у 7 пациентов выполнены: чрескожные методы лечения - у 4 пациентов с билемой; открытая операция по поводу желчного перитонита - у 2 пациентов; у одного пациента с неполным наружным желчным свищем проведено динамическое наблюдение, желчный свищ закрылся через 2 недели самостоятельно, но через 1,5 года развилась билиарная стриктура.

При всех случаях билиарных стриктур, в первую очередь, выполняли миниинвазивные методы коррекции. У 11 пациентов ЭРХПГ + стент, что было эффективно в 5 (45,5%) случаях. ЧЧХС с антеградным стентированием была выполнена у 2 паци-

ентов. была Методика Рандеву была применена у 2 пациентов (чрескожный +эндоскопический метод). При неэффективности минимально инвазивных методов выполняли открытую хирургическую операцию в объеме разобщение билио-билиарного анастомоза и формированием ХЕА у 5 пациентов, из них 4 случая успешно, у 1 пациента развился рецидив рубцового процесса в билиодигестивном анастомозе. Одному реципиенту с билиарным осложнением была выполнена ретрансплантация от посмертного донора с положительным эффектом. Летальные исходы, связанные с билиарными осложнениями, были в 3,5% случаев (3 больны).

Выводы. МРХГ и ИОХГ имеют важную роль для реконструкции желчных протоков и профилактики билиарных осложнениях после трансплантации печени от живого донора.

ВЫСОКИЕ РЕЗЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Султанова Р.С.

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Махачкала, Россия

Ещё 40 лет назад операции по поводу очаговых поражений печени проводились крайне редко из-за несовершенства методов диагностики и лечения, летальность при этом достигала 50%. Серьезным толчком в развитии хирургической гепатологии послужило внедрение современных диагностических методов: УЗИ, КТ, МРТ, ангиографии, что позволило выявлять очаговые поражения печени на ранних стадиях и в значительной степени расширило контингент пациентов, которым стало возможным оказать квалифицированную помощь. Применение современных технологий для почти бескровных операций на печени, миниинвазивных методов, развитие эндовидеохирургии снизили риск осложнений и летальных исходов до минимума. Радикальными операциями при очаговых поражениях печени возможны при наличии подготовленных хирургов-гепатологов, обеспечении операционной высотехнологичными резекционными устройствами и организации адекватной интенсивной терапии. В последние годы, в хирургической гепатологии апробируются такие высокотехнологичные устройства, как: ультразвуковые диссекторы и деструкторы-аспираторы, система микроволновой абляции Valleylab, система гемостаза LigaSure, плазменный и лазерные скальпели и т.д.

Цель исследования: уточнить эффективность использования различных резекционных технологий при проведении радикальных оперативных вмешательств на печени по поводу ее очаговых поражений.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2018 гг. в клинике произведено 96 резекций печени при различных очаговых поражениях. Опухоли были отмечены у 54 (56,3%) пациентов, в частности: вторичный (метастатический) рак печени – 28 (51,9%), кавернозная гемангиома – 15 (26,6%), гепатоцеллюлярная карцинома – 7 (12,4%) пациентов, холангиокарцинома с гилузной локализацией – 4 (7,1%). Остальные 42 (43,7%) пациента были оперированы по поводу эхинококкоза печени. Произведены следующие виды операций: атипичные резекции – 55 (53,8%), левосторонняя гемигепатэктомия – 31 (32,3%), щадящая хиатальная резекция печени – 7 (6,8%), правосто-

ронняя гемигепатэктомия – 3 (3,1%). В зависимости от использованной резекционной технологии все пациенты распределены на две группы. В основной группе (52 (54,2%) пациента) для резекции печени были использованы: электрохирургический нож для рассечения гилусовой капсулы, ультразвуковой деструктор-аспиратор для вапоризации паренхимы печени и ультразвуковой диссектор для пересечения интрапаренхиматозных трубчатых структур. В контрольной группе (44 (45,8%) пациента) резекция печени была произведена с использованием электрохирургического ножа, LigaSure, механическим путем разрушена паренхима печени по линии резекции. Послеоперационные осложнения оценивали по классификации Dindo-Clavien, в течении 60 дней.

Результаты. В основной группе пациентов медиана кровопотери составила 110 (95 - 130) мл, в контрольной 250 (180 - 300) мл ($p < 0,05$). Уменьшение кровопотери при использовании ультразвуковых резекционных устройств оказалось существенным, чем при применении других устройств. Послеоперационные осложнения развились у 38,3% пациентов. Осложнения 1-й и 2-й степени наблюдались в 59% случаев: в основной группе - 7, в контрольной - 12. Желчный свищ отмечен у 3 пациентов контрольной группы. Осложнения 3- и 4-й степени наблюдали у 7 пациентов: в основной группе - у 2, в контрольной - у 5. Летальных исходов в анализируемой выборке не было. Медиана послеоперационного койко-дня в основной группе составила 11 (6 - 16) дней, в контрольной - 16 (11 - 21).

Выводы. Представленные результаты демонстрируют преимущества применения ультразвуковой резекционной технологии при резекции печени.

ОСЛОЖНЕНИЯ АНТЕГРАДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА, ЛЕЧЕНИЕ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

В настоящее время для разгрузки желчных путей выполняют антеградные и ретроградные вмешательства для немедленного восстановления желчеоттока. Ретроградные вмешательства не всегда выполнимы в связи с наличием разных анатомических и хирургических противопоказаний. В таких случаях выполняется антеградная декомпрессия желчных протоков. Выявление и устранение возможных осложнений после антеградных вмешательств является одной из актуальных вопросов экстренной хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 348 больных с механической желтухой злокачественного генеза которым проведена чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Для определения уровня поражения и тактики чрескожного дренирования использовали классификацию Бисмута-Корлета. При этом опухоль располагалась в области ворот печени у более 55% больных. Результаты ЧЧХГ выявили следующие причины механической желтухи: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха - у 72 (20,7%) больных, опухоль ворот печени по Бисмут

I - у 54 (15,5%) больных, опухоль ворот печени по Бисмут II – 52 (14,9%), опухоль ворот печени по Бисмут IIIa – 55 (15,8%), опухоль ворот печени по Бисмут IIIb – 58 (16,6%), опухоль ворот печени по Бисмут IV – 57 (16,3%). Всем больным во время ЧЧХГ одновременно произведена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, при этом наружное дренирование произведено 287 (82,4%) больным, наружно-внутреннее дренирование – 61 (17,6%). В 4 случаях дренировать билиарное дерево не удалось, манипуляция была завершена дренированием паренхимы печени для профилактики кровотечения из пункционного канала.

Результаты. Осложнения после ЧЧХС наблюдали у 40 (11,5%) больных, из них гемобилию наблюдали у 12 (3,4%) больных; кровотечение из пункционного канала - у 10 (2,8%) больных. Эти осложнения были ликвидированы гемостатической терапией. Также выявили перфорацию желчного пузыря у 2 (0,6%) больных, дислокацию дренажа и желчеистечение в брюшную полость - у 3 (0,8%), кровотечение из пункционной раны в брюшную полость – 1 (0,3%). Этим больным потребовалась экстренная операция. Гнойный холангит с прогрессированием печеночно-почечной недостаточности развился у 12 (3,4%) больных. Умерло 9 (2,6%) пациентов. Общая летальность составила 1,8%. Причиной летального исхода было нарастание печеночно-почечной недостаточности у больных с сепсисом.

С целью профилактики кровотечения всем больным перед проведением антеградных вмешательств брали анализ на ПТИ, при этом в случаях, когда у больного ПТИ был ниже 85% перед вмешательством проводили плазматрансфузию. Профилактика гнойного холангита заключалась в предварительной антибактериальной терапии и проведения антибактериальной терапии по чувствительности к антибиотикам. Также, при наличии гнойного холангита проводили только наружную холангиостомию.

Заключение. Чрескожные чреспеченочные вмешательства, представляющие в настоящее время альтернативу традиционным операциям при механической желтухе, неизбежно сопровождаются связанными с вмешательством осложнениями. Знание возможных осложнений этих манипуляций, а также факторов их развития и частоты позволяют уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить прогноз заболевания.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Тупикин К.А.¹, Байдарова М.Д.², Жариков Ю.О.³

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

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

Проблеме лечения абсцессов печени зачастую не уделяется должного внимания. При отсутствии адекватного лечения абсцессы могут приводить к развитию тяжелых осложнений и

даже летальным исходам. Алгоритм диагностики и тактики лечения находится в процессе разработки и до настоящего времени не является универсальным.

Цель исследования: изучение результатов лечения пациентов с абсцессами печени различного генеза в ближайшем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 44 пациентов, находившихся на лечении в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского за период 2013 -2016 гг. по поводу абсцессов печени. Среди пациентов женщин было 23 (52,3%), мужчин - 21 (47,7%), возраст был в пределах 21 - 88 лет, средний возраст – 55,8 лет. С целью диагностики выполняли УЗИ брюшной полости, МСКТ или МРТ брюшной полости, при наличии желтухи - магнитно-резонансную холангиопанкреатографи. В качестве лечения всем пациентам выполняли чрескожную пункционн-дренажную санацию очагов абсцедирования под УЗ-контролем в сочетании с их дренированием. Открытые операции производили при развитии осложнений, неэффективности пункционн-дренажного лечения, либо в качестве второго этапа многоэтапного лечения.

Результаты. Абсцедирование имело холангиогенную природу у 21 (47,7 %) пациентов, Причиной абсцедирования стало инфицирование биломы - 3 (6,8 %), тромбоз воротной вены и ее ветвей - у 5 (11,4%), холангиоцеллюлярный рак с распадом - у 2 (4,5%), нарушение перфузии по ветви печеночной артерии - у 1 (2%), гепатоцеллюлярный рак с распадом - у 1 (2%), нагноившаяся гематома печени после ТАХЭ - у 1 (2%), предшествующая РЧА - у 1 (2%). Причина абсцедирования осталась неясной у 9 (20%) пациентов.

Чрескожное дренирование произведено 28 (63,6%), пункционные санации без дренирования – 13 (29,5%) пациентам. Открытое хирургическое вмешательство в объеме анатомических и атипичных резекций печени, некрэктомии и дренирования полости абсцесса выполнено 5 (11,4%) пациентам, при этом 4 (9,1%) больным первым этапом проводили пункции и/или дренирования полости абсцесса. Открытая операция произведена в связи с осложнением дренирования в 1 (2,3%) случае. Чрескожное дренирование было неэффективным в 2 (4,6%) случаях, у 1 (2,3%) пациента имелось нарушение перфузии по правой печеночной артерии. 2 (4,6%) пациентов оперированы по поводу опухолей печени, чрескожное дренирование было проведено им первым этапом.

Все пациенты получали комплексное консервативное лечение, в том числе этиотропную антибактериальную терапию при выявлении возбудителя (у всех пациентов исследован микробный пейзаж). В послеоперационном периоде различные осложнения отмечали в 3 (7%) наблюдениях: по 1 случаю кровотечения в полость абсцесса, перитонита, аррозийного кровотечения из диафрагмальной, печеночных артерий.

Послеоперационная летальность имела место в 4 (9%) случаях. Основными причинами летального исхода были: прогрессирование онкологического процесса (метастазы колоректального рака в печень, опухоль Клатскина), тяжелый сепсис, септический шок, полиорганная недостаточность. Клинического улучшения достигли 35 (79,5%) пациентов, выздоровления – 2 (4,5%) пациента.

Выводы. Малоинвазивные методики лечения абсцессов печени применимы как в роли самостоятельного метода, так

и для этапного ведения пациентов. Оптимальной тактикой ведения пациентов с абсцессами печени следует считать пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ с дальнейшим динамическим контролем. Открытые оперативные вмешательства показаны лишь у ограниченной группы пациентов при неэффективности пункционно-дренажного лечения или особенностями течения основного заболевания.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕПАРАЗИТАРНЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ С ПОЗИЦИИ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Фоминов В.М., Шаталов С.А., Пархоменко А.В.,
Войтюк В.Н., Каплун А.И.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Донецкая народная республика

Цель исследования: анализ хирургического лечения больных с непаразитарными кистами печени (НКП) с позиции изучения качества жизни (КЖ).

Материалы и методы. Изучены отдалённые результаты (от 1 года до 5 лет) хирургического лечения 123 пациентов с НКП, которые оперированы в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения. Пункционно-дренажные оперативные вмешательства выполнены у 48 (39,0%) больных, лапароскопические – у 45 (36,6%), лапаротомные – у 30 (24,4%). В каждой из этих трёх групп выделены по две подгруппы – с модифицированными и стандартными операциями. Нами модифицированы 4 способа оперативного лечения: «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент № 81922 от 10.07.2013г.); «Способ лечения кисты печени» (патент №123096 от 12.02.2018г.); «Спо-

соб пункционного лечения кисты паренхиматозного органа» (патент №123085 от 12.02.2018г.); «Способ малоинвазивного лечения кисты паренхиматозного органа» (патент №123086 от 12.02.2018г.). Учитывались объективные данные и субъективные (анкетированием с помощью общего опросника здоровья MOS SF-36 и специальной разработанной анкеты). Опросник содержит 8 шкал, которые отражают физический (4 шкалы) и психический (4 шкалы) компоненты здоровья. Чем выше число баллов, тем выше качество жизни. Опрос пациентов проводили путём интервьюирования или заполнения разработанных анкет после письменного согласия на проводимое исследование. Все результаты обрабатывались с помощью соответствующих методов статистического анализа.

Результаты. В целом, после оперативного лечения хорошие отдалённые результаты получены у 46 (37,4%), удовлетворительные – у 52 (42,3%), неудовлетворительные – у 20 (16,3%), умерли от других заболеваний – 5 (4,0%). Как правило, отдалённые результаты КЖ приближались к популяционной норме после малоинвазивных и модифицированных оперативных вмешательств. Трудоспособность была сохранена у 71,4±2,3% чел. Уровень КЖ был снижен в 1,8 – 2,7 раза после стандартных и лапаротомных операций. Этим пациентам были выполнены повторные оперативные вмешательства. В отдалённом периоде 4 пациента умерли от онкологических заболеваний, 1 – от ишемического инсульта.

Выводы. В отдалённом периоде после хирургического лечения НКП хороших отдалённых результатов в 1,7 раза больше после применения модифицированных оперативных вмешательств (4 изобретения), трудоспособность сохранена у 71,4±2,3% чел., неудовлетворительных результатов – меньше в 3 – 6,5 раза ($p < 0,05$). Уровень КЖ при хороших результатах приближается к популяционной норме. В остальных случаях показатели КЖ снижены на 17–38%.

VII. РАЗНОЕ

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА К ЭХИНОКОККОВЫМ КИСТАМ ПЕЧЕНИ ПО ДАННЫМ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Амонов Ш.Ш., Прудков М.И.,
Рахронов Д.А., Бокиев Ф.Б.

Республиканский научный центр сердечно сосудистой хирургии, Душанбе, Таджикистан

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Аминздрава России, Екатеринбург, Россия

Цель исследования: оптимизация прогнозирования степени адекватности и травматичности хирургического доступа к эхинококковым кистам печени по данным предоперационной компьютерной томографии.

Материалы и методы. Планирование хирургического доступа для открытой эхинококкэктомии из открытых широких разрезов (верхнесрединной, косой подреберной лапаротомии и торакофренотомии) у 26 больных перед операцией проводили по данным МСКТ.

Для отработки методики оценки адекватности возможных доступов всем больным перед операцией, по данным МСКТ, были определены их основные характеристики (глубина, углы операционного действия классический и эндохирургический, зона доступности). При этом учитывали нежелательность травмирования паренхимы печени, обусловленной ее механическим сдавлением и широкой мобилизацией.

За усредненную точку доступа в кисте брали центр, поскольку его положение меньше всего меняется в процессе оперативного вмешательства (опорожнение, эвакуация содержимого, расправление и ревизия, капитонаж и дренирование). Кроме того, спадающиеся стенки кисты после её опорожнения приближаются к этой точке.

Глубину и угол операционного действия классический (УОДК) мы измеряли по стандартной методике А.Ю. Созон-Ярошевичу, угол операционного действия эндохирургический (УОДЭ) – по Ю.В. Мансурову (2004).

Необходимую площадь зоны операционного действия определяли по площади поперечного сечения кисты ($S = \pi R^2$), поскольку после ее опорожнения и расправления остаточная полость приобретает более плоскую форму. В качестве примера приведены расчетные параметры доступов к VII и VIII сегментам печени из широких разрезов по данным КТ.

Результаты. Несмотря на небольшую глубину раны ($15 \pm 1,6$ и $12,2 \pm 2,8$ см) к центру VII и VIII сегментов из верхней срединной и косой подреберной лапаротомии величина УОДК без сдавления паренхимы печени составляла всего $14,1 \pm 1,8^\circ$ и $16,4 \pm 1,3^\circ$, УОДЭ $22 \pm 1,7^\circ$ и $23,2 \pm 1,3^\circ$, что существенно затрудняло условия для оперирования. Улучшение этих условий потребовало бы продолжительное (в течение 1-2 часов) сдавление нескольких сегментов печени и ее широкую мобилизацию.

У больных, оперированные из торакофренотомии глубина раны составляла - $6,7 \pm 3,1$ и $7,3 \pm 2,2$ см, средние показатели

величины УОДК - $71,5 \pm 0,6^\circ$ и $70,8 \pm 0,9^\circ$, УОДЭ - $78,5 \pm 0,6^\circ$ и $75,3 \pm 0,8^\circ$, но показатели зоны сдавления паренхимы многократно меньше при торакофренотомии, что свидетельствует о меньшей степени травмирования паренхимы печени и наличия условий для благоприятного оперирования.

Торакофренотомия, по расчетным данным, представляется значительно предпочтительнее. Кроме того, ни одному из 26 пациентов не требовалось сдавление более одного сегмента печени и ее дополнительная широкая мобилизация.

Из данных МСКТ видно, что при использовании верхней срединной лапаротомии доступ к центру кисты закрыт паренхимой, а в торакофренотомном разрезе она практически не мешает.

Расчеты свидетельствуют, что предпочтительным доступом к I, II, III, IVa, IVб, V, VI сегментам является верхнесрединная лапаротомия; I, IVa, IVб, V, VI – подреберная лапаротомия; VII, VIII – торакофренотомия справа.

Заключение. Степень адекватности и травматичности хирургического доступа к эхинококковым кистам печени можно прогнозировать по данным предоперационной компьютерной томографии.

ЛЕЧЕНИЕ ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ангелич Г.А., Писаренко С.С., Зуграв Т.В.

Научно-исследовательская лаборатория гепатохирургии,
Клиника хирургии им. К.А. Цыбырнэ Государственного
университета медицины и фармации
им. Николае Тестемицану, Кишинев, Молдова

Цель исследования: определить место и значение санации и дренирования брюшной полости в лечении пупочных грыж у больных циррозом печени и асцитом.

Материалы и методы. В исследование было включено 110 пациентов с пупочной грыжей, циррозом печени и массивным асцитом, пролеченных в период 2012-2017 гг. Пациенты были разделены на две группы. I группа: 52 (47,3%) пациента с пупочной грыжей, циррозом печени и асцитом были прооперированы в срочном порядке: 15 (28,8%) больных с ущемленными грыжами, 37 (71,2%) - с разрывом грыжевого мешка и излиянием асцитической жидкости. У 9 (18,8%) пациентов был проведен эндоскопический гемостаз кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка фибринным клеем. II группа: 58 (46,3%) пациентов с циррозом печени и массивным асцитом с риском спонтанного разрыва грыжи были прооперированы в плановом порядке, после лапароскопической санации и аспирационного дренирования при асците и послеоперационным лаважем брюшной полости антисептиками и антибактериальными препаратами. У 34 (58,6%) пациентов была проведена эндоскопическая клеевая пломбировка варикозно расширенных вен пищевода и желудка. У всех пациентов была произведена герниопластика методом ненатяжной герниопластики «без сетки», аспирационное дренирование и послеоперационный лаваж брюшной полости.

Результаты. В I группе летальность больных составила 15,3% (8 пациентов) и была обусловлена развитием печеночной недостаточности. Острое кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка возникло в раннем послеоперационном периоде у 4 пациентов, асцит-перитонит развился у 3 больных. Во II группе летальность больных составила 3,4% и была обусловлена печеночно-почечной недостаточностью. Послеоперационный рецидив грыж в течение 3-6 месяцев в I группе был отмечен у 11 (21,1%) больных, во II группе – у 2 (3,4%). Нагноение послеоперационной раны в I группе возникло у 8 (15,3%) больных, во II группе отмечено не было.

Выводы. Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости с промыванием антисептическими препаратами снижает риск асцит-перитонита и улучшает заживление ран. Пупочные грыжи у больных циррозом печени с асцитом предпочтительней оперировать в плановом порядке. Рекомендуемым хирургическим методом является метод ненапряжной герниопластики «без сетки».

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ФИБРИН-КЛЕЕВОЙ ГЕМОСТАЗ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ангелич Г.А., Панич И.И., Писаренко С.С., Дану М.И.
Зуграв Т.В., Лупу Г.Ю., Роман В.А.

*Научно-исследовательская лаборатория гепатохирургии,
Клиника хирургии им. К.А. Цыбырнэ Государственного
университета медицины и фармации
им. Николае Тестемицану, Кишинев, Молдова*

Цель исследования: оценить эффективность эндоскопического гемостаза фибриным клеем при остром варикозном кровотечении у больных циррозом печени, а также уровень летальности пациентов в связи функциональными резервами печени и временем выполнения эндоскопического гемостаза от начала кровотечения.

Материалы и методы. В исследование были включены 1096 пациентов циррозом печени (Child A/B/C - 165/724/207) и острым варикозным кровотечением, пролеченных в период 2001-2017 гг. Эндоскопический гемостаз проводили путем внутривенной инъекции фибринового клея до полного пломбирования всех варикозно расширенных вен пищевода. Летальность больных анализировали в зависимости от времени выполнения эндоскопического гемостаза от начала острого варикозного кровотечения. Больных разделили на 2 группы: I - 471 (43,0%) пациент, которому гемостаз был выполнен до 12 часов, II - 625 (57,0%) пациентов, которому гемостаз был выполнен спустя 12 часов.

Результаты. Контроль острого варикозного кровотечения был достигнут в 1079 (98,4%) случаях. У 17 (1,6%) пациентов нельзя было остановить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Статистически достоверной связи между состоянием функциональных резервов печени и летальностью пациентов с острым варикозным кровотечением, контролируемым в первые 12 часов от начала заболевания, не установлено. 39 (8,3%) пациентов в этой группе умерли из-за необратимого геморрагического шока. Между тем, мы установили взаимос-

вязь состояния функциональных резервов печени и летальности пациентов, которым проводили эндоскопический гемостаз позднее 12 часов. В этой группе летальность больных составила 22,9% (143 пациента). Показатель летальности больных циррозом стадий Child A, B и C составил соответственно 7,4%, 20,3% и 51,0% и напрямую определялся степенью выраженности печеночной недостаточности.

Выводы. Состояние пациентов циррозом печени с острым варикозным кровотечением напрямую связано с временем и эффективностью первичного выполнения эндоскопического гемостаза. Эндоскопический гемостаз фибриным клеем является эффективным методом контроля острых варикозных кровотечений при циррозе печени. Результаты эндоскопического гемостаза в первые 12 часов после начала острого варикозного кровотечения не зависели от функциональных резервов печени, но определялись степенью тяжести кровотечения. Летальность больных с острым варикозным кровотечением, остановленным спустя 12 часов, значительно возросла и напрямую зависела от степени нарушений функций печени.

ДИАГНОСТИКА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У.

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

По данным ВОЗ, в развитых странах в 2012 г. смертность от гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК) стоит на третьем месте (9,1%), уступая первенство раку легких (18,0%) и желудка (9,7%). Частота возникновения прямо коррелирует с распространенностью вируса гепатита В и С. Риск развития ГЦК выше более чем в 100 раз у носителей вируса гепатита В, а у лиц, инфицированных вирусом гепатита С риск повышен более чем в 12 раз.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) традиционно рассматривается как скрининговый метод в диагностике очагового поражения печени. Однако, возможности ультразвукового исследования в В-режиме при диагностике образований печени имеют определенные ограничения. Внедрение дуплексного и триплексного сканирования значительно расширило диагностические возможности ультразвукового исследования благодаря качественной оценке ангиоархитектоники очага и перинодулярной зоны, а также количественной оценке скоростных и спектральных характеристик кровотока в опухолях.

Цель исследования: выявление критериев, улучшающих возможности УЗИ в диагностике и прогнозировании течения ГЦК.

Материалы и методы. В НЦХП и ЖВП обследовано 45 пациентов, которые были разделены на две группы: пациентов с ГЦК – 15 (33,3%); пациентов без нарушений со стороны печени – 30 (66,7%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 23 до 72 лет.

Основным методом диагностики гемодинамических показателей печени было УЗИ с дуплексным сканированием (ДС) для изучения показателей цветового доплеровского картирования (ЦДК), энергетического доплера (ЭД) и импульсной доплерографии (ИД).

Исследования выполняли на ультразвуковой системе "MindrayDCN-7". Обследование включало: исследование в В-режиме с оценкой эхоструктуры печени; ДС магистральных сосудов печени (воротной вены и ее долевых ветвей, ветвей печеночной артерии и печеночных вен).

Количественные параметры ИД включали: максимальную линейную скорость кровотока (ЛСК), усредненную максимальную скорость объемного кровотока, печеночно-портальное отношение (ППО), а для артерий дополнительно индекс резистентности (ИР). Для оценки низкоскоростных потоков использовался режим ЭД.

Результаты. В В-режиме производили оценку диаметра сосуда, характер взаимодействия опухоли с окружающими органами и сосудистыми структурами, наличие тромбов в воротной вене.

Размеры опухолей варьировали в пределах от 3,5 до 11 см. Анализ результатов ДС сосудов портальной зоны включал изучение проходимости сосудов, расчет линейных и объемных скоростей кровотока в воротной вене и печеночной артерии и их ветвей.

Внутри опухолевый кровоток смешанного типа с преобладанием артериального компонента отмечался у пациентов с ГЦК в 11 (73,3 %) наблюдениях.

Диаметр печеночной артерии в группе ГЦК в среднем составил $6,5 \pm 1,5$ мм, а в контрольной группе - $5,5 \pm 0,5$ мм.

Максимальная ЛСК – от 71 до 89 см/с и ИР – $0,51 \pm 0,23$ в группе ГЦК, а в контрольной группе максимальная ЛСК составила 48 ± 20 см/с.

Проведено сравнение значений ППО у пациентов 2 групп. В группе ГЦК у пациентов с опухолями более 6 см наблюдали увеличение ППО до 0,39 – 0,43, что расценивалось как феномен артериализации печеночного кровотока.

Заключение. Расширение печеночной артерии, изменение индекса резистентности и печеночно-портального отношения может оказаться ключевым признаком, повышающим специфичность УЗИ в диагностике ГЦК и сборе доказательных данных по данному направлению.

МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АЛКАЛОИДА ПРОТОПИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Арипова Н.У., Набиев А.Н., Матмуратов С.К.

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

Кровоснабжение печени по системе воротной вены в физиологических условиях осуществляется с участием сократительной активности гладкомышечных клеток (ГМК) стенки сосуда. При заболеваниях печени поражается и сократительная активность воротной вены, особенно внутривенная система, что приводит к возникновению портальной гипертензии, для коррекции которой используются различные фармакотерапевтические и хирургические методы лечения, эффективность которых на сегодняшний день не столь высока.

Цель исследования: изучение механизма действия алкалоида - протопина, выделенного из растений рода *Fumaria*

parviflora на сократительную активность ГМК воротной вены крыс.

Материалы и методы. Белые беспородных крыс (200-250 г) забивали с помощью цервикальной дислокации. Воротную вену извлекали и немедленно помещали в специальную камеру, которая постоянно перфузировалась нормальным физиологическим раствором Кребса. Раствор оксигенировали карбогеном (95%O₂, 5%CO₂), температура раствора равнялась 37°C. После того, как соединительную ткань и жир, окружающие воротную вену, удаляли, из сосуда выделяли сегмент в виде кольца размером 3-4 мм. Сосудистые кольца подвешивали на серебряные проволочки, соединенные с датчиком FTO3 (США), предназначенным для измерения изометрического напряжения. Затем кольца воротной вены оставляли на 50-60 мин. для достижения равновесия. К каждому препарату прикладывали начальную силу в 1 г. Сокращения препарата воротной вены индуцировали с помощью гиперкалиевых растворов (50 мМ KCl) и норадреналином (1 мМ). Сокращения препарата регистрировали с помощью самописца марки Indem 621.02. Величину изменений сокращения препарата оценивали в процентах от контроля.

Результаты. На препаратах воротной вены в кальциевой среде было выявлено, что протопин дозозависимо вызывает расслабление мышц. В опытах препараты воротной вены предварительно были сокращены на 100% относительно контроля добавлением в среду 50 мМ KCl. Алкалоид протопин в концентрации 1 мМ вызывал расслабление препарата на $9,2 \pm 1,9\%$. При использовании данного алкалоида в концентрации 10 мМ было выявлено, что он вызывал расслабление препаратов воротной вены на $49,2 \pm 3,8\%$. При более высокой концентрации 100 мМ наблюдали максимальное расслабление препарата воротной вены на $93,7 \pm 5,2\%$.

Для выяснения роли внеклеточного Ca²⁺ в эффекте протопина на сокращении ГМК использовали бескальциевый раствор Кребса. Как показали эксперименты, в бескальциевой среде добавление KCl (50 мМ) не вызывало сокращения препарата воротной вены. Внесение в среду ионов кальция (2,5 мМ) в этих условиях приводит к фазно-тоническим сокращениям, что указывает на быстрое восстановление чувствительности ГМК воротной вены к гиперкалиевому воздействию.

В другой серии экспериментов эффекты исследуемого алкалоида изучали на фоне контрактуры препарата аорты, вызванной агонистом α-адренергических рецепторов - норадреналином. Норадреналин 1 мМ вызывал медленно развивающееся сокращения, которое, в конечном счете, достигало устойчивого уровня напряженности, которая поддерживалась в течение нескольких минут. Добавленный Протопин в этих условиях вызвал дозозависимое расслабление.

Концентрация, производящая 50%-ое расслабление (IC₅₀), равнялась 20 мМ, а максимальное расслабление достигалось при использовании 120 мМ Протопина.

Заключение. Алкалоид протопин обладает выраженным релаксантным действием, в основе которого лежит его способность модифицировать свойства потенциалзависимых и рецептор-управляемых Ca-каналов ГМК воротной вены.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ И СПЕЦИФИЧНОСТИ УЗИ, КТ И МРТ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У., Рузимурадов Н.
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей
МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Первичный рак печени в структуре онкологической заболеваемости занимает 6 место среди всех регистрируемых случаев рака – 5,7%, из которых 90% первичного рака печени составляет гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) занимая ведущее место среди злокачественных опухолей печени у взрослых.

В настоящее время ГЦК является ведущей причиной смерти среди пациентов с циррозом печени, а скорость заболеваемости ГЦК продолжает расти. Наиболее значимыми приемами диагностики как первичного, так и метастатического рака печени являются различные методики ультразвукового исследования. Особенно значимым в дифференциальной диагностике с неопухолевыми образованиями печени является ультразвуковое дуплексное сканирование (в режимах цветового доплеровского картирования, энергетического доплера), МСКТ, МРТ, ангиография.

Цель исследования: оценить скрининговые возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в выявлении ГЦК и дать сравнительную характеристику чувствительности и специфичности КТ и МРТ.

Материалы и методы. В НЦХП ЖВП за период с 2004 по 2014 гг наблюдали 321 пациент. Гепатит «С» был выявлен у 143 (44,6%) пациентов, гепатит «В» у 97 (30,2%), цирроз печени - у 81 (25,2%). Цирроз печени на фоне гепатита «С» был у 31 из 81 пациента, гепатита «В» - у 15, гепатита «В» + «Дельта» - у 13, алкогольной этиологии – у 19, неизвестной этиологии – у 3.

Всем пациентам в обязательном порядке выполняли УЗИ печени. ГЦК была выявлена у 15 пациентов: в группе гепатита «С» - 6, в группе гепатита «В» - 4, в группе цирроз печени - 5.

Для уточнения диагноза всем пациентам выполнялись МСКТ и МРТ с контрастированием.

Размеры опухолей варьировали в пределах 1,5 до 11 см. Чувствительность УЗИ составила 92 %, специфичность составила 69%.

На МСКТ чувствительность - 97%, специфичность - 82%.

На МРТ чувствительность - 100%, специфичность - 89%.

Соотношение стоимости обследования УЗИ, МСКТ, МРТ составило 1 - 6 – 11 соответственно.

Анализ исследований показал, что УЗИ - это очень чувствительный метод обнаружения опухолевых образований в печени размерами более 1,5 см, а незначительный проигрыш в специфичности по сравнению с КТ и МРТ компенсируется значительным выигрышем в экономическом плане.

Заключение. Программы скрининга ГЦК и наблюдения за пациентами из групп риска улучшают показатели эффективности лечения. Ранее выявление ГЦК имеет первостепенное значение для улучшения результатов лечения и наблюдения. Целесообразность УЗИ для скринингового обследования пациентов с циррозом печени, а также с длительно текущим гепатитом В и С в силу технико-экономических показателей (выигрыш в экономическом плане, повсеместная доступность, высокая чувствительность и специфичность, в некоторых ситуациях сравнимая с КТ и МРТ) не оставляет сомнений.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА ПОСЛЕ НАРУЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К.

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

Одним из ведущих патогенетических звеньев формирования клинических проявлений обструктивных заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ) является эндогенная интоксикация, роль которой в развитии синдрома полиорганной недостаточности неопровержимо доказана многочисленными исследованиями.

Цель исследования: изучение динамики изменения среднемолекулярных пептидов (СМП) как показателя эндогенной интоксикации у больных опухолями БПДЗ, осложненными механической желтухой (МЖ).

Материалы и методы. Исследование проводили у 41 больных в возрасте от 33 до 84 лет, (62,8±2,14), из них 27 (65,9%) мужчин и 14 (34,1%) женщин.

Длительность желтушного периода к моменту поступления в стационар составила в среднем 28,7±2,18 дня. При этом, продолжительность холестаза составила до 15 дней у 6 (14,6%) больных, от 15 до 30 дней - у 10 (24,4%), более 1 месяца - у 25 (61,0%).

Причиной МЖ была опухоль головки поджелудочной железы у 25 (61,0%) больных, опухоль ворот печени - у 10 (24,4%), опухоль терминального отдела холедоха - у 2 (4,9%), рак фатерова сосочка - у 4 (9,8%).

Из 41 больного лишь 4 с подозрением на блок терминального отдела холедоха была проведена ЭРПХГ для выявления причины МЖ, рак БДС диагностирован у 3 из них, рак головки поджелудочной железы - у 1.

Всем больным, независимо от локализации опухолевого процесса выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) с чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС). Концентрацию СМП определяли по методу Н.И. Габриэляна в плазме крови и желчи.

Результаты. Проявлением выраженной эндогенной интоксикации было повышение концентрации СМП в плазме крови, которая превышала норму в 1,9 раза, при этом среднее значение СМП в крови составляло 0,493±0,03 ед. В желчи из ее первых порций после наложения ЧЧХС уровень СМП составил в среднем 0,334±0,05 ед. В последующие 3-е и 6-е сутки после ЧЧХС концентрация СМП в крови в сравнении с исходным состоянием, практически оставались без изменений и составлялась 0,453±0,09 и 0,466±0,03 ед. соответственно. В желчи данный показатель на 3-е и 6-е сутки наблюдения отмечали 0,356±0,07 и 0,262±0,02 ед. соответственно. На 14 сутки после декомпрессии желчного протока наблюдалось некоторое снижение СМП в крови и желчи в сравнении с исходным состоянием до 0,371±0,05 и 0,316±0,04 ед. соответственно.

Заключение. Анализ СМП в крови и желчи у больных опухолями БПДЗ осложненной МЖ показал выраженный эндотоксикоз. Наложения ЧЧХС способствовало незначительное снижение показателя эндогенной интоксикации в крови и желчи.

ХИРУРГИЯ ОЧАГОВЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Ахмадзода С.М., Расулов Н.А., Табаров З.В., Азимов И.М., Рахимов С.С., Акрами И.С., Сафаров Б.Дж., Саидмурадов А.С., Иброхимов Н.К.

Институт гастроэнтерологии, Душанбе, Таджикистан

Актуальность. Рост выявляемости очаговых поражений печени (ОПП), высокая частота осложнённых форм заболеваний (до 30%), высокий процент послеоперационных осложнений (до 50%) и летальности (до 15%) свидетельствуют об актуальности рассматриваемой проблемы.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения ОПП.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов 825 операций при различных ОПП у больных в возрасте 17-78 лет, выполненных в период с 1993 по май 2018 г. Структуру ОПП составили: доброкачественные (220 (26,7%) и злокачественные (115 (14,0%) опухоли, эхинококкоз (365 (44,2%) и альвеококкоз (40 (4,9%), туберкулёз (19 (2,3%), абсцессы (57 (6,9%), поликистоз и непаразитарные кисты (9 (1,0%).

Одиночные или множественные ОПП локализовались в правой доли печени у 495 (60,0%) больных, в левой - у 231 (28,0%), билобарно – в 99 (12,0%) случаях.

Диагностика ОПП наряду с клиническими и лабораторными данными базировалась на результатах УЗИ, КТ, ИОУЗИ, МРТ, гепатосцинтиграфии Тс-99, тонкоигольной биопсии и видеолароскопии.

Поскольку очаговые заболевания в большинстве случаев охватывают межсегментарные тракты, вовлекая в процесс сосудисто-секреторную ножку (СН), то операции на печени проводили с перевязкой СН «admassam», без отдельного выделения воротной вены, печеночной артерии и желчных протоков, либо экстракапсулярно.

Резекция печени (РП) выполнена 601 (72,8%) больным. Обширные РП (трех и более сегментов, в т.ч. гемигепатэктомии) выполнены 303 (36,7%) пациентам, экономные (до 2-х сегментов) - 298 (36,1%). Околоопухолевая РП, как оптимальный вариант органосохраняющей операции, выполнена нами в 271 (41,9%) наблюдениях. Перцистэктомия по поводу эхинококкоза проведена 75 (20,4%) больным, варианты закрытой и полужакрытой эхинококкэктомии – 99 (27,1%). Вскрытием гнойника ограничивались в 39 (68,4%) случаях абсцессов печени и околопеченочного пространства. В плане окончательного гемостаза на срезе печени, в равной степени, использовали моно- и биполярную коагуляцию, раневые покрытия «Тахокомб», пневмотермокоагуляцию и критически низкую температуру (-196°C) жидкого азота.

Антипаразитарную обработку остаточных полостей эхинококкоза, среза печени осуществляли потоком горячего (до 500°C) воздуха, струей жидкого азота, фитазидом.

РП при альвеококке и злокачественных опухолях печени отличалась строгим соблюдением мер профилактики внеорганичного имплантационного метастазирования узлов. Культя печени и оставшиеся фрагменты альвеококка на крупных СН подвергли криодеструкции.

Доброкачественные опухоли печени в основном были представлены гемангиомами (198 (90,0%), аденомами (15 (6,8%) и

фибронодулярной узелковой гиперплазией (7 (3,2%). Гемангиомы печени одинаково часто удаляли методом энуклеации или резекцией; аденомы и фибронодулярная узелковая гиперплазия печени исключительно резекцией. Туберкулез печени также требовал выполнение РП в пределах здоровой паренхимы и криообработку культы печени.

Результаты. Достоверное влияние на объем кровопотери имели размер опухоли, превышавшего 10 см в диаметре, а также резекции центральных сегментов печени. В плане уменьшения интраоперационной кровопотери преимущество селективной сосудистой изоляции печени очевидно, пережатие ПДС остается надежным ургентным приемом. Жидкостные скопления в около- и подпеченочном пространстве, пневмония и печеночная недостаточность остаются главными послеоперационными осложнениями и имели место у 25% прооперированных. По этой же причине в послеоперационном периоде умерли 45 (5,4%) больных.

Заключение. Определены хирургические аспекты, позволяющие улучшить результаты хирургического лечения ОПП

РЕТРОГРАДНЫЕ РЕНТГЕНЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И АНТЕГРАДНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Байжанов С.Ш., Султаналиев Т.А., Джумабеков А.Т., Байжанов А.С., Еркинулы А.

Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Механическая желтуха (МЖ) остается одним из тяжелых и опасных осложнений ряда заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной зоны. Внедрение и совершенствование малоинвазивных ретроградных рентгенэндоскопических и антеградных интервенционных технологий кардинально изменило тактику лечения больных МЖ. К примеру, их использование при холедохолитиазе, став приоритетным, во многом заменило традиционные открытые операции.

В условиях клиники ЦГКБ г. Алматы и ЦКБ МЦ УДПРК выполнено 346 дуоденоскопий с ЭРХПГ при различных заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны. При этом с холедохолитиазом выявлено 198 больных, из них различные рентгенэндоскопические вмешательства были выполнены у 175.

Из 134 больных, перенесших холецистэктомию, в большинстве случаев (у 78 (58%) эндоскопические вмешательства были выполнены для коррекции неудовлетворительных результатов хирургического лечения желчнокаменной болезни и папиллостеноза.

Атипичная ЭПСТ проведена у 91 (52%) пациента: при вклиненном камне ампулы БДС - у 20, по поводу папиллостеноза и холедохолитиаза - у 71. После адекватно выполненной ЭПСТ, при отсутствии осложнений прибегали к удалению конкрементов с помощью корзины Dormia или баллон-катетера Кука. ЭПСТ, выполненная с использованием типичных и атипичных способов, оказалась эффективной у 161 (92%) больного холедохолитиазом.

Эндоскопические вмешательства на терминальном отделе общего желчного протока и БДС сопровождалась рядом ослож-

нений, характер и частота которых в определенной степени зависела от способа эндоскопической операции.

Кровотечение из области разреза при ЭПСТ в виде небольшого подтекания крови наблюдается нередко, однако оно быстро останавливается самостоятельно или консервативными мерами. Среди наших пациентов кровотечение из папиллотомического разреза отмечали у 9 (5%) больных, из них 5 после атипичной ЭПСТ. Успешно проведена была местная гемостатическая терапия раствором феракрила и 70% спиртом у 7 больных, окончательная остановка кровотечения потребовала повторной дуоденоскопии и диатермической коагуляции области рассечения у 2 больных. Все это привело к выполнению ЭПСТ в 2-3 этапа. Необходимости в хирургическом вмешательстве не было. Однако у одной больной из этой группы с вклиненным камнем терминального отдела холедоха и папиллостенозом с выраженной механической желтухой на фоне тяжелого соматического состояния после 2 попыток парциальной ЭПСТ атипичным способом без особого клинического эффекта на 5-е сутки наступила смерть от печеночно-почечной недостаточности.

В послеоперационном периоде обнаруживали признаки панкреатита, индуцированного ЭРХПГ, протекающего в легкой форме, у 5 (2,5%) больных, которые исчезли через 2-3 дня под влиянием консервативной терапии с включением антиферментных препаратов.

Таким образом, частота осложнений после эндоскопических оперативных вмешательств составила 8%, летальность – 0,5%.

У тяжелой категории больных пожилого возраста с механической желтухой проведены 26 чрескожночреспеченочных санаций желчных путей, осложнений не было.

Заключение. Малоинвазивные эндоскопические и чрескожночреспеченочные декомпрессивные вмешательства представляют собой эффективный способ восстановления желчеоттока, малотравматичны и сопровождаются небольшим числом осложнений.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Баймаханов Б.Б., Сейсембаев М.А., Баймаханов Ж.Б., Досханов М.О., Каниев Ш.А., Сериккулы Е., Скакбаев А.С., Биржанбеков Н.Н., Нурланбаев Е.К.
АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Республика Казахстан

Актуальность. Основными причинами развития рубцовых стриктур желчных протоков является повреждение их во время выполнения оперативного вмешательства и патология билиарной системы с длительным рецидивирующим воспалительным процессом, чаще на фоне желчнокаменной болезни.

Цель исследования: изучить случаи лечения больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков для выработки оптимальной лечебной тактики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 104 историй болезни пациентов с рубцовыми стриктурами желчных путей и со стриктурами билиодигестивных ана-

стомозов за период 2013 – 2017 гг в отделении ГПБХ и ТП ННЦХ им. А.Н. Сызганова г.Алматы, в возрасте от 25 до 78 лет (в среднем $56,1 \pm 0,85$ года), из них мужчин - 26 (25,0%), женщин – 78 (75,0%).

Диагностические мероприятия у больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков были направлены на установление уровня стриктуры, протяженности пораженного участка, определение состояния желчного протока выше и ниже уровня поражения.

Больных со стриктурами билиодигестивных анастомозов было 37 (35,5%) пациента, из них со стриктурой гепатикоеюноанастомоза - 24 (64,8%) человека, гепатикодуоденоанастомоза - 5 (13,5%), холедоходуоденоанастомоза - 8 (21,6%). С рубцовыми стриктурами желчных путей было 67 (64,4%) пациентов, уровень стриктуры распределялся по классификации Bismuth, (2002). Высокие стриктуры III-IV тип отмечены у 35 (52,2%) больных, низкие стриктуры желчных протоков I-II тип имели место у 31 (46,2%) пациентов.

Чрескожная-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) для коррекции механической желтухи была выполнена у 17 (16,3%) пациентов. Холангиостома используется для декомпрессии желчных протоков и билиодигестивного анастомоза в раннем послеоперационном периоде, удаляется через 5-7 дней после операции. В зависимости от типа стриктур были выполнены: гепатикоеюноанастомоз – 49 (73,1%) пациентам, бигепатикоеюноанастомоз – 13 (19,4%), тригепатикоеюноанастомоз – 5 (7,4%), во всех случаях билиодигестивных анастомозов произведено разобщение с наложением гепатикоеюноанастомоза на изолированной РУ петле.

Результаты. Послеоперационные осложнения наблюдали в 9 (8,6%) случаях: несостоятельность гепатикоеюноанастомоза – 3 случая (2,8%), кровотечение – 5 случаев (4,8%). В 2 случаях была выполнена релапаротомия, остановка кровотечения. В остальных случаях разрешилось консервативно. Летальный исход – 1 (0,9%), причиной которого являлся холангиогенный абсцесс печени, сепсис, септический шок.

Выводы: Одним из наиболее надежных способов восстановления проходимости желчных протоков является гепатикоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле. Чрескожные чреспеченочные методы декомпрессии желчных протоков имеют важную роль в перед- и послеоперационных периодах.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИ ЖИРОВОМ ГЕПАТОЗЕ У ДОНОРОВ ПЕЧЕНИ

Барлыбай Р.А., Енин Е.А., Байгусова Д.З., Примкулова Ф., Айтжанова А., Оразбаева М.
АО «Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова», Алматы, Республика Казахстан

В нашем центре проводится трансплантация печени реципиентам с циррозом от родственных доноров. Мы провели ретроспективный анализ результатов обследования 15 доноров за 2016 г., из них 11 мужчин и 4 женщины, в возрасте от 25 до 44 лет. Большинство доноров было из сельской местности (73%). УЗИ выполняли на аппарате IU22 фирмы Philips, использовался конвексный датчик на 3,5 МГц. При выявлении

умеренных или выраженных изменений в паренхиме печени доноров выполняли ТПАБ под контролем УЗИ и морфологическое исследование биоптата печени. Комплексную оценку морфологических изменений в печени при НАЖБП проводили по шкале NAS (NAFLD activity score, Kleiner D.A.), позволяющей оценить выраженность стеатоза, внутридольковую воспалительную инфильтрацию, баллонную дистрофию гепатоцитов и фиброзные изменения.

У анализируемой группы доноров при УЗИ отмечена диффузная форма у 8 пациентов. Жировая инфильтрация паренхимы печени характеризовалась мелкозернистой структурой, повышенной эхоплотностью различной степени. При 1-ой степени выявляли умеренное повышение эхогенности паренхимы печени по сравнению с паренхимой правой почки, печеночные вены были обычного диаметра и прослеживались до периферии органа, при этом на протяжении визуализировались стенки сосудов мелкого калибра (5 доноров). При 2-ой степени стеатоза экзогенность печени была диффузно повышена, звукопроводимость эхосигналов прослеживалась до задне-верхних сегментов, определялись стенки сосудов среднего и крупного калибра и диафрагмальный контур печени (3 донора). 3-я степень стеатоза характеризовалась значительным повышением эхогенности паренхимы печени, затуханием эхосигналов в задне-верхних сегментах печени, отсутствием изображения диафрагмального контура. Возможно сужение диаметра печеночных вен, сосудистый рисунок по периферии органа обеднен. Данный вид стеатоза у доноров при УЗИ не отмечен.

При КТ нормальная плотность паренхимы печени равна +55 - +65 ед. Н. При КТ 1-ая степень стеатоза выявлена у 8 доноров, 2-я - у 5, 3-я - у 2 пациентов.

При морфологическом исследовании фиброз 1 степени обнаружен у 1 донора, стеатоз 1-ой степени у 6, 2-ой степени - у 6, у 1 донора отмечен диссеминированный крупно-мелкокапельный стеатоз печени (68%), легкая очаговая дегенерация гепатоцитов без наличия фиброза.

Была выявлена положительная корреляция УЗ-признаков с морфологическими изменениями при 1-ой и 2-ой ст. стеатоза. Сложность эхографической оценки, как показали данные морфологического исследования, была связана с выраженным баллонированием гепатоцитов. Ложноотрицательный результат получен у 10 (66,6%) доноров, когда при морфологическом исследовании был выявлен стеатоз 1-ой - 2-ой степени, ложноположительный - у 1 донора. Паренхима печени при УЗИ была без структурных изменений в 1 случае, при КТ выставлен стеатоз 1-ой степени, а гистологическое исследование показало 68% стеатоза. Фиброз печени 1-ой степени выявлен у 1 донора с 36% стеатоза.

Заключение. В диагностике жирового гепатоза печени УЗИ и КТ являются эффективными методами диагностики, которые позволяют определить различные степени стеатоза. Наиболее эффективным методом в определении степени стеатоза печени остаётся ТПАБ с морфологическим исследованием биоптата. Дальнейшей разработки требует количественная оценка результатов эхографического исследования и применение эластографии сдвиговой волны для выявления степени стеатоза печени.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Барлыбай Р.А., Мамедова-Шерметова Н.И.,

Абдуллаева А., Ахметова А., Ерсейт А.

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

Проведён ретроспективный анализ результатов обследования 114 пациентов с эхинококкозом печени за период 2015-2017 гг., которые получали лечение в нашем центре. Из них мужчин было 46 (40,4%), женщин - 68 (59,6%); возраст пациентов варьировал в пределах от 2 лет до 84 лет. Все результаты подтверждены данными операций и морфологического исследования. Основную группу составили пациенты из сельской местности (66,6%). Сочетанное поражение печени, легких, малого таза и забрюшинного пространства отмечено в 2 случаях. Компьютерную томографию выполнили всем больным.

Множественный эхинококкоз печени, при котором выявляли кисты в различных стадиях развития (CE1, CE2, CE3 и CE4) установлен у 7 (6,1%) пациентов. Согласно классификации ВОЗ 2003 г. были выделены следующие виды эхинококковых кист: однокамерная гидатида (CE1) - у 63 пациентов, эхинококковые кисты с дочерними пузырьками (CE2) - у 25, кисты с отслоенной хитиновой оболочкой на фоне гомогенного содержимого (CE3a) - у 4 и погибшие кисты с дочерними пузырьками и отслоенной хитиновой капсулой CE3b - в 10 случаях; неактивные формы паразитарных кист CE4 - у 29 (25,4%) и CE5 - у 5 (4,4%) больных. Паразитарные кисты CE1 (55,2%) и CE2 (21,9%) являются активными, CE3a (0,01%) и CE3b (0,88%) - переходными формами. В зависимости от типа и размеров паразитарной кисты пациентам назначалось различное лечение. Под наблюдением хирургов находилось 5 пациентов с кистами, размеры которых не превышали 1,5-2,0 см, они получали альбендазол по схеме и проходили контрольное УЗИ один раз в три месяца. При динамическом наблюдении отмечалось уменьшение размеров кист в 1,5-2 раза. Эхинококковые кисты CE1 имели вид однокамерного жидкостного образования с гиперэхогенной капсулой толщиной не более 3 мм, размеры их варьировали в пределах от 6,8 до 15,0 см, чаще поражались 7-8 сегменты правой доли. При паразитарных кистах типа CE2 наблюдали различное количество дочерних пузырей от единичных до множественных, которые занимали весь объём полости кисты. Некоторые дочерние кисты находились в стадии гибели (в виде эхогенных включений). Эхинококковые кисты типа CE3a имели в своей структуре отслоенную хитиновую оболочку, фигурно уложенную в виде эхогенной ленты или клубочков. Форма CE3b характеризовалась наличием дочерних кист на фоне негомогенного содержимого, фиброзная капсула определялась фрагментарно с вкраплениями кальция. Типу CE4 соответствовало изображение в виде изо- или гипоехогенного образования, без чётко выраженной капсулы по периферии, без дочерних пузырей, но с симптомом усиления эхосигналов за дорсальной стенкой кисты, которое свидетельствовало в пользу доброкачественного характера поражения. В зависимости от степени уплотнения содержимого кисты отражения были низкой и средней эхогенности. Эхинококковые кисты в стадии омертвения диагностированы в 5 случаях. При гистологическом исследовании

паренхимы печени, прилежащей к кисте, были выявлены изменения по типу неспецифического перифокального гепатита.

Ложноотрицательный результат (простая киста больших размеров и альвеококкоз с распадом) был получен в 2 (1,7%) случаях. Ложноположительный результат в 1 (0,87%) случае, когда при УЗИ, КТ и МРТ установлен эхинококкоз печени, а морфологическое исследование выявило очаговую нодулярную гиперплазию.

Заключение. Ультразвуковая диагностика эхинококкоза печени на современном этапе позволяет определить тип паразитарной кисты, размеры, выявить осложнения, что позволит хирургам определить дальнейшую тактику ведения пациентов.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЁЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Бокиев Ф.Б., Рахмонов Д.А., Рашидов Ф.Ш.,
Амонов Ш.Ш., Мухамедова З.Ш.

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой
хирургии, Душанбе, Таджикистан

Ультразвуковая диагностика при заболевании гепатопанкреато-дуоденальной зоны является основой диагностического алгоритма, в том числе и при остром калькулёзном холецистите (ОКХ). Однако возможности метода имеют большую зависимость от особенности телосложения больных, выраженности жировой клетчатки и индивидуального опыта исследующего. При качественно выполненном исследовании чувствительность и специфичность метода достигает 95%. Диагностическая ценность ультразвукового исследования (УЗИ) снижается в условиях экстренности проведения исследования без адекватной подготовки больных. При ОКХ у больных с метаболическим синдромом (МС), когда наблюдается несоответствие клинических проявлений и степени деструктивных изменений в стенке желчного пузыря, УЗИ даст возможность определить выраженность воспалительной деструкции стенки желчного пузыря, что способствует выбору адекватной хирургической тактики и объема консервативной терапии.

Цель исследования: выявления ультразвуковой семиотики острого калькулёзного холецистита у больных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. Работа основано на данных УЗИ 106 больных с диагнозом ОКХ и МС.

Ультразвуковое исследование (n=106) проводили на аппаратах Philips SD-800 и Philips Sono Diagnost-100 (2006). При проведении УЗИ с целью дифференцированного подхода для выбора метода и времени проведения оперативного вмешательства, а также прогнозирования технических сложностей во время операции акцентировали внимание на размеры желчного пузыря, состояние его стенок, удвоение и нечеткость контуров, наличие подвижного или вколоченного конкремента у шейки и в просвете, наличие или отсутствие признаков острых перевезикальных изменений в печени и окружающих тканей. Изучали состояние внутри- и внепеченочных желчных протоков и поджелудочной железы.

Результаты. При проведении УЗИ у больных ОКХ с МС четкой визуализации желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной зоны в основном препятствовал выраженный метеоризм, который наблюдали у 74,5% больных. УЗИ картина при ОКХ у больных с МС характеризуется разнообразными проявлениями, так увеличенные размеры желчного пузыря отмечена у 70,6% больных, утолщенные стенки и признаки их деструкции выявлено у 72,6% пациентов. Обтурация шейки конкрементами различных размеров отмечена у 57,5% больных, единичные конкременты выявлены в 45,3% наблюдениях, а множественные - в 54,7%. Инфильтрат в области шейки обнаружен в 16,98% случаев, а паравезикальная жидкость в 16,03% наблюдениях.

Загибы и деформация пузыря определены в 12,3% наблюдениях. Выступление печени из правого подреберья на 1-3 см и его изменения по типу гепатоз выявлено у 24,5% больных.

Увеличение головки поджелудочной железы более 30 мм отмечено в 34,9% случаев, нечеткость контуров - в 32,07% случаев. Расширение холедоха до 10 мм выявлено в 3,8% наблюдениях, в последующем наличие конкрементов во внепеченочных желчных путях исключен.

Заключение. УЗИ является не инвазивным высокоинформативным методом диагностики ОКХ у лиц с МС. Ультразвуковые изменения разнообразны и в отличие от объективной клинической картины отражают истинное течение воспалительно-деструктивного процесса. Выполнение исследования по экстренным показаниям без соответствующей подготовки, а также избыточный вес при ОКХ с МС являются способствующими факторами диагностических ошибок.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВМЕЩЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИСЦИНТИГРАФИИ С 99mTc-БРОМЕЗИДА И МРТ/КТ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БИЛИДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ

Васина Е.А., Бондарь Л.В., Бобоева М.Б.

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

Актуальность. Реконструкция желчевыводящих путей посредством формирования билиодигестивного анастомоза до 30% сопровождается осложнениями. Следовательно, возникает потребность в оценке не только анатомических особенностей гепатобилиарной зоны, но и функциональных.

Цель исследования: определение диагностической ценности гепатобилисцинтиграфии с 99mTc-Бромезида и возможности ее совмещения с МРТ/КТ исследованиями, для оценки анатомо-функционального состояния гепатобилиарной зоны и установления уровня нарушения пассажа желчи у пациентов с билиодигестивными анастомозами.

Материалы и методы. В отделе лучевых методов исследования МКНЦ им. А.С. Логинова в период 2016-2017 гг. были проведены исследовани 20 пациентам с билиодигестивными анастомозами. Всем пациентам исследование выполнялось

на двухдетекторном однофотонном эмиссионном компьютерном томографе GE «Infinia», в передней прямой проекции, в динамическом режиме после внутривенного введения 200 МБк ^{99m}Tc-Бромезида. Регистрацию выполняли при настройке гамма-камеры на фотопик 140 кэВ при ширине дифференциального дискриминатора 20%. Запись производили на матрицу 64 x 64 пикселя в режиме 1 кадр 60 секунд в течение 60 минут при Zoom 1.0. с последующей записью ОФЭКТ. В дальнейшем проводили совмещение полученных изображений с МР- и КТ-исследованиями с построением 3D-модели гепатобилиарного комплекса и отводящей.

Результаты. Всем 20 пациентам были сформированы БДА по различным показаниям: резекция печени по поводу опухоли Клацкина - 1 (3,5%), болезнь Кароли - 2 (7%), ПДР - 1 (3,5%), осложнения после холецистэктомии по поводу ЖКБ - 24 (85%).

Стойкую задержку меченной РФП желчи в области БДА имели 5 (17,8%), частичную – 8 (28,5%), транзит через БДА сохранен – 15 (53,5%).

Стойкая задержка меченной желчи во внутривенных желчных протоках отмечалась в 12 (42,8%) случаев; рефлюксы «кишка-БДА» / «кишка-БДА-внутрипеченочные желчные протоки» - 10 (35,7%), что соотносилось с клиникой холангита у данных пациентов.

Косвенные признаки спаечного процесса с формированием «острых углов» - 1 (3,5%), а также «резервуара», в котором наблюдалась задержка желчи до конца исследования – 6 (21,4%) пациентов. Выявленные изменения соотносились с синдромом холестаза.

Выводы. Применение ГСГХ с ОФЭКТ и совмещение полученных данных с МРТ/КТ изображениями позволяет расширить возможности оценки гепатобилиодигестивной зоны, в физиологических условиях, для определения уровня нарушения транзита желчи.

КОМБИНИРОВАННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛАНГИОЛИТИАЗА

Воробей А.В.¹, Орловский Ю.Н.¹,
Лагодич Н.А.², Орехов В.Ф.³

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск, Россия

²Минская областная клиническая больница, Минск, Россия

³Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии им. Н.Н. Александрова, Минск, Россия

Введение. Доброкачественные стриктуры гепатиколеюноанастомозов (ГЕА) встречаются в 10-30% наблюдений после реконструктивных операций на желчных протоках и являются одной из серьезных проблем билиарной хирургии. В последнее время все большее распространение получают малоинвазивные методы диагностики и лечения холангиолитиаза на фоне стриктур ГЕА: продолжительное чрескожное чреспеченочное билиарное дренирование, чрескожная чреспеченочная холангиоскопия с баллонной дилатацией соустья, литотрипсия

с литоэкстракцией при двухбаллонной энтероскопии (ДБЭ), стентирование. Проведение повторных реконструктивных операций отягощается многочисленными осложнениями и служит поводом к разработке щадящих малоинвазивных методов восстановления желчеоттока при стриктурах ГЕА в сочетании с холангиолитиазом.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2016 гг. в Республиканском центре реконструктивной хирургической гастроэнтерологии и колопроктологии проходили лечение 58 пациентов со стриктурами ГЕА после ранее перенесенных реконструктивных операций на желчных протоках, в том числе с развитием внутривенного холангиолитиаза (13 – 22,4% пациентов).

Комбинированная малоинвазивная технология сводилась к следующему. Первым этапом под контролем рентгеноскопии выполняли чрескожную пункцию и катетеризацию желчных протоков. В просвет их заводили интрадьюсер 10F, через который по проводнику проводили холангиоскоп системы SpyGlass. При наличии условий через его рабочий канал проводили лазерный световод 400 мкм и выполняли литотрипсию конкрементов (длина волны 1440 нм, мощность 12 Вт). У 4 пациентов через интрадьюсер проводили баллонный катетер диаметром 6-8 мм и осуществляли постепенную дилатацию стриктуры ГЕА с последующим продвижением конкрементов в петлю тощей кишки по Ру.

При больших размерах конкрементов проводили механическую литотрипсию баллонным дилататором с ассистированием двухбаллонной энтероскопией «снизу» (методика «рандеву») и их литоэкстракцией щипцами и корзинкой Dormia (1 наблюдение), проведенным через рабочий канал ДБ-энтероскопа.

У 2 пациентов при сомнении в адекватности баллонной дилатации зоны ГЕА производили стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами обеих долевыми протоками через зону ГЕА.

Разработанная нами технология «рандеву» (чрескожная чреспеченочная литотрипсия и «проксимальная» (антеградная) баллонная дилатация стриктуры ГЕА с ассистированием подведенным «дистально» (ретроградно) к стриктуре двухбаллонным энтероскопом при хирургически измененной анатомии тощей кишки) имеет мировой приоритет.

Результаты. Послеоперационной и постманипуляционной летальности в исследовании не было. Среди ранних осложнений малоинвазивных вмешательств имелись: обострение холангита (5 пациентов); инкрустация желчными конкрементами стентов у 1 пациента (в течение 1 года после процедуры), потребовавшая повторной открытой операции; рецидивы стриктур ГЕА (2 наблюдения), для ликвидации которых в сроки от 6 мес. до 2 лет выполняли регепатиколеюностомию.

Заключение. Продемонстрированы возможности комбинации малоинвазивных рентгенэндобилиарных и эндоскопических вмешательств при вышеописанной редкой патологии: сочетание антеградной лазерной литотрипсии, литоэкстракции и баллонной дилатации зоны суженного ГЕА при чрескожной чреспеченочной холангиоскопии и ДБ-энтероскопической ассистенции и малоинвазивных ретроградных хирургических вмешательств через рабочий канал ДБ-энтероскопа.

РЕНТГЕНЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ворончихин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А.,
Байханов Ж.С., Рзай А.И., Иванов А.В.

ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей»,
БУ «Республиканская клиническая больница»,
ФГБОУ ВО «Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова», Чебоксары, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом, осложненного ложными аневризмами артерий чревного ствола.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2017 г. в БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР оперировано 376 больных хроническим панкреатитом. Клиническими проявлениями болезни были: абдоминальный болевой синдром, механическая желтуха, дуоденостаз, вздутие живота, желудочно-кишечное кровотечение. Протокол обследования включал общеклинические, биохимические анализы, УЗИ брюшной полости с доплерографией, КТ органов брюшной полости с контрастированием, МРТ брюшной полости, ФГДС, целиакографию. Ложная аневризма артерий чревного ствола выявлена у 16 (4,3%) больных. Диагноз до операции выставлен в 11 случаях, интраоперационная находка ложной аневризмы – в 5 случаях. Ложные аневризмы 1 типа имеющие связь с главным панкреатическим протоком диагностированы в 6 случаях. Ложные аневризмы 2 типа без связи с главным панкреатическим протоком – в 10 случаях. Ложная аневризма селезеночной артерии выявлена у 6 пациентов, ложная аневризма желудочно-двенадцатиперстной артерии - у 3, ложная аневризма поджелудочно-двенадцатиперстной артерии - в 7 случаях. Больные с ложными аневризмами 1 типа поступали с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. При выявлении ложной аневризмы до операции, первым этапом выполняли рентгенэндоваскулярную суперселективную эмболизацию питающего аневризму сосуда для устранения кишечного кровотечения и профилактики интраоперационной кровопотери. Если ложная аневризма являлась интраоперационной находкой, выполнялась перевязка питающей артерии. Вторым этапом были выполнены различные хирургические вмешательства на поджелудочной железе. При локализации ложной аневризмы области головки поджелудочной железы, было выполнено 10 операций Фрея. При локализации ложной аневризмы в области тела, хвоста поджелудочной железы выполнено 6 дистальных резекций поджелудочной железы со спленэктомией. Во всех случаях проводилось интраоперационное УЗИ с дуплексным сканированием.

Результаты. В послеоперационном периоде рецидивов кровотечения не было. У больных с локализацией ложной аневризмы в головке поджелудочной железы исчез болевой синдром. Послеоперационный панкреатит возник у 2 больных, купировался консервативно базисной терапией. Развития послеоперационного сахарного диабета или прогрессирования, имеющегося до операции сахарного диабета, не наблюдали. Срок наблюдения пациентов после операции варьировал от 6 до 84 месяцев. Летальных исходов операций при хроническом

панкреатите, осложненном ложными аневризмами, с использованием эндоваскулярных технологий не было.

Выводы. Применение рентгенэндоваскулярной суперселективной эмболизации питающего ложную аневризму сосуда позволяет добиться эффективного «выключения» аневризмы из кровотока, останавливает кровотечение при аневризмах 1 типа и уменьшают риск профузного интраоперационного кровотечения при последующем открытом резекционном этапе.

К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ДВУХЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ ОСЛОЖНЕННОМ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Данч А. В., Ангелич Г. А., Самохвалов С. Ф.

Научно-исследовательская лаборатория гепатохирургии,
Клиника хирургии им. К.А. Цыбырнэ Государственного
университета медицины и фармации
им. Николае Тестемицану, Кишинев, Молдова

Актуальность. Острый холецистит с сочетаной патологией дистального отдела холедоха, приводящие к нарушению пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку и, как следствие, появление механической желтухи и холангита, в последние годы встречается с нарастающей частотой ввиду высокого уровня заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Проведение оперативного лечения на «высоте» механической желтухи весьма рискованно для жизни больного, а промедление в операции грозит развитием тяжелых послеоперационных осложнений и высокой летальностью.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных при осложненных формах желчнокаменной болезни путем оптимизации сочетания мини-инвазивных и традиционных методов лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 1237 больных с острым холециститом (ОХ) осложненным механической желтухой (МЖ) и холангитом, поступивших на лечение в период с 2008 по 2017 год. Больные были разделены на 2 группы в зависимости от проведенной двухэтапной тактики хирургического лечения. 1-ая группа - 640 (51,7%) пациентов, которым на первом этапе производилось эндоскопическое вмешательство с целью устранения дистальной обструкции желчных путей (ЖП) с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХ). 2-ая группа - 597 (48,3%) пациентов, переведенных из клиник общего профиля, которым в срочном порядке провели холецистэктомию с дренированием общего желчного протока, у которых в послеоперационном периоде выявляли дистальную обструкцию желчных путей (ЖП) (холедохолитиаз, стриктуры холедоха). Вторым этапом проводили эндоскопическое вмешательство для устранения дистальной обструкции. Состояние главных желчных протоков, наличия холедохолитиаза или дистальной обструкции ЖП оценивали на основании данных УЗИ, МРТ в режиме холангиографии или фистулографии.

Результаты. Сравнительную оценку результатов лечения в обеих группах проводили на основании осложнений после эндоскопических вмешательств и послеоперационной летальности. Кровотечение из зоны рассечения папиллы в 1-ой

группе составили 2,19% (n=14) в сравнении с 3,85% (n=23) во 2-ой группе, которые были разрешены консервативно. Частота острого панкреатита после эндоскопической папиллотомии в обеих группах оказалось практически одинаковой и составила 4,68% (n=30) и 4,6% (n=28), соответственно. Невозможность устранения дистального блока желчных путей эндоскопическим методом ввиду наличия парафатерального дивертикула, протяженного стеноза холедоха, наличие вклиненного камня холедоха послужило поводом для вынужденной релапаротомии у 56 (9,4%) пациентов 2-ой группы. В свою очередь, своевременная эндоскопическая и МРТ-диагностика такого рода осложнений позволила избежать подобных вмешательств в первой группе. Послеоперационная летальность во 2-ой группе составила 1,8% (11 случаев) ввиду прогрессирующей печеночной и полиорганной недостаточности vs 0,78% (5 случаев) в первой группе.

Выводы. При осложненных формах желчнокаменной болезни целесообразно применение двухэтапного лечения (эндоскопической декомпрессии ЖП с последующим лапароскопическим вмешательством). Предпринятая тактика двухэтапного оперативного лечения в 1-ой группе позволила значительно уменьшить объем операционной травмы, снизить число операционных осложнений и уровень летальных исходов. Имело место уменьшение длительности госпитализации и расходов на лечение.

АНТЕГРАДНОЕ БИЛАТЕРАЛЬНОЕ ЭНДОБИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ВЫСОКИХ ОПУХОЛЕВЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Дзидзава И.И., Котив Б.Н., Федун О.В.,
Рзаева А.Р., Смородский А.В.

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова»
МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Проксимальный уровень обструкции желчных путей является наиболее неблагоприятным и технически сложным в разрешении билиарной гипертензии нежелезистой природы поражение дистальных отделов желчного дерева. Бессимптомное течение нередко приводит к обширному распространению опухолевого процесса, вплоть до уровня сегментарных и субсегментарных. Попытки эндоскопического ретроградного стентирования при таких видах поражения желчного дерева редко эффективны и часто приводят к развитию гнойно-септических осложнений вследствие присоединившегося холангита. Чрескожное чреспеченочное холангиодренирование является более эффективным, однако наличие большого количества дренажей (иногда до 4-х) – резко увеличивает количество послеоперационных осложнений, снижают качество жизни пациентов и вследствие этого часто не позволяют приступить к следующему этапу лечения.

Цель исследования: оценить эффективность антеградного билатерального эндобилиарного стентирования саморасправляющимися эндопротезами при опухолевом поражении области ворот печени.

Материалы и методы. В исследование включены 9 пациентов с обширным опухолевым поражением области ворот

печени: опухоль Клатскина IV тип (по Bismuth-Corlett) - 5, метастатическое поражение ворот печени - 2, опухоль желчного пузыря - 2. Всем больным первым этапом выполнено подлоевое или посегментарное наружное дренирование. Число дренажей, потребовавшихся для адекватной декомпрессии желчных протоков, составило от 2-х до 4-х. Выполнены следующие варианты стентирования: двумя непокрытыми стентами по типу цифры «7» - 4; двумя непокрытыми стентами X-образно внутривнутрипеченочно с установкой третьего частично покрытого в гепатикохоледох (модифицированное по типу цифры «7») – 2 и Y-образное стентирование двумя непокрытыми стентами - 3. Во всех случаях использовали саморасправляющиеся нитиновые стенты «SMART» (Cordis, США) и «HANAROSTENT» (M.I. Tech, Корея).

Результаты. Адекватное дренирование желчных протоков достигнуто во всех случаях. В одном случае, при стентировании по-типу цифры «7», на вторые сутки после стентирования - была отмечена миграция проксимального края стента в дистальном направлении вследствие сокращения его длины при расправлении, что потребовало установки дополнительного непокрытого стента – «стент в стент». В последующем удалось исключить развитие данного осложнения путем выполнения преддилатации области стриктуры. Установка дистальной части стентов в гепатикохоледох супрапапиллярно позволила избежать явлений рефлюкс-холангита у всех пациентов. Сроки наблюдения за больными составили от 3 до 18 мес. Признаков рецидива желтухи не наблюдали ни в одном случае. 4 пациента умерли: от прогрессирования заболевания - 3, пациент от сердечно-сосудистой патологии. 5 пациентов живы и получают паллиативную химиотерапию - 1.

Заключение. Комбинированное антеградное билатеральное стентирование желчных протоков саморасправляющимися стентами является технически сложным, но высокоэффективным методом паллиативной помощи больным со злокачественными новообразованиями области ворот печени, сопровождаются меньшим числом осложнений и способствуют значительному улучшению качества жизни пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ В ИСХОДЕ АУТОИММУННОГО ГЕПАТИТА С ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫМ СТЕАТОЗОМ

Еримова Н.Ж.

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

Введение. Стеатоз после трансплантации печени развивается у 30% взрослых. По данным литературы неалкогольная жировая болезнь печени при обследовании потенциальных доноров обнаруживается у 33% обследованных, а в ходе ультразвукового исследования печени признаки заболевания выявляются у 12-16% пациентов. Стеатоз у детей и подростков обычно развивается в ранние сроки после трансплантации, но встречается редко чем у взрослых. На сегодняшний день посттрансплантационный стеатоз минимально изучен у детей–реципиентов. Учитывая, индивидуальную клиническую картину у каждого конкретного пациента, описание отдельных клинических случаев заболевания представляется полезным.

Клиническое наблюдение. Пациентка К., 7 лет. Диагноз «Состояние после ортотопической трансплантации левого латерального сектора печени от живого родственного донора от 23.05.2016 г. по поводу цирроза печени аутоиммунной этиологии. Длительная медикаментозная иммуносупрессия. Соматогенный нанизм. Вальгусная деформация нижних конечностей».

Ребенку 23.05.2016 г. была выполнена операция имплантация левого латерального сектора печени от живого родственного донора – от отца. После операции состояние ребенка осложнилось токсической энтеропатией, в связи с чем селлсепт был заменен на майфортик. Получала ванкомицин и метронидазол для санации *Clostridium difficile*. Однако, несмотря на проводимую консервативную терапию, признаки энтеропатии сохранялись. Была взята биопсия из трансплантата печени и из двенадцатиперстной кишки, где был подтвержден неалкогольный крупнокапельный стеатоз III степени 70%, по NAS – 4 балла, стадия фиброза II. При обследовании потенциального донора данных за жировую дистрофию не было обнаружено. В биохимическом анализе крови АлаТ – 193 ед/л, АсаТ-167 ед/л, общий билирубин – 11 мкмоль/л, прямой билирубин - 1,2 мкмоль/л, ГГТП – 436 ед/л, щелочная фосфатаза - 355 ЕД/л. Маркеры аутоиммунных гепатитов отрицательные. Липидограмма без изменений. Исследование кала подтверждает дисбиоз кишечника.

С 10.04.2017 по 13.04.2017 гг. ребенок амбулаторно обследован в ФГБУ «Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов», где диагнозы тирозинемии и целиакии, другие специфические заболевания желудочно-кишечного тракта были исключены.

Применялась диетотерапия, урсодезоксихолевая кислота из расчета 15 мг/кг и эссенциальные фосфолипиды, на фоне чего отмечается снижение печеночных проб. В анализах от 30.05.2018 г. АлаТ – 91 ед/л, АсаТ – 63 ед/л, общий билирубин 4,7 мкмоль/л, ГГТП – 19 ед/л, щелочная фосфатаза – 378 ед/л, концентрация такролимуса – 4,4 нг/мл.

Выводы. Представленное клиническое наблюдение требует дальнейшего изучения развития посттрансплантационного стеатоза у детей. В данном случае также нельзя исключить хроническое отторжение трансплантата и рецидив аутоиммунного гепатита. Учитывая вышеизложенные данные проспективные исследования необходимы для оценки отдаленных рисков у конкретного контингента больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Ибадьдин А.С., Кидирмагамбетов И.Л., Човдурбаев Н.Ж., Жуловчинов М.М.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Военный клинический госпиталь МО РК, Алматы, Казахстан

Актуальность. В диагностике и лечении паразитарных поражений печени достигнуты определенные успехи, уменьшилось количество повторных операций, летальность. Несмотря на это, не определены характер доступа при симультанном поражений, размеры кист подлежащих хирургической санации, методы закрытия остаточной полости, сроки антипаразитарной терапии.

Цель исследования: изучить ближайшие результаты лечения эхинококкоза печени и легких у военнослужащих.

Материалы и методы. В клинике оперированы 27 больных с эхинококкозом, мужчин было 23 (85,2%), женщин - 4 (14,8%), в возрасте от 18 до 50 лет. Эхинококкоз печени выявлен у 16 (59,3%) больных, сочетанно печени и легкого – у 2 (7,4%). Локализация кист в печени: левая доля - 5 (29,4%), правая доля - 10 (58,5%), первично-множественное поражение печени - 2 (11,8%). Размеры кист печени были в пределах от 5 до 21,5 см в диаметре. Осложненный эхинококкоз у 2 больных, нагноение кисты – у 1, прорыв кисты в свободную брюшную полость – у 1. Доступ был традиционный, в зависимости от локализации кист. Открытая эхинококкоэктомия выполнена у 10 (62,5%) больных, цистэктомия – у 2 (12,5%), закрытая эхинококкоэктомия – у 4 (25%). Остаточная полость после санации, ушивалась, при больших размерах по Аскерханову –Березину.

Результаты. Остаточная полость до 10 см заживала первичным, более 10 см - вторичным натяжением без нагноения и повторных операции. Антипаразитарную терапию проводили до и после операции с рекомендацией продолжить курсовое лечение после операции, для предупреждения рецидива при повторном инфицировании.

Заключение. В силу эндемичности южных регионов Республики Казахстана по эхинококкозу, призывной комиссии необходимо проводить УЗИ печени и легких во время призывной кампании.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЯ В ЛЕЧЕНИИ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Камилов Г.Т., Назаров Х., Холов К.Р., Султонов Б.Ч., Икромов Б.А., Султонов Р.Б.
ГУ Городской центр скорой медицинской помощи, Душанбе, Таджикистан

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

Актуальность. В настоящее время такое грозное осложнение желчекаменной болезни как билиарный панкреонекроз не имеет тенденции к снижению и занимает особое место в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости. Несмотря на существование общего понимания механизма развития билиарного панкреонекроза, до сих пор нет однозначной оценки целесообразности применения конкретного метода лечения, способствующего снижению частоты осложнений и летальных исходов при её тяжелых формах, которые по мировым литературным данным достигают 74% случаев. Все это указывает на необходимость дальнейшего изучения данной патологии и способов ее лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 31 больного с панкреонекрозом билиарного генеза, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГУ Городской центр скорой медицинской помощи города Душанбе в период с 2014 по 2017 гг. Женщин было 19 (61,3%) случаев, мужчин - 12 (38,7%). Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 64 лет, а длительность заболевания до госпитализации составила от 3 часов до 9 суток. Уровень билирубина варьировал от 28 до

120 мкмоль/л, амилаза крови от 36 до 84 Ед, диастаза мочи от 210 до 570 г/ч/л. Повышение уровня трансаминаз отмечено у 24 пациентов, щелочной фосфатазы - у 19. Всем больным при поступлении, для подтверждения диагноза и выявления сопутствующей патологии, было выполнено УЗИ, обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки, а также ФГДС. УЗИ позволило во всех (n=31) случаях позволило выявить конкременты в желчном пузыре, оценить состояние общего желчного протока и панкреаса, обнаружить наличие жидкости в сальниковой сумке (n=23) и свободной брюшной полости (n=7).

Результаты. Основным этапом операции начинали с диагностической лапароскопии для определения вида панкреонекроза во всех 31 случаях, затем выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому. Ревизию поджелудочной железы проводили через связку (n=22) или после мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру (n=9). При отсутствии секвестров и признаков поражения забрюшинной клетчатки (n=28) проводилась медикаментозная блокада парапанкреатической клетчатки смесью Novocaini 0,25%-60-80ml + Ceftriaxon-2g. Операция была завершена дренированием полости в трех точках в 28 случаях: Винслово пространство, малый таз справа и левый боковой канал. В остальных 3 случаях выполнено дренирование сальниковой сумки сквозным дренажем, справа через Винслово отверстие, а слева через желудочно-ободочную связку, на 2 см латеральнее от большой кривизны тела желудка, с помощью которого в послеоперационном периоде проводилась «промывная» гипотермия поджелудочной железы с введением антибиотиков широкого спектра действия. Также всем больным проводили массивную консервативную терапию, включающую в себя введение растворов 5-фторурацила и Сандостатина по утвержденным схемам.

Послеоперационный период протекал гладко, осложнений не наблюдали. Все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии, в различные сроки послеоперационного периода. Средняя длительность пребывания в стационаре составила $6,2 \pm 1,3$ дня.

Выводы. Применение эндовидеохирургии в диагностике и лечении больных с билиарным панкреонекрозом способствует улучшению результатов диагностики и хирургического лечения данной нозологии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

Кан П.Б.-Х., Кислицин Д.П., Колмачевский Н.А.,
Павлов П.И., Мизин А.Г., Кипров Р.Ю., Горгун А.Г.,
Галимов Р.Р., Биногеров А.М.

Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Актуальность. В настоящее время хирургическая операция остается одним из методов, позволяющим добиться дли-

тельной выживаемости пациентов со злокачественными опухолями печени. Однако резекция нередко бывает невозможной или крайне рискованной, если предполагаемый остающийся объем печени (future remnant liver – FRL) очень мал, так как при этом очень высок риск развития послеоперационной печеночной недостаточности, что может привести к летальному исходу. Одним из методов для расширения показаний к резекции печени является предоперационная эмболизация портальной вены (ПЭПВ), что играет ключевую роль в получении викарной гипертрофии оставшейся доли печени, способствуя снижению послеоперационных осложнений и летальности после обширной резекции печени.

Цель исследования: оценить эффективность методики предоперационной эмболизации воротной вены для подготовки к обширной резекции печени больных первичным и метастатическим поражением органа.

Материалы и методы. В период с 2016 по март 2018 года предоперационная эмболизация воротной вены запланирована 9 пациентам, выполнена 8. Средний возраст пациентов составил 57 лет, мужчин было 6, женщин - 3. Метастазы колоректального рака имели 4 пациента, метастаз рака молочной железы - 1, рак желчного пузыря - 2, холангиокарциному - 1, опухоль Клацкина - 1. Транспеченочный ипсилатеральный доступ осуществлен 4 пациентам, открытый доступ через v. Neocolica - 4 пациентам. При лапароскопическом доступе в одном случае выявлен канцероматоз брюшины (отказ от хирургического лечения). У всех пациентов применяли методику дистально-проксимальной эмболизации правой ветви воротной вены, в двух случаях - с 4-й сегментарной ветвью. По данным КТ выполняли волюметрию печени TLV (total liver volume), FLR до ПЭПВ и после 4-5 недель.

Результаты. Средний прирост FLR составил 6,8%. В объеме правосторонней расширенной гемигепатэктомии прооперированы четыре пациента, в объеме гепатопанкреатодуоденальной резекции - два, правосторонней гемигепатэктомии - один. У одного пациента с опухолью Клацкина, после предварительных ЧЧХС левого долевого протока и SIV по поводу механической желтухи и холангита, прироста FLR через 4 недели не получено, продолжается наблюдение, запланирована динамическая сцинтиграфия с оценкой FLR. Средний объем интраоперационной кровопотери составил 900 мл (400-1500 мл). В послеоперационном периоде признаков печеночной недостаточности не наблюдали у 4 пациентов, купированы консервативными мероприятиями - у 2. Пациент с раком желчного пузыря после гепатопанкреатодуоденальной резекции с протезированием воротной вены умер в раннем послеоперационном периоде на фоне тромбоза воротной вены. Наблюдаются в III клинической группе без признаков рецидива заболевания 4 пациента, переведены в IV клиническую группу в связи с прогрессированием основного заболевания - 2 больных.

Выводы. Применение предоперационной эмболизации воротной вены зарекомендовало себя как эффективный метод подготовки больных к обширной резекции печени. Тщательный мультидисциплинарный подход является основой успеха в лечении больных с данной патологией.

МЕТОДИКА СЦИНТИГРАФИИ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ

Ким П.П., Бондарь Л.В., Алиханов Р.Б., Казаков И.В., Ванькович А.Н., Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В., Никитин Б.С., Щадрова В.В., Ефанов М.Г.
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы, Россия

Для оценки объемов печени перед операцией используется дооперационная компьютерная волюметрия. Однако КТ-волюметрические данные не могут быть единственным критерием прогноза пострезекционной печеночной недостаточности (ППН), так как большинство существующих методов оценки резерва остаточной паренхимы печени не отражают резерв печени по сегментам и долям.

Цель исследования: оценка возможности гепатобилисцинтиграфии в определении функциональных и волюметрических показателей паренхимы печени перед выполнением больших резекций печени.

Материалы и методы. В период с июня 2014 по апрель 2018 гг. в ГБУЗ МКНЦ им. А.С. Логинова выполнено 188 резекции печени, из них 96 (51,1%) обширных резекций (три или более сегментов Couinaud). Средний возраст больных составил 68 ± 12 лет.

Характер выполняемых оперативных вмешательств: правосторонняя гемигепатэктомия - 54 (56,4%), левосторонняя гемигепатэктомия - 35 (36,4%), сегментэктомия более 3-х сегментов печени - 7 (7,2%). Правосторонняя гемигепатэктомия после портоэмболизации ветвей правой воротной вены выполнена 18 пациентам. Всем пациентам проводили МСКТ-исследование с болюсным контрастированием, радиоизотопное исследование – статическая и динамическая гепатобилисцинтиграфия.

При радиоизотопном исследовании оценивали несколько критериев: объем функционирующей паренхимы в остаточной печени, качественные показатели функционирующей паренхимы. Оценку производили по расчетам индекса печеночного захвата (ИПЗ). Сцинтиграфические данные сравнивали с анатомической моделью печени по результатам МСКТ, анализировали волюметрические данные при помощи МСКТ и динамической гепатобилисцинтиграфии.

Результаты. Анализ волюметрических данных у пациентов без нарушения кровоснабжения печени показал отсутствие достоверной разницы ($p > 0,05$).

В группе пациентов, с выполненной портоэмболизацией ветвей правой воротной вены разница между МСКТ и сцинтиграфическими данными при оценке остаточного объема печени составила $17,55 \pm 16\%$ ($p = 0,001$).

При анализе сцинтиграфических показателей 53 пациентов, которым выполнена диагностическая биопсия печени и динамическая гепатобилисцинтиграфия, выявлена прямая зависимость ИПЗ при динамической гепатобилисцинтиграфии и степенью фиброза печени по METAVIR: F0-3 – $2,7 \pm 0,6$; F4 – $2,04 \pm 0,2$ ($p > 0,05$).

Пострезекционная печеночная недостаточность тяжелой степени (Grade B-C) возникла в 8 случаях. Ввиду малого количества, для моделирования возникновения ППН в зависимости

от объема остаточной паренхимы печени и ИПЗ в качестве признака ППН использовались повышение уровней билирубина ($> 145\%$) и МНО ($> 35\%$) от исходного уровня на 5 сутки послеоперационного периода.

Получена модель логистической регрессии:

$$PHLF = 17,49 - 0,29 * СГ - 5,98 * ИПЗ + 0,09 * СГ * ИПЗ,$$

где PHLF – натуральный логарифм шанса развития упомянутых условий.

Ретроспективный анализ показал, что полученная модель может быть использована при прогнозировании пострезекционной печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

Выводы. Данные КТ и сцинтиграфической волюметрии сопоставимы между собой при ненарушенном кровоснабжении органа и превосходит КТ-волюметрию при локальных нарушениях кровоснабжения печени (ПВЭ, опухолевая инвазия, тромбоз ветвей ВВ и др.). Динамическая гепатобилисцинтиграфия дает возможность неинвазивной оценки сохранности функционального резерва на дооперационном этапе. Статическая и динамическая гепатобилисцинтиграфия позволяет комплексно оценить объем и состояние функции различных фрагментов печени. Разработанная модель позволяет дооперационно оценивать вероятность повышения уровня билирубина и МНО у пациентов, которым планируется проведение обширных резекций печени, но требует дополнительной проспективной оценки.

ГЕПАТОСЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО РЕЗЕРВА ПРИ РЕЗЕКЦИЯХ ПЕЧЕНИ

Ким П.П., Бондарь Л.В., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б.
ГБУЗ «Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова» ДЗ г. Москвы, Россия

Цель исследования: оценить роль гепатосцинтиграфии в прогнозировании пострезекционной печеночной недостаточности; определить пороговый показатель индекса печеночного захвата радиофармпрепарата в оценке функционального резерва при резекциях печени.

Материалы и методы. Исследование включало 149 пациентов, разделенные на две группы, которым было проведено исследование с использованием радифармпрепарата – гепатосцинтиграфия. 1-я группу составили 53 (35,6%) пациента с диффузными заболеваниями печени (хронический гепатит, цирроз печени), которым проводили гистологическое обследование печени. В биоптате оценивали степень фиброза по шкале METAVIR. Во 2-ую группу вошли 96 (64,4%) пациентам с различными опухолевыми поражениями печени, которым были выполнены обширные резекции печени (более 3 сегментов по Couinaud). В качестве критерия формирования пострезекционной печеночной недостаточности принято повышение уровня билирубина ($> 145\%$) и МНО ($> 35\%$) на 5 сутки послеоперационного периода по сравнению с исходными показателями. При моделировании возникновения пострезекционной печеночной недостаточности (ППН) в зависимости от объема остаточной паренхимы печени и индекс печеночного захвата (ИПЗ) получена модель логистической регрессии:

$PHLF = 17,49 - 0,29 * СГ - 5,98 * ИПЗ + 0,09 * СГ * ИПЗ$,
СГ – объем остаточной паренхимы печени по данным статической гепатосцинтиграфии

Результаты. Наиболее высокие показатели ИПЗ ($2,7 \pm 0,6$) выявлены у пациентов с фиброзом печени F0-3, у пациентов с фиброзом печени F4 уровень ИПЗ оказался значительно ниже ($2,04 \pm 0,2$). Пороговое значение ИПЗ составляло 2,4. У 18 пациентов с ИПЗ 2,4 и объемом остатка печени менее 40% резекция печени выполнена после предварительной редукции портального кровотока: перевязка воротной вены (1), чрескожная портальная эмболизация (12), чрескожная портальная эмболизация с радиочастотной абляцией по плоскости будущей диссекции печени (5). Отмечено увеличение объема остаточной паренхимы и повышение уровня ИПЗ до $2,7 \pm 0,47$ через 14-21 день после операции.

Выводы. Динамическая гепатосцинтиграфия может быть использована как неинвазивный метод оценки безопасности функционального резерва на дооперационном этапе. Разработанная модель может быть использована для дооперационной оценки вероятности формирования пострезекционной печеночной недостаточности.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА НА ФОНЕ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Корольков А.Ю., Попов Д.Н.,
Танцев А.О., Китаева М.А.

Научно-исследовательский институт хирургии и неотложной медицины

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

Введение. В современной гепатобилиарной хирургии лечение пациентов с холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом (БС) требует формирования комплексного мультидисциплинарного подхода с участием врачей различных специальностей: хирургов, эндоскопистов, анестезиологов-реаниматологов, врачей лучевой диагностики.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с холецистохоледохолитиазом, осложненным механической желтухой, холангитом и билиарным сепсисом.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2018 гг. в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова было пролечено 162 пациента с механической желтухой, холангитом и билиарным сепсисом на фоне холецистохоледохолитиаза. Все пациенты были разделены на группы: механическая желтуха (87 (53,7%), острый холангит (56 (34,6%) и билиарный сепсис (19 (11,7%), а также подгруппы с острым и хроническим калькулёзным холециститом. В каждой группе пациентов были проанализированы следующие показатели: частота послеоперационных осложнений, общее время оперативного вмешательства, тотальность литоэкстракции, частота интраоперационных конверсий, длительность анестезиологического пособия, летальность, длительность койко-дня, экономические затраты.

Результаты. Острый холецистит был диагностирован у 60 (37,0%) больных, хронический холецистит - у 102 (63,0%). Выполняли следующие виды оперативных вмешательств: одномоментная ЛХЭ в сочетании с ЭПСТ – 93, одномоментная лапароскопическая санация билиарного тракта (ЛХЭ+ЛХЛТ) – 57, 12 пациентов с БС были оперированы двухэтапно: первым этапом выполняли декомпрессию билиарного тракта с помощью ЭПСТ с литоэкстракцией, вторым этапом – ЛХЭ через несколько дней. При сравнении одноэтапных комбинированных вмешательств в группах пациентов с механической желтухой и острым холангитом как на фоне острого, так и на фоне хронического холецистита было установлено, что в группе пациентов, которым выполняли одномоментную ЛХЭ+ЛХЛТ достоверно отмечалось более высокая тотальность литоэкстракции (96,7 % против 88,2 %), меньшее суммарное время оперативного вмешательства ($129,1 \pm 10,5$ против $164,8 \pm 14,1$), меньшая частота послеоперационных осложнений (3,2% против 11,8%), меньшая длительность анестезиологического пособия ($160,4 \pm 10,8$ против $197,9 \pm 14,5$), меньший койко-день ($6,2 \pm 0,7$ против $8,8 \pm 1,0$) и экономические затраты ($67412,8 \pm 4476,5$ против $85991,6 \pm 6418,1$). У 12 больных с БС и хроническим холециститом выполняли двухэтапные оперативные вмешательства. В подгруппе пациентов с БС и острым холециститом 7 больным была выполнена успешная одномоментная ЛХЭ+ЛХЛТ. В группе больных с БС, оперированных одномоментно, отмечено меньшее время операции ($152,4 \pm 24,7$ против $230,8 \pm 27,5$) и анестезиологического пособия ($180,8 \pm 15,9$ против $251,5 \pm 28,2$), однако выявили большую частоту послеоперационных осложнений (8,3% против 14,2%) и летальности (8,3% против 14,2%), а также койко-день ($28,7 \pm 5,2$ против $16,3 \pm 2,1$) и экономические затраты на лечение ($210\,568,1 \pm 14106,5$ против $177\,467,2 \pm 6408,3$).

Выводы. У пациентов с механической желтухой, холангитом и билиарным сепсисом на фоне острого и хронического холецистита предпочтительнее использование одномоментной ЛХЭ+ЛХЛТ. В случае БС, при отсутствии воспаления желчного пузыря, показано выполнение ЭПСТ, направленной на декомпрессию желчных протоков, а после стабилизации состояния больного - ЛХЭ. При БС, протекающем на фоне острого холецистита, показано выполнение одномоментной операции.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С РЕЗЕКЦИОННЫМИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кригер А.Г., Горин Д.С., Гоев А.А., Варава А.Б.,
Берелавичус С.В., Ахтанин Е.А.

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

Актуальность. Послеоперационные кровотечения (ПКР) являются наиболее опасным и тяжелым осложнением в хирургии поджелудочной железы. Частота его возникновения варьирует от 1% до 29%, а летальность, обусловленная кровотечениями, достигает 3-60%.

Материалы и методы. В абдоминальном отделении №1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательском центре

хирургии имени А.В. Вишневого» Минздрава России в период 2014-2017 гг. было оперировано 387 больных, которым произведены резекционные операции на ПЖ. Послеоперационное кровотечение возникло у 43 (11,1%) больных.

Результаты. Внутрибрюшное ПКР было у 27 (62,7%) больных. Кишечное ПКР возникло у 14 (32,5%) больных, сочетанное кровотечение было отмечено в 2 (4,6%) случаях. По времени возникновения ПКР в 5 (11,6%) случаях было ранним, в течение первых суток, в 38 (88,4%) – поздними. Наиболее часто ПКР возникало после ПДР, выполняемых по поводу различных опухолей ПЖ (48,8%).

Только консервативную терапию применили в 3 (6,9%) случаях, у данных больных ПКР трактовано как «сторожевое». С целью остановки кровотечения релапаротомию выполнили 19 (44,2%) больным, рентгенэндоваскулярный гемостаз – 21 (48,8%). РЭЛ применялось при рецидиве кровотечения в 7 наблюдениях: после ранее выполненной релапаротомии у 3 больных; при рецидиве после ранее выполненного РЭЛ – у 4. Из 28 наблюдений рентгенэндоваскулярного лечения кровотечений стентирование выполнили в 5 (17,8%) случаях, эмболизацию – в 23 (82,2%).

Летальность в группе больных, перенесших ПКР, составила 18,6% (8). Из 19 больных, которым выполнили релапаротомию с целью остановки кровотечения умерло 6 (31,6%); из 21 больного, получившего РЭЛ с целью гемостаза умерло 2 (9,5%) больных.

Выводы. Кровотечение после резекционных операций на ПЖ является наиболее опасным осложнением. При тяжелом кровотечении с гемодинамическими нарушениями требуется экстренная релапаротомия. При отсутствии нарушений гемодинамики оптимальным способом является эндоваскулярный метод остановки кровотечения.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ И ТРОМБОЭЛАСТОГРАММЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Абдкереев Е.К., Сейсенбаев Н.Н., Агзамов М.Х.

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

Коррекция коагулопатии при ортотопической трансплантации печени, является одной из самых больших проблем в практике анестезиолога-реаниматолога. Основным методом лечения таких коагулопатий является возмещение дефицита факторов свертывания крови, переливанием достаточно больших объемов свежзамороженной плазмы и криопреципитата, что в свою очередь может вызвать множество летальных осложнений. Поэтому в последнее время, многие трансплантационные центры стали придерживаться рестриктивной тактики трансфузии донорской крови.

Цель исследования: изучение изменений показателей гемостаза после трансплантации печени без их активной коррекции.

Материалы и методы. Исследовали 75 взрослых пациентов после трансплантации печени, которым не проводили коррекцию показателей гемостаза в послеоперационном пе-

риоде. Средний возраст пациентов составил $41,3 \pm 11,8$ (24-56) лет, средняя масса тела – $58,6 \pm 6,9$ (48-69) кг. MELD составлял $18,84 \pm 7,1$ баллов. Исследовали показатели гемостаза: активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПИ), международное нормализованное отношение (МНО), концентрацию фибриногена А, количество тромбоцитов, показатели тромбозластографии (время начала реакции – R, время формирования сгустка – K, угол альфа, максимальная амплитуда сгустка – МА, индекс лизиса сгустка).

Результаты. Данные коагулограммы указывали на наличие значительной коагулопатии в течение 10 суток после операции (значительное удлинение АЧТВ, увеличение МНО и снижение концентрации фибриногена). В то время, как показатели тромбозластограммы указывали лишь на умеренную коагулопатию, которая полностью купировалась в течение 4-х дней после трансплантации печени.

Геморрагических осложнений в послеоперационном периоде у исследованных пациентов не наблюдали.

Выводы. Метод тромбозластографии является более надежным способом оценки коагуляционного статуса пациентов, который указывает на нормализацию коагуляционных механизмов уже на 4 сутки после трансплантации печени. Несмотря на длительно сохраняющиеся значительные изменения показателей коагулограммы, коагуляционный статус не требует активной коррекции трансфузией свежзамороженной плазмы и криопреципитата.

КОРРЕКЦИЯ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Абдкереев Е.К., Достарбаев Б.Ж., Мухашов Н.А.

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

Трансфузия свежзамороженной плазмы (СЗП) в настоящее время широко используется в практике интенсивной терапии для коррекции коагуляционных нарушений или профилактики кровотечений (1).

Однако применение СЗП тесно коррелирует с респираторными осложнениями, которые являются наиболее распространенной причиной трансфузионной смертности (2, 3).

Цель исследования: оценить потребность в плазма-трансфузии у больных при трансплантации печени.

Материалы и методы. Исследовали 87 взрослых пациентов с циррозом, которым была выполнена трансплантация печени. Возраст пациентов составил $38,2 \pm 17,3$ (24-60). Масса тела - $65,8 \pm 7,9$ (48-78), MELD - $21,4 \pm 4,3$ балла. Исследовали показатели гемостаза: активированное частичное тромбиновое время (АЧТВ), протромбиновый индекс (ПИ), международное нормализованное отношение (МНО), концентрацию фибриногена А, количество тромбоцитов, показатели тромбозластографии (время начала реакции – R, время формирования сгустка – K, угол альфа, максимальная амплитуда сгустка – МА, индекс лизиса сгустка), а также потребность в трансфузии СЗП и криопреципитата (КРИО) в послеоперационном периоде.

Результаты. Из 87 пациентов у 12 (13,8%) с MELD $24,8 \pm 2,7$ баллов в послеоперационном периоде возникла необходи-

мость в трансфузии СЗП и КРИО. У данной группы пациентов наблюдали выраженную коагулопатию и явления геморрагического синдрома. Остальные 75 пациентов с MELD $18,8 \pm 7,1$ в трансфузии не нуждались, у них наблюдали менее выраженную коагулопатию.

При исследовании гемостаза у пациентов первой группы выявлено значительное удлинение АЧТВ ($102,5 \pm 57,2$ сек), снижение ПИ ($19,6 \pm 10,8\%$), увеличение МНО ($5,7 \pm 4,2$), снижение фибриногена ($0,7 \pm 1,0$ г/л), удлинение интервала К ($12,1 \pm 4,6$ мин), уменьшение угла альфа ($31,5 \pm 13,0$ градусов). Потребность в СЗП для коррекции гемостаза у пациентов этой группы составила $3222,5 \pm 3274,8$ (690-8650) мл, а потребность в КРИО $80 \pm 193,7$ (0-600) мл. Необходимость активной коррекции коагуляционного статуса наблюдалась в первые трое суток после операции.

Заключение. 1. Выраженная коагулопатия с проявлениями геморрагического синдрома наблюдается у 13,8% пациентов после трансплантации печени.

2. При выраженной коагулопатии (АЧТВ 102 сек., ПИ 19,6%, МНО 5,7, интервале К 12,1 мин. и угле альфа $31,5^\circ$) может возникать необходимость активной коррекции гемостаза трансфузией свежзамороженной плазмы и криопреципитата.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Куандыков Т.К., Жарасбаев А.М., Байжанов М.У., Мереев Н.М., Шишкин А.А., Данияров А.Ж.

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

Нарушение питания у больных в критическом состоянии приводит к угнетению функции иммунной системы, угнетению дыхательного паттерна, ослаблению дыхательной мускулатуры, что влечет за собой удлинение сроков вентиляции, увеличению количества инфекционных осложнений и летальности на 40% [1,2].

Цель исследования: оценка эффективности парентерального питания в комплексном лечении пациентов с острым поражением поджелудочной железы.

Материалы и методы. Исследовали 17 пациентов с острым поражением поджелудочной железы в виде острого панкреатита, инфицированного и неинфицированного панкреонекроза. В исследование вошли пациенты обоих полов в возрасте 38-68 лет, которым было показано искусственная вентиляция легких и полное парентеральное питание. Парентеральное питание начинали в первые сутки пребывания пациента в отделении интенсивной терапии и осуществлялось оно готовыми изокалорийными питательными смесями Нутрикомп (B Braun), которые вводились непрерывно в назогастральный зонд.

Исследовали расход энергии, азотистый баланс, количество осложнений проводимого энтерального питания.

Расход энергии рассчитывали методикой, основанной на измерении потребления кислорода (VO_2) и образования углекислого газа (VCO_2):

Расход энергии = $(3,94 \text{ Ч } VO_2) + (1,11 \text{ Ч } VCO_2)$. Потребление кислорода рассчитывали по формуле: $VO_2 = CB \cdot CH_4$

($SaO_2 - SvO_2$), где CB – сердечный выброс, SaO_2 – насыщение кислородом артериальной крови, SvO_2 – насыщение кислородом венозной крови.

VCO_2 рассчитывалось встроенной в дыхательный аппарат Gamilton G5 программой.

Сердечный выброс определяли реографом «Реоспектр» (Нейрософт) методом М.И. Тищенко (1973).

Азотистый баланс рассчитывали по формуле: введенный белок (г)/6,25 – азот мочевины (г) – 4. Азот мочевины определяли путем умножения суточного количества мочевины (в граммах) на коэффициент 0,466, а общее количество азота в моче – путем умножения полученной величины на коэффициент 1,25.

Исследуемые показатели регистрировали на протяжении 10 дней.

Результаты. Осложнений энтерального питания не наблюдали ни у одного пациента.

При проведении нутритивной поддержки пациентов с повреждениями поджелудочной железы нам пришлось столкнуться с проблемой несоответствия получаемой и истинной потребностью в энергетических субстратах. Данная ситуация складывается в результате жидкостной перегрузки организма, при применении многокомпонентного парентерального питания.

Выводы. Преобладание катаболических процессов у пациентов с поражением поджелудочной железы продолжается более 10 суток. Азотистый баланс первую декаду заболевания остается отрицательным что наиболее выражено со 2 по 5 сутки.

Расход энергии первые 10 суток у пациентов с острым панкреатитом может достигать 2200 ккал/сут при неосложненном течении заболевания.

По нашему мнению, в первые 6 суток заболевания следует отдавать предпочтение гиперкалорийным питательным смесям для адекватного восполнения энергетическими субстратами организма.

ПРИМЕНЕНИЕ СВЕЖЕЗАМОРОЖЕННОЙ ПЛАЗМЫ У БОЛЬНЫХ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Курбанбеков Н., Ормахан Д., Шегебаева А., Омирбек А., Абдрахманова А.

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

СЗП служит источником недостающих факторов свертывания, выывших при кровопотере и потребленных при быстром и значительном образовании тромбов при других патологических состояниях. При циррозе печени, кроме того, имеет место дефицит факторов свертывания, связанный с их низкой продукцией печенью.

Цель исследования: оценить потребность в плазма-трансфузии у больных при трансплантации печени.

Материалы и методы. Исследовали 87 взрослых пациентов с циррозом, которым была выполнена трансплантация печени. Возраст пациентов составил $38,2 \pm 17,3$ (24-60). Масса тела - $65,8 \pm 7,9$ (48-78), MELD - $21,4 \pm 4,3$ балла. Во

время операции исследовали показатели гемостаза: активированное частичное тромбиновое время, протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение, концентрацию фибриногена А, количество тромбоцитов, показатели тромбоэластографии (время начала реакции – R, время формирования сгустка – К, угол альфа, максимальная амплитуда сгустка – МА, индекс лизиса сгустка). Изучили объем кровопотери во время операции, потребность компонентах крови.

Все исследуемые показатели фиксировали на определенных этапах:

- начало операции;
- мобилизация печени;
- агепатический период;
- неогепатический период;
- конец операции.

Результаты. При анализе данных гемостаза мы выявили наиболее значительные изменения всех показателей коагуляции в агепатический период операции. Объем кровопотери во время операции составил 1854 ± 773 . Средняя потребность в СЗП составила 1336 ± 1653 мл.

Выводы.

1. Во время операции трансплантации печени происходит значительные гипокоагуляционные нарушения, иногда приводящие кровопотере, которые могут потребовать коррекции коагулопатии компонентами крови.
2. При трансплантации печени интраоперационная потребность в СЗП у реципиента печени составляет 1336 ± 1653 мл.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО И МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО АБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛЕНИЯ У «ГОКОД»»

Кудряшов В.А., Бондаренко В.М., Нестерович Т.Н., Терешко А.В., Подгорный Н.Н., Михайлов И.В., Шимановский Г.М., Новак С.В., Атаманенко А.В., Кравченко О.В., Довидович С.В.

У «Гомельский областной клинический онкологический диспансер», Гомель, Беларусь

УО «Гомельский Государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

Введение. В Республике Беларусь заболеваемость первичным раком печени не превышает 3-5% среди всех злокачественных опухолей. Одногодичная летальность для всего населения составляет – 73,7%.

Материалы и методы. За последние 10 лет в онкологическом абдоминальном отделении Гомельского областного клинического онкологического диспансера выполнены оперативные вмешательства на печени 421 больному. Средний возраст пациентов составил $60.2 \pm 10,8$ года. Резекции печени выполнены по поводу первичного рака печени в 17 (4,0%) случаях, по поводу метастазов - в 323 (76,7%) (преимущественно колоректального рака – 266 случаев), в большинстве случаев одномоментно с удалением первичного очага, при вращении в печень опухолей смежных органов - в 50 (11,9%). По пово-

ду доброкачественной патологии печени выполнено 44 (10,5%) операции.

Результаты. Обширные резекции печени выполнены в 20 (4,8%) случаях: правосторонняя гемигепатэктомия - в 13 (в 3 случаях расширенная), левосторонняя гемигепатэктомия – в 7 (в 1 случае расширенная). В 377 (89,5%) случаях были выполнены экономные резекции печени различного объема, в 24 (5,7%) - радиочастотная абляция метастатического очага.

Лапароскопическая атипичная резекция печени выполнена в 6 случаях. Послеоперационные осложнения развились у 42 (10%) пациентов, умерли 9 (2,1%), после обширных резекций печени – 2 (10%). Причиной летальности несостоятельность анастомозов явилась в 5 случаях, некроз культы желудка, тромбоэмболические осложнения - в 3, прогрессирующая полиорганная недостаточность с преобладанием печеночной после расширенной правосторонней гемигепатэктомии - в 1.

Наблюдаемая актуальная пятилетняя выживаемость составила $34,4 \pm 4,5\%$. Наблюдалась тенденция к более высокой выживаемости при вращении опухоли в печень, по сравнению с метастазами: при колоректальном раке пятилетняя выживаемость составила $63,7 \pm 17,2\%$ и $29,2 \pm 4,0\%$ ($P > 0,05$), при раке желудка – $50,7 \pm 13,1\%$ и $22,3 \pm 17,9\%$, соответственно ($P > 0,05$).

Выводы.

1. Пятилетняя выживаемость пациентов, оперированных по поводу первичного и метастатического рака печени, составила $34,4 \pm 4,5\%$, отдаленные результаты резекций печени можно считать удовлетворительными.
2. При обширных резекциях печени послеоперационная летальность составила 10%, при этом послеоперационная летальность для всех пациентов составила 2,1%. В большинстве случаев причиной летальных случаев были несостоятельности анастомозов при одномоментных операциях по поводу первичной опухоли ЖКТ.

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТО-БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.

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

ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение диагностики и хирургического лечения панкреато-билиарных осложнений (ПБО) язвенной болезни.

Материалы и методы. Располагаем опытом комплексной диагностики и хирургического лечения 74 больных с панкреато-билиарными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Интерпретация клинического материала показала, что из 74 пациентов проявления панкреатического синдрома имели место у 45 (60,8%) больных, билиарного синдрома - у 21 (28,4%), смешанные, т.е. панкреатического и билиарного синдрома - у 8 (10,8%).

Результаты. Клинические проявления ПБО язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, как правило, были атипичными и протекали с клиническими синдромами. Так, при пенетрации дуоденальной язвы в головку поджелудочной железы (n=28) и БДС (n=17) в клинической картине заболевания доминировали признаки хронического индуративного панкреатита с высокими показателями активности панкреатических ферментов в крови и моче. При пенетрации язвы в общий желчный проток в клинической картине преобладали поражения билиарного дерева со стойким болевым синдромом и рецидивирующей желтухой в 18 наблюдениях, в клинической картине билиарного синдрома доминировали признаки холангита вследствие образования холедоходуоденального свища - в 31 наблюдении.

Кроме этого, сочетание пенетрации со стенозом наблюдали в 15 (20,2%) случаях, сочетание пенетрации с кровотечением - в 12 (16,2%), пенетрация дуоденальной язвы сочеталась со стенозом и кровотечением - в 8 (10,8%) наблюдениях.

Особые трудности возникали при лечении пациентов с холедоходуоденальными свищами, наблюдавшимися у 7 человек. В этих ситуациях возникли показания к формированию билиодигестивных анастомозов. В связи с чем, у 5 пациентов с холедоходуоденальными свищами резекцию желудка по Ру в сочетании со стволовой ва-готомией дополняли формированием супрадуоденального поперечного анастомоза общего желчного протока с дуоденальной культей. У 2 пациентов ввиду того, что язвенный инфильтрат располагался на уровне слияния общего печеночного и пузырного протоков и привел к выраженным рубцово-воспалительным изменениям желчного пузыря и дистального отдела общего желчного протока с ее рубцовой стриктурой после резекции желудка и холецистэктомии, для анастомоза был использован общий печеночный проток. В послеоперационном периоде после выполнения нестандартных оперативных вмешательств (n=7) у 2 оперированных развился послеоперационный панкреатит, купированный с помощью консервативных методов. Летальных исходов не было.

Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру выполняли у 6 (8,1%) пациентов с пенетрацией язвы в желчный пузырь и во всех случаях ее дополняли холецистэктомией. В послеоперационном периоде у 2 оперированных наблюдали осложнение в виде несостоятельности швов дуоденальной культы (n=1) с неблагоприятным исходом и послеоперационным анастомозитом (n=1).

Следует отметить, что 19 (25,6%) пациентам с пенетрирующими низкими язвами выполняли резекцию желудка на «выключение» язвы. В раннем послеоперационном периоде у 5 из них развились осложнения в виде несостоятельности швов дуоденальной культы (n=2), рецидива кровотечения из прошитой и выключенной дуоденальной язвы (n=1), послеоперационная пневмония (n=1). Умерло 3 пациента.

Заключение. Хирургическая тактика при панкреатобилиарных осложнениях нестандартная, что требует выполнения первичной резекции желудка по Ру в сочетании со стволовой ваготомией и корригирующими вмешательствами на внепеченочных желчных протоках по строгим показаниям.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИПУЗЫРНОМ ИНФИЛЬТРАТОМ

Курбонов К.М., Назирбоев К.Р.,
Муродов У.К., Саидов Р.Х.

Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Таджикистан
ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с острым холециститом, осложнённым перивезикальным инфильтратом.

Материалы и методы. Настоящая работа основана на результаты комплексного обследования и хирургического лечения 108 больных с острым холециститом, осложнённым перивезикальным инфильтратом (ПВИ). На частоту развития перивезикального инфильтрата непосредственное влияние оказало сроки поступления больных в стационар. Пациенты с перивезикальным инфильтратом поступали в клинику позднее 24 часов от начала заболевания в 50 (46,3%) наблюдениях, что являлось одной из причин возникновения осложнения острого калькулезного холецистита (ОКХ). Начальная стадия развития перивезикального инфильтрата имела место в 22 (20,3%) наблюдениях и по клинко-морфологической характеристике она оказалась рыхлым. Сформированный плотный перивезикальный инфильтрат был в 48 (44,4%) случаях и в 38 (35,1%) наблюдениях последний оказался плотно-некротическим (n=20) и плотно-абсцедирующим (n=18).

Результаты. Для выбора наиболее патогенетически обоснованного метода лечения важное значение предавали клинко-морфологической форме перивезикального инфильтрата по данным УЗИ и результатам клинко-лабораторных данных, а также степени операционно-анестезиологического риска.

При лечении выполняли холецистэктомию из минилапаротомного доступа в 58 (53,7%) наблюдениях, в 10 случаях из-за технических сложностей с развитием кровотечения и повреждения желчных протоков операцию заканчивали традиционным открытым методом. Ещё в 14 случаях традиционную открытую холецистэктомию выполняли при плотно-некротической форме инфильтрата (n=4) и осложненном микроабсцессами (n=10).

При рыхлом перивезикальном инфильтрате, а также при плотном инфильтрате, в 19 (17,6%) наблюдениях выполняли лапароскопическую холецистэктомию. У наиболее тяжелой группы пациентов (n=17), у которых тяжесть состояния была обусловлена эндотоксемией и соматической патологией, а также при перивезикальном инфильтрате с абсцедированием применяли этапное миниинвазивное лечение - чрескожная пункция и дренирование инфильтрата (абсцесса) и желчного пузыря под УЗИ-контролем для купирования воспалительного процесса и снижения уровня эндотоксемии. После положительной клинко-лабораторной и УЗИ динамики постдекомпрессивного периода выполняли холецистэктомию.

Наряду с хирургическими методами лечения, проводили комплексное антибактериальное лечение с применением цефалоспоринов VI-поколения и фторхинолонов. Для более быстрого купирования воспалительного процесса в желчном пузыре и

рассасывания околопузырного инфильтрата в 20 наблюдениях проводили местную чресдренажную лазеротерапию желчного пузыря и инфильтрата. Длительность экспозиции составила 3-5 минут. Продолжительность лазеротерапии 6-8 сеансов.

В целом эффективность миниинвазивных методов лечения среди 84 (77,8%) больных с ПВИ на фоне ОКХ составила 93% (81 из 84), послеоперационная летальность - 1,9%. Тогда как после традиционной открытой холецистэктомии летальность - 3,1%.

Заключение. Операцией выбора ПВИ на фоне ОКХ, является холецистэктомия из минилапаротомного доступа. При ОКХ, осложненным ПВИ у лиц с операционно-анестезиологическим риском по ASA-III-IV степени целесообразно применения этапного лечения, начинающегося с чрескожного пункционно-дренирующего вмешательства под УЗ-контролем и парентерально ведения цефалоспоринов IV-поколения и фторхинолонов.

СЕЛЕКТИВНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ АРТЕРИЙ ПЕЧЕНИ ЛЕКАРСТВЕННО НАСЫЩАЕМЫМИ МИКРОСФЕРАМИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ РАКА

Лебедев Д.П.^{1,2}, Астахов Д.А.^{1,2}, Панченков Д.Н.^{1,2},
Иванов Ю.В.^{1,2}, Кедрова А.Г.¹

¹ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА, Москва, Россия

Цель исследования: первичная оценка собственных клинических данных об эффективности метода химиоэмболизации артерий печени лекарственно насыщаемыми микросферами у пациентов с нерезектабельными метастазами рака.

Материалы и методы. Приводим описание 23 случаев, где метод артериальной химиоэмболизации лекарственно насыщаемыми микросферами применялся как этап в лечении пациентов с метастазами рака различных первичных локализаций в печень. Мужчин было 10 (43,5%) человек (возраст от 49 до 76 лет, средний возраст 62,5 лет), женщин - 13 (56,5%) (возраст от 41 до 72 лет, средний возраст 56,5 года). В 12 случаях использовался бедренный доступ, в 11 случаях использовался лучевой доступ. Среднее время операции составляло 43 минут. У 15 пациентов в печеночные артерии совокупно было введено по одному флакону NeraSphere насыщенном Доксорубицином. У 2 пациентов потребовалось введение двух флаконов микросфер. Процедуру выполняли однократно 17 пациентам, двукратно - 6 пациентам.

Результаты. Во всех случаях химиоэмболизация дополняла проводимое системное лечение в результате чего удалось добиться стабилизации процесса на срок от 30 дней (наблюдение продолжается) до 371 дня. Клинический эффект составил на данный момент: в виде стабилизации процесса у 16 (69,6%) пациентов, частичный клинический регресс наблюдается у 6 (26,1%) пациентов, умерло от прогрессирования заболевания

- 3 (13,1%) пациентов. Медиана выживаемости не достигнута. У 7 (30,4%) из 23 пациентов в послеоперационном периоде в течении 2-х суток отмечали жалобы на боли в животе, слабость, тошноту, однократную рвоту. В 2 наблюдениях зафиксировано повышение температуры до 38-39°C на вторые и третьи сутки после химиоэмболизации. Подъемы температуры купировались 8 мг Дексаметазона и Перфалганом. Таким образом выраженность постэмболизационного синдрома не превышала 1-й степени.

Выводы. Артериальная химиоэмболизация лекарственно насыщаемыми микросферами - безопасный и эффективный метод лечения. Отсутствие тяжелых осложнений и эффективность воздействия позволяет рассматривать артериальную химиоэмболизацию как метод выбора лечения неоперабельных больных с метастазами рака в печень, дополняющий продолженную системную терапию. Нежелательные эффекты данного метода, такие как болевой синдром, тошнота/рвота, успешно купируются медикаментозно и являются кратковременными.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ СПОСОБОМ ЧЕРЕЗ ОДИН ДОСТУП

Левченко Н.В.^{1,2}, Хрячков В.В.¹, Кислицин Д.П.¹

¹ГБОУ ВО Ханты-Мансийская государственная медицинская академия Минздрава России, Ханты-Мансийск, Россия

²БУ «Няганская окружная больница», Нягань, Россия

Введение. Одной из важнейших задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Это объясняет их закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции. При проведении некоторых оперативных вмешательств доступ приносит больному больше страданий, чем основной этап.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных жёлчнокаменной болезнью путём разработки и внедрения в практику способа лапароскопической холецистэктомии через один доступ.

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

В апреле 2005 г. впервые нам удалось успешно выполнить операцию из одного параумбиликального доступа. Это стало возможным благодаря дополнительной установке субксифоидального троакара также в параумбиликальный разрез. Мы выполняем дугообразный кожный разрез сразу над пупком. Выпуклая сторона разреза обращена вверх. После обнажения апоневроза устанавливаются три троакара. Два из них по белой линии живота и один справа. Расположение трёх троакаров в небольшой кожной ране порождало ряд технических неудобств. В связи с этим зажим для тракции жёлчного пузыря мы стали вводить без троакара. При этом, не отмечали газотока и сохра-

нялась подвижность манипулятора. В последующем аналогично вводили лапароскоп. Таким образом, в ране размещаются один троакар, лапароскоп и зажим для тракции жёлчного пузыря.

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

С 2005 г. описанным способом нами выполнено 548 лапароскопических холецистэктомий из единого доступа, 439 (80,1%) женщины и 109 (19,9%) мужчин. В плановом порядке оперировано 387 пациентов, с острыми формами холецистита - 136 больных. Среди острых форм холецистита катаральный встретился у 72, флегмонозный - у 43 и гангренозный - у 21 больных.

Среди оперированных было 192 (35,0%) пациента с ожирением 2-ой степени и выше. У всех пациентов операцию заканчивали без установки дренажа в брюшную полость.

Результаты. На этапах внедрения способа, при отборе больных для выполнения операции данным способом, учитывали возраст и массу тела. С 2008 г., используя описанный способ, операции выполняли также больным с острыми формами холецистита и высокой степенью ожирения.

Подавляющее количество (392 (71,5%) операции) выполнены в интервале от 30 до 60 минут.

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

Все больные выписаны с выздоровлением.

Время наблюдения за больными составляет более 10 лет. Каких-либо осложнений не выявили.

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

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Магомедов М.М., Иманалиев М.Р.,
Магомедов Х.М. Магомедова К.А.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия

Актуальность. Проблема диагностики и лечения пациентов с механической желтухой и печеночной недостаточностью остается важной медико-социальной проблемой.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с синдромом механической желтухи.

Материалы и методы. Изучено влияние синдрома механической желтухи, на некоторые функции жизненно важных органов и показатели интоксикации на 1-е, 3-и, 5-е, 8-е сутки лечения у 86 пациентов в четырех рандомизированных группах. Мужчин было 41 (47,7%), женщин 45 (52,3%). В 1-ой группе (21 (24,4%) пациент) декомпрессию желчных путей осуществляли через лапаротомию с дренированием. Во 2-ой группе (21

(24,4%) пациент) путем эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с литоэкстракцией. В 3-ей и 4-ой группах (по 22 (25,6%) пациента) наложением микрохолецистостомы под контролем УЗИ. В 1-ой, 2-ой и 3-е группах проводили патогенетически обоснованную по объему и составу инфузионную терапию. В комплексе лечения пациентов 4-ой группы была гипотермия введением гидрохлорида натрия, микрохолецистостому в количестве 60-120 мл при температуре 18°C в течении 20-25 минут. До операции все исследуемые показатели в группах пациентов отличались от нормальных значений, но достоверно не отличались друг от друга.

Результаты. У пациентов 1 группы с 1-ых по 4-е сутки послеоперационного периода наблюдали достоверное снижение УОС и МОС, снижение моторики желудочно-кишечного тракта и уровня СОД, увеличение ЧП и ЧД, повышение уровня билирубина, ферментов ЩФ, ГГТ, ЛИИ, ЦИК, СРБ, ДК. В последующем наблюдали снижение уровня исследуемых показателей, которые оставались значительно выше нормы к 8 суткам лечения.

После ЭПСТ с литоэкстракцией отсутствовало послеоперационное снижение функций жизненно важных органов и рост показателей интоксикации. Однако, достоверное снижение показателей интоксикации отмечено только на 4-6 сутки. Затем наблюдали постепенную нормализацию исследуемых показателей. В отличие от декомпрессии желчных путей через лапаротомию, после малоинвазивных методов декомпрессии в первые 4-6 суток послеоперационного периода это процесс проходил более эффективно. В группе, где первым этапом выполняли ЭПСТ, уровень показателей интоксикации 2-3 суток и по своим средним значениям был достоверно выше, чем у больных с ТТМХС. Это связано с поступлением токсичной желчи в кишечник и открытием выходных ворот при не до конца восстановленной дренажной функции желчных путей. В 4-й группе пациентов с малоинвазивной декомпрессией желчевыводящих путей и с применением гипотермии в отличие от других групп уровень показателей интоксикации был достоверно ниже с 1 по 3 сутки, уровень ферментемии с 3 по 8 сутки, уровень общего белка и АГ коэффициент был выше с 3 по 8 сутки.

Заключение. После декомпрессии желчных протоков сокращаются явления печеночной недостаточности. Результаты коррекции с применением гипотермии свидетельствуют об улучшении функции печени и уменьшении степени ее недостаточности. У пациентов с печеночной недостаточностью при механической желтухе необходимо одновременное осуществление декомпрессии желчных протоков с проведением гипотермии гидрохлоридом натрия для профилактики ишемического реперфузионного синдрома.

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СОПУТСТВУЮЩАЯ БИЛИАРНАЯ ПАТОЛОГИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А.

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, Киев, Украина
Киевская областная клиническая больница, Киев, Украина*

Актуальность. К синдрому Опи (Engene L. Opie - 1873-1971 гг.) относили острую блокаду терминального отдела холедоха

крупными желчными конкрементами или блокаду большого дуоденального сосочка мелким конкрементом. Синдром проявляется: 1) острой постоянной опоясывающей болью; 2) отсутствием выделения желчи из БДС; 3) гипертензией в билиарной системе, превышающей давление в вирсунговом протоке; 4) обтурационной желтухой.

В 1940 г. Миризи (Pablo Luis Mirizzi, 1893-1964 гг.) впервые описал синдром, связанный с доброкачественной механической обструкцией и частичным сужением общего печеночного протока и сдавлением извне желчным конкрементом, расположенном в удлинённом пузырном протоке или в шейке желчного пузыря или Гартмановом кармане. Из восьми описанных вариантов синдрома, чаще всего встречается шестой вариант.

К синдрому Бувере (Bouveret Leon, 1850-1926 гг.) относят желчнокаменную кишечную непроходимость (желчный илеус), вызванный патологическим соустьем деструктивно изменённого желчного пузыря наполненного крупными конкрементами с пилородуоденальной зоной, реже с тонкой или поперечно-ободочной кишкой. Г. Мондор (Henri Mondor, 1885-1962 гг.) в 1939 году называл этот вид илеуса «непроходимость толчками».

Гемобилия - это синдром, проявляющийся триадой: 1) желудочно-кишечное кровотечение; 2) желчная (печеночная колика); 3) желтуха.

Вирсунгоррагия - осложнение заболеваний и травм поджелудочной железы, реже билиарной системы с рецидивирующими кровотечениями из большого или малого дуоденального сосочка.

Билиодигестивные кровотечения - включают все варианты кровотечений в просвет билиарной системы и в дальнейшем в желудочно-кишечный тракт.

Кровотечения в свободную брюшную полость из сосудов гепатопанкреатодуоденальной зоны (а. cystica, ложе желчного пузыря, из спаек) отмечается от 0,6 % до 7,9% случаев.

Цель исследования: выявить особенности диагностики, лечебной и хирургической тактики редких осложнений острого калькулезного холецистита, в том числе и в сочетании с билиарной патологией (синдром Мирризи).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов оперативных вмешательств по поводу острого холецистита в хирургических стационарах ЦРБ Киевской области и Киевской областной клинической больницы за период с 2004 по 2017 гг. у 9017 больных, в каждой больнице было 7931 (88,0%) и 1086 (12,0%) больных соответственно.

Результаты. В хирургических стационарах Киевской области и Киевской областной клинической больницы в порядке убывания отмечены: 1) острая блокада терминального отдела холедоха и сосочковый илеус; 2) шесть вариантов синдрома Мирризи; 3) кровотечения из панкреатобилиарной зоны в свободную брюшную полость; 4) синдром Бувере- желчнокаменная кишечная непроходимость – чаще в пилородуоденальной зоне и тонкой кишке; 5) гемобилия и вирсунгоррагия.

Наибольшая сложность возникает в топической диагностике и лечении билиодигестивных кровотечений, в частности гемобилии.

Выводы. Своевременная диагностика и оптимальная лечебная тактика с использованием УЗИ, компьютерной томографии и рентген-эндоваскулярных вмешательств способствует улучшению результатов лечения при редких осложнениях холецистэктомии.

НАШ ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Машурова Е.В., Вафин А.З.,
Мнацаканян Э.Г., Маланка М.И.

ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия

Цель исследования: проанализировать результаты малоинвазивных методов лечения больных с эхинококкозом печени.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2018 гг. в ККБ у 35 больных был использован пункционный метод лечения эхинококкоза печени, известный в литературе как PAIR– метод или PAIR– метод в сочетании с дренированием кисты, описываемый как PEVAC. Мужчин было 19 (54,3%), женщин – 16 (45,7%), в возрасте от 17 до 78 лет.

Результаты. Пункцию выполнили через брюшную полость у 33 (94,3%) пациента, через диафрагму и плевральный синус - у 2 (5,7%).

Под контролем УЗИ жидкость из кисты эвакуировали, после чего вводили гермицидный препарат. Длительность дренирования варьировала в пределах от 15-28 дней. Полости 2-3 раза промывали р-ром антисептиков, дренажи подключали к стерильной емкости. Все пациенты, пролеченные пункционным методом, перенесли лечение хорошо.

Летальных исходов и осложнений не было. Средняя длительность пребывания в стационаре - до 7 дней. У 3 человек, которым была выполнена пункция, при контрольном УЗИ на 3-и сутки полости не выявили Лихорадку в течении 8 дней наблюдали у 20 пациентов после пункции. При выписке из стационара полость уменьшилась на 50% у 23 пациентов, дальнейшее лечение они продолжили амбулаторно. Дренажи удаляли после стихания лихорадки и облитерации полости. Повторная пункция кисты потребовалась 3 пациентам, после чего полости облитерировались. К открытой операции после пункционного метода пришлось прибегнуть у 3 пациентов. Рецидивов эхинококкоза после использования пункционного метода в сроки наблюдения не выявлено.

Выводы. Применение этого метода было оправдано, тогда, когда легко аспирировать из кист содержимое. Конечно PAIR и PEVAC методы сопровождалась химиотерапией. Наш опыт применения пункционных методов лечения эхинококкоза печени небольшой, но позволяет полагать, что он может быть альтернативой традиционным операциям.

БИЛИОЛИТОЛАПАКСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Меджидов Р.Т., Алиев М.А.,
Скороваров А.С., Султанова Р.С.

ФГБОУ ВО Дагестанский государственный медицинский университет Минздрава России, Махачкала, Россия

В последние годы в лечении холедохолитиаза стали отдавать предпочтение миниинвазивным методам, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста. Традиционные хирургические методы постепенно уходят на задний план, считаясь более сложными и травматичными вмешательствами с высоким риском развития осложнений.

Цель исследования: оценить эффективность комбинированного применения трансбилиарных миниинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза.

Материалы и методы. Трансбилиарные миниинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза были использованы в 42 наблюдениях. Механическая желтуха в момент поступления пациента имела в 32 (76,1%) случаях, явления холангита - в 12 (28,5%). До поступления в клинику различные оперативные вмешательства были проведены в 18 (42,6%) наблюдениях: холецистэктомия - в 15 случаях, микрохолецистостомия - в 3. Холедохолитиаз сочетался с калькулезным холециститом в 26 (61,9%) наблюдениях, из них острый был у 17 больных, хронический - у 9. Билиарный панкреатит имелся в 4 (9,5%) случаях. Микрохолецистостомия, ЧЧХС под лучевой навигацией произведена в 14 (33,3%) наблюдениях, затем после стихания явлений острого холецистита и холангита и снижения билирубина до 50-60 мкмоль/л, антеградная баллонная дилатация БДС с дислокацией фрагментов камня в двенадцатиперстную кишку (ДПК) произведена в 13 случаях. Всем пациентам в плановом порядке была произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Катетер из билиарного тракта (БТ) удаляли на 6-7 сутки после ЛХЭ. ЧЧХС и баллонная дилатация БДС с дислокацией конкрементов в ДПК выполнена в 17 (40,5%) наблюдениях. Лазерная литотрипсия понадобилась в 2 случаях. ЛХЭ произведена в 9 случаях. В 5 наблюдениях с холецистостомой баллонная дилатация БДС и дислокация конкрементов в ДПК произведена доступом через пузырь и пузырный проток, далее ЛХЭ в плановом порядке. Билиолитолапаксия произведена через холедохостомический катетер под лучевой навигацией в 5 (11,9%) наблюдениях. Пациентам со стриктурами холедоха в сочетании с холедохолитиазом (3) первым этапом выполнена ЧЧХС, затем лазерная вапоризация стриктуры + литотрипсия + литоэкстракция либо дислокация фрагментов камня в ДПК. Данные вмешательства завершены стентированием БТ в 1 случае, наружно-внутренним дренированием БТ - в 2.

Результаты. Миниинвазивные вмешательства в разрешении воспалительного процесса БТ и желтухи оказались эффективными в 88,8% случаев. Холедохолитиаз был ликвидирован во всех случаях. Обострение холангита отмечено у 25,0% пациентов. Дислокация дренажа из БТ отмечена в 3 (7,1%) случаях, потребовалось редренирование БТ. Рецидив холедохолитиаза в отдаленные сроки отмечен у 2 (4,7%) пациентов, стеноз БДС - у 3 (7,1%). Проблема была решена ретроградным доступом. Летальных случаев не было.

Заключение. Билиолитолапаксия с комбинированным использованием миниинвазивных трансбилиарных методик является эффективным способом лечения пациентов с осложненным течением желчнокаменной болезни, особенно, у лиц пожилого и старческого возраста.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОЦЕНКИ ДОНОРСКИХ ОРГАНОВ ИЗ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЦЕЛОЙ ПЕЧЕНИ

Мещерин С. С., Бельских Л. В., Ахмедьянов А. Р.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия

Московская область занимает второе место по числу доноров на миллион населения и органов, полученных от одного до-

нора, среди прочих регионов России, уступая только Москве. Количество медицинских организаций в субъекте, получивших лицензию на изъятие, хранение донорских органов человека в целях трансплантации (пересадки) составляет 35, и это наибольшее число во всей стране.

Хирургический Центр координации органного донорства и трансплантации Московской области (ЦКД) за 2017 год принял 374 сообщения о пациентах, находящихся в крайне тяжелом состоянии с неблагоприятным прогнозом на выживание на фоне полного комплекса проводимой интенсивной терапии. Из них 75 стали эффективными посмертными донорами органов, у 36 из них изъята печень (у всех 36 доноров печени диагностирована смерть мозга). Следует отметить, что данный объем работы выполнен не только в центре трансплантации, подведомственном Министерству здравоохранения Московской области, но и в тесном сотрудничестве с ведущими медицинскими учреждениями федерального значения.

При оценке пригодности донорской печени во всех случаях использованы субъективные и объективные методы оценки, представленные в таблице 1.

Критерии оценки донорской печени

Объективные	Субъективные
Визуальный осмотр донора до операции (habitus), рост, вес, ИМТ	
Анамнез жизни и заболевания, приведшего к смерти мозга	
Биохимический анализ крови (АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ)	
Уровень Na в плазме крови	
Status localis, категория донора (стандартный, субоптимальный, маргинальный)	
Экспертная оценка эхогенности печени при УЗИ	
Экспертная макроскопическая оценка после лапаротомии у донора	
Экспертная микроскопическая оценка при cito-биопсии	

Оценка процента выраженности крупнокапельного жирового гепатоза при cito-биопсии, с учетом имеющегося опыта нашего центра, рекомендаций современной литературы и технических сложностей, связанных с организацией данного метода оценки, не применялась нами ни разу. Среди 36 изъятых и пересаженных органов ни в одном случае не отмечен первично-нефункционирующий трансплантат. Данные результаты позволяют заключить, что применение cito-морфологического исследования донорской печени, при условии соблюдения выполнения объективных и субъективных методов оценки, является избыточным.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л., Поздеев В.Н.,
Тяжких А.Д., Матевосян В.О.

ФГБОУ ВО Северный государственный медицинский
университет Минздрава России, Архангельск, Россия
ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая
больница им. Е.Е. Волосевич», Архангельск, Россия

Острый некротический панкреатит (ОНП) остаётся актуальной проблемой хирургии, частота инфицированных форм местных осложнений достигает 40-75%, с высокой летальностью. Изучение возможностей миниинвазивных чрескожных вмешательств представляет значительный практический интерес.

Цель исследования: изучить опыт чрескожных вмешательств при местных осложнениях ОНП.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование проспективной группы пациентов с местными осложнениями ОНП (n=422), пролеченными в клинике в период с 2008 по 2016 г. Изучены летальность, частота конверсии, особенности течения и осложнения.

Результаты. Панкреонекроз осложнился острым некротическим скоплением (ОНС) у 219 больных (51,9%), прочие местные осложнения отмечены у 203 (48,1%) больных. Средний койко-день составил 37,2±24,8 (2-127), при ОНС – 49,1±26,1, при прочих осложнениях (острое жидкостное скопление, абсцесс, киста) – 24,5±15,2 (p<0,001; критерий Манна-Уитни U=8374,5). Общая летальность – 11,6% (n=49), при ОНС – 18,7% (n=41) ($\chi^2=22,425$, p<0,001). Летальность при «традиционных» вмешательствах за этот период составила 32,4%. Среднее количество вмешательств на 1 пациента при ОНС – 4,83±3,1 (1-17), при прочих осложнениях – 1,67±1,1 (1-6) (Критерий Манна-Уитни U=6970,5, p<0,001). «Традиционные» операции выполнены у 176 больных, из них 50% (n=88) – в сочетании с чрескожными (до «традиционных» – 60 (34,1%), после – 28 (15,9%). Показанием к конверсии явилось аррозивное кровотечение в 27,6%, прорыв скопления в брюшную полость в 57,4%. Локализация ОНС в корне брыжейки отмечена у 24 (11,4%) пациентов, при этом летальность была значимо выше (50%, n=12) по сравнению с скоплениями прочих локализаций (14,9%, n=29), $\chi^2=17,33$; p<0,001. Частота прорыва ОНС в брюшную полость также была выше при вовлечении в процесс корня брыжейки (37,5%, n=9) по сравнению с прочими ОНС (3,1%, n=6), $\chi^2=39,689$; p<0,001. Аррозивное кровотечение осложняло ОНС в 10,9% (n=24), и имело значимое влияние на частоту летальных исходов ($\chi^2=13,02$; p<0,001).

Летальность при панкреатическом абсцессе (n=50) составила 8%, койко-день – 27,9±16,9. Летальность при острых жидкостных скоплениях и кистах (n=129) составила 3,1%, койко-день – 22,8±14,4.

Заключение. Панкреонекроз остаётся плохо прогнозируемым заболеванием с высокой частотой местных осложнений. Острые некротические скопления сопровождаются более высокой летальностью по сравнению с прочими местными осложнениями. Локализация острого некротического скопления в корне

брыжейки сопровождается более высокой частотой прорыва в брюшную полость и более высокой летальностью. Аррозивное кровотечение является нередким осложнением панкреонекроза и влияет на частоту летальных исходов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛЧИ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Михайлова С.А., Абрамов Е.И.

ФГБОУ ВО Южно-Уральский государственный медицинский
университет Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой опухолевой этиологии путем оптимизации сроков дренирования билиарного тракта на основе изучения биохимического состава желчи.

Материалы и методы. Исследование базируется на изучении состава желчи 78 больных с механической желтухой опухолевой этиологии после наружного дренирования билиарного тракта, находившихся на лечении в ЧОКБ № 1 с 2013 по 2017 гг. Среди пациентов незначительно преобладали мужчины – 43 (55,1%) пациента. Возраст пациентов варьировал в пределах от 41 до 87 лет. При этом 50% больных были трудоспособного возраста. Среди опухолей, вызвавших механическую желтуху, преобладал рак головки поджелудочной железы – 46 (59%) больных, рак Клацкина – 16 (20,5%), менее часто встречался рак терминального отдела холедоха – 9 (11,5%), рак БДС – 4 (5,1%) и метастазы в печень опухолей других локализаций – 3 (3,8%). Применяли следующие дренирующие вмешательства: чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) – 48 (61,5%), лапароскопическая холецистостомия – 17 (21,8%), дренирование холедоха по А.В. Вишневному – 13 (16,7%). Пациентам проводили комплексное биохимическое исследование крови и желчи, полученной из дренажа на различных сроках дренирования. Определяли уровень общего и прямого билирубина сыворотки крови, концентрация аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) крови, а также уровень общего белка. Аналогичные показатели оценивали в желчи. Математическая обработка результатов выполнена с помощью программы IBM SPSS Statistics 17.0. Статистически достоверными различия принимали при значении p<0,05.

Результаты. После декомпрессии снижение концентрации общего билирубина в сыворотке крови имеет линейный вид. В желчи же с 1 по 4 сутки концентрация общего билирубина повышается, а снижение начинается на 5,33±0,70 сутки. Раннее введение в ЖКТ желчи, содержащей высокие концентрации общего билирубина, проявляется увеличением уровня диспептических явлений и энцефалопатии. При сопоставлении показателей крови и желчи выявлена обратная средняя связь по ЩФ и обратная сильная связь по уровню холестерина. Вычислены средние значения некоторых показателей желчи в пробах при отсутствии синдрома механической желтухи. Диапазон концентрации АСТ составил от 5 до 8,8 ЕД/л, АЛТ от 0 до 2,6 ЕД/л, ЩФ – 1065-2828 ЕД/л. Концентрация АЛТ и АСТ желчи изменяется незначительно, что не позволяет использовать их в диагностических целях. Уровень АСТ и АЛТ сыворотки кро-

ви принимает близкие к норме значения (не более 60 МЕ/л) к $13,63 \pm 2,39$ суткам декомпрессии, ввиду этого оптимальной продолжительностью декомпрессионного этапа хирургического лечения является срок не менее 13-14 суток.

Заключение. Желчь после наружного дренирования билиарного тракта у больных с механической желтухой опухолевой этиологии с повышенным содержанием в ней билирубина, является токсичной для организма. Ее исследование является ценным диагностическим методом. Реинфузию желчи в ЖКТ следует начинать на 5-6 сутки после декомпрессии. Продолжительность разгрузочного этапа хирургического лечения должна составлять не менее $13,62 \pm 2,39$ суток. Критерием окончания декомпрессии является снижение уровня АСТ и АЛТ крови до 50-60 МЕ/л, а также снижение уровня общего билирубина крови менее 80 мкмоль/л при планировании паллиативной операции и менее 50 мкмоль/л - при радикальной операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Морозов С.В., Лобаков А.И., Добромыслов Е.Н.,
Морохотов В.А.

ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский
клинический институт им. М.Ф. Владимирского,
Москва, Россия

Актуальность. Одним из грозных осложнений резекционных вмешательств на поджелудочной железе является острый послеоперационный панкреатит (ОПП) частота которого достигает 50%, а при малоизмененной паренхиме - 77,4%, и имеет более тяжелое течение, что обусловлено сочетанием некроза культи с несостоятельностью анастомоза. Развитие ОПП обусловлено рядом причин, таких как мягкая консистенция паренхимы, интраоперационная травма и нарушением кровоснабжения культи железы. С целью профилактики ОПП разработан способ панкреатикоюноанастомоза, уменьшающий травму и ишемию культи железы, вследствие минимального использования шовного материала и соблюдения технологии шва по типу «проток - слизистая».

Материалы и методы. При реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции, на тонкой кишки выполняется отверстие, соответствующее диаметру протока по линии резекции поджелудочной железы. Перед формированием панкреатикоюноанастомоза, поперечный срез железы и прокол в тонкой кишке, условно делятся на 3 равные части, условных треугольников, одной из вершин которых является проток железы и отверстие в кишке, соответственно, а другие вершины соответствуют 4-м, 8-ми и 12-ти часам условного циферблата. Формирование анастомоза осуществляется путем проведения трех нитей по окружности культи поджелудочной железы через точки, соответствующие 4-м, 8-ми и 12-ти часам условного циферблата, в определенной последовательности «паренхима-проток-кишка-проток-паренхима» и соблюдением технологии шва по типу «проток - слизистая». При этом каждую нить проводят через вколы на паренхиме культи, затем через стенку протока с последующим захватом стенки тонкой кишки, а выколы проводят через точку близкую к соответствующему вколу

на протоке, а затем через паренхиму культи поджелудочной железы смежной точки условного циферблата. Вколы и выколы на паренхиме железы осуществляются отступя 1 см от края резекции. Далее выполняется натяжение концов противоположных нитей и последовательное их связывание с достаточным, для обеспечения герметизации анастомоза, усилием: концов 1-й и 2-й нитей на 4-х часах, затем 1-й и 3-й на 8-ми часах, 2-й и 3-й на 12-ти часах.

Результаты. Разработанный способ панкреатикоюноанастомоза применен у 15-ти больных при реконструктивном этапе панкреатодуоденальной резекции по поводу рака головки поджелудочной железы. Анастомоз формировался за 4-6 минут. В одном случае на 2-е сутки развился ОПП с повышением амилазы крови свыше 600ед., без клинических признаков данного осложнения. Явления период ОПП купированы консервативно, введением октреотида и омега в стандартных дозах. В остальных случаях послеоперационный период протекал без осложнений, клинических и лабораторных признаков ОПП не отмечено. При УЗИ на 8-е сутки после операции, жидкостных образований в зоне культи поджелудочной железы не обнаружено.

Заключение. Разработанный способ панкреатикоюноанастомоза обеспечивает минимальную травму железы, вследствие использования всего 3-х швов, упрощает технику и сокращает время формирования соустья. Способ может быть применен при любой плотности паренхимы поджелудочной железы.

МИНИМАЛЬИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕТИТА

Муслимов Г.Ф.-О., Алиева Г.Р., Бехбудов В.В.

Научный центр хирургии им. акад. М.А. Топчибаева,
Баку, Азербайджан

Актуальность. Панкреатические псевдокисты - являются осложнением острого, но чаще хронического панкреатита. В последнее время для лечения псевдокист используются минимально инвазивные методы лечения, такие как чрескожное дренирование, эндоскопическое трансэнтериальное дренирование и транспиллярное дренирование, а также лапароскопические операции.

Цель исследования: представить и оценить собственный опыт лапароскопического лечения острого панкреатита и его осложнений, а также хронического кистозного панкреатита.

Материалы и методы. Проспективно и ретроспективно оценены результаты лечения 45 больных, находившихся на лечении в отделении билиарной хирургии и хирургии поджелудочной железы Научного центра хирургии, из них было 27 (60%) мужчин и 18 (40%) женщин в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст 32,3 года). Лапароскопические операции были выполнены 30 (66,7%) пациентам с острым и острым рецидивирующим панкреатитом и их осложнениями и 15 (33,3%) пациентам с хроническим панкреатитом. Для постановки диагноза использовали инструментальные (УЗИ, КТ и МРХПГ) и лабораторные методы исследования (панкреатическая амилаза, липаза, С-реактивный белок).

Результаты. Доминирующими симптомами у большинства пациентов были эпигастральная боль, ощутимая тяжесть, тош-

нота, рвота, лихорадка и лейкоцитоз, а также постоянное повышение сывороточной амилазы. Острый билиарный панкреатит был причиной псевдокист у 22 больных, а остальные случаи были на фоне хронического алкогольного ($n = 13$) и идиопатического панкреатита ($n = 10$).

Показаниями к операции у пациентов были: инфицированные формы острого панкреатита, неподдающиеся консервативному лечению, большие (> 6 см) размеры псевдокист, а также хронический кистозный панкреатит с соответствующими жалобами. Лапароскопические вмешательства включали наружное дренирование (10 пациентов), внутреннее дренирование с помощью цистоюностомии (19 пациентов) и цистогастростомии (11 пациентов), и дистальную панкреатэктомию (5 пациента). Средний срок пребывания в стационаре составил 4 дня, что было намного меньше, чем при открытом хирургическом лечении, среднее пребывание при которм, по литературным данным 14-15 дней.

Лапароскопическое наружное дренирование использовалось при строй фазе формирования кисты и высоким риске развития недостаточности анастомоза из-за непредвиденной инфицированности псевдокисты или из-за незрелой стенки псевдокисты для швов анастомоза, а также при перитоните.

Лапароскопическую цистогастростомию выполнили при псевдокистах плотно прилегающих к задней стенке желудка, а также при недостаточно сформированной стенке кисты. Лапароскопическую цистоюностомию выполнили при всех других псевдокистах и при очень больших псевдокистах (> 15 см) для достижения адекватного дренирования. При псевдокистах, локализованных в теле и в хвосте поджелудочной железы, выполнили лапароскопическую дистальную резекцию поджелудочной железы без спленэктомии.

В 80% случаев с хроническими кистозными панкреатитами (12 пациентов из 15) были выполнены цистоюностомии.

Все виды лапароскопических операций были эффективны при лечении псевдокисты поджелудочной железы. Ни одного случая релапароскопии или релапаротомии не было. В течение 3 месяцев после операций результаты были хорошие и удовлетворительные. За период наблюдения никаких рецидивов не наблюдали.

Выводы. Опыт лапароскопического лечения псевдокист поджелудочной железы все еще находится на очень ранней стадии. Но, несмотря на это, проведенное у 45 пациентов исследование показало, что эта процедура должна быть методом выбора при лечении острого рецидивирующего и хронического панкреатита. Операции лапароскопического внутреннего дренирования наиболее предпочтительны, поскольку резекция технически сложнее и связана с потерей функции панкреаса.

ОГРАНИЧЕНИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО СБРОСА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Султанов Л.Л., Мардонов Л.Л., Байбеков Р.Р.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В современной хирургической гепатологии у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) портосистемное шунтирование (ПСШ) остается в разряде приоритет-

ных направлений профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ). Возможность наложения ПСШ в условиях чрезмерно-выраженного расширения селезеночной вены и большой вероятности скоротечного развития депортализации воротного бассейна, что соответственно требует совершенствования технических особенностей в аспекте профилактики этого осложнения. Внедрение оригинальной технологии ограничения портокавального сброса при помощи ограничительной манжеты, позволило применять эту методику не только при центральной декомпрессии, но и при значительном расширении селезеночной вены при формировании ПСШ. Ранее это считалось противопоказанием, так как, помимо возможной депортализации, обуславливало обвальное снижение скорости кровотока по анастомозу с развитием тромбоза уже в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования: 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 2 случаях применен способ управляемого ограничения портокавального сброса). 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 (ВРВПЖ), что обуславливает 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 2 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, изолировано на передней брюшной стенке. При выраженном снижении воротного кровотока в катетер вводили 1,5-2,5мл глицерина, что обеспечивало частичную компрессию проксимального участка селезеночной вены и соответственно снижало отток по анастомозу.

Заключение. Оригинальное ограничение портокавального сброса не только эффективно в профилактике кровотечения из ВРВПЖ, 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%.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Хакимов Д.М., Байбеков Р.Р.**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Среди всех желудочно-кишечных геморрагий кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) выделяются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными осложнениями и высокой вероятностью летального исхода. На сегодняшний день, разработанные в ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В.Вахидова» и внедренные в практику оригинальные технологии тотального разобления гастроэзофагального коллектора (ТРЕЭК) обладая высокой гемостатической эффективностью, направлены на ликвидацию основного недостатка известных операций. В этой связи, представляет интерес анализ отдаленных результатов этих операций с оценкой эффективности профилактики пищеводных кровотечений и выживаемости больных.

Материалы и методы. К настоящему времени модифицированный вариант операции выполнен 98 больным с синдромом ПГ. Причиной ПГ явился ЦП у 51 (52,0%) больного, внепеченочная форма ПГ диагностирована у 38 (38,8%) больных, смешанная форма ПГ установлена у 11 (11,2%) больных. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 65 лет, средний показатель при этом составил $31,6 \pm 1,7$ лет. Мужчин было – 64 (65,3%), женщин – 34 (34,7%). Больные госпитализированы в плановом порядке в 73 (74,5%) случаях, доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагального кровотечения 26 (26,5%) пациентов.

Результаты. Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и с модифицированной техникой ТРЕЭК у 86 пациентов. Рецидив кровотечений отмечен у 13,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 21,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 11,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечения отмечено в 4,6% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 5,1%. Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 13,4% соответственно.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРЕЭК показал, что самый низкий показатель выявлен в группах с крупноузловой цирротической трансформацией (медиана выживаемости – 24 месяца), у больных с кровотечением в анамнезе (медиана выживаемости – 36 месяцев) и с декомпенсацией по отечно-асцитическому синдрому до оперативного вмешательства (медиана выживаемости – 12 месяцев).

Заключение. Прерывание гастроэзофагального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов ТРЕЭК позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде. Усовершенствованная оригинальная технология ТРЕЭК является перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом, при невозможности выполнения последнего

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ПРОФИЛАКТИКЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

**Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Джуманиязов Д.А., Салимов У.Р., Рузибаев С.А.**

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В современной гепатологии хронические диффузные заболевания печени по-прежнему остаются актуальной социально-эпидемиологической и клинической проблемой здравоохранения. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) развивается у 80% больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) и является самым частым и опасным для жизни осложнением. В этом ряду наиболее перспективными и конкурентоспособными являются различные методики эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ. Развитие этих технологий позволило вывести их в разряд «метода первой линии», как на высоте кровотечения, так и при высоком риске его развития.

Материалы и методы. Для оценки эффективности эндоскопических вмешательств в исследование включено 449 больных ЦП с ПГ, поступивших с кровотечением из ВРВПЖ или угрозой его рецидива за период с 1996 по 2015 гг. Все больные были распределены на две группы исследования. В основную группу вошли 239 (%) больных, получавших лечение за период с 2010 по 2015 гг., в контрольную группу – 210 (%) больных за период с 1996 по 2010 годы.

Результаты. Проведенный анализ показал, что доля больных без рецидивов кровотечения из ВРВПЖ только при выполнении эндоскопических вмешательств составила в контрольной группе 27% (33 пациента), в основной группе - 54,2% (64). При этапной тактике с выполнением ПСШ после эндоскопических вмешательств этот показатель составил 32,4% (45) и

109 (61,6%). В структуре больных без летальности от ЦП в отдаленный период (81 больной) с выполненными эндоскопическими вмешательствами рецидива кровотечений в контрольной группе не отмечено в 40,7% (33) случаев, в основной группе – в 68,1% (64 из 94). В свою очередь, при комбинировании эндоскопии и ПСШ в структуре больных, не включая умерших от прогрессирующего ЦП, доля отсутствия рецидива составила 45,9% (у 45 из 98 больных) и 71,2% (у 102 из 153 прослеженных в отдаленный период без учета умерших от ЦП). В группе больных, где не проводили никаких эндоскопических вмешательств и пациенты получали только консервативную терапию, рецидива кровотечения удалось избежать только в 3 (10,7%) случаях, что определяет малоэффективность изолированных терапевтических попыток снижения риска рецидива геморрагического синдрома.

Прогностическое значение профилактических эндоскопических вмешательств определяется уровнем снижения риска развития кровотечений из ВРВПЖ, так только при консервативной профилактике в сроки до 3-х лет наблюдения, осложнение рецидивировало у 60,7% больных с показателем постгеморрагической летальности - 46,4%, тогда как их выполнение снижает эти значения до 18,0% соответственно.

Заключение. овременные возможности эндоскопических технологий значительно улучшили результаты лечебно-профилактических мероприятий при кровотечении из ВРВПЖ или угрозе его рецидива, при этом приверженность этапной тактике, с сочетанием миниинвазивных и традиционных декомпрессионных вмешательств, позволили увеличить показатели выживаемости больных в сроки до 1 года с 80% до 88%, к 3 годам наблюдения - с 42% до 64%.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТОДИК РАЗБОЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У ПАЦИЕНТОВ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА

**Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.,
Байбеков Р.Р., Салимов У.Р.**

*ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии
им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан*

Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) у больных портальной гипертензией (ПГ) отличаются особой тяжестью клинического течения, серьезными осложнениями и высокой вероятностью летального исхода. Так, уровень летальности в развивающихся странах на высоте кровотечения по сообщению различных авторов может достигать 60%. Первичная профилактика в виде эндоскопических пособий таких как лигирование и склерозирование ВРВПЖ существенно снижают показатели осложнений и летальности, однако остаются безуспешными у 12-15% пациентов. В тоже время, применение порто-системного шунтирования удается выполнить далеко не всем пациентам с синдромом клинически-значимой ПГ. В этой связи на сегодняшний день сохраняют свою актуальность различные методики разбо-

ющих операций. Разработанные в ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова» и внедренные в практику оригинальные технологии тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора (ТРГЭК) обладая высокой эффективностью в плане контроля кровотечения и направлены на ликвидацию основных недостатков известных аналогичных оперативных вмешательств. В этой связи, представляет интерес анализ отдаленных результатов этих операций с оценкой эффективности профилактики пищеводных кровотечений и выживаемости больных.

Материалы и методы. К настоящему времени модифицированный вариант операции выполнен 98 больным с синдромом ПГ. Причиной ПГ явился ЦП у 57 (58,2%) больных, внепеченочная форма ПГ диагностирована у 41 (41,8 %) больных. Возраст больных варьировал в пределах от 13 до 65 лет, средний показатель при этом составил 33,6±1,7 лет. Мужчин было – 65 (66,3%), женщин – 33 (33,7%). Больные госпитализированы в плановом порядке в 72 (73,5%) случаях, доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения 26 (26,5%) пациентов.

Результаты. Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и у 98 пациентов с модифицированной техникой ТРГЭК. Рецидив кровотечений отмечен у 13,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 21,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 11,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечения отмечено в 4,6% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 5,1%. Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 13,4% соответственно.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРГЭК показал, что самый низкий показатель выявлен в группах с крупноузловой цирротической трансформацией (медиана выживаемости – 24 месяца), у больных с кровотечением в анамнезе (медиана выживаемости – 36 месяцев) и с декомпенсацией по отечно-асцитическому синдрому до оперативного вмешательства (медиана выживаемости – 12 месяцев).

Заключение. Прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов ТРГЭК позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде. Усовершенствованная оригинальная технология ТРГЭК является перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом, при невозможности выполнения последнего.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Неледова Л.А., Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л.

ГБУЗ Архангельской области «Первая городская клиническая
больница им. Е.Е. Волосевич», Архангельск, Россия

Цель исследования: изучить частоту и виды геморрагических осложнений у больных с панкреатитом и оценить тактику, эффективность методов остановки кровотечения.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое ретроспективное исследование за период с 2009 по 2017 гг., выборка сплошная, включены 40 больных панкреатитом. Средний возраст составил 49,0 лет (Me=46,5; 95% ДИ 44,5-53,5), преобладали мужчины (n=31; 77,5%). В зависимости от формы панкреатита больные разделены на 2 группы: 13 человек (32,5%) с хроническим панкреатитом, 27 человек (67,5%) с острым панкреатитом (ОП).

Всем больным при поступлении выполняли ультразвуковое исследование панкреатобилиарной зоны, фиброгастродуоденоскопия. При отсутствии активного кровотечения выполняли компьютерную томографию брюшной полости для оценки состояния поджелудочной железы и протоковой системы.

Результаты. В большинстве случаев аррозивное кровотечение развивалось при острых некротических скоплениях (70,4%), и, как правило, происходило на 3-4 неделе от начала заболевания, что соответствует фазе секвестрации ОП. Средний срок от момента госпитализации составил 25,4 суток (Me 27; 95% ДИ 17,2-23,5). Основным источником кровотечения были селезеночная артерия (n=10; 37,0%), панкреатодуоденальная или гастродуоденальная артерии (n=6; 22,2%), верхняя брыжеечная вена (n=2; 7,4%). Источник кровотечения не удалось верифицировать у 9 больных (33,3%). У 10 пациентов выполнена селективная ангиография, которая оказалась эффективна лишь в 50% случаев (n=5). Неэффективная ангиография сопровождалась летальностью у 3 (60%) пациентов. После достигнутого эндоваскулярного гемостаза отмечен один летальный исход (20%).

При ОП, осложнённом аррозивным кровотечением, всего отмечено 11 (40,7%) летальных исходов. Аррозивное кровотечение с прорывом в брюшную полость развилось у 3 пациентов, что потребовало экстренной лапаротомии. Кровотечение по дренажам из забрюшинного пространства произошло на фоне пункционно-дренажного лечения острых некротических скоплений в 7 случаях, лапаротомия и гемостаз с редренированием произведена в 3 случаях, консервативную терапию с пережатием дренажей и гемотрансфузией проводили в 4 случаях, одна попытка эмболизации была неэффективна. Один эпизод кровотечения при послеоперационном панкреатите потребовал эмболизации селезеночной артерии, но, несмотря на достигнутый гемостаз, наступил летальный исход от полиорганной недостаточности.

При хроническом панкреатите отмечено 2 случая летального исхода – при разрывах псевдоаневризм в брюшную полость и желудок. В обоих случаях выполнена экстренная лапаротомия, резекция аневризмы, спленэктомия. У одного

из больных потребовалась резекция желудка и хвоста поджелудочной железы, смерть наступила от послеоперационных осложнений.

Заключение. Основной причиной геморрагических осложнений при панкреатите являются острые некротические скопления, при инфицировании которых происходит аррозия близлежащих сосудов. Предпочтительной тактикой при возникновении кровотечения из забрюшинного пространства на фоне миниинвазивного лечения является пережатие дренажей, эндоваскулярный гемостаз с использованием спиралей Гиантурко или стент-графтов. Летальность при развитии аррозивного кровотечения остаётся высокой и составляет 40,7%.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Панченков Д.Н.^{1,2}, Иванов Ю.В.^{1,2}, Витязев Г.А.²,
Зиновский М.В.^{1,2}, Терехин А.А.²

¹ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»
Минздрава России, Москва, Россия

²ФГБУ Федеральный научно-клинический центр
специализированных видов медицинской помощи и
медицинских технологий ФМБА, Москва, Россия

Цель исследования: разработка способа пластики вентральных грыж, повышающего эффективность лечения, снижающего вероятность возникновения послеоперационных осложнений, профилаксирующее образование сером.

Материалы и методы. Способ включает введение троакаров в левое подреберье и на левой стороне брюшной стенки, наложение пневмоперитонеума, обзорную лапароскопию, рассечение спаек, определение размера грыжевых ворот, имплантацию и фиксацию сетки на брюшную стенку с перекрытием грыжевых ворот на 3-5 см. Новым является то, что после рассечения спаек осуществляют транспозицию в брюшную полость грыжевого мешка до ликвидации его полости. Затем ткани брюшины грыжевого мешка фиксируют вдоль части или по всему периметру грыжевых ворот, а сетку дополнительно фиксируют к брюшине грыжевого мешка. По данному способу оперировано 30 пациентов с вентральными грыжами.

Результаты. Пациенты выписаны после операции на 2-5 сутки. Интенсивность болевого синдрома соответствовала 2-3 баллам по визуальной аналоговой шкале, купировался нестероидными противовоспалительными препаратами. При плановых контрольных обследованиях через 1 месяц – выявлено 2 серомы в проекции имплантата. Разрешились консервативно. Осложнения ассоциируются нами с материалом использованного сетчатого имплантата с антиадгезивным покрытием. Через 3 месяца осложнений, связанных с использованием данного метода не было.

Выводы. Применение предлагаемого способа позволяет повысить эффективность лечения больных с вентральными грыжами путем профилактики образования сером в послеоперационном периоде, снизить вероятность возникновения рецидива грыжи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОРТАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

Петрушенко В.В., Гребенюк Д.И., Хребтий Я.В., Скупой О.М., Радёга Я.В., Хитрук С.В.

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

Актуальность. Острое кровотечение из варикозных узлов пищевода часто является смертельным осложнением у пациентов с циррозом печени. Поэтому наиболее актуальным является своевременный эндоскопический гемостаз и профилактика рецидива кровотечения.

Цель исследования: снижение смертности и улучшение исхода лечения у пациентов с кровотечением из варикозных вен пищевода.

Материалы и методы. Исследование основано на проспективном анализе результатов лечения 242 пациентов с кровотечением из варикозных вен пищевода, которые находились на стационарном лечении на базе кафедры эндоскопической и сердечно-сосудистой хирургии Винницкого национального медицинского университета им. Н.И. Пирогова в период с 2014 по 2018 гг. Мужчин было 137 (56,61%), женщин – 105 (43,39%). Средний возраст пациентов составил $56,8 \pm 3,6$ года. Источник кровотечения был установлен во время эндоскопии. Все пациенты получали лекарственную терапию – гемостатическую, антисекреторную, инфузионную, симптоматическую. Пациенты были разделены на две группы. В период 2014–2016 гг. пациенты (группа 1, $n=195$ (80,6%)) получали только лекарственную терапию. Со второй половины 2016 г. мы начали выполнять минимально инвазивные эндоскопические хирургические вмешательства, такие как лигирование кровоточащих вен пищевода (группа 2, $n=47$ (19,4%)). После эндоскопического лигирования гемостаз был достигнут во всех случаях. Согласно протоколу и при отсутствии противопоказаний к снижению портального давления все пациенты получали неселективные бета-блокаторы. Впоследствии, с целью уменьшения портальной гипертензии и предотвращения появления новых варикозных узлов, пациентам выполнялась эмболизация селезёночной артерии.

Результаты. В группе 1 общее число мужчин составляло 105 (53,8%), женщин – 90 (46,2%). Средний возраст пациентов составил $56,0 \pm 4,2$ года. Используя только лекарственную терапию, мы остановили кровотечение в 152 случаях (77,95%). Во всех случаях в конце лечения мы получали улучшение клинических и лабораторных показателей. 43 (22,05%) пациента умерли. Продолжительность лечения составила $10,2 \pm 2,1$ дня.

В группе 2 общее число мужчин составляло 32 (68,09%), женщин – 15 (31,91%). Средний возраст пациентов составил $55,1 \pm 5,4$ года. Выполняя эндоскопическое лигирование варикозных узлов и эмболизацию селезёночной артерии, мы остановили кровотечение в 41 (87,23%) случае. Во всех случаях в конце лечения мы получали улучшение клинических и лабораторных показателей. Умерли 6 (12,77%) пациентов. Продолжительность лечения составила $6,4 \pm 2,8$ дня.

При статистическом анализе основных показателей было продемонстрировано достоверно лучший результат лечения пациентов с применением миниинвазивных технологий.

Выводы. Консервативная терапия кровотечений портального генеза, дополненная миниинвазивными хирургическими вмешательствами, позволяет достоверно снизить смертность и длительность лечения пациентов по сравнению с консервативным лечением в моноварианте.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВОМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Полехин А.С., Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А.

ФГБУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий им. акад. А.М. Гранова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить результаты химиоэмболизации печеночных артерий (ХЭПА) в лечении пациентов с рецидивом гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) после резекции печени.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 19 больных ГЦР после оперативного лечения в различных гепатохирургических отделениях РФ, с рецидивом опухоли, наблюдавшихся и получавших специальное лечение в нашем центре в период с 2006 по 2017 гг. Гемигепатэктомия выполнена 8 (42%) больным, бисегментэктомия - 6 (32%), сегментэктомия - 2 (10%), паратуморальная резекция+радиочастотная абляция - 3 (16%). Согласно классификации TNM на момент операции: T4 = 7 (37%); T3 = 5 (26%); T2 = 7 (37%). Время до прогрессирования составило от 1 до 44 мес (14 мес). Цирроз печени (9- ChildPugh «А» и 1-«В») был у 10 (52%) пациентов, ассоциированный вирусными гепатитами (8) и стеатогепатозом (2); у этой группы время до прогрессирования составило 7 мес.

Всего выполнили 147 ХЭПА (от 1 до 20), в среднем 7 процедур, по стандартной методике: введение в собственную или долевыми печеночными артериями химиоэмболизационной суспензии Доксорубицина (10-60 мг) или Митомидина «С» (5-20 мг) в 5-10 мл и сверхжидкого Липиодола, после чего, по возможности и необходимости, производили окклюзию сегментарных или питающих опухолевых сосудов мелкими фрагментами гемостатической коллагеновой губки ($n=18$). В одном случае использовали микросферы, насыщенные 50 мг Доксорубицина, с непосредственным введением в опухолевые сосуды.

Оценку результатов лечения и динамику процесса, а также решение о повторных ХЭПА производили посредством контроля уровня АФП, МСКТ и МРТ (с гепатоспецифичным контрастом), спустя 3-4 недели после процедуры. В зависимости от результатов обследований ХЭПА повторяли через 1-8 (в среднем 2,3) мес.

Результаты. Постэмболизационный синдром- боли в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, лихорадка наблюдали у 6 (32%) пациентов. В одном случае отмечено нарастание печеночной недостаточности, потребовавшее экстракорпоральной детоксикации.

Умерли 5 больных в сроки от 12 до 96 месяцев (средняя продолжительность жизни составила 37,8 мес), из них вследствие прогрессирования онкологического заболевания - 3 (16%), от прогрессирования цирроза - 2 (10%). В настоящее время живы 14 (74%) пациентов в сроки от 3 до 107 мес (в среднем 43); продолжается их динамическое наблюдение и лечение. 1-2-3х и 5ти летняя актуальная выживаемость от момента рецидива составила 100%, 74%, 31% и 26%, соответственно.

Выводы. ХЭПА является эффективной и безопасной методикой локального противоопухолевого контроля рецидивов ГРЦ, в том числе и после обширных резекций, и улучшает показатели выживаемости.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Расулов Н.А., Мухиддинов Н.Д.,
Мавджудов М.М., Каюмов Ш.К.**

*ГОУ Таджикский институт последипломной подготовки
медицинских кадров Республики Таджикистан СЗ РТ,
Душанбе, Таджикистан*

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения комбинированных повреждений жёлчных протоков.

Материалы и методы. В основу исследования положены результаты комплексного обследования и лечения 14 больных с комбинированными повреждениями жёлчных протоков и ветвей общей печёночной артерии. Среди наблюдавшихся было 12 (86%) женщин и 2 (14%) мужчины. Возраст пациентов варьировал в пределах от 37 до 69 лет. В 8 (57%) наблюдениях повреждения отмечены при открытых традиционных холецистэктомиях, а в 6 (43%) – при лапароскопической холецистэктомии.

Результаты. Интраоперационное повреждение жёлчных протоков было обнаружено у 4 больных, в раннем послеоперационном периоде (до 7 суток) наличие окклюзии ветвей печёночной артерии диагностировано у 3 (21%) больных, в поздние сроки (от 8 и более) – у 7 (50%) пациентов. Высокие повреждения (III-IV типов) отмечены у 9 (64%) больных. Повреждение сосудов установлено при выполнении динамического УЗИ с дуплексным сканированием сосудов печени (n=3), ангиографии (n=2) и КТ (n=5). При дуплексном сканировании в 4 наблюдениях обнаружено отсутствие кровотока по собственной печёночной артерии, обусловленного её окклюзией, правой - в 4 (28,5%) и левой печёночной артерии - в 1 (7%). Повреждения коррегированы формированием анастомоза между пересеченными концами протока по типу конец в конец на Т-образном дренаже (n=2) и гепатикоюноанастомоза (n=1), и 1 операция была завершена наружным дренированием жёлчных протоков. После восстановительных операций (n=2) наблюдали несостоятельность швов билибилиарных анастомозов. В 2 наблюдениях через 3 недели после операции, в связи с развитием множественных инфарктов и абсцессов печени, выполнены некрэктомия левой доли печени при её некрозе. Повреждение жёлчных

протоков в сочетании с повреждением артерии диагностировано в позднем послеоперационном периоде у 4 больных. К моменту поступления в клинику больные перенесли от 1 до 4 операций по восстановлению магистрального жёлчеоттока или ликвидации возникших осложнений. При этом наружное дренирование жёлчных протоков из-за жёлчного перитонита выполняли в 2 случаях, наружный жёлчный свищ имел место еще в 2 случаях. Абсцессы печени обнаружили в позднем послеоперационном периоде у 7 пациентов из 14 с комбинированными повреждениями жёлчных протоков, единичные – у 3, множественные, правой и левой доли – у 4. С учётом тяжёлого состояния пациентов из-за сепсиса и печёночной недостаточности на первом этапе лечения, наряду с интенсивной консервативной терапией, проводили дренирование абсцессов и жёлчных протоков открытым способом или из чрескожного доступа. Резекция соответствующей доли печени с формированием гепатикоюноанастомоза на изолированной петле по Ру с печёночным протоком оставшейся доли выполнена в 4 случаях, в связи с продолжающимся абсцедированием.

В послеоперационном периоде умерло 6 пациентов из 14. Отдалённые результаты изучены у 8 пациентов в сроки от 6 месяцев до 9 лет. Хорошие результаты отмечены у 5, удовлетворительные - у 2 и неудовлетворительные - у 1 больного.

Заключение. Индивидуально-активная хирургическая тактика с учётом функционального состояния печени и жёлчных протоков позволяет в каждом конкретном случае выбрать патогенетически обоснованный метод лечения и выполнять реконструктивное вмешательство.

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЧРЕСКОЖНОМ ЭНДОБИЛИАРНОМ ДРЕНИРОВАНИИ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

**Ребров А.А., Гуня З.А., Семенов Д.Ю.,
Мельников В.В., Ваганов А.А.**

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

Актуальность. Чрескожное эндобилиарное дренирование – ведущий метод декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе опухолевого генеза. Несмотря на накопленный опыт, данные вмешательства имеют свои осложнения. Одними из наиболее опасных являются гнойные осложнения, особенно у пациентов после наружно-внутреннего дренирования, что вынуждает минимизировать применение данного вида декомпрессии желчевыводящих путей, ограничиваясь наложением симптоматической наружной холангиостомы, которая в большинстве случаев обременительна для больных, технически утяжеляет проведение дальнейших протезирующих эндобилиарных вмешательств. Данный вопрос требует более широкого анализа и поиска методов первичного эндобилиарного дренирования, лишённых этого недостатка.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой после первичной чрескожной эндобилиарной декомпрессии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 82 пациентов с механической желтухой за период с 2007 по 2018 гг., получавших лечение на кафедре хирургии общей с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. В исследование включены пациенты с дистальным блоком ЖВП опухолевого генеза. В качестве первичной декомпрессии ЖВП выполнены чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства под УЗ- и Rg-контролем.

В зависимости от способа первичной эндобилиарной декомпрессии пациенты были разделены на три группы. Первую группу составил 21 (25,6%) пациент, которым выполнялось наружное желчеотведение, вторую группу – 30 (36,6%) пациентов, которым декомпрессия ЖВП осуществлялась с помощью наружного-внутреннего транспиллярного дренирования, третья группа – 31 (37,8%) пациент, которым выполнена оригинальная методика комбинированного наружно-внутреннего дренирования. Методика чрескожного комбинированного эндобилиарного дренирования заключалась в одномоментной установке в желчные протоки через один доступ 2-х дренажей. Один из дренажей (диаметром 10,2 Fr) располагается проксимальнее стриктуры и используется исключительно для декомпрессии билиарной системы, второй тонкопросветный дренаж (диаметром 3 Fr) - устанавливается через стриктуру в двенадцатиперстную кишку и не имеет декомпрессионных отверстий на всем протяжении; применяется для возврата желчи в ЖКТ и нутритивной поддержки в рамках комплексного лечения пациентов, а также используется в дальнейшем как направляющая для чрескожного протезирования стриктур ЖВП.

Результаты. Осложнения в группе наружного эндобилиарного дренирования отмечены у 4 (19%) пациентов. Они представлены геморрагическими осложнениями (9,5%) и желчеистечением, как правило, обусловленным дислокацией дренажа (9,5%).

Во второй группе осложнения наблюдали наиболее часто, они составили 53,3% (16 пациентов). В основном встречались инфекционные осложнения в виде послеоперационного холангита, обусловленного дуодено-билиарным рефлюксом в следствие транспиллярного дренирования, - отмечены в 30% случаев (9 человек). У 3 пациентов течение холангита осложнилось формированием холангиогенных абсцессов печени.

При выполнении комбинированного наружно-внутреннего дренирования гнойные осложнения и дислокация дренажной системы не были диагностированы ни у одного пациента. Геморрагические осложнения выявлены у 1 (3,2%) пациента, желчеистечение по типу желчного плеврита - у 2 (6,6%).

При лечении всех осложнений были успешно использованы миниинвазивные вмешательства.

Выводы. Полученные результаты показали преимущества предлагаемой комбинированной методики дренирования, которая, сочетая лучшие стороны наружного и наружно-внутреннего эндобилиарного дренирования, позволяет предотвратить развитие дуоденального рефлюкса и минимизировать риск развития инфекционных осложнений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Рысбеков М.М., Абдурахманов Б.А.
Южно-Казахстанская медицинская академия,
Шымкент, Казахстан

Цель исследования: оценка результатов и определение эффективности эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в сочетании с полностью имплантируемой инфузионной порт-системой (ИПС) Celsite® в коррекции портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов коррекции ПГ у 75 больных ЦП. Имплантация ИПС Celsite произведена 41 (54,7%) пациентам: в изолированном варианте (1-я группа) - 22 (53,7%), после превентивной редукции кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации (2-я группа) - 19 (46,3%). Традиционное портосистемное шунтирование (ПСШ) выполнено у 34 (45,3%) больных, из них у 18 (52,9%) спленоренальный анастомоз в различных вариантах (3-я группа) и у 16 (47,1%) ПСШ после предварительной ЭСА (4-я группа). Нами разработан метод портокавального шунтирования при ЦП с синдромом ПГ. Имплантацию инфузионной венозной порт-системы фирмы B-Braun проводили под местной анестезией путем чрескожной пункции ветвей воротной вены, либо проведением лапароскопии с катетеризацией мезентериальной вены путем ее венесекции. При этом рабочий порт устройства имплантировали в подкожной клетчатке с фиксацией к коже живота за манжетку и размещением на основании ребер.

Эффективность проведенной ЭСА оценивали на основании снижения портального давления, исчезновения ВРВПЖ, улучшения клинико-лабораторных показателей, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма.

Результаты. ПД после ЭСА снизилось с $398,8 \pm 12,5$ мм. вод. ст. до $311,6 \pm 19,3$ мм. вод. ст., после CPA – до $241,4 \pm 8,45$ мм. вод. ст. У больных, перенесших операцию наложения CPA без предварительной ЭСА, портальное давление снизилось с $404,7 \pm 12,2$ мм. вод. ст. до $284,8 \pm 18,6$ мм. вод. ст. При имплантации ИПС отмечалось снижение ПД с $402,2 \pm 16,7$ мм. вод. ст. до $192,9 \pm 15,8$ мм. вод. ст. В группе больных, перенесших имплантацию ИПС с превентивной ЭСА, ПД снизилось с $400,8 \pm 11$ до $315,6 \pm 13,4$ мм. вод. ст., после ИПС до $158,3 \pm 16,5$ мм. вод. ст. ($p < 0,05$). Анализируемая группа больных (2-я гр.) отличается заметно меньшим числом послеоперационных осложнений. Наилучшие результаты отмечены в группе больных, где проведены имплантация ИПС в сочетании с ЭСА.

Выводы. Комбинированное применение методов ЭСА с имплантацией ИПС является эффективным способом портдекомпрессии и надежным методом профилактики возникновения синдрома кровотечения. Применение комбинации этих методов позволяет достичь эффективного гемостаза и выиграть время для принятия решения радикального способа коррекции синдрома ПГ у больного ЦП – ортотопической трансплантации донорской печени. Минимальная инвазивность и травматичность делает этот вид шунтирования особо привлекательным

при решении вопросов портальной декомпрессии у больных ЦП. Имплантация ИПС также оправдана в тех ситуациях, когда больному ЦП с ПГ ортотопическая трансплантация донорской печени противопоказана, а проведение ПСШ невозможно по ряду причин.

ПХЭЗ. НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ЖЕЛЧЕОТВОДЯЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Сахипов М.М., Мадьяров В.М., Стамкулов Ф.Т., Байжанов А.С., Байжигитов К.Ж., Беристемов Г.Т., Желдибаев Н.М., Халыков К.Л., Канабаев А.

Казахстанско-Российский медицинский университет, Алматы, Казахстан

Центр гепатопанкреатобилиарной хирургии с отделением плановой хирургии

Городская клиническая больница №7 УЗ г. Алматы, Казахстан

Цель исследования: анализ собственных результатов хирургического лечения пациентов с различного уровня рубцовыми стриктурами вне- и внутрипеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. За период с 2008 г. по настоящее время наш опыт включает лечение 31 пациента с рубцовыми стриктурами гепатохоледоха (в 5 клиниках РК) от 17 до 82 лет. Мужчин – 10 (32,3%), женщин – 21 (67,7%). В нашем центре НРВ применяем классификацию вариантов анатомии желчных протоков в воротах печени по J. Yoshida (1996) и классификацию рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков по Bismuth (1982). Всем пациентам в комплексе алгоритма обследования на предоперационном этапе проводили МРТ (с MRSP) и КТ-ангиографию гепатобилиарной зоны в болюсном режиме с 3D-сосудами печени в артериальной и портальной фазах.

Все реконструктивные вмешательства подразумевали наложение билиодигестивных вмешательств на изолированной (70-100 см) Ру-петле. По типу повреждения желчных протоков пациенты соответствовали: I тип – 5, II тип – 16, IIIa тип – 5, IIIb тип – 2, IV тип – 2 пациентов. По времени обнаружения: «свежие» – 6 и в отдаленные сроки – 25 больных.

Результаты. Для борьбы с внутрипротоковой инфекцией и купирования холангита, коррекции билиарной гипертензии – 5 (16,1%) больным первым этапом было оказано стентирование и/или бужирование желчных протоков, ЧЧХС с наружным желчеотведением - 6 (19,3%), «свежие» повреждения, которые не нуждались в декомпрессии были у 5 (16,1%) юльных, госпитализированы были с существующими наружными желчными свищами 6 (19,3%) больных и 9 (29%) пациентов были оперированы на ранних стадиях клинического проявления рубцового стенозирования протоковой системы и не нуждались в декомпрессии. Оперативное радикальное лечение выполняли при гипербилирубинемии со значением не выше 70 ммоль/л, а показатели коагулограммы не отражали коагулопатию.

Из числа выполненных реконструкций наложение анастомоза на сменном транспеченочном дренаже по Гетц – Сайпол - Куриянову было выполнено 2 (6,4%) больным. Данные операции были выполнены на раннем этапе освоения опыта реконструктивных вмешательств. Ре-билиодигестивные анастомозы с рубцовым стенозированием ранее выполненных гепатикое-

юноанастомозов в иных клиниках составили 11 (35,5%) пациентов. Гепатикоеюнастомозы были наложены 4 (45,2%) больным, бигепатико – 8 (25,8%), тригепатико – 5 (16,1%), тетрагепатико – 2 (6,4%), пентагепатикоеюноанастомоз – 1 (3,1%) больному.

Осложнения в непосредственном послеоперационном периоде возникли у 6 (19,3%) больных: несостоятельность анастомоза – у 3 (9,7%), кровотечение – у 1 (3,1%), билома – 2 (6,4%), асцит-перитонит с формированием абсцесса малого таза – 1 (3,1%) больной. Релапаротомия по поводу асцит-перитонита отмечена у одной (3,1%) больной с летальным исходом (3,1%).

Заключение. Мультидисциплинарный подход в ведении пациентов («билиарных инвалидов») с предоперационным стадированием, подключением малоинвазивных дренирующих технологий, радикальное иссечение рубцово-измененных тканей протоков, соблюдение принципов прецизионности в наложении швов с 2,5-3,5 кратным увеличением зоны ворот печени позволяет добиться хороших непосредственных результатов реконструктивных операций в гепатопанкреатодуоденальной зоны.

РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ НЕ РАСШИРЕННОМ ГЛАВНОМ ПАНКРЕАТИЧЕСКОМ ПРОТОКЕ

След Н.Ю., Мерзликин Н.В., След О.Н., Попов А.Е.

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 20 им. И.С. Берзона», Красноярск, Россия

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

Хирургическое лечение хронического панкреатита остается одной из сложных задач современной панкреатологии. Выбор метода хирургического вмешательства основывается на клинических проявлениях, локализации процесса, состояния протоковой системы и осложнений хронического панкреатита (Егоров В.И., 2009; Andersen D.K., 2010). Основываясь на том, что головка поджелудочной железы является «триггером» хронического панкреатита, в настоящее время предложен целый ряд способов локальной резекций головки поджелудочной железы, основным преимуществом которых является сохранение двенадцатиперстной кишки (Frey C.F., 1987; Begeer H.G., 1989; Izbicki J.R., 1998; Gloor B., 2001). Болевой синдром при хроническом панкреатите обусловлен следствием нескольких факторов, потенцирующих друг друга. Современная теория болевого синдрома объясняет его возникновение нейроиммунным воспалением в ткани поджелудочной железы, протоковой и паренхиматозной гипертензией (Паклина О.В., 2009; Щастный А.Т., 2011; Olesen S.S., 2013; Bouwense S.A., 2015). Следовательно, наиболее патогенетический обоснованным хирургическим методом лечения хронического панкреатита являются резекционно-дренирующие операции, направленные на удаление фиброзно-измененной ткани поджелудочной железы и декомпрессии протоковой системы.

Цель исследования: разработка способа хирургического лечения хронического кальцифицирующего панкреатита при нерасширенном главном панкреатическом протоке, оптимальное сочетание резекционного и дренирующего компонента которого, позволяет эффективно бороться с болевым синдромом, стабилизировать заболевание и предотвратить его прогрессирование.

Материалы и методы. За период с 2011 – 2017 гг. оперирован 41 пациент с хроническим кальцифицирующим панкреатитом, из них у 7 больных было произведено оперативное вмешательство по разработанному нами способу хирургического лечения хронического кальцифицирующего панкреатита при нерасширенном главном панкреатическом протоке (патент РФ на изобретение № 2646129 от 20.03.2017). Возраст больных был в пределах от 21 до 74 лет.

Результаты. Предложенный способ операции выполнен у пациентов, страдающих хроническим кальцифицирующим панкреатитом. Он заключается в субтотальной резекции головки поджелудочной железы, с иссечением паренхимы вдоль внутреннего края двенадцатиперстной кишки, крючковидного отростка, перидуктальной резекцией рубцово-измененной ткани вдоль интрапанкреатической части холедоха, после селективного наложения гемостатических швов на передне-верхнюю и передне-нижнюю поджелудочно-двенадцатиперстную артерии под контролем ИОУЗИ и маркировки дистальной части желчного протока билирным стентом. Производят клиновидную резекцию передней части тела и хвоста поджелудочной железы с иссечением главного панкреатического протока и продольным параллельным рассечением паренхимы, с целью дренирования долевого протока.

Операция завершается наложением панкреатоюноанастомоза, в проекции головки поджелудочной железы шов накладывается с медиальной стенкой двенадцатиперстной кишки.

На начальном этапе внедрения данного способа оперативного вмешательства были получены хорошие результаты. Лишь у одного больного отмечена частичная несостоятельность панкреатоюноанастомоза, купированная консервативной терапией. Летальных исходов не было.

Заключение. Оптимальное сочетание резекционного и дренирующего компонента позволяет эффективно бороться с болевой синдром, стенозом желчного и панкреатического протоков, компрессией двенадцатиперстной кишки, ретропанкреатических и мезентериальных сосудов, стабилизировать заболевание и предотвратить дальнейшее его прогрессирование.

ПЛЕВРАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА

Стяжкина С.Н., Валинуров А.А., Акимов А.А.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Цель исследования: сопоставление плевральных осложнений панкреатита их исходов, определения значения компьютерной томографии в диагностике и возможности мини-инвазивных вмешательств в лечении плеврита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 30 пациентов с острым панкреатитом и

его исходами. Для оценки состояния лёгочной ткани и определения жидкости в плевральных полостях выполняли компьютерную томографию и ультразвуковое исследование грудной клетки.

Результаты. Применение компьютерной томографии в диагностике плевральных осложнений позволило дополнительно обнаружить выпот в плевральных полостях у 4,5-60% больных острым панкреатитом, уточнить его количество и локализацию.

Заключение. Минимально инвазивные вмешательства (пункция, дренирование плевральной полости по Бюлау) с исследованием экссудата на активность амилазы позволяют уточнить причины плеврита и эффективность в его устранении на фоне лечения панкреатита.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Коробейников В.И., Акимов А.А., Валинуров А.А.
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия

Старение организма сопровождается перестройкой органов и систем, в том числе и желудочно-кишечного тракта. В последнее десятилетие отмечается увеличение продолжительности жизни населения земного шара. Вместе с тем, в пожилом и старческом возрасте частота заболеваний внутренних органов значительно возрастает. Для данных возрастных категорий острый панкреатит может протекать со стертой клиникой, атипично с увеличением числа летальных исходов.

Острый деструктивный панкреатит принято относить к заболеваниям смешанного профиля. Однако в последнее время накапливается всё больше число аргументов для рассмотрения ОДП (острого деструктивного панкреатита) в круге понятий иммунологии, где требуется комплексный подход к стадийному развитию панкреонекроза и ответной иммунной реакции организма пациента.

Цель исследования: проанализировать структуру заболеваемости острым панкреатитом среди пациентов пожилого и старческого возраста за 2008-2018 гг. на базе БУЗ УР «1 РКБ МЗ УР».

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезней хирургического отделения за 2008-2018 годы с диагнозом: острый панкреатит в возрасте от 65 до 90 лет (средний возраст пациентов составил 69,6+18,7 лет). Пациенты были разделены на две группы. В первую вошли 50 (50,0%) больных, в комплексное лечение которых входила иммунотерапия r-IL 2 (препаратом «Ронколейкин»), вторая группа - 50 (50,0%) пациентов, которым иммунотерапию не проводили.

Результаты. На протяжении исследуемого периода среди госпитализированных преобладали пациенты женского пола (65,3%). При распределении пациентов по социальным группам преобладала категория неработающий пенсионер – 82,4%. Причинами заболевания служили: ЖКБ (62%),

злоупотребление алкоголем (18%), погрешности в питании (16%), травмы (4%). За последний год мы наблюдали 2 больных где панкреонекроз протекал бессимптомно и обнаружен у больных старше 70 лет во время лапароскопической холецистэктомии. Считаем целесообразно для пациентов старшей группы более детальное обследование УЗИ, КТ и МРТ с динамическим мониторингом. Наиважнейшим достоинством МРТ является оценка осложнений ОДП – сосудистой окклюзии (селезеночной вены), сосудистой аневризмы (дуоденогастральной, селезеночной артерий), наличие осложнений в виде некроза, абсцессов, псевдокист, токсическое действие на кишечник, угрожающее перерасти в парез, что проявляется воспалительными изменениями. Динамическое наблюдение больных острым панкреатитом на КТ и уточнение структуры изменений на МРТ помогает точнее определять показания к применению высоко травматичных открытых оперативных вмешательств.

К настоящему моменту считается установленным, что в патогенезе острого деструктивного панкреатита важную роль играет вторичный иммунодефицит. Управление цитокиновым балансом рассматривается, как новая мишень терапевтических воздействий при лечении гнойно-септических заболеваний. Одним из препаратов иммунотерапии при ОДП является отечественный рекомбинантный интерлейкин-2 человека (rIL-2) – «Ронколейкин».

Изначально до оперативного лечения и цитокинотерапии обе исследуемые группы достоверно не отличались друг от друга по показателям иммунограммы, наблюдалась выраженная депрессия. После лечения в основной группе через 7-10 суток произошло достоверное увеличение Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD19) ($p < 0,05$), в сравнении с контрольной группой, где достоверно возросло лишь количество Т-лимфоцитов. Все остальные оцениваемые показатели также увеличивались в основной группе (фагоцитарная активность нейтрофилов, макрофагальная активность ($p < 0,05$), иммуноглобулины возросли недостоверно). На 14-20 сутки лечения в основной группе все показатели иммунограммы достоверно возросли и стали нормальными, а в группе сравнения достоверно увеличились CD3, CD4, макрофагальная активность и фагоцитарная активность нейтрофилов, но остальные показатели иммунитета не претерпели достоверных изменений.

В результате комплексного лечения летальность составила в основной группе больных 32%, в контрольной группе больных 48%. Причина смерти больных явились полиорганная недостаточность, сепсис, тромбоэмболические осложнения.

Выводы.

1. Острый панкреатит у пациентов пожилого возраста протекает атипично. В связи с этим целесообразно более детальное обследование с применением УЗИ, КТ, МРТ и дальнейшим динамическим мониторингом.
2. Включение в комплексную терапию генно-инженерного препарата «Ронколейкин» приводит к нормализации показателей клеточного и гумморального иммунитета, ликвидирует вторичный иммунодефицит, снижает летальность и способствует скорейшему выздоровлению больных.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ЛАПАРОТОМНАЯ ХОЛЕДОХОЛИТОТОМИЯ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Тарасенко С.В., Копейкин А.А.,
Зайцев О.В., Тюленев Д.О.

ФГБОУ ВО «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Минздрава России, Рязань, Россия

Актуальность. В настоящее время более 90% холецистэктомий во всем мире выполняются из лапароскопического доступа. Одним из факторов, ограничивающих применение лапароскопической хирургии при остром или хроническом холецистите, является холедохолитиаз, обнаруживаемый у 10-35% пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью. Это обстоятельство часто является основной причиной отказа от лапароскопических операций в пользу лапаротомных вмешательств. Таким образом, выбор хирургической тактики и техники оперативного вмешательства при холедохолитиазе сегодня остается предметом дискуссий.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и/или стенозирующим дуоденальным папиллитом, путем внедрения и совершенствования лапароскопических технологий.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 гг. в ГБУ РО «ГКБСМП» прооперировано 97 пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и/или стенозирующим дуоденальным папиллитом, по ряду причин не устраненным на дооперационном этапе. В основную группу ($n=47$, 48,5%) вошли пациенты, прооперированные лапароскопическим доступом, в контрольную ($n=50$, 51,5%) – лапаротомным. Все вмешательства выполняли стандартно по одинаковым методикам, исследуемые группы статистически значимо не различались.

В основной группе выполняли супрадуоденальную холедохотомию. Литэкстракция состояла из ряда манипуляций с градиентным увеличением технологичности. Часть конкрементов удавалось извлечь инструментальной пальпацией, мелкие – путем лаважа общего желчного протока. Холедохоскопия с литэкстракцией проводилась в 29 случаях. У части пациентов ($n=7$) выполняли антеградноассистированную папиллосфинктеротомию. После восстановления проходимости желчных протоков выполнялась холедохорафия с дренированием по Холстеду-Пиковскому, либо холедоходуоденостомия. У пациентов контрольной группы выполняли холедохолитотомию из лапаротомного доступа.

Результаты. У пациентов, прооперированных лапароскопическим доступом, продолжительность операции составила $101,26 \pm 19,82$ мин, лапаротомным – $96,8 \pm 14,26$ мин. Уровень боли, оцениваемый по десятибалльной шкале ВАШ, через 6 часов после операции в основной группе составил $2,51 \pm 2,13$, в контрольной – $5,46 \pm 2,98$ ($p < 0,001$). Через 24 часа уровень послеоперационной боли в основной группе снизился до $1,71 \pm 1,59$, в контрольной до $3,04 \pm 1,85$ ($p < 0,05$). Только 2 больным в основной группе потребовалось назначение наркотических анальгетиков, в контрольной группе наркотические

анальгетики потребовались 41 пациенту. В первые сутки после операции доза наркотического анальгетика, выраженная в пересчете на морфин на одного пациента, составила $0,45 \pm 0,93$ мг в основной группе и $8,11 \pm 4,62$ мг ($p < 0,001$) в контрольной. Легкие послеоперационные осложнения (по классификации Clavien-Dindo) наблюдали у 17 пациентов основной группы (36,2%) и у 24 контрольной (48,0%), они купировались самостоятельно, или после кратковременной терапии. Осложнения II степени, требовавшие перорального назначения антибактериальных препаратов, отмечены у 3 пациентов контрольной группы. У 1 больного после лапароскопической холедохолитотомии с холедоходуоденостомией диагностирован подпеченочный абсцесс, разрешенный дренированием под УЗ-контролем. В каждой из сравниваемых групп пациентов отмечено по 1 случаю несостоятельности холедоходуоденоанастомоза, которые потребовали повторного хирургического вмешательства, окончившихся благополучно.

Выводы. Лапароскопическая холедохолитотомия по эффективности не уступает лапаротомной холедохолитотомии и не приводит к увеличению продолжительности операции. Лапароскопические вмешательства на желчевыводящих протоках позволяют достоверно снизить выраженность болевого синдрома в послеоперационном периоде. Частота послеоперационных осложнений после лапароскопической холедохолитотомии достоверно меньше частоты осложнений после операций, выполненных лапаротомным доступом.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННАЯ ЭТАПНАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Усмонов У.Д., Зияев Ш.А.

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения больных с механической желтухой (МЖ) неопухолевого генеза путем разработки и применения индивидуализированной этапной миниинвазивной хирургической тактики.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и хирургического лечения 68 больных с МЖ неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении на базе кафедры хирургии и урологии АндГосМИ.

Основную группу составили 37 (54,4%) больных, из них было 25 (67,5%) женщин и 12 (32,5%) мужчин. Средний возраст больных - $49,8 \pm 3,4$ года. В этой группе использована индивидуализированная хирургическая тактика, которая заключалась в следующем: дифференцированный подход к выбору лечебно-диагностических мероприятий, операционного доступа и послеоперационному ведению с учетом билиарной декомпрессии, характера течения МЖ и холангита. В контрольной группе (31 (45,6%) больной) использована традиционная хирургическая тактика лечения больных.

Результаты. Анализ результатов проводимой комплексной терапии показал, что у больных основной группы уже на 2-3 сутки после операции уровень общего билирубина достоверно снизилось на 70,1% относительно исходных данных. Уро-

вень щелочной фосфатазы нормализовался в этой группе на 4-5 сутки после оперативных вмешательств. Уровень АСТ/АЛТ у больных основной группы к этому сроку достоверно снизился на 35,9%/32,6% соответственно, а уровень креатинина снизилась на 36,7%.

В основной группе уровень лейкоцитоза нормализовалась на 2 сутки после операции на 29,6% относительно исходных данных. Динамика уровня индекса эндогенной интоксикации убедительно показывает, что использование ЭБЛ и мини-доступа за счет положительного воздействия на эндогенной интоксикации, значительно повысило эффективность детоксикационной терапии.

Уровень тяжести полиорганной недостаточности (ПОН) по шкале SOFA у исследуемых групп больных при поступлении был повышен до $6,1 \pm 0,3$ балла, что соответствовало вероятности летального исхода от 27% до 38%. В результате проведенной комплексной терапии уровень тяжести ПОН в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшилась на 22,3% относительно исходных данных. На 7-е сутки после операции эта разница составила 71,5%, что в 4,4 раза меньше чем при поступлении, и в 1,9 раза, чем при традиционном лечении.

Общее число осложнений в контрольной группе составило 16,1% больных, а летальность - 6,4% (2 больных). Применение индивидуализированной этапной хирургической тактики с предварительной декомпрессии использованием ЭБЛ существенно повысило эффективность лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Летальных исходов в основной группе не было.

Выводы. Разработанная индивидуализированная этапная миниинвазивная хирургическая тактика с использованием метода эндобилиарного лаважа и минилапаротомного доступа при МЖ неопухолевого генеза является патогенетически обоснованным, так как она приводит к более раннему купированию клинико-лабораторных проявлений холангита и эндогенной интоксикации, ускоряет купирование ПОН, способствует уменьшению послеоперационных осложнений на 8%, сокращению сроков пребывания больных в стационаре на 4,3 суток и снижению летальности на 6,4%.

РОЛЬ И МЕСТО АНТЕГРАДНЫХ И РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ДИАГНОСТИКЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О.

Республиканский научный центр экстренной
медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Диагностика и лечение больных с механической желтухой остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Остаются проблемы в дифференциальной диагностике желтух. Основными методами диагностики механической желтухи в настоящее время являются эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и антеградная холангиография чрескожным чреспеченочным доступом.

Материалы и методы Проанализированы результаты лечения 2715 больных с механической желтухой различного ге-

неза. Из них доброкачественного генеза было 2438 (89,7%), злокачественного – 277 (10,3%) больных. Из больных с механически желтухой доброкачественного генеза, ретроградная холангиография с различными лечебными манипуляциями выполнена 2422 (99,3%) больным. При этом, причины механической желтухой доброкачественного генеза были следующими: ЖКБ, холедохолитиаз – 1380; ПХЭС, холедохолитиаз – 344; стеноз большого дуоденального сосочка – 500: синдром Мирizzi – 84; парафатеральный дивертикул – 25; киста холедоха – 5; паразитарная инвазия (печеночный сосальщик) – 4; стриктура холедоха – 67; парафатеральный дивертикул в сочетании с стенозом большого дуоденального сосочка – 5; ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков – 7; аномалия впадения пузырного протока в левый печеночный проток - 1. Антеградная холангиография выполнена 16 (0,7%) больным с механической желтухой доброкачественного генеза, из них ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков - 2, стриктура холедоха - 6 больным, аномалия развития пузырного протока - 1 больной, холедохолитиаз - 4, синдром Мирizzi – 3.

Больным с механической желтухой злокачественного генеза РПХГ с различными лечебными манипуляциями выполнены 226 (81,6%) больным. Причиной механической желтухи злокачественного генеза были следующие: опухоль БДС - 58 больных, опухоль головки поджелудочной железы - 99 больных, опухоль желчного пузыря - 22 больных, опухоль средней трети холедоха - 2 больных, опухоль ворот печени - 46 больных. Этим больным выполнено: эндоскопическое стентирование холедоха - 188, РПХГ+ЭПСТ - 22 больным, РПХГ - 8 больным. Антеградная холангиография выполнена 51 (18,4%) больному. При антеградной холангиографии выявлено что причиной механической желтухи явились: опухоль терминального отдела холедоха - у 12 больных, опухоль средней трети холедоха - у 8, опухоль ворот печени по Bismuth 2 - у 6, опухоль ворот печени по Bismuth 3 - у 16, опухоль ворот печени по Bismuth 4 - у 9 больных. Этим больным во время антеградной холангиографии выполнена чрескожное чреспеченочное дренирование билиарного дерева.

Выводы. При диагностике механической желтухи различного генеза преобладает ретроградная холангиография, так как она является менее инвазивной, и позволяет разрешать механическую желтуху эндоскопическим путем.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Несмотря на внедрение в клиники новых методов диагностики и миниинвазивных технологий, вопросы современной диагностики и лечебной тактики при механической желтухе остаются одними из наиболее сложных в хирургической гастроэнтерологии.

В настоящей работе проанализирован опыт диагностики и лечения 1077 пациентов с механической желтухой. Больные были в возрасте от 17 до 93 лет, из них было 452 (42%) женщины и 625

(58) мужчин. Уровень общего билирубина варьировал в пределах от 59 до 1027 ммоль/л, (в среднем $224,7 \pm 21,4$ ммоль/л). Причинами обтурационной желтухи явились: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха - у 465 (43,2%) больных, опухоль большого дуоденального сосочка (БДС) – у 246 (22,8%), опухоль средней трети холедоха и желчного пузыря – у 145(13,4%), опухоль Клацкина – у 221 (20,5%) больного. Осложнения, сопутствующие механической желтухи при поступлении выявлены у 106 (9,8%) больных. Гнойный холангит наблюдался у 49 (4,5%) пациентов, холангиогенные абсцессы печени - у 6 (0,6%), печеночно-почечная недостаточность - у 51 (4,7%) больного. Декомпрессию желчных путей осуществляли двумя способами. ЭРХПГ была выполнена 962 больным, из них больным эндоскопическая папиллосфинктеротомия было произведена в 194 (18%) случаях, стентирование холедоха - в 553 (51,4%) случаях, из них в 74 случаях в связи с повторным обращением по поводу непроходимости стента было произведено рестентирование холедоха. Назобилиарное дренирование холедоха было произведено в 8 (0,7%) случаях. Ретроградное исследование не удалось провести у 108 (10%) больных. В этих случаях отдавали предпочтение установке стентов посредством чрескожного чреспеченочного доступа. С помощью чрескожно чреспеченочной холангиостомии у 112 пациентов удалось разрешить механическую желтуху, из них ЧЧХГ с наружным дренированием холедоха выполнено у 45(40,2%) больного, наружно-внутреннее дренирование холедоха - у 6 (5,4%), чрескожное- чреспеченочное эндопротезирование - у 6 (5,3%) больных. При выполнении ЧЧХГ было выявлено, что причиной обтурации желчевыводящих протоков явились: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха - у 41 больного, опухоль холедоха I тип по Bismuth - у 11, опухоль ворот печени по Bismuth 2 - у 9, опухоль ворот печени по Bismuth 3 – у 32, опухоль ворот печени по Bismuth 4 – у 19 больных. Оперированы 116 больных, в том числе гастропанкреатодуоденальная резекция выполнена 12 больным, наложение обходных билиодигестивных анастомозов - 89 больным.

Заключение. Малоинвазивные эндоскопические и чрескожные чреспеченочные декомпрессионные вмешательства являются эффективным способом восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы. Эти методики позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в плановом порядке, а у больных пожилого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией, могут служить альтернативой хирургическому лечению.

МЕТОД ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ЭТИЛОВОЙ ДЕСТРУКЦИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Хасанов Д.Ш., Усмонов У.Д., Соипова Х.М.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан, Узбекистан

По данным литературы, в настоящее время считается, проведение чрескожной алкоголизации при первичных нерезектабельных поражениях печени показано при наличии хорошо отграниченных опухолевых узлов размером не более 5 см. Лечение узлов большого размера ограничивается невозможностью насыщения действующим веществом всего массива

опухолевых тканей. В то же время, при проведении лечебных манипуляций одним из сдерживающих факторов является трудность позиционирования пункционной иглы в образованиях менее 2,0 см. Учитывая, вышеперечисленные мы, выбрали интраоперационную локальную этиловую деструкцию.

Нами был предложен модифицированный метод интраоперационной локальной этиловой деструкции при нерезектабельных опухолях печени, который мы применили при лечении 48 больных. Модификация заключалась в том, что больным проводили лапаротомию, которая позволяет произвести этиловую деструкцию более прицельно и создать некротическое кольцо путем аппликации этиловым спиртом для отграничения опухолевой ткани от здоровой. Такую деструкцию проводили больным со значительными размерами первичной опухоли печени.

При процедуре этиловой деструкции использовали 50 г медицинский шприц. Кончик иглы устанавливали в центр опухоли и вводили рассчитанный объем спирта. Затем проводили спиртовую аппликацию вокруг узла для получения некротического кольца между опухолевой и неопухолевой тканью. Использовали внутриопухолевую однократную инъекцию этанола в каждый опухолевый узел в зависимости от размера опухоли до полного насыщения.

Расчет необходимого количества объема этанола производили по общепринятой в клинической практике формуле:

$$V = 4/3 \times r \times r \times (R+0,5)^3,$$

где R - радиус окружности опухоли в плоскости наибольшего сечения.

Выводы. Применение разработанного нами способа алкогольной деструкции оправдано, как с патогенетических позиций, так и по соображениям безопасности.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭЗОФАГОСТРАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Холматов П.К., Расулов Н.А.,
Али-Заде С.Г., Мухаммадзода Р.

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

Цель исследования: изучить особенности лечения больных с пищеводно-желудочным кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 57 пациентов с с пищеводно-желудочным кровотечением, госпитализированных в отделение хирургии печени ГКБ СМП г. Душанбе за период 2014-2017 гг. Мужчин было 49 (86%), женщин 8 (14%) в возрасте от 17 до 59 лет.

Причиной портальной гипертензии являлся цирроз печени у 52 (91,2%) пациентов, ПГ была обусловлена тромбозом селезеночной вены - у 5 (8,8%) пациентов. В группу «А» по Чайлд-Пью включены 17 (29,8%) больных, в группу «В» - 21 (36,8%), в группу «С» - 19 (33,4%) больных.

Всем пациентам при госпитализации выполняли экстренную ФГДС, на которой были выявлены ВРВП I-III степени. Дальнейшая тактика зависела от данных эндоскопического исследования.

Для определения степени расширения вен использовали

классификацию А.Г. Шерцингера: 1 степень - при расширении вен до 3 см, 2 степень - от 3 до 5 мм-2 ст., 3 степень - расширение свыше 5 мм.

Из 57 больных с ВРВП пищевода в 11 (19,3%) случаях 3 степень сочеталась с эрозивным эзофагитом и васкулопатией, что являлось неблагоприятным фактором риска развития кровотечения. Всем пациентам проводили инфузионно-трансфузионную терапию, назначали препараты, восполняющие факторы коагуляции, ингибиторы протеазы и фибринолиза, а также для снижения портального давления.

По достижении стабилизации состояния, пациентам выполняли УЗИ с дуплексным сканированием портальной системы с измерением линейной и объемной скорости портального кровотока, а также селезенки.

Результаты. Применение зонда-обтуратора Блэкмора-Сенгстакена и внутривенное введение 1% нитроглицерина на 400 мл раствора Рингера оказалось эффективным у 48 (84,2%), эффекта не было у 9 (15,8%) больных, при этом наблюдался риск рецидива кровотечения. В этом случае устанавливали зонд-обтуратор, не раздувая манжеток, с целью контроля содержимого желудка. У 7 (77,8%) пациентов из 9 рецидива кровотечения не было и через 10-12 часов зонд извлекался, далее пациенты подвергались плановому обследованию для определения дальнейшей тактики лечения.

Консервативный метод гемостаза был осуществлен у 55 (96,5%) больных. Для профилактики рецидивов геморрагии после баллонной тампонады проводили лечение препаратом Тогорелс в сочетании вазоактивными средствами. Комплексное применение пропранолола с нитропрепаратами оказалось эффективным в 67,8% случаев. Эндоскопическое лигирование с помощью латексных колец как лечебно-профилактическое мероприятие, оказалось эффективным у 19 (33,3%) больных.

Из-за неэффективности консервативного лечения у 14 (24,6%) выполнена urgentная операция по методу М.Д. Пациора, направленная на разобщение порто-кавальных коллатералей. Летальный исход при этом отмечен в 2 (14,2%) случаях, 9 (15,8%) больных с неустойчивым гемостазом считались перспективными для хирургического лечения, в связи с развитием анурии и печеночной комы.

Выводы. Современная диагностика ВРВП пищевода, данные эндоскопического исследования с учётом функции печени, способствуют выбору метода гемостаза. При кровотечении следует применять консервативные мероприятия, а при его рецидиве, после удаления зонда обтуратора, показано срочное прошивание ВРВП по методу М.Д. Пациора.

МОДИФИЦИРОВАННЫЕ СПОСОБЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М.,
Фоминов В.М., Пархоменко А.В.

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», Донецк, Донецкая народная республика

Цель исследования: сравнительный анализ малоинвазивных и лапаротомных способов хирургического лечения у больных с непаразитарными кистами печени (НКП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 140 пациентов с НКП, лечившихся в I хирургическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения за последние 10 лет. Среди них было 103 (73,6%) женщины и 37 (26,4%) мужчин в возрасте от 19 до 78 лет. Размеры кист печени составляли от 4 до 18 см в диаметре. Локализация кист: в правой доле печени – у 99 (70,7%) больных, в левой – у 41 (29,3%) больного. Случайным образом все пациенты были распределены на 3 группы: пункционное лечение – 64 (45,7%), лапароскопические операции – 46 (32,9%), лапаротомные операции – 30 (21,4%). В каждой группе выделены по 2 подгруппы: 1-ая – которые лечились модифицированными способами и 2-ая – которым выполнены стандартные операции. Больным применяли следующие методы исследования (в различных сочетаниях): клиничко-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томографию, лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование содержимого из кист печени. Для лапароскопии и вмешательств под её контролем применяли аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl STORZ» (Германия).

Результаты. Пункция кисты под контролем УЗИ, аспирация содержимого, обработка эпителиальной выстилки этанолом, введение в полость кисты склерозирующего раствора, например, Тромбовара, проведена у 64 пациентов. Пункционный метод лечения целесообразно применять при кистах печени, расположенных в глубине паренхимы. После пункционного лечения у 6 больных были отмечены различные осложнения.

Лапароскопические операции выполнены в 46 случаях, в 29 из них применены усовершенствованные методики. У 2 больных было незначительное жёлчеистечение из дренажа, которое на 4-й день прекратилось.

Лапаротомные операции произведены в 30 случаях: удаление кист – 21, перицистэктомия – 6, фенестрация кисты, наружное дренирование – 2, резекция кисты, оментопексия – 1. В этой группе пациентов различные послеоперационные осложнения наблюдали у 6 (20%) больных. Разработанный в клинике «Способ лечения полостного образования паренхиматозного органа» (патент № 82354 от 27.07.2013 г.) успешно применён у 34 пациентов, «Способ резекции паренхиматозного органа» (патент № 81922 от 10.07.2013 г.) - у 28; «Способ анатомической резекции паренхиматозного органа» (патент № 86324 от 25.12.2013 г.) - у 18, «Способ лечения кисты печени» (патент № 123096 от 12.02.2018 г.) - у 10, «Способ пункционного лечения кисты паренхиматозного органа» (патент № 123085 от 12.02.2018 г.) - у 7 пациентов.

По нашим данным, малоинвазивные и усовершенствованные способы лечения позволяют значительно улучшить результаты лечения. За последние 5 лет количество послеоперационных осложнений уменьшилось на 7,8%. Умер 1 пациент 76 лет после тромбоза лёгочной артерии.

Заключение. При непаразитарных кистах печени операции целесообразно выполнять в специализированных гепатологических хирургических центрах, с применением разработанных усовершенствованных способов, что позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений на 7,8% и увеличить количество хороших и удовлетворительных отдаленных результатов на 17,7%.

НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Ширтаев Б.К., Еримова Н.Ж.,
Сундетов М.М., Курбанов Д.Р.

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

Цель исследования: оценка эффективности профилактики лечения цитомегаловирусной инфекции (ЦМВ) после трансплантации печени у детей до 1 года с билиарной атрезией.

Материалы и методы. В период с марта 2016 г. по настоящее время выполнено 18 трансплантации печени от живого родственного донора у детей. Возраст пациентов варьировал в пределах от 6 месяцев до 8 лет, из них 15 (83,3%) пациентов были с билиарной атрезией. Количество девочек - 10 (66,7%), мальчиков - 5 (33,3%). У большинства детей к моменту постановки диагноза регистрировали сформировавшийся цирроз печени.

Результаты. Все реципиенты с положительными количественными показателями ПЦР получали ЦМВ-специфический иммуноглобулин за 3-5 месяцев до операции. Левый латеральный сектор был пересажен 15 больным с билиарной атрезией от ЦМВ серопозитивного родственного прижизненного донора (D+/R+) 13 доноров и от ЦМВ 1 серонегативного донора (D-/R+), 1 ребенку проведена симультанная трансплантация (печень и почка), левая доля у 2 больных с циррозом печени в исходе аутоиммунного гепатита. У всех детей билиарная атрезия сочеталась с цитомегаловирусной инфекцией, из них 7 с активной формой. Сроки наблюдения от 14 дней после операции до 2-х лет.

После операции проводили трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию (преднизолон, селлсепт, такролимус). У 2 больных с неактивной формой ЦМВ отмечалась активизация. Неврологическая симптоматика развилась у 2 детей: с активной формой ЦМВ – 1, связано с токсическим эффектом иммуносупрессивной терапии (такролимус) - 1, которое удалось купировать консервативными методами лечения. Все дети с цитомегаловирусной инфекцией получали противовирусную терапию с препаратом валганцикловир из расчета 18 мг/кг в течение 1 месяца, на фоне чего удалось снизить вирусную нагрузку у детей с активной фазой ЦМВ. Через 6 месяцев после операции у всех детей качественные показатели ПЦР на ЦМВ были отрицательными. Через 9 месяцев после трансплантации печени у 1 пациента с не активной формой ЦМВ отмечено нарастание вирусной нагрузки.

Выводы. Подтверждена роль цитомегаловирусной инфекции в развитии билиарной атрезии с формированием цирроза печени, что требует адекватного наблюдения после трансплантации печени.