

Министерство здравоохранения Республики Армения
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава России



**МАТЕРИАЛЫ ПЛЕНУМА ПРАВЛЕНИЯ
АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ
ХИРУРГОВ СТРАН СНГ**

**Ереван
29-30 апреля 2019 г.**

Под редакцией:

профессора Вишневого В.А. (Москва),

профессора Степановой Ю.А. (Москва),

профессора Саакяна А.М. (Ереван)

I. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

LAPAROSCOPIC PARENCHYMA-SPARING LIVER RESECTION FOR COLORECTAL METASTASES. A SINGLE HIGH VOLUME CENTRE EXPERIENCE

Aghayan D.L., Pelanis E., Fretland Å.A., Kazaryan A.M., Bjørn E.

The interventional Center, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background. Laparoscopic liver resection (LLR) of colorectal liver metastases (CLM) is performed in specialized centers worldwide. Nowadays, there is a trend toward a parenchyma-sparing strategy in multimodal treatment for CLM. In this study the short- and long-term outcomes of laparoscopic parenchyma-sparing liver resection (LPSLR) at a single center are presented.

Materials and methods. LLRs were performed in 1233 procedures between August 1998 and December 2018 at Oslo University Hospital, Oslo, Norway. Patients who primarily underwent LPSLR for CLM between August 1998 and March 2016 were included in this analysis. LPSLR was defined as non-anatomic laparoscopic liver resections hence the patients who underwent hemihepatectomy and sectionectomy were excluded. Perioperative and oncologic outcomes were analyzed. The Accordion classification was used to grade postoperative complications. The median follow-up was 40 months.

Results. 296 patients underwent primary LPSLR for CLM. A single specimen was resected in 204 cases, multiple resections were performed in remaining 92 cases. 5 laparoscopic operations were converted to open (1.7%). The median operative time was 134 minutes, while blood loss was 200ml and hospital stay was 3 days. There was no 90-day mortality in this study. The postoperative complication rate was 14.5%. 189 patients (64%) developed disease recurrence. Recurrence in the liver occurred in 146 patients (49%), of whom 85 patients underwent repeated surgical treatment (liver resection [n=69], ablation [n=14] and liver transplantation [n=2]). Five-year overall survival was 48%, while median overall survival was 56 months.

Conclusion. LPSLR of CLM can be performed safely with the good surgical and oncological results. The technique facilitates repeated surgical treatment, which may improve survival for patients with colorectal liver metastases.

СИМУЛЬТАННЫЕ И ОТСРОЧЕННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ СИНХРОННЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗАХ

Беджаниян А.Л., Полищук Л.О., Петренко К.Н., Головкин А.С., Пожидаева Е.В.

**ФГБНУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского Минздрава
России, Москва, Россия**

Введение. Оптимальная хирургическая тактика у пациентов с синхронными колоректальными метастазами (КРМ) в печень остается неоднозначной. Выполнение симультанной резекции кишки и печени или этапного хирургического лечения зависит от множества факторов и всегда решается индивидуально.

Цель исследования: сравнение ближайших результатов лечения при одномоментных вмешательствах по удалению первичной и метастатической опухоли с этапным удалением (с отсрочкой второго этапа до 2-х месяцев).

Материалы и методы. В исследование вошли 49 пациентов с синхронными КРМ, которым в РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского в период с 2008 по 2018 г. были выполнены резекции печени, больных разделили на две группы. В I гр. были включены 15 (30,6%) пациентов с симультанными вмешательствами, во II гр. – 34 (69,4%) пациента с отсроченными вмешательствами (операция на печени выполнялась в течении 2-х мес. после операции на кишке).

Результаты. По полу, среднему возрасту, локализации первичной опухоли (правые отделы, левые отделы, прямая кишка) пациенты статистически не различались. Факторы, по которым группы достоверно отличались, были следующие: билобарное поражение печени (86,7% в I гр против 52,9% во II гр. ($p=0,023$)), резекция 4 и более сегментов печени (0% в I гр. против 29,4% во II гр. ($p=0,012$)) и количество пациентов, которым в предоперационном периоде была проведена неoadъювантная химиотерапия (27% в I гр. против 6% во II гр. ($p=0,04$)). Пациенты, оперированные одномоментно на кишке и на печени, имели большую частоту релапаротомии по сравнению с группой, пролеченной этапно: 20% в I гр. против 2,9% во II гр. ($p=0,04$). Отличия имелись также в средней продолжительности послеоперационного пребывания пациентов: 13 койко-день в I гр. против 10 во II гр. ($p<0,05$). Летальных исходов в исследуемых группах не было, а более высокая частота осложнений IIIb степени по Clavien-Dindo в группе с симультанными операциями, вероятно, связана с неблагоприятными факторами (неoadъювантная химиотерапия, билобарное поражение), на фоне которых выполнялись вмешательства.

Заключение. Симультанные резекции колоректального рака с ограниченной резекцией печени требуют более тщательного отбора пациентов для обеспечения безопасного послеоперационного периода.

NORWEGIAN SINGLE CENTRE 20 YEARS' EXPERIENCE IN LAPAROSCOPIC LIVER SURGERY

Bjørn E., Aghayan D.L., Barkhatov L.I., Kazaryan A.M., Fretland A.A.

Department of HPB Surgery, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background. Despite the introduction of laparoscopic liver resection has been challenging, it has evolved and become as a standard surgical approach in many centres worldwide. In this study we present a large volume single-centre experience in laparoscopic liver surgery for various indications.

Materials and methods. This study presents modern status of laparoscopic liver resection and the outcomes of 1233 laparoscopic liver resections between August 1998 and December 2018 at Oslo University Hospital – Rikshospitalet.

Colorectal metastases represented the main indications for surgery (68%). Other metastatic lesions were neuroendocrine metastases in 5%, melanoma in 1.5%, other various metastases in 3.4%. Primary malignancies were presented by hepatocellular carcinoma in 7% and cholangiocarcinoma in 1.5%. Benign lesions were verified in 136% of cases.

Results. Rate of conversions to laparotomy was 3.2% and to hand-assisted laparoscopy 1.4%. Anatomic resections were presented in 17%, non-anatomic parenchyma-sparing 79%, and in remaining 4% both anatomic and non-anatomic resections were performed in one procedure. Laparoscopic resections were combined with local ablations (either cryoablation or radiofrequency) in 72 cases. The median operative time and blood loss were 130 (20-635) minutes and 220 (<50-4000) ml, respectively. There were 18% complications (Accordion grade 2 or higher). Perioperative mortality was 0.3%. The median postoperative stay was 2 (1-42) days. For malignant cases R0 resection margins were achieved 82%. The 5-year overall survival for patients with colorectal liver metastases who primarily underwent LLR was 49%.

Conclusion. Laparoscopic liver resection is a favourable alternative to open resection and during last two decades it has become treatment of choice various liver tumors at our institution. Perioperative morbidity and mortality and long-term survival after laparoscopic resection of colorectal metastases appear to be comparable to those after open resections.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ОПУХОЛЕВЫХ ОЧАГОВ ПЕЧЕНИ С ПЕРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ МАРКИРОВКОЙ ВОКРУГ ОЧАГОВ ПЕЧЕНИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ АБЛЯЦИОННОЙ ЗОНЫ

Галумян А.С., Тракимас М., Галумян К.С., Мадоян З.К., Манукян А.

**АОЗТ «Институт хирургии Микаелян» (клиническая база Еванского
государственного медицинского университета), Ереван, Армения
Медицинский центр "Уигмор клиник", Ереван, Армения**

Цель исследования: разработать методику для эффективного контроля адекватности РЧА опухолевых очагов в печени.

Материалы и методы. Перкутанную РЧА очагов печени с предварительной маркировкой вокруг очагов печени выполнили 15 пациентам, из них с метастазами колоректального рака 9, нейроэндокринного рака легкого - 1, метастазами молочной железы - 4, метастазами рака матки - 1. В целом РЧА подверглись 22 очагов, с размерами 1,2 – 4,3 см. Пункционное наведение в большинстве случаев проводилось под контролем УЗИ, в 3 случаях РЧА выполнено под МСКТ-контролем и в 2 случаях гибридное наведение УЗИ+МСКТ. Все очаги размерами свыше 2 см, перед выполнением РЧА, были подвержены пункционной маркировке вокруг очагов титановыми маркерами с трех сторон под местной анестезией. Во всех случаях после маркировки вокруг очагов печени проводилась МСКТ печени с внутривенным болюсным контрастированием для оценки соотношения титановых маркеров и опухолевых очагов. После, проводили РЧА аппаратами boston scientific RF 3000, электродами типа зонтик зоной покрытия 3 см. После РЧА на следующий день во всех случаях вновь проводили МСКТ печени с внутривенным контрастированием для оценки соотношения абляционной зоны и маркеров.

Результаты. В тех случаях, когда абляционная зона не достигала титановых маркеров, проводили повторную РЧА в этой зоне, в этот же день или на следующий день, с целью добиться полной зоны абляции.

Адекватной РЧА считали те случаи, в которых по МСКТ-изображениям абляционная зона достигла или покрывала титановые маркеры со всех сторон.

Максимальный срок наблюдения составил 27 месяцев. Рецидив наблюдали у 2 пациентов. В 1 случае проводили успешную повторную перкутанную РЧА рецидивной зоны под МСКТ-наведением.

Во всех случаях, когда соотношение абляционной зоны к маркерам было адекватным, рецидива заболевания не наблюдали. В тех случаях, когда не удалось добиться полной абляционной зоны: с охватом абляционной зоны всех маркеров, наблюдались рецидивы самый ранний срок рецидивов 2 месяца.

Значимых осложнений не наблюдали ни в одном случае. Контроль проводили ежемесячной проверкой специфических онкомаркеров, УЗИ печени через 3 месяца, после 6 месяцев МСКТ с внутривенным контрастированием.

Заключение. Предварительная маркировка перед РЧА вокруг очагов в печени является безопасной и эффективной технологией для контроля адекватного уничтожения опухолевых очагов в печени, которая помогает достичь более эффективной абляции опухолевых очагов в печени многократно сокращая риск оставления резидуальной опухолевой ткани в печени при РЧА очагов размеры которых превышает 2 см.

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ С СИНХРОННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ

Гранов Д.А.², Майстренко Н.А.¹, Сазонов А.А.¹

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

**Кафедра факультетской хирургии ФГБВОУ ВО Военно-медицинской академии им.
С.М. Кирова Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург, Россия**

Введение. В настоящее время колоректальный рак (КРР) занимает третье место в структуре смертности от онкологических заболеваний в мире, при этом основной причиной высокой летальности является отдаленное метастазирование в печень, которое выявляется у 20-30% больных уже на момент постановки первичного диагноза. Выполнение резекции печени в радикальном объеме позволяет достичь 40% общей 5-летней выживаемости. Однако хирургическое лечение пациентов с метастазами в печени сопряжено со значительными трудностями. Одним из наиболее дискуссионных вопросов остается возможность выполнения комбинированных операций у больных с синхронными метастазами, подразумевающих удаление первичной опухоли одновременно с резекцией печени.

Цель исследования: оценить эффективность одномоментных комбинированных операций у пациентов с синхронными метастазами КРР в печени на основании.

Материалы и методы. С января 2010 г. по декабрь 2017 г. было прооперировано 58 больных с резектабельными метастазами КРР в печени. 26 из них с синхронными метастазами составили основную группу. Им были выполнены комбинированные вмешательства: удаление первичной опухоли с последующей резекцией печени. Контрольная группа была сформирована из 32 пациентов, которым были произведены резекционные операции на печени по поводу метахронных метастазов КРР.

Методика выполнения вмешательств на печени, равно как и их структура не отличались между исследуемыми группами. Так, обширные резекции были произведены 14 (54%) больным основной группы и 19 (59%) пациентам в контрольной. Для их выполнения применяли как фиссуральный, так и воротный способ, предпочтение которому отдавали при открытом типе анатомического строения порталных ворот. С целью редукции кровопотери применяли прием Прингла, при этом длительность непрерывного пережатия гепатодуоденальной связки не превышала 35 минут и, в среднем, составила 19 ± 4 мин.

Результаты. Послеоперационной летальности удалось избежать в обеих группах. Медиана продолжительности операций в основной группе составила 230 минут, превысив аналогичный показатель в контрольной группе на 75 минут. Средний объем интраоперационной кровопотери составил 700 ± 200 мл в основной группе и 550 ± 150 мл в контрольной. При обширных резекциях печени этот показатель возрастал до 1050 и 950 мл, соответственно. Развитие осложнений было отмечено у 41% пациентов после комбинированных вмешательств и у 34% после удаления метастазов печени. Необходимо отметить, что частота осложнений III и IV группы по шкале Clavien-Dindo в основной и контрольной группах статистически не различалась и составила 14% и 11%, соответственно. Более высокий показатель послеоперационных осложнений у пациентов основной группы был обусловлен приростом уровня таких осложнений, как нагноение раны, плеврит, лимфорей, что было связано с увеличением общего объема и продолжительности операции в этой группе больных. Отдаленные результаты прослежены у 86% больных. Медиана продолжительности жизни пациентов в основной и контрольной группах составила: 32 и 36 месяцев, соответственно.

Заключение. Комбинированные операции у пациентов с синхронными метастазами КРР в печени сопровождаются приемлемой частотой послеоперационных осложнений и обнадеживающими отдаленными результатами.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОЙ АБЛЯЦИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Жаворонкова О.И., Гаврилов Я.Я., Ионкин Д.А.

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

Смертность от колоректального рака (КРР), основной причиной которой является диссеминация процесса в виде отдаленных метастазов, остается очень высокой.

При метастазах КРР появление новых опухолевых очагов после ранее выполненной резекции встречается у 70% пациентов. В настоящее время повторные резекции печени при рецидиве метастазов КРР считаются золотым стандартом, при возможности ее выполнения, но резектабельность пациентов с метастатическим поражением печени не превышает 15–20%.

Все это заставляет онкологов оптимизировать комбинированное лечение больных с вторичными новообразованиями, и существует многоцентровое рандомизированное исследование за 15 лет, которое показывает оправданность применения различных методов локальной деструкции у больных метастазами КРР в печень, т.к. отдаленные результаты их использования сопоставимы.

Опыт применения радиочастотной абляции (РЧА) при метастазах КРР широко достаточно хорошо изучен, но текущая тенденция комбинированного использования методик деструкции диктует необходимость оценки опыта их применения в сравнении с изолированной абляционной обработкой.

Цель исследования: оценить и проанализировать результаты комбинированной абляции (РЧА + 95% этиловый спирт) метастазов КРР печени в сравнении с изолированной РЧА.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 18 пациентов с метастазами КРР в печень, находившихся за период с 2004 по 2019 гг. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы НМИЦХ им. А.В. Вишневого. Представлены результаты применения изолированной РЧА при метастазах КРР у 12 пациентов, которым ранее было выполнено радикальное резекционное вмешательство с отсроченными признаками локальной опухолевой прогрессии (средний возраст составил 55 ± 11.2 лет), и комбинированной абляции у 6 пациентов, которым в выполнении резекции печени было исходно отказано по соматическим критериям (средний возраст составил $63,5 \pm 11$ лет).

В группе с изолированным применением РЧА все вмешательства выполняли чрескожным доступом, из группы комбинированной абляции, чрескожным доступом - в 3 случаях, в открытом варианте - в 3 случая.

Среднее число обработанных очагов в группе изолированной РЧА составило $1,4 \pm 0,5$, при их размере $27,7 \pm 8,4$ мм, в группе комбинированной абляции $1,6 \pm 0,9$ при их размере $25,5 \pm 12$ мм.

Результаты. При изолированной РЧА среднее количество сеансов обработки одного очага составило $2,3 \pm 1$, использованные электроды имели рабочую часть со средним значениями $28 \pm 5,1$, среднее время РЧА варьировало в пределах $30,1 \pm 22,7$. В группе применения комбинированной абляции ср. количество сеансов составило $2,1 \pm 1,2$,

использованные электроды имели рабочую часть со ср. значениями $36,6 \pm 5,1$, ср. время РЧА варьировало в пределах $18,5 \pm 12$, средний объем введенного 95% этилового спирта составил $8 \pm 7,7$ мл путем диффузии его в очаг (через иглу Chiba).

В группе изолированного применения РЧА полной обработки удалось достичь - в 41,6% случаев, при этом безрецидивный период для пациентов, которым удалось выполнить абляцию радикально, составил $10 \pm 10,1$ мес. При комбинированной обработке - в 100% случаев, в отдаленном периоде (более года) отмечено прогрессирование у 2 пациентов (40%), одному из которых выполнен повторный сеанс РЧА с полной обработкой очага. На момент исследования лишь у 1 пациента отмечено прогрессирование в области операции. Безрецидивный период в данной группе составил $19,1 \pm 19,2$ мес.

Заключение. В сравнении с изолированным использованием РЧА, применение комбинированной методики (РЧА совместно с инъекционным введением 95% этилового спирта) имеет лучшие показатели эффективности (полнота абляции, безрецидивный период), но, учитывая, малое число наблюдений, не является достоверным выводом, однако определять возможность накопления данного опыта как более адекватного по критерию локального противоопухолевого эффекта у пациентов, выполнение которым более радикального резекционного вмешательства противопоказано.

КОМБИНАЦИЯ РЕЗЕКЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С МЕТОДАМИ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРМОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

**Ионкин Д.А., Олифир А.А., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Карельская Н.А.,
Чжао А.В.**

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

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) занимает четвертое место по частоте выявления среди злокачественных новообразований. Среди заболевших КРР более, чем у 50% пациентов выявляются метастазы в печени, при этом у половины они синхронные. Учитывая, что резектабельность метастазов КРР в печени не превышает 15-20% и продолжительность жизни пациентов без специфического лечения 5-11 месяцев, необходимо применять различные методы локальной термодеструкции метастазов КРР в печень – криодеструкции, радиочастотная абляция, микроволновая, лазерная термодеструкция.

Цель исследования: улучшить результаты лечения, качество и продолжительность жизни, прогноз у пациентов с метастазами КРР в печень.

Материалы и методы. В НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского с 2012 г. криодеструкция была выполнена у 20 больных с нерезектабельными метастазами КРР в печень. Средний возраст пациентов составил $56,3 \pm 3$ лет. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 9 см, число очагов - от 1 до 10 (4 ± 3). Время воздействия варьировало в пределах от 2 до 8 мин. Криодеструкция (КД) в сочетании в радиочастотной абляцией (РЧА) была проведена у 3 пациентов, КД в сочетании с резекцией печени - у 7 пациентов, сочетание КД, РЧА и резекции печени – у 5 пациентов. Открытая и чрескожная РЧА была выполнена у пациентов 20, сочетание РЧА с резекцией печени – у 16 пациентов. Всем больным в последующем была проведена адьювантная химиотерапия, в 9 случаях, дополненная региональной химиоэмболизацией.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде были отмечены 7 (35%) осложнений. Тяжелые жизнеугрожающие осложнения были отмечены у 2 (10%) прооперированных пациентов метастазов КРР – 1 (5%) внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее релапаротомии и смерть вследствие прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне сепсиса после применения КД в сочетании с резекцией печени и РЧА. Болевая симптоматика после применения КД: Полное исчезновение болевого синдрома отмечено у 40% пациентов, значительное снижение его интенсивности (20%). Выживаемость у пациентов после применения криодеструкции составила – $12,0 \pm 4$ мес., радиочастотной абляции - $11,0 \pm 4$, после криодеструкции в сочетании в радиочастотной абляцией - $7,6 \pm 4$ мес., криодеструкции в сочетании с резекцией печени - $13,5 \pm 5$ мес ($p < 0.05$), сочетания КД, РЧА и резекции печени – $18,5 \pm 6$ мес ($p < 0.05$).

Заключение. Криодеструкция при метастазах КРР в печень у нерезектабельных больных является вмешательством, в значительной степени, улучшающей качество жизни онкологических пациентов. В связи с улучшением качества жизни на фоне соответствующей адьювантной химиотерапии отмечается и улучшение показателей выживаемости.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Кислицин Д.П., Кан П.Б.-Х., Колмачевский Н.А., Мизин А.Г., Павлов П.И.

ГБУЗ Окружная клиническая больница, Ханты-Мансийск, Россия

Актуальность. В настоящее время резекция печени остается одним из основных методов, позволяющим добиться длительной выживаемости пациентов с метастазами колоректального рака. 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 с метастазами колоректального рака.

Материалы и методы. За последние три года предоперационная эмболизация воротной вены выполнена 7 пациентам с метастазами колоректального рака. Средний возраст пациентов составил 56 лет, мужчин было 5, женщин - 2. Транспеченочный ипсилатеральный доступ осуществлен 4 пациентам, открытый доступ через v. Псocolica - 3 пациентам. У всех пациентов применялась методика дистально-проксимальной эмболизации правой ветви воротной вены, в трех случаях - с 4-й сегментарной ветвью. По данным КТ выполнялась волюметрия печени TLV (total liver volume), FLR до ПЭПВ и после 3-5 недель.

Результаты. Прирост FLR составил от 10 до 60% (в среднем - 25%). Больных оперировали в сроки от 4 до 6 недель. Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия выполнена 5 пациентам, правосторонняя гемигепатэктомия – 2 пациентам. Средний объем интраоперационной кровопотери составил 700 мл (300-1200 мл). В послеоперационном периоде у всех пациентов признаков печеночной недостаточности не было. Шесть пациентов наблюдаются в III клинической группе без признаков рецидива заболевания (сроки наблюдения от 5 до 36 мес.), один пациент переведен в IV клиническую группу в связи с прогрессированием основного заболевания через 28 мес.

Выводы. Применение предоперационной эмболизации воротной вены - эффективный метод подготовки больных к обширной резекции печени. Тщательный мультидисциплинарный подход является основой успеха в лечении больных с данной патологией.

РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЕ МЕТАСТАЗЫ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ – ЦЕЛЕСООБРАЗНА ЛИ МНОГОКУРСОВАЯ ДООПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ?

Котельников А.Г., Патютко Ю.И., Подлужный Д.В., Кудашкин Н.Е., Соловьева О.Н., Поляков А.Н., Глухов Е.В.

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

Резектабельность метастазов КРР в печени – возможность микроскопически радикального удаления опухоли с сохранением функционально адекватного объема печени. Относительные критерии нерезектабельности: поражение не менее 6 сегментов печени, поражение более 70 % паренхимы печени, вовлечение в опухоль 3-х основных печёночных вен или обеих ветвей воротной вены, наличие нерезектабельных внепечёночных проявлений болезни, цирроз печени с низкой печёночно-клеточной функцией.

Неблагоприятные факторы прогноза резектабельных метастазов колоректального рака (КРР) в печени (множественные, билобарные метастазы, большие размеры метастазов, наличие резектабельных внепечёночных метастазов наряду с резектабельными метастазами в печени и т.д.) часто рассматриваются как противопоказание к хирургическому лечению. Таким больным назначается химиотерапия. Насколько это оправдано?

Предполагаемые преимущества дооперационной химиотерапии в лечении больных резектабельными метастазами КРР в печени с неблагоприятным прогнозом и их реальная роль.

1) Уменьшение размеров метастазов или их исчезновение, что позволяет выполнить операцию на печени меньшего объема. Полный патоморфологический ответ на химиотерапию отмечается у незначительного количества больных с полным радиологическим ответом, что рекомендует включение в удаляемый препарат паренхиму печени, содержащую ранее определяемые метастазы. Как при множественных, так и при солитарных метастазах, показатели общей выживаемости после обширной резекции печени превосходят таковые при экономной резекции.

2) Дооперационная химиотерапия воздействует на микрометастазы и обеспечивает длительный безрецидивный период. В действительности, частота рецидива отмечается с одинаковой частотой и в те же сроки после резекции печени в обеих сравниваемых группах и не зависит от характера и эффекта дооперационной химиотерапии.

3) Дооперационная химиотерапия позволяет провести отбор больных – кандидатов на хирургическое лечение. Показатели общей 5-летней выживаемости после резекции печени

на фоне прогрессирования заболевания при проведении дооперационной химиотерапии – 8 % – 14 %, что совершенно недостижимо без хирургического лечения.

4) Дооперационная химиотерапия позволяет оценить химиочувствительность опухоли для дальнейшего подбора рациональной химиотерапии. Иринотекан и таргетные препараты профилактически не применяются. Выбор адъювантной химиотерапии, в случае неэффективности дооперационной химиотерапии на основе оксалиплатина, практически отсутствует. Эффект химиотерапии в значительной степени зависит от размеров метастазов.

Негативные последствия дооперационной химиотерапии по поводу резектабельных метастазов КРР в печени: 1) отсутствие после химиотерапии видимых, но определявшихся до химиотерапии метастазов создает проблемы с выбором объема операции, 2) дооперационная химиотерапия обуславливает увеличение уровня послеоперационных осложнений и летальности; 3) отсрочка операции, связанная с неэффективной химиотерапией, приводит к переводу метастазов в печени в нерезектабельное состояние. Особенно – при числе курсов более 3 – 4.

В настоящее время нет данных о приросте общей выживаемости после периоперационной химиотерапии по сравнению с группой комбинированного лечения с послеоперационной химиотерапией.

Выводы. Дооперационная многокурсовая химиотерапия по поводу резектабельных метастазов колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом не целесообразна. Выбор лечения таких больных должен осуществляться при участии хирурга-гепатолога.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ

Мамонтов К.Г., Котельников А.Г., Хайс С.Л., Варнавский Е.В.

Алтайский краевой онкологический диспансер г. Барнаул, Россия

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.

Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В настоящее время нет единого мнения по лечебной тактике ведения больных с изначально резектабельными метастазами колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом: провести неадъювантную химиотерапию, или выполнить резекцию печени с последующим проведением адъювантной химиотерапии. Неудовлетворительные результаты лечения больных резектабельными метастазами с неблагоприятным прогнозом требуют дополнительных клинических исследований.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных резектабельными метастазами колоректального рака в печени при неблагоприятном прогнозе.

Материалы и методы. В исследование включено 609 больных, которых распределили на пять групп лечения: I группа - 69 больных после хирургического лечения; II группа - 269 больных с адьювантной системной химиотерапией; III группа - 72 больных с периоперационной системной химиотерапией; IV группа - 128 больных с периоперационной регионарной химиотерапией; V группа - 61 больной с химиотерапией без операции.

Результаты. Стандартная правосторонняя или левосторонняя гемигепатэктомия выполнена 319 (59%) больным. Гемигепатэктомия с резекцией контрлатеральной доли печени – 114 (21 %) больным. Расширенная правосторонняя или расширенная левосторонняя гемигепатэктомия, включая перенесших расширенную гемигепатэктомию с резекцией оставшейся части печени – 108 (27%). Объективный эффект: дооперационная системная 15 (21%). Регионарная химиотерапии без бевацизумаба – 32 (42%), ($p=0,02$). Добавление бевацизумаба в подгруппе регионарной химиотерапии увеличивает эффект до 63%, что выше частоты эффекта группы с дооперационной системной ($p=0,001$), с регионарной химиотерапии без бевацизумаба. Наибольший эффект отмечен при размерах метастазов менее 5 см с дооперационной регионарной химиотерапией с бевацизумабом – 72%, что достоверно превосходит эффективность дооперационной системной и регионарной химиотерапии без бевацизумаба. Летальность - 3%. Осложнения - 39%. Послеоперационная летальность и осложнения в сравниваемых группах статистически не различались. 5-летняя выживаемость с адьювантной химиотерапией – $31\pm 3\%$, медиана – 32 мес., выше периоперационной системной химиотерапии - ($21\pm 5\%$), медиана – 25 месю, выше периоперационной регионарной ($24\pm 4\%$), медиана – 33мес. Различия не достоверны ($p=0,7$). Но достоверно выше общей выживаемости после хирургического лечения ($p=0,002$) и в группы системной химиотерапии ($p=0,005$).

Многофакторный анализ: выявил 4 неблагоприятных прогностических фактора: множественные ($p=0,006$), билобарные метастазы ($p=0,04$), размер более 5 см ($p=0,002$), внепеченочные метастазы ($p=0,03$).

5-летняя выживаемость в группах комбинированного лечения с множественными метастазами: $36\pm 4\%$, медиана – 30 месяцев, достоверно выше после хирургического лечения ($p=0,0005$) и системной химиотерапии операбельных больных ($p=0,00005$).

5-летняя выживаемость с билобарным поражением печени достоверно выше после хирургического лечения ($p=0,000001$), системной химиотерапии операбельных больных ($p=0,00008$).

5-летняя выживаемости с размером метастаза более 5 см: $0\pm 3\%$, медиана – 30 мес., выше после хирургического лечения ($p=0,00008$), системной химиотерапии ($p=0,00014$).

5-летняя выживаемости с внепеченочными метастазами: $12\pm 4\%$, медиана – 30 мес., не отличается после хирургического лечения ($p = 0,16$).

Заключение. При резектабельных метастазах колоректального рака в печени с неблагоприятным прогнозом показано комбинированное лечение с адъювантной системной химиотерапией. При исходно нерезектабельных метастазах в печени в отсутствие внепечёночных проявлений заболевания лечение следует начинать с регионарной химио- и биотерапии. При исходно нерезектабельных метастазах с внепечёночными проявлениями заболевания лечение должно начинаться с системной химиотерапии.

РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕТАСТАЗАМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Мусатов А.Б., Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В.

**ГБУЗ Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова ДЗ г. Москва,
Москва, Россия**

Более, чем у 50% пациентов с колоректальным раком (КРР) к моменту его выявления диагноза имеются метастазы в печени. В связи с этим при лечении этих пациентов все большую актуальность приобретают локальные методы деструкции с резекционной хирургией печени.

Цель исследования: анализ эффективности и безопасности радиочастотной абляции метастазов печени, как в качестве самостоятельного метода, так и в сочетании с резекционной хирургией печени.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 гг. РЧА выполнена 63 пациентам с метастазами КРР в печень, чрескожная РЧА выполнена 30 из них и интраоперационная РЧА в сочетании с резекцией печени - 33. У всех пациентов была отмечена стабилизация заболевания на фоне ПХТ. Число и расположение очагов оценивали по данным УЗИ, КТ, МРТ. Радикальность выполненных операций оценивали по данным КТ каждые 3 мес в течении 1-го года.

Результаты. У пациентов с чрескожным РЧА в 56,6% случаях имелся один очаг, у 26,6% два очага и только у 16% имелось более 2 очагов (17 пациентов – 1 очаг, у 8 – 2 очага, у 4 – 3 очага, и у 1 – 5 очагов). Размеры очагов были от 6 мм до 50 мм. Средний размер очагов в чрескожной группе составил 18,7мм. Только у 2 пациентов размеры очагов были

более 50 мм. Ни у одного из пациентов не было выявлено резидуальной ткани после абляции, по данным динамического КТ. В последующем 5 (25%) пациентам выполнялись повторные РЧА вновь появившихся очагов. При этом у 4 пациентов новые очаги возникали в тех же сегментах, что и ранее, но вне зоны РЧА и с интервалом 2,6,8 и 24 мес. Выживаемость при чрескожном РЧА составила: 1-летняя – 100%, 2-летняя – 91%, 4-летняя – 65%. В данной клинической группе осложнений не было.

При интраоперационном РЧА в сочетании с резекцией печени у подавляющего числа больных (70%) РЧА подверглось более 3 очагов. Размеры очагов при сочетании РЧА и резекции составили от 1 до 6 см. Средний размер очагов составил 23 мм. Все очаги имели интрапаренхиматозное расположение.

При интраоперационном РЧА с резекцией печени выживаемость составила: 1-летняя – 88%, 2-летняя – 84%, 4-летняя – 55%. В данной клинической группе так же осложнений не было.

Заключение. У пациентов с метастазами КРР в печень сочетание ПХТ с локальными методами деструкции и резекциями печени позволяет добиться приемлемых результатов долгосрочной выживаемости при низком уровне послеоперационной летальности и осложнений. Прогнозируемая продолжительность жизни зависит от количества и размера метастатических очагов.

РЕЗЕКЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.

ГУ «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. Летальность после радикальных операций колеблется от 0,9 до 23,9%, число послеоперационных осложнений от 18,2 до 70,4% и не имеют тенденций к снижению. 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 варьирует 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 включены 81 пациента, 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 больных, которым резекционный этап проводился с традиционным гемостазом.

Результаты. Объем интраоперационной кровопотери в среднем в первой группе 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 одному (1,8%) случаю во второй группе; печеночная недостаточность в первой группе в 1 (1,38%) случае, во второй группе наблюдалось в 5 (9,2%) случае. Желчный свищ наблюдали у 4 (7,4%) больных во второй группе. У двоих больных желчные свищи закрылись самостоятельно в течение 11 и 16 дней. Следует отметить, что в первой группе после применения ультразвуковой скальпеля и аргонового коагулятора желчный свищ не наблюдался.

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.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНХРОННЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНИ

Пономаренко А.А., Шелыгин Ю.А., Рыбаков Е.Г., Ачкасов С.И.

ФГБУ «Государственный научный центр колопроктологии им. А.Н. Рыжих»

Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В настоящее время оптимальная стратегия при синхронных метастазах колоректального рака в печени не определена. Преимуществом симультанных операций являются оптимальные сроки комбинированного лечения, вследствие отсутствия второго этапа хирургического лечения, однако возможно увеличение частоты и тяжести послеоперационных осложнений. Выполнение этапного хирургического лечения в сравнении с симультанными операциями снижает риски осложнений и летальности, однако возможно снижение общей и безрецидивной выживаемости.

Материалы и методы. В ФГБУ «ГНЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России за период с 2013 по февраль 2017 гг. проведено комбинированное лечение 173 больным колоректальным раком с синхронными метастазами в печени. Симультанные операции на толстой кишке и печени с последующим проведением адъювантной химиотерапии выполнены 129 больным. Этапное хирургическое лечение с неoadъювантной химиотерапией перед вторым этапом – 44 больным. Проведен сравнительный анализ непосредственных и отдалённых результатов лечения.

Результаты. Летальность в группе симультанных операций составила 1/129 (1%) и была сопоставима с группой этапного хирургического лечения – 1/44 (2%), $p=0,98$. Частота осложнений в группе симультанных операций составила 40/129 (31%) случаев, а в группе этапного хирургического лечения 23/44 (52%), $p=0,02$. Послеоперационный койко-день при симультанных операциях и вторым этапом хирургического лечения (резекция печени) был сопоставим: 14 (12:21) и 14,5 (12:21), соответственно, $p=0,7$. Общая одно- трех- пятилетняя выживаемость при симультанных операциях составила 91 ± 3 , 61 ± 8 , 43 ± 11 , медиана – 40 месяцев, а при этапном хирургическом лечении - 80 ± 6 , 50 ± 14 , 21 ± 16 , медиана – 33 месяца, соответственно, $p=0,02$. Безрецидивная одно-, трех-, пятилетняя выживаемость при симультанных операциях составила 67 ± 4 , 34 ± 8 , 25 ± 9 , медиана – 22 месяца, а при этапном хирургическом лечении - 43 ± 4 , 5 ± 4 , не достигнута, медиана – 8 месяцев, соответственно, $p=0,00008$. При синхронных метастазах КРР рака в печени следующие факторы являются независимыми для общей выживаемости: поражение регионарных лимфоузлов (4 и менее и более 4; ОР 0,53 (0,28-0,99), число метастазов в печени (3 и менее, более 3; ОР 2,1 (1-4,3),

размер наибольшего метастаза в печени (см) (<5 см, ≥5 см; ОР 2,1 (0,98-4,3), уровень СА-19,9 Ед/мл (норма, патология; ОР 3,1 (1,4-6,8)).

Выводы. Симультанные операции не увеличивают летальность и частоту осложнений по сравнению с этапным хирургическим лечением и имеет лучшую общую и безрецидивную выживаемость.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ: ПЕРВЫЙ ОПЫТ В РОССИИ

**Поршенников И.А.^{1,2}, Соколов А.В.³, Щёкина Е.Е.¹, Чубуков А.Ю.³, Третьякова Т.А.³,
Останина И.Б.⁴, Карташов А.С.¹, Коробейникова М.А.¹, Юшина Е.Г.¹, Быков А.Ю.¹**

**¹ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
Новосибирск, Россия**

**²ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Новосибирск, Россия**

³ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница №1», Новосибирск, Россия

**⁴ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический онкологический диспансер»,
Новосибирск, Россия**

Трансплантация печени при колоректальных метастазах на сегодняшний день является противоречивой лечебной опцией и не рекомендуется в клинических практических руководствах. Мы представляем первое в России клиническое наблюдение трансплантации печени при метастатическом колоректальном раке.

Пациентка П., 1977 г.р., поступила в отделение трансплантации ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (ГБУЗ НСО «ГНОКБ») в декабре 2017 года с целью обследования и определения лечебной тактики в связи с наличием множественных билобарных метастазов колоректального рака в печени. Операции в анамнезе: март 2016 г. – правосторонняя овариэктомия (серозный умеренно дифференцированный рак яичника), май 2016 г. – резекция поперечноободочной кишки, экстирпация матки с придатками и правой маточной трубой (высокодифференцированная аденокарцинома толстой кишки с инвазией всех слоев стенки, опухолевый рост в 2 лимфатических лимфоузлах из 15 исследованных, метастаз кишечного типа на брюшине, KRAS+, NRAS-). Ретроспективный анализ материала, полученного при первой операции, подтвердил идентичные строение опухолей и иммунофенотип. Диагноз при поступлении в ГБУЗ НСО «ГНОКБ»: «Высокодифференцированная аденокарцинома поперечноободочной

кишки T4aN1M1 (брюшина, яичник), IV ст., KRAS+, NRAS-. Правосторонняя овариэктомия в марте 2016. Резекция поперечноободочной кишки, экстирпация матки с левыми придатками, правой маточной трубой в мае 2016 года. 6 курсов FOLFOX. Прогрессирование процесса в апреле 2017 г. (метастазы в печени). 8 курсов FOLFOX-6. Прогрессирование процесса в ноябре 2017 г. (рост метастазов в печени). Множественные метастазы колоректального рака в Sg 1,2,3,5,6,7,8 печени». В декабре 2017 г. больная была включена в территориальный лист ожидания трансплантации печени с высоким приоритетом, за время нахождения в котором ей было проведено 2 курса химиотерапии по схеме FOLFIRI. На 35 день был осуществлен подбор АВ0-совместимого донорского материала и в январе 2018 г. пациентке выполнена гепатэктомия без резекции нижней полой вены, ортотопическая трансплантация печени. Интраоперационно выявлено наличие имеются 5 образований на брюшине малого таза в области рубцово измененных тканей после экстирпации матки с придатками, 3 из них иссечены, 1 образование на куполе слепой кишки, выполнена клиновидная резекция купола слепой кишки с аппендиксом. Ранний послеоперационный период – без клинически значимых особенностей. При гистологическом исследовании – множественные метастазы умереннодифференцированной аденокарциномы в печень, все дополнительно иссеченные образования – метастазы рака того же типа. В качестве иммуносупрессивной терапии применен бесстероидный протокол на основе комбинации эверолимус + такролимус со стандартной индукцией базиликсимабом.

В течение 13 месяцев наблюдения состояние пациентки удовлетворительное, общий статус соответствует ECOG 0, не было зафиксировано эпизодов дисфункции трансплантата, сосудистых и билиарных осложнений. С учетом факта наличия 5 имплантационных метастазов на брюшине малого таза (4) и куполе слепой кишки (1), один из которых не был удален, через 3 месяца после трансплантации печени начата химиотерапия по схеме XELIRI в сочетании с бевацизумабом (с учетом наличия мутации в гене KRAS в первичной опухоли). Всего проведено 2 курса (в апреле – мае 2018 года), после чего химиотерапия прекращена ввиду плохой переносимости и развития значимой гематологической токсичности. В августе 2018 г. пациентке выполнена ПЭТ/КТ, при которой выявлено наличие двух рядом расположенным метаболически активных образований мягкотканной плотности на брюшине малого таза слева, соответствующие по размерам и расположению идентифицированным и не удаленным при трансплантации метастазам. В сентябре 2018 г. выполнено исследование полученного при трансплантации материала на мутацию RAS: в исследованных образцах не обнаружены мутации в генах KRAS и NRAS. Таким образом, констатирована гетерогенность мутационного статуса первичной и метастатической опухолей, что сделало оправданным и возможным проведение таргетного лечения анти-

EGFR антителами, которое начато в октябре 2018 г. К настоящему времени пациентка получила 9 введения панитумумаба в режиме монотерапии. При МСКТ органов брюшной полости и грудной клетки в ноябре 2018 г. очаги в легких и трансплантате печени отсутствуют, уровни онкомаркеров в пределах нормальных значений, контрольное обследование запланировано в марте 2019 г.

В настоящее время можно отметить возобновление интереса в мире к трансплантации печени при колоректальных метастазах. Если анализировать наш опыт критически, то можно сказать, что наша больная не соответствовала параметрам реципиента для трансплантации печени, так как исходно имела внепеченочное распространение опухоли. Несмотря на ограниченность опубликованных серий, неплохие результаты последних из них позволяют всерьез рассматривать эту опцию для некоторых пациентов.

СИНХРОННАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ БИЛОБАРНЫХ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Прохоров А.В., Тур Г. Е., Алехнович В.Ю.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) в структуре заболеваемости занимает 3-е место, а в структуре смертности – 5-е. Не смотря на достигнутые успехи в скрининге и диагностике, на момент установления диагноза у 20 - 25 % пациентов выявляются метастазы в печень. Общепризнанной тактикой хирургического лечения при метастатическом колоректальном раке является одно или двухэтапное удаление вторичных опухолей печени с использованием хирургической резекции и абляционных методов.

Цель исследования: оценить результаты синхронных резекций печени при билобарных метастазах КРР.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного лечения 55 пациентов, которым при наличии билобарных метастазов, синхронно, с удалением первичной опухоли была произведена резекция и абляция опухолей печени. Средний возраст составил $61,4 \pm 9,9$ (37-79) лет. Женщин было 28, мужчин - 27.

Результаты. Первичная опухоль локализовалась в правом фланге у 10 пациентов, левом фланге – у 4, в сигмовидной кишке – у 18, в области ректо-сигмоидного соединения и в прямой кишке – у 23. Средний размер первичной опухоли составил $6,9 \pm 2,1$ см. Метастазы в лимфоузлах были выявлены у 40 (72,7%) пациентов. Средний размер метастазов в печени составил $3,2 \pm 1,9$ см. Количество метастазов в печени варьировало от 2 до 12. Два метастаза

было удалено у 24 (43,6%) пациентов, 3 метастаза – у 16 (29,1%) и более 3-х - у 15 пациентов (27,3%).

Правосторонняя гемиколонэктомия выполнена у 10 пациентов, левосторонняя - у 4, резекция сигмовидной кишки - у 15, операция Гартмана - у 12, внутрибрюшная резекция прямой кишки - у 10 и экстирпация прямой кишки - у 4 пациентов. Атипичная резекция печени была произведена 29 (52,7%) пациентам, анатомическая резекция – у 20 (36,4%) и полисегментарная резекция и гемигепатэктомия - у 6 (10,9%). В дополнение к резекции, РЧА произведена 15 пациентам. Послеоперационные осложнения отмечены у 17 пациентов (30,9%): печеночная недостаточность у 2 (3,6%), гидроторакс – у 3,3%, гематома в зоне резекции печени у 7,7%, несостоятельность анастомоза после резекции сигмы и низкой передней резекции - у 5,5%. Ранняя послеоперационная летальность составила 1,8% (1 пациент по причине ОНМК). Химиотерапия по стандартным схемам Folfiri, Folfox была проведена 49 (89.1%) пациентам.

Время до прогрессирования опухолевого процесса в группе пациентов с синхронными вмешательствами на печени составило $9,1 \pm 4,3$ (3-17) месяцев. Сравнение показателей выживаемости у пациентов, которым вмешательство по поводу вторичных опухолей печени не проводилось, с группой пациентов основной группы, продемонстрировало увеличение одногодичной летальности в основной группе (20,0% и 66,0% соответственно), медианы выживаемости (10 месяцев и 19 месяцев соответственно). Трехлетняя выживаемость в основной группе составила 20,0%, пятилетняя выживаемость – 5,5%. 3- и 5-летней выживаемости в группе пациентов без вмешательств на печени не отмечено.

Выводы. Проведенный анализ результатов лечения, включающих синхронные вмешательства на печени, свидетельствуют о преимуществе данного подхода. Синхронная резекция печени при билобарных метастазах достоверно не увеличивает показатели послеоперационных осложнений и летальности, сокращает общие сроки пребывания в стационаре и улучшает качество жизни.

СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЭКСТРАПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Скипенко О.Г.

**ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва,
Россия**

Резекция печени является главным методом лечения больных с метастазами при колоректальном раке (КРР). За последние годы происходит изменение парадигмы в лечении пациентов с экстрапеченочным поражением различных локализаций с синхронными метастазами в печени. Результаты лечения у селективных больных улучшаются и такое сочетание заболевания уже не рассматривается противопоказанием к операции.

Цель исследования: определить влияние внепеченочного поражения на выживаемость пациентов с метастазами колоректального рака в печень.

Материалы и методы. На основании авторского опыта и современных мировых исследований, включая базу данных LiverMetSurvey, выполнен анализ основных онкохирургических показателей у пациентов с синхронными метастазами в печень и другие органы.

Результаты. Представлена общая и безрецидивная выживаемость, факторы прогноза и модели с внепеченочными поражениями (легкие, брюшина, лимфоузлы, головной мозг, надпочечник, яичники и др.) при синхронных метастазах КРР в печень. Сформулирована тактическая позиция у этой сложной группы пациентов; хирургические возможности и ее ограничения; роль периоперационной химиотерапии, включая таргетные препараты; эффективность локальной абляции и лучевой терапии.

Заключение. Мультидисциплинарный подход с персонифицированным лечением пациентов с метастазами в печени и сопутствующими внепеченочными поражениями колоректального рака, может улучшить результаты лечения у данной группы пациентов.

LAPAROSCOPIC VERSUS OPEN RESECTION FOR COLORECTAL LIVER METASTASES. THE OSLO-COMET RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Fretland Å.A., Aghayan D.L., Dagenborg V., Kazaryan A.M., Bjørn E.

Department of HPB Surgery, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Background. Despite the recent worldwide dissemination of laparoscopic liver surgery, the long-term oncologic outcomes of laparoscopic and open liver surgery have never been compared in a randomized controlled trial.

Materials and methods. OSLO-COMET was a randomized controlled trial recruiting patient from Oslo University Hospital, Oslo, Norway. The primary outcome of the trial was postoperative morbidity within 30 days. Patients with radically resectable liver metastases from colorectal cancer were randomly assigned to undergo laparoscopic or open parenchyma-sparing liver resection. Overall survival was a predefined secondary endpoint for the trial.

Results. From February 2012 to January 2016 a total of 294 patients were screened and 280 (95%) patients were randomized to laparoscopic (n=133) or open (n=147) surgery. The primary endpoint demonstrated a significant reduction in morbidity from 31% in the open group to 19% in the laparoscopic group. Other secondary outcomes demonstrated no difference between the groups, including the rate of R0 resection and the width of resection margins, while laparoscopic surgery was found to be cost-effective.

In this study, the patient's Health Related Quality of Life (HRQoL) on 1- and 4-months was shown to be better after laparoscopic compared to open liver resection.

Patients received perioperative chemotherapy following Norwegian guidelines.

Conclusions. The Data Safety Monitoring Committee has authorized this submission as a late-breaking abstract. The planned analysis of overall survival in the intention-to-treat population with a minimum follow up of 36 months and median follow up of 44 months will be performed and presented at the symposium.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Дроздов П.А.

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ г. Москва,
Россия**

**Кафедра хирургии ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного
профессионального образования Минздрава России, Москва, Россия**

Актуальность. Колоректальный рак (КРР) занимает третье место по распространенности и четвертое место по смертности среди злокачественных опухолей во всем мире. На этапе диагностики до 20-25% больных имеют IV стадию болезни, при этом синхронные метастазы в печени обнаруживают у 15-25% больных. Хирургическая резекция является наиболее эффективным способом лечения метастазов КРР, хотя процент выполнения радикальных операций остается на достаточно низких цифрах, и составляет не более 25-30%.

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

Материалы и методы. За период с июля 2007 года по февраль 2019 года в хирургической клинике Боткинской больницы находились на лечении 296 больных с метастатическим КРР печени в возрасте от 28 до 89 лет. Среди них мужчин - 132 (44,6%),

женщин - 164 (55,4%). Множественные метастазы диагностированы у 212 (71,6%) пациентов, поражение печени опухолевым процессом более 50% (НЗ по Gennari) было у 49 (16,5%) больных.

Помимо стандартных методов обследования, включающих в обязательном порядке компьютерную или магнитно-резонансную томографию с болюсным контрастированием, выполняли однофотонную эмиссионную КТ при планировании обширных резекций печени, а также ПЭТ-КТ и молекулярно-генетические исследования на мутацию генов NRAS, KRAS и BRAF для планирования лечебной тактики.

В арсенале клиники имеются все возможные способы лечения метастазов КРР печени: экономные и обширные резекции печени; портоэмболизация для создания викарной гипертрофии контрлатеральной доли печени; химиотерапевтическое лечение, включая таргетную терапию; а также методы интервенционной хирургии (радиочастотная/микроволновая аблации (РЧА/СВЧ) и химиоэмболизацию ветвей печеночной артерии (ХЭПА)), интраоперационная лучевая терапия (ИОЛТ).

Резекционные способы лечения применены 168 больным (56,7%), из них 12 больным резекция печени выполнена дважды, а 4 больных трижды по поводу появления новых метастазов ремнанта печени. Обширных резекций печени (3 и более сегментов) выполнено 52 (30,9%). Экономных резекций печени (атипичная, сегмент- и бисегментэктомия) выполнено 116 (69,1%). Эмболизацию правой ветви воротной вены выполнили 17 больным, из них 15 больным в последующем выполнены резекционные способы лечения, т.е у 88% больных была достигнута ожидаемая гипертрофия остающейся паренхимы печени. Процедур РЧА/СВЧ выполнено 56/35, в 57,1% (52 процедуры) использован транскутанный способ под ультразвуковым контролем. Процедур ХЭПА выполнено 46. Сеансов ИОЛТ выполнено 16 (9,5%).

Результаты. Послеоперационные специфические осложнения (желчеистечение по страховым дренажам, осумкованные жидкостные скопления в области резецированного края печени, печеночная недостаточность с выраженной энцефалопатией, аррозивное кровотечение) отмечены у 23 (13,6%) больных. Послеоперационная летальность составила 4,8% (8 больных).

За отчетный период трехлетняя выживаемость составила 63,8% (189 больных), пятилетняя - 31,8% (94 больных), 10-летняя - 2,7% (8 больных) соответственно.

Заключение. Мультидисциплинарный подход в лечении больных с метастатическим КРР печени, основанный на тщательном предоперационном обследовании позволяет последовательно планировать лечебный процесс, включающий сочетание резекционных способов, методов интервенционной хирургии и системной химиотерапии, что приводит к

улучшению непосредственных и отдаленных результатов лечения и позволяет добиваться увеличения сроков выживаемости.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ, ДВУХЭТАПНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ALPPS В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Щерба А.Е., Коротков С.В., Кирковский Л.В., Харьков Д.П., Федорук Д.А., Ефимов Д.Ю., Юрлевич Д.И., Козак О.Н., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Руммо О.О.

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

Колоректальный рак является одним из самых распространенных злокачественных новообразований в мире. Приблизительно у половины пациентов развиваются метастазы в печень (КРМ). Медиана выживаемости пациентов, не получивших лечение КРМ, составляет примерно 6 месяцев. Резекция является одним из радикальных методов лечения КРМ в печень, однако зачастую объем поражения паренхимы печени таков, что прибегнуть к одномоментной резекции не представляется возможным в виду высокого риска развития пострезекционной печеночной недостаточности.

Материалы и методы. В период с января 2008 по декабрь 2018 гг. в нашем центре было проведено 563 резекции печени с применением эмболизации воротной вены ($n = 41$) и ALPPS ($n = 10$). В 59 (10,4%) случаях резекции выполнялись по поводу метастазов колоректального рака. ЭВВ и ALPPS в качестве методов предупреждения пострезекционной печеночной недостаточности (ПрПН) при КРМ применяли в 13,6% (8/59) случаев. Показанием к выполнению ЭВВ был малый объем остающейся паренхимы печени (FLR/SLV <30%), а к ALPPS – неэффективность ЭВВ, FLR/SLV <25%, длительная химиотерапия.

Результаты. Медиана интервала между ЭВВ и резекцией составила 44 [39; 52] дня. Частота пострезекционной печеночной недостаточности (Grade C) в группе, где не применялась ЭВВ составила 20%, в группе с применением ЭВВ - 7,3% ($p=0,07$), в группе ALPPS – 20% ($p=0,38$). Инфекционные осложнения в вышеуказанных группа развивались в 36,4%, в 9,8% ($p=0,07$) и в 40% ($p=0,1$) случаев, соответственно. Летальность пациентов после обширных резекций печени в группе без применения ЭВВ составила 9,4%, в группе с применением двухэтапной резекции -4,9% ($p=0,8$), в группе ALPPS – 20% ($p=0,25$).

Заключение. Двухэтапный подход к резекции печени с эмболизацией или лигированием воротной вены на первом этапе позволяют снизить частоту пострезекционной печеночной недостаточности. У ряда пациентов применение ALPPS является единственным

способом хирургического вмешательства, позволяющим выполнить радикальную операцию и сохранить необходимый объем печеночной паренхимы.

II. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА: ДИАГНОСТИКА, МЕТОДЫ РАЗРЕШЕНИЯ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

АНТЕГРАДНОЕ БИЛИАРНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Андреев А.В., Дурлештер В.М., Левешко А.И., Габриэль С.А., Токаренко Е.В.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ КК, Краснодар, Россия

Кафедра хирургии №2 ФПК и ППС и кафедра хирургии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Краснодар, Россия

Пациенты с механической желтухой составляют одну из наиболее сложных категорий больных абдоминального хирургического профиля, это связано с увеличением частоты онкологических заболеваний и количества оперативных вмешательств на желчных протоках и печени. Онкологическая природа механической желтухи снижает количество пациентов, которым может быть выполнена радикальная хирургическая операция, большинство «открытых» хирургических операций направлены на восстановление желчеоттока в обход механическому препятствию путем создания анастомозов желчных путей с кишкой. Такие вмешательства травматичны, требуют общего обезболивания и сопровождаются высоким процентом послеоперационных осложнений и летальности. Эндобилиарное стентирование позволяет выполнить паллиативное шунтирование оттока желчи, аналогичное хирургической операции.

Цель исследования: определение возможностей антеградного эндопротезирования желчных протоков саморасширяющимися металлическими стентами при механической желтухе опухолевого генеза.

Материалы и методы. За 8 летний период проанализирован опыт паллиативного антеградного стентирования саморасширяющимися металлическими стентами 218 пациентов с механической желтухой опухолевого генеза, из них 118 (54%) пациентов с дистальным и 100 (46%) с проксимальным уровнем блока. Для стентирования были использованы саморасширяющиеся металлические покрытые, частично покрытые и непокрытые стенты диаметром 10,8 и 6 мм, длиной 40,60 и 80 мм.

Результаты. Технический успех при антеградной двухэтапной установке саморасширяющихся стентов был достигнут у 208 (99%) пациентов, установлено 231 саморасширяющихся металлических стентов. Стентирование при проксимальном уровне блока было выполнено одномоментно непокрытыми стентами правого, левого долевых

желчных протоков и зоны конfluence 7 (3%) пациентами, у 34 (16%) пациентов билиарное протезирование выполнено частично покрытыми стентами правого либо левого долевого протоков и зоны конfluence; остальным 59 (27%) пациентам с проксимальным уровнем блока желчеоттока и отсутствием разобщения долевого протоков установили 28 частично покрытых и 31 покрытых стентов. Стентирование при дистальном уровне блока было выполнено преимущественно (63%) частично покрытыми стентами. Осложнения антеградного стентирования желчных протоков были отмечены у 29 (13%) пациентов.

Заключение. Накопленный опыт антеградного стентирования желчных протоков металлическими саморасширяющимися стентами показал, что данный метод является не только эффективным и минимально инвазивным, сопоставимым с традиционными паллиативными вмешательствами, направленными на восстановление желчеоттока, но и значительно улучшающим качество жизни пациента.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Бабаджанов Ж.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Механическая желтуха – самый яркий синдром, при которой клинические проявления зависят от степени и продолжительности нарушений проходимости магистральных желчных путей. Причины, вызывающие непроходимость желчных путей, являются как доброкачественные (75-80%), так и злокачественные (20-25%) заболевания. За последнее десятилетие в клинической практике достаточно широко стали использоваться методы чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, выполняемых под контролем рентгенотелевидения.

Цель исследования: оценить роль эндобилиарных вмешательств в комплексном лечении больных с механической желтухой злокачественной этиологии.

Материалы и методы. За период с 2017 по 2018 гг. обследованы и пролечены 28 пациента с синдромом механической желтухи злокачественной этиологии. Возраст пациентов – от 28 до 75 лет, средний возраст – 51 лет. Большинство составили больные с опухолью головки поджелудочной железы – 14 (50%) и с опухолью Клацкина – 6 (21,4%); опухоль дуоденального сосочка – 4 (14,2%), гепатоцеллюлярный рак – 4 (14,2%).

Результаты. В срочном порядке с целью декомпрессии билиарного тракта пациентам было выполнено чрескожное – чреспеченочное дренирование желчных протоков.

Большинству пациентов наружно-внутреннее дренирование выполнено одномоментно - 15 (62,5%), в два этапа – 2 (8,3%) пациентам, 1 (4,15%) выполняли только наружное дренирование. Двухэтапное проведение наружно-внутреннего дренирования было обусловлено высокой степенью гипербилирубинемии (более 120 мкмоль/л), наличием гнойного холангита и выраженной дилатацией внутрипеченочных протоков, что затрудняло прохождение окклюзированного сегмента и приводило бы к повышению травматичности вмешательства. 4 (16,7%) пациентам с опухолью Клацкина выполнялось двухстороннее дренирование. После разрешения механической желтухи проводится дообследование пациентов, УЗИ и КТ с болюсным усилением органов брюшной полости. Для гистологической верификации в ряде случаев выполняется пункционно – аспирационная биопсия под контролем УЗИ (опухоль головки поджелудочной железы, первичный рак печени). При отсутствии противопоказаний выполняли полостное оперативное вмешательство. Открытые хирургические вмешательства были выполнены 2(8,3%) пациентам, из них панкреатогастроуденальная резекция 1 (4,2%). Эндобилиарное стентирование было выполнено 13 (30,9%) пациенту, из них «Y»-образное стентирование было использовано в 3 (23,01%) случаях. Оно выполнялось с использованием непокрытых нитиноловых саморасширяющихся стентов.

Летальность наблюдалась в раннем послеоперационном периоде (3-7 сутки) в 2 случаях – после выполнения ЧЧХС – 1 (4,2%) и стентирования желчных протоков – 1 (4,2%). Причиной смерти явилось тяжелая печеночно-почечная недостаточность.

Таким образом, 2-х этапное хирургическое вмешательство, позволяет снизить риск и количество осложнений у больных с механической желтухой. Больным не имеющих явных противопоказаний к операции, следует подвергать лапаротомии, и при невозможности стремиться выполнить паллиативную операцию с формированием билиодигестивного анастомоза.

Заключение. Комплексный подход к диагностике и лечению с применением дополнительных методов диагностики, расширение возможностей миниинвазивных эндобилиарных и лапароскопических методов лечения больных, будут способствовать снижению показателей осложнений и летальности.

ЭЛЕКТРОЛИТНЫЙ ОБМЕН ПРИ НАРУЖНОМ ДРЕНИРОВАНИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Набиев А.Н.

**Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей Республики Узбекистан,
Ташкент, Узбекистан**

Нарушения функционального состояния печени при циррозах, токсичных поражениях, потерях желчи через наружный желчный свищ вызывают существенные изменения фосфорно-кальциевого обмена, в тяжелых случаях сопровождающиеся размягчением костей и другими явлениями остеомалации.

Цель исследования: изучение характера изменения фосфорно-кальциевого обмена при наружном дренировании желчного протока в динамике у больных опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ).

Концентрация ионов кальция и фосфора в сыворотке крови и желчи определяли стандартным набором реактивов от Cuyres diagnostics. В данном случае концентрация кальция и фосфора в крови составляла 8,5-11,5 и 2,5-5,0 ммоль/л соответственно.

Проанализированы результаты лечения 37 больных с механической желтухой (МЖ) злокачественной этиологии, которым с целью обеспечения медленной дозированной декомпрессии билиарной системы выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС).

Начиная с 3 по 6 сутки после наложения ЧЧХС концентрация ионов кальция в сыворотке имела тенденцию к увеличению, в среднем составляя $19,0 \pm 0,16$ ммоль/л. В желчи отмечалось ее снижение, т.е. когда в сыворотке крови концентрация увеличивалась, в желчи она снизилась.

В эти сроки концентрация ионов кальция в желчи в среднем составляла $14,2 \pm 0,13 \div 12,6 \pm 0,18$ ммоль/л ($P < 0,001$). В последующем отмечалось постепенное снижение концентрации ионов кальция, как в сыворотке крови, так и в желчи. На 14-е сутки концентрация их в сыворотке крови и желчи в среднем составляла $12,6 \pm 0,10 \div 8,2 \pm 0,15$ ($P < 0,001$) ммоль/л.

Аналогично изменялся и уровень фосфора в сыворотке крови. На 3-и сутки наблюдения отмечалось незначительное повышение концентрации фосфора в сыворотке крови, среднее значение которого составляло $1,6 \pm 0,06$ ммоль/л.

На 6-е сутки концентрация фосфора значительно возростала, превышая норму в 2,4 раза и в среднем составляя $3,5 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$). В последующем на 10-е и 14-е сутки наблюдения концентрация фосфора в сыворотке крови имела тенденцию к снижению в среднем до $2,6 \pm 0,2 - 2,2 \pm 0,1$ ммоль/л ($P < 0,001$). Но за весь период наблюдения полной нормализации концентрации фосфора в сыворотке крови не наблюдалось.

На 3-и сутки после ЧЧХС концентрация фосфора в желчи была выше, чем в исходном состоянии, в среднем составляла $2,0 \pm 0,4$ ммоль/л ($P < 0,01$). На 6-е сутки отмечалось

снижение этого показателя в среднем до $0,33 \pm 0,02$ ммоль/л. В последующие сроки наблюдения данный показатель имел тенденцию к увеличению и на 14-е сутки в среднем составлял $0,53 \pm 0,03$ ммоль/л.

Заключение. При длительном желчеистечении через наружный дренаж наблюдается потеря ионов кальция и фосфора с желчью и это требует восполнения недостатка электролитов путем введения препаратов или восстановлением поступления желчи в желудочно-кишечный тракт.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Беззов Б.Х., Ермаков Т.А., Рыспеков Б.З.

**Кафедра госпитальной хирургии Кыргызско-Российского Славянского Университета
им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Киргизия**

Актуальность. Альвеококкоз паразитарное заболевание печени, характеризующееся медленным инфильтративным ростом с поражением сосудов и желчных протоков и метастатическим поражением отдаленных органов. Кыргызстане частота встречаемости в среднем 1,2 на 100000 тыс. населения в эндемичных районах. Летальность > 90% через 10-15 лет от начала заболевания без лечения. Низкая эффективность химиотерапии терапии альбендазолом. В основном страдают жители сельских районов, в связи с поздней диагностикой, большое количество пробных лапаротомий и паллиативных вмешательств в непрофильных и неспециализированных лечебное учреждение.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения альвеококкоза печени осложненного механической желтухой.

Материалы и методы. Проведен анализ 69 историй болезни пациентов, проходивших стационарное лечение в отделение Хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национальный госпиталь при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

За период с 2009 по 2019 год хирургическое лечение по поводу альвеококкоза печени получили 440 пациентов, из них 69 (15,68%) пациентов были с осложненной механической желтухой формой альвеококкоза, из них 38 (55,07%) женщин и 31 (44,93%) мужчин. Средний возраст пациентов составил $37,3 \pm 3$ года. Всем пациентам, находившимся на лечении, было проведено УЗИ, КТ, МРТ, анализ крови на печеночные тесты, результат которых характеризовал картину механической желтухи (значительно повышен уровень общего и прямого билирубина на фоне нормального уровня непрямои фракции билирубина).

Результаты. Всем пациентам для улучшения общего состояния решения вопросов об объеме операции и как этап предоперационной подготовки была выполнена чрескожное-чреспеченочное дренирование желчных протоков с целью декомпрессии. Через 2-3 недели у 90% пациентов лабораторные показатели достигали пределов нормы, что позволяет проводить радикальное оперативное вмешательство. Выбор тактики и объем операции зависит от размера, локализации альвеококковых узлов. У 69 пациентов с альвеококкозом печени ситуация осложнялась механической желтухой, резекции печени с резекцией гепатикохоледоха наложением гепатикоюноанастомоза на выключенной петле по Ру проведены 6 (8,7%) из них, обширные резекции печени - 6 (8,7%), резекция печени с наложением гепатикохоледохоанастомоза по типу «конец в конец» - 2 (2,9%), атипичные резекции печени - 2 (2,9%), родственная трансплантация печени (Индия) - 2 (2,9%), резекция с применением трансплантационных технологий выполнена 4 (5,8%) и 2 (2,9%) пациентам соответственно «in vivo - in situ» и «ex vivo - ex situ».

Выводы. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при альвеококкозе печени осложненного механической желтухой является декомпрессия желчных протоков, резекция печени, выполненная в пределах здоровых тканей. Объем резекции печени следует выбирать с учетом локализации, количества и распространенности альвеококковых узлов, а также, местных условий и наличия осложнений (отсутствие обширного прорастания в нижнюю полую вену, ковальные и портальные ворота печени). В случаях невозможности проведения радикальной операции, необходимо проводить у больных с механической желтухой декомпрессию желчных путей, которое улучшит качество жизни пациентов на время подготовки к трансплантации печени.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Будзинский С.А.^{1,2}, Шаповальянц С.Г.¹, Федоров Е.Д.¹, Бордилов М.В.^{1,2}

**¹Кафедра госпитальной хирургии № 2 с научно-исследовательской лабораторией
хирургической гастроэнтерологии и эндоскопии ГБОУ ВПО Российский
национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова
Минздрава России, Москва, Россия**

²ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница № 31 ДЗ г. Москва, Россия

Введение. Эндоскопические ретроградные транспапиллярные вмешательства обладают высокой эффективностью и низкой травматичностью по сравнению с открытыми

хирургическими операциями в лечении заболеваний панкреатобилиарной зоны. В тоже время, им, как и любому другому инвазивному вмешательству, неизбежно сопутствуют определенные осложнения и летальность. К наиболее частым и серьезным осложнениям относятся: острый постманипуляционный панкреатит, кровотечение и ретроуденальная перфорация.

Цель исследования: ретроспективно оценить результаты лечения осложнений эндоскопических ретроградных транспапиллярных вмешательств.

Материалы и методы. В период с 01.01.2008 по 01.01.2019 в клинике Госпитальной Хирургии № 2 РНИМУ им. Пирогова на базе ГКБ №31 выполнено 5701 ретроградное эндоскопическое вмешательство. Общая частота возникших осложнений составила 1,5%, а летальность после них - 0,24%. При этом кровотечение развилось в 13 (0,22%) случаях, острый постманипуляционный панкреатит осложнил течение послеоперационного периода в 49 (0,85%) наблюдениях, а ретроуденальная перфорация произошла у 24 (0,42%) больных.

Результаты. В большинстве случаев кровотечений из области ЭПСТ адекватный гемостаз был достигнут эндоскопическим комбинированным способом – инфильтрацией краев рассеченной ампулы БСДК раствором адреналина и точечной коагуляцией. Однако, в одном наблюдении развилось массивное интраоперационное кровотечение и, учитывая неэффективность эндоскопических методов гемостаза, пациенту было выполнено оперативное вмешательство с дальнейшим выздоровлением. Рецидивов кровотечения не наблюдалось. Летальный исход наблюдался в одном случае у пациента с массивным кровотечением на 3 сутки после вмешательства на фоне выраженной сопутствующей патологии и постгеморрагической анемии.

Ретроуденальная перфорация имела место у 24 (0,42%) пациентов. Эндоскопическое лечение было предпринято в 16 наблюдениях и оказалось эффективным в 93,75% (15/16) случаев. Общая летальность в группе пациентов с РДП составила 20,8% (5 из 24 пациентов), из них после хирургического вмешательства - 4, после неэффективной эндоскопической коррекции - 1.

Попытка лечебного стентирования главного панкреатического протока при развившемся постманипуляционном панкреатите была предпринята в 30 случаях из 49 (61,2%) и оказалась технически осуществимой в 28 (93,3%) наблюдениях, что в 26 (86,7%) случаях позволило достичь адекватного оттока и привело к выздоровлению пациентов. В 2 случаях, несмотря на успешное стентирование ППЖ отмечалось прогрессирование картины острого панкреатита с последующим летальным исходом. В остальных 20 наблюдениях проводилась консервативная терапия и/или хирургические вмешательства. При этом летальность в данной группе составила 25% (5/20).

Заключение. Лечение пациентов с осложнениями после ЭРПХГ является длительным, трудоемким, а также дорогостоящим процессом. Крайне важна своевременная диагностика осложнения, оценка его тяжести, выбор адекватного метода пособия для его ликвидации. Для сокращения числа осложнений необходимо тщательно учитывать возможные факторы риска, четко определять показания к ЭРПХГ, строго соблюдать технику вмешательства. Мы считаем необходимым стремиться ликвидировать возникшие осложнения миниинвазивными эндоскопическими методами, так как хирургическое лечение сопровождается более высокой послеоперационной летальностью и увеличением продолжительности и стоимости лечения.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ И КРУПНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ – ЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ИЛИ ОПЕРАЦИЯ?

**Буриев И.М., Мелконян Г.Г., Журавлева Л.В., Малюга Н.С., Денисенко-Канкия Е.И.,
Шомахов М.**

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница № 4 ("Павловская") ДЗ г. Москвы,
Москва, Россия**

Метод эндоскопической литоэкстракции является основным при лечении механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом. Способы лечения «сложного холедохолитиаза» (множественного и крупного) в настоящее время не имеют однозначного решения.

При эндоскопической процедуре за один раз не удастся избавить пациента от страдания, что требует установки стента для купирования желтухи, холангита и следующей литоэкстракции. Применение литотрипсии (механической, лазерной, электрогидравлической) повышает эффективность метода, но образование «осколков», требует очередной процедуры. Поэтому при множественном и крупном холедохолитиазе возникает дилемма: продолжать эндоскопическое лечение или оперировать.

Материалы и методы. Проанализирован опыт эндоскопической (28) и хирургической (8) литоэкстракции у 36 больных с крупным (31) и множественным (5) холангиолитиазом. Возраст больных составил от 31 до 92 лет, мужчин было 14 (38,87%), женщин - 22 (61,2%). Половина больных относилась к старшей возрастной группе (13) и долгожителям (2). Ранее 12 больных (33,3%) были подвергнуты эндоскопическим процедурам без эффекта, 8-ми из них установлены стенты для лечения холангита. Механическая желтуха выявлена у 17 (47,2%) больных, болевой синдром у всех.

Множественный (>2) и крупный (>1,5-2 см) холедохолитиаза установлены по УЗИ у 18 (50%), УЗИ+КТ – у 10 (27,7%), МРТ холангиографии – у 7 (19,4%). У 16 (44,4%) диаметр холедоха превышал 20 мм. Все больные имели ЖКБ, «сморщенный» желчный пузырь был в 4 случаях, Мириззи - у 2 синдром.

Результаты. Попытка эндоскопической литотрипсии была предпринята у 28 больных «сложным холедохолитиазом». В 11 (39,2%) случаях удалить или раздробить конкременты не удалось, поэтому папилосфинктеротомия окончилась установкой стентов. В 12 случаях (42,8%) выполнена частичная фрагментация и литоэкстракцию, но из-за оставшихся фрагментов были установлены стенты. Вторым этапом у 4 больных выполнена баллонная дилатация, протоки санированы, больные ожидают плановой холецистэктомии. В 6 случаях (21,4%) развились осложнения эндобилиарной санации: острый панкреатит (3), кровотечение из зоны папилы (2), пневмония (1). Летальных исходов не было. У 23 (82,1%) добиться полной санации протоков не удалось, больные ведутся на стентах.

Восемь больных оперированы в связи невозможностью или бесперспективностью эндобилиарной санации. В 2 случаях операции выполнялись видеолапароскопически, в 6 традиционным «открытым» методом. После неэффективного эндобилиарного вмешательства оперировано 6, двое сразу при поступлении из-за парафатеральных дивертикулов и множественных внутрипечёночных конкрементов. Произведено: лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха (Т-дренаж, дренаж по Пиковскому); открытая холецистэктомия, холедохолитотомия дренаж Пиковского (2), холедоходуоденоанастомоз (2), гепатикоэнтеростомия по Ру (2). Осложнений не было, у 1 больного после лапароскопической санации протоков, при не выявленном стенозе, потребовалось стентирование холедоха с последующим удалением дренажа Пиковского.

Все больные (36) изучены в сроки до 2 лет после лечения. После эндобилиарных вмешательств (28): умерло 2 (холангит, абсцесс), 8 утеряны контакты, 10 протоки полностью санированы, 3 сохраняются боли + стенты, оперировано 5 (4 у нас). Неудовлетворительные результаты составили 25% (7 больных). При оперативном лечении все (8) поправились, жалоб не предъявляют.

Заключение. У больных пожилого возраста с множественным и крупным холедохолитиазом при разовой неэффективности эндоскопической литоэкстракции, целесообразно выполнение лапароскопических или традиционных операций с окончательной санацией желчных протоков и холецистэктомией. Вариант окончания операции (дренирование или вариант билиодигестивного анастомоза) определяется состоянием больного и анатомическими особенностями.

У сохранных больных среднего возраста возможно выполнение этапных эндобилиарных вмешательств в сочетании с литотрипсией. Эндоскопические вмешательства при ЖКБ должны оканчиваться плановой холецистэктомией.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНЫХ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Быков М.И., Щава В.В., Гобаева С.Л.

**ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им.
С.В. Очаповского» МЗ КК, Краснодар, Россия**

В настоящее время у пациентов с механической желтухой не вызывает сомнения превосходство миниинвазивной декомпрессии желчевыводящих протоков (ЖВП) перед общехирургическими операциями, однако алгоритм выбора метода билиарного дренирования продолжает обсуждаться. В том числе, продолжается дискуссия по поводу места и роли эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТВ) в алгоритме лечения больных с механической желтухой.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что оптимизация выбора тактики лечения таких больных подразумевает проведение алгоритма дифференциальной диагностики синдрома механической желтухи с определением этиологии и уровня блока ЖВП, степени тяжести желтухи, выбора сроков и способа билиарной декомпрессии, а также, по-прежнему актуальных вопросов маршрутизации пациентов. Современный стандартизованный диагностический алгоритм, основанный на применении преимущественно неинвазивных методов инструментальной и лабораторной диагностики, позволяет в подавляющем большинстве случаев охарактеризовать место ЭТВ, как исключительно лечебных и применяющихся с целью временной или окончательной билиарной декомпрессии.

Обращаясь к общероссийским клиническим рекомендациям, принципиально важными аспектами тактики ведения больных с механической желтухой являются: необходимость устранения билиарной компрессии в максимально короткие сроки с применением миниинвазивных технологий лечения, при этом тяжелая форма желтухи является показанием к применению двухэтапного подхода, когда первым этапом устанавливается наружный дренаж с целью дозированной декомпрессии и местного лечения холангита, а затем после компенсации состояния выполняется окончательное лечение, направленное на восстановление адекватного пассажа желчи в ДПК. Согласно, как общероссийских, так и

международных клинических рекомендаций в алгоритме миниинвазивной билиарной декомпрессии при доброкачественной патологии ЖВП, в особенности если речь идет о наиболее часто встречаемой этиологической причине – осложненной желчнокаменной болезни, ЭТВ на сегодняшний день являются ведущими, а их эффективность может достигать 92-97%. При этом, уровень убедительности рекомендаций (А) и уровни достоверности доказательств (1a и 1b) являются наивысшими. Что касается эффективности ЭТВ при доброкачественных стриктурах ЖВП, то по данным статистики она несколько ниже, чем при холедохолитиазе и составляет 73-89%. В такой ситуации выбор лечения определяется уровнем подготовки специалистов и обеспечения клиники, выраженностью местных и/или системных заболеваний пациента, этиологией, локализацией и протяженностью стриктуры, возможностью исключения злокачественного ее характера, а также уровнем комплаентности пациента.

Учитывая наличие, как преимуществ, так и недостатков ретроградного транспапиллярного дренирования, тактика миниинвазивной декомпрессии при злокачественной патологии органов билиопанкреатодуоденальной зоны, подразумевает выбор эндоскопического лечения преимущественно при дистальном уровне блока ЖВП, а также при наличии технических ограничений выполнения антерградных методов декомпрессии при проксимальном уровне блока. Основными преимуществами эндоскопических методов декомпрессии являются физиологичность и универсальность, что не требует решения проблемы возврата желчи, возможность одномоментной морфологической верификации, механической экстракции сладжа, меньшая частота осложнений, а также перспективы проведения местного паллиативного лечения.

Заключение. На сегодняшний день ЭТВ представляют собой высокоэффективный способ восстановления желчеоттока, однако, несмотря на легкую переносимость со стороны пациентов из-за их миниинвазивности и малотравматичности, а также относительно низкую частоту осложнений и летальности, выполнение эндоскопических операций требует тщательной подготовки специалистов, наличия современного оборудования и инструментария, а также желательного выполнения в тех клиниках, где на высоком уровне проводятся традиционные операции на желчных протоках и поджелудочной железе.

ВОЗМОЖНА ЛИ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА МИРИЗЗИ ДО ОПЕРАЦИИ?

Быстров С.А., Каторкин С.Е., Бизярин В.О.

**ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,
Самара, Россия**

В 1948 г. аргентинский хирург Pablo Mirizzi, основываясь на данных анализа холангиограмм, описал синдром, при котором отмечается обтурация гепатикохоледоха конкрементом, вклинившимся в области шейки желчного пузыря или пузырного протока. Синдром Мириizzi является осложнением желчнокаменной болезни, в диагностике и хирургическом лечении которого существует целый ряд нерешенных вопросов. В частности, предоперационная диагностика данной патологии представляет большие сложности и остается одной из актуальных проблем клинической хирургии, от успешности решения которой, во многом зависят результаты лечения больных.

Материалы и методы. Проанализированы результаты дооперационной диагностики у 39 пациентов с верифицированным впоследствии диагнозом синдрома Мириizzi за период с 2008 по 2018 год. Все пациенты были оперированы. Мужчин было 26 (67%), женщин - 13 (33%). Средний возраст больных – 65,5 лет. Использовали классификацию McSherry (1982): I тип синдрома Мириizzi - стриктура обусловленная сдавлением гепатикохоледоха вколоченным камнем пузырного протока или шейки желчного пузыря выявлен у 8 (20,5%) пациентов; II тип – холецистохоледохеальный свищ - 31(79,5%).

Результаты. У всех пациентов проведён анализ жалоб, анамнеза, данных физикального обследования, лабораторные методы обследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмма – специфических признаков, характерных для синдрома Мириizzi мы не выявили.

Эффективность скрининга - ультразвукового метода обследования составила 51,2%. Наиболее достоверные ультразвуковые признаки синдрома Мириizzi - расширение внутрпеченочных протоков и проксимального отдела общего печеночного протока в сочетании с нерасширенным общим желчным протоком – 18 (46%) наблюдения; наличие фиксированного крупного конкремента (более 25 мм в диаметре) в области шейки желчного пузыря или пузырного протока – 12 (30,7%) наблюдений, «сморщенный» желчный пузырь – 6 (15%) наблюдений.

МСКТ не дает существенной дополнительной информации к ультразвуковому исследованию, однако ее роль в определении злокачественных опухолей значительно больше, что важно для дифференциальной диагностики синдрома Мириizzi. МСКТ также более чувствительна при наличии билиарного свища.

МРТ при подозрении на синдроме Мириizzi было применено у 8 больных. Синдром Мириizzi был диагностирован у 7 (87,5%).

ЭРХПГ выполнена у 26 больных с клиникой механической желтухи как следствие синдрома Мириizzi. Наиболее характерными для синдрома признаками при ЭРПХГ являются: сужение проксимального отдела общего печеночного проток – 13 (50%), расширение внутрпеченочных протоков и общего печеночного протока выше стеноза в сочетании с неизменными дистальными отделами общего желчного протока – 87,5%; наличие пузырно-холедохеального свища – 16 (37,5%). Диагноз синдрома Мириizzi в этой группе до операции был поставлен у 24 (92,3%) пациентов. У 5 больных выполнить ЭРХПГ технически не получилось, всем больным была выполнена ЧЧХ–рентгенологические признаки синдрома Мириizzi выявлены у 4(80%) больных. Таким образом, из 31 пациента, которым выполняли инвазивные исследования, синдром Мириizzi до операции был выявлен у 30 пациентов. Рентгеноэндоскопические методы обладают большей разрешающей способностью в диагностике синдрома Мириizzi и позволяют определить морфологический тип данной патологии у 26 (83,9%) пациентов.

Заключение. Диагноз синдрома Мириizzi до операции может быть установлен с помощью неинвазивных методов обследования (УЗИ, КТ, МРТ) у 87,2% больных, с помощью инвазивных (ЭКХПГ, ЧЧХ) – 97% больных. Внедрение МРТ в практику существенно меняет представления о предоперационной диагностике синдрома Мириizzi - чувствительность метода практически эквивалентна ЭРХПГ.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

Васин А.Б., Сгонник А.В.

ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия

Актуальность. Механическая желтуха достаточно часто осложняет течение заболевания у пациентов с опухолями гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны (ГБПЗ). Декомпрессия желчного дерева является приоритетной задачей, которая должна выполняться в экстренном или срочном порядке. Ее задачей является стабилизация общего состояния больного для последующего избрания рациональной тактики клинического ведения пациента после его обстоятельного дообследования в условиях устраненной механической желтухи (МЖ).

Цель исследования: выявить наиболее оптимальный метод разгрузки билиарного тракта у пациентов с механической и смешанной формой желтухи различного этиопатогенеза.

Материалы и методы. В работе использовались данные, взятые из историй 219 болезни пациентов, находившихся на лечении в ЯОКОБ абдоминального отделения №1, в период с 2014 по 2018 гг., с диагнозом первичные и вторичные злокачественные новообразования ГБПЗ, осложненные МЖ, и были разделены на 2 группы по результатам лечения: выздоровление, серьезные нежелательные явления (НЯ). Из историй болезни были взяты данные: ОАК, БАК, данные анамнеза жизни (вредные привычки, перенесенные операции и др.), данные течения настоящего заболевания. Анализ данных был проведен с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты. У всех был установлен диагноз злокачественного новообразования: головки поджелудочной железы (53%), опухоль билиарного тракта (15%), рак Фатерова соска (15%), рак желчного пузыря (8%), другая локализация (9%). Все пациенты в анамнезе имели осложнение основного заболевания – МЖ различной длительности. Лечение осложнения проводилось 3 методами: хирургическим (лапаротомия - 2%), пункционное (наружное дренирование - 40%), эндоскопическое (стентирование - 58%). При сравнении результатов лечения пациентов эндоскопическим и пункционным методом, выявлены следующие различия: 1) наружное дренирование было проведено у 92 (40%) пациентов – в группе здоровых у 70 (76%), в группе пациентов у которых возникли послеоперационные осложнения у 22 (24%), из них умершие 3 (4%) человек; 2) стентирование было проведено у 124 (56%) пациентов: в группе здоровых у 96 (77%), в группе пациентов у которых возникли послеоперационные осложнения 28 (23%), из них умершие 11 (9%). По исходу лечения все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я: выздоровление (168 человек); 2-я: развитие НЯ (острый панкреатит, кровотечение и смерть пациента) 51 человек из них смерть пациента 19 человек (37%). Частые осложнения, которые возникали после проведения лечения механической желтухи одним из методов, следующие: кровотечение – 15 (29%); панкреатит – 19 (37%); перитонит – 5 (9%); полиорганная недостаточность – 16 (31%); холангит – 3 (5%); асцит – 2 (4%); ОИМ – 2 (4%). Вследствие неправильной установки стента и дренажа и их миграции, было выполнено повторное рестентирование у 20 (16%) человек, редренирование у 7 (7%) человек. При лечении желтухи, эндоскопическим методом (установка стента), развитие НЯ и послеоперационных осложнений выше, чем при проведении пункционного дренирования ($P < 0,0000$).

Заключение. МЖ должна быть, безусловно, устранена путем осуществления желчеотведения одним из известных способов. Выбор же наиболее рационального способа

во многом зависит от технических и методологических особенностей способа, опыта, накопленного персоналом, дренирования желчного дерева, от общего состояния пациента на момент обращения и, несомненно, должен проводиться с оглядкой на возможное развитие одного или нескольких осложнений.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРЬЕЗНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ГЕПАТОБИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Васин А.Б., Сгонник А.В.

ГБУЗ ЯО «Областная клиническая онкологическая больница», Ярославль, Россия

Актуальность. Механическая желтуха достаточно часто осложняет течение заболевания у пациентов с опухолями гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны (ГБПЗ). Поэтому механическая желтуха должна быть устранена путем осуществления желчеотведения одним из способов: хирургическим, пункционным, эндоскопическим или сочетанным. Выбор же наиболее рационального способа ведения пациентов во многом зависит от многих факторов и должен проводиться с оглядкой на возможное развитие осложнений.

Цель исследования: улучшение результатов применения различных методик разгрузки билиарного тракта у пациентов с механической и смешанной формой желтухи различного этиопатогенеза.

Материалы и методы. В работе использовались данные, взятые из историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ЯОКОБ абдоминального отделения №1, в период с 2014 по 2018 гг. Всего лечение за данный период получили 219 пациента, с диагнозом первичные и вторичные злокачественные новообразования гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны, осложненные механической желтухой. И были разбиты на 2 группы, по результатам лечения: выздоровление, серьезные нежелательные явления. Из историй болезни были взяты данные: ОАК, БАК, данные анамнеза жизни (вредные привычки, перенесенные операции и др.), данные течения настоящего заболевания. Анализ данных был проведен с помощью программы Statistica 8.0.

Результаты. При проведении статистического анализа 219 историй болезни пациентов, выявлены 14 факторов, при совокупности которых, чаще возникают нежелательные послеоперационные осложнения при сравнении с группой здоровых. К ним относятся:

- 1) АСТ при значении 230 Ед/л и выше ($P < 0,0015$);
- 2) АЛТ при значении 250 Ед/л и выше ($P < 0,0001$);
- 3) амилаза при значении 60 Ед/л и выше ($P < 0,0017$);
- 4) билирубин при значении 300 мкмоль/л и выше ($P < 0,0002$);
- 5) щелочная фосфатаза при значении 270 Ед/л и выше ($P < 0,0043$);
- 6) альбумин при значении 28 г/л и ниже ($P < 0,017$);
- 7) гаммаглутамилтрансфераза при значении 72 ед/л и выше ($P < 0,046$);
- 8) лейкоциты при значении 10×10^9 /л и выше ($P < 0,0012$);
- 9) гемоглобин при значении 100 г/л и ниже ($P < 0,029$);
- 10) гематокрит при значении 30 % и ниже ($P < 0,0035$);
- 11) тромбоциты при значении 210×10^9 /л и ниже ($P < 0,0231$);
- 12) переливание крови – у пациентов которые поступили на лечение с анемией средней или тяжелой степени, и которым было проведено переливание эритроцитарной массы, риск развития осложнений у данной группы пациентов значительно выше, чем у пациентов с анемией легкой степени ($P < 0,00001$);
- 13) лечение желтухи эндоскопическим стентированием, при совокупности данных факторов, повышает риск развития осложнений в послеоперационном периоде ($P < 0,0031$);
- 14) наличие перенесенных заболеваний печени в анамнезе повышает риск развития осложнений ($P < 0,0169$).

Все эти факторы имеют значимую корреляционную связь с развитием нежелательных явлений при проведении первым этапом эндоскопического стентирования.

Заключение. Выявлены 14 факторов, при совокупности которых, чаще возникают нежелательные послеоперационные осложнения. С целью предупреждения развития нежелательных явлений, пациенту целесообразно проведение пункционного дренирования билиарного тракта, взамен эндоскопического стентирования при критических значениях факторов риска. При нормализации показателей возможно выполнение стентирования вторым этапом с целью улучшения качества жизни.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Алексанян К.А.

Кафедра торакоабдоминальной хирургии Харьковской академии последипломного образования, Харьков, Украина

Выполнение панкреатодуоденальной резекции (ПДР) на высоте механической желтухи увеличивает риск развития периоперационных осложнений до 12-23% и сопровождается высокой послеоперационной летальностью.

Цель исследования: разработать алгоритм применения миниинвазивных вмешательств с целью билиарной декомпрессии с преимущественным использованием чрескожных чреспеченочных и эндоскопических вмешательств в лечении опухолей панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ), осложненных механической желтухой.

Материалы и методы. ПДР выполнена 277 больным с обструктивными заболеваниями ПДЗ, механическая желтуха наблюдалась у 232 (83,8%) пациентов. Билиарная декомпрессия выполнена 58 (25,0%) больным с длительной механической желтухой и высокими цифрами билирубина (выше 200 мкмоль/л). Применены следующие инструментальные методы исследования: мультidetекторная (64-срезовая) компьютерная томография с 3D-реконструкцией, магнитно-резонансная томография (МРТ), ЭРХПГ, УЗИ. Для оценки степени фиброза поджелудочной железы (ПЖ) применена ультразвуковая эластография (методом сдвиговой волны эластографии в режиме Shear Wave Elastography (SWE)).

С целью билиарной декомпрессии применены миниинвазивные вмешательства: чрескожное чреспеченочное наружное (наружно-внутреннее) дренирование, эндоскопическое стентирование, холецистостомия. Из открытых оперативных вмешательств выполнялись билиодигестивные анастомозы (гепатикоюноанастомоз, холецистоеюноанастомоз, холедоходуоденоанастомоз).

Результаты. В группе больных, которым выполнена билиарная декомпрессия, уровень билирубина в группах колебался от 200 до 435 мкмоль/л. Среди методов билиарной декомпрессии предпочтение отдавалось миниинвазивным методикам: эндоскопическое стентирование выполнено у 18 (31,0%) пациентов, у 16 (27,6%) - чрескожно-чреспеченочное холангиодренирование (ЧЧХД). После проведения ЧЧХД и снижения уровня билирубина до 40 мкмоль/л у 6 (37,5%) больных произведена неoadьювантная химиоэмболизация, показанием для проведения которой являлись местнораспространенные погранично-резектабельные опухоли ПДЗ. Различные варианты холецистостомии выполняли у 9 (15,5%) больных: видеолапароскопическая - у 4 (44,4%) пациентов, контактная - у 2 (22,2%), чрескожная чреспеченочная (под УЗ-навигацией) - у 3 (33,3%). При снижении билирубина до 40-60 мкмоль/л и ниже выполнялась ПДР.

При невозможности выполнения миниинвазивных методик (отсутствии технических условий для их выполнения) выполнено 15 (33,3%) операций внутреннего дренирования желчных протоков, из которых 8 (53,3%) оперативных вмешательств выполнено в других стационарах. Холецистоюноанастомоз произведен у 7 (46,7%) пациентов. Гепатикоеюноанастомоз по Ру (в том числе с оставлением достаточной длины культи тощей кишки для наложения на втором этапе панкреатоеюноанастомоза) – у 6 (40,0%), гепатикоеюноанастомоз по Брауну – у 1 (6,7%), холедоходуоденоанастомоз – у 1 (6,7%) больного.

Осложнения после миниинвазивных методов декомпрессии развились у 3 (5,3%) больных. У 1 (1,8%) больного после выполненного эндоскопического стентирования развилась клиника острого холецистита, купированного консервативной терапией. У 1 (1,8%) пациента после чрескожного чреспеченочного наружного дренирования развилась надпеченочная биллома, у 1 (1,8%) больного после холецистостомии, выполненном под УЗИ-контролем, выявлена подпеченочная биллома, произведено дренирование биллом под УЗИ-контролем с положительным результатом.

Таким образом, разработанный алгоритм применения различных вариантов билиарной декомпрессии с преимущественным использованием миниинвазивных методик позволил уменьшить количество периоперационных осложнений при выполнении ПДР на 8,2%.

Выводы. Чрескожное чреспеченочное холангиодренирование и эндоскопическое стентирование являются оптимальными миниинвазивными методами билиарной декомпрессии. Применение билиарной декомпрессии у пациентов с опухолями ПДЗ позволяет выполнить ПДР со сниженным периоперационным риском.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМИ РУБЦОВЫМИ СТРИКТУРАМИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Вишневский В.А., Трифонов С.А., Варава А.Б.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр хирургии им. А.В.

Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Реконструктивные операции (различные варианты билиодигестивных анастомозов в зависимости от уровня и распространенности стриктур) отличаются технической сложностью и неудовлетворительными результатами в 10-80% наблюдений. До недавнего времени таких больных подвергали повторным хирургическим вмешательствам, в основном реконструкции созданных ранее билиодигестивных анастомозов (БДА) в

сочетании или без резекции печени. В последние годы в качестве альтернативы реконструктивным БДА прибегают к малоинвазивным технологиям – этапным чрескожным антеградным вмешательствам, баллонной дилатации стриктур БДА, эндоскопическому стентированию рубцовой стриктуры желчных протоков.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения у больных после реконструктивных операций по поводу рубцовых стриктур желчных протоков с использованием миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2017 гг. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского 37 пациентам с высокими стриктурами желчных протоков (тип «0» – 13 пациентов, «-1» - 5, «-2» - 11 и «-3» - 8 по Гальперину Э.И.). Женщин было 24 (65%), мужчин – 13 (35%). Возраст пациентов составил от 26 до 68 лет, средний возраст $53,9 \pm 13,5$ лет. Показаниями к чрескожным чреспеченочным вмешательствам являлись рецидивирующий холангит ($n = 25$), механическая желтуха ($n = 17$), их сочетание ($n = 11$) и другое ($n = 7$). Для подтверждения диагноза, определения уровня поражения желчных протоков и планирования оперативного вмешательства всем больным было выполнено МР-панкреатохолангиография.

В связи невозможностью пройти за рубцовую стриктуру желчных протоков 20 пациентам чрескожное чреспеченочное холангиодренирование выполнено в наружном варианте, 19 из них выполнено реконструктивное вмешательство, чрескожное чреспеченочное наружновнутреннее холангиодренирование с баллонной дилатацией рубцовой стриктуры - 17 пациентам.

Результаты. После краткой предоперационной подготовки 19 пациентам были выполнены реконструктивные вмешательства на желчных протоках различного объема (ГЭА - 4, БиГЭА - 13, ТриГЭА – 2, у 7 пациентов в сочетании с резекцией печени). Отличные и хорошие результаты отмечены у 8 (42%); (тип «0» - 4, тип «-1» - 2, «-2» - 1, «-3» - 1) в сроки $4,7 \pm 1,7$ лет. Одной пациентке, в связи с выраженной коморбидностью было отказано в открытом оперативном вмешательстве, в настоящее время она находится на симптоматической терапии с наружными дренажами.

Чрескожное чреспеченочное наружновнутреннее холангиодренирование с баллонной дилатацией выполнено 17 пациентам, лечение завершено согласно протоколу. Отличные и хорошие результаты отмечены у 14 (82%) пациентов; (тип «0» - 7, тип «-1» - 1, «-2» - 4, «-3» - 2) прослежены $1,6 \pm 0,8$ лет.

Выводы. Этапные чрескожные чреспеченочные вмешательства с баллонной дилатацией стриктуры желчных протоков является эффективным методом лечения и методом выбора при лечении рубцовых стриктурах желчных протоков и прежде всего стриктурах гепатикоюноанастомозов при условии возможности его выполнения.

Необходимо дальнейшее накопление опыта по отдаленным результатам данного вида лечения, разработка протоколов лечения, а также внедрение новых методик, позволяющих применять данный вид лечения большему числу пациентов.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПЕЧЕНИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ НЕОПУХОЛЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

**Власов А.П., Шейранов Н.С., Маркин О.В., Глушков В.М., Афонькин А.А., Середина
О.П.**

**ФГБОУ ВО Национальный исследовательский мордовский государственный
университет МГУ им. Н.П. Огарёва Министерство науки и высшего образования РФ,
Саранск, Россия**

В последние десятилетия среди хирургических патологий наблюдается непрерывный рост поражений органов панкреатобилиарной системы, осложненных механической желтухой (МЖ). При МЖ на фоне желчного блока и эндогенной интоксикации ускоренным темпом поражается печень. Известно, что при восстановлении проходимости желчных путей нарушенное функциональное состояние печени сохраняется, что влияет на течение раннего послеоперационного периода. Поэтому сохраняется актуальность в разработке схем терапии по быстрой коррекции гепатодепрессии. Целью работы явилось изучение эффективности лазерной терапии и ремаксолола в коррекции функционального статуса печени при МЖ.

Проведены клинико-лабораторные исследования больных МЖ неопухолевого происхождения. Пациенты рандомизированы по характеру патологии, возрасту, полу. В I группу (n=18) включены больные, получавшие стандартную терапию; во II группу (n=16) – пациенты дополнительно в основное лечение принимали лазерную терапию (аппарат «Матрикс», головка КЛОЗ) и инфузии ремаксолола (ежедневно внутривенно 400,0). Причинами МЖ являлись холедохолитиаз – у 18 (52,9%) больных, стеноз терминального отдела холедоха – 9 (26,5%) и хронический панкреатит – 7 (20,6%). Больным выполнялись открытые оперативные вмешательства в объеме холедохолитоэкстракции у 18 (52,9%) и/или внутреннего дренирования желчевыводящей системы: формирование холедоходуоденоанастомоза – 21 (61,8%) и холедохоеюноанастомоза – 9 (26,5%). В раннем послеоперационном периоде оценен ряд функциональных показателей печени, а также показатели гомеостаза, в том числе гемостаза с использованием тромбоэластографа (5000 Thromboelastograph®).

Установлено, что у пациентов МЖ в ранние сроки после операции отмечены существенные нарушения детоксикационной, липид- и пигментрегулирующей, гемостазстабилизирующей, альбуминпродуцирующей, альбуминметаболизирующей и др. функций. Манифестирующее дисфункциональное состояние печени отмечено в первые двое суток после операции, когда в максимальной степени были выражены синдром эндотоксикоза, оксидативный стресс, повышение фосфолипазной активности, гемостатические нарушения (гиперкоагуляция и угнетение фибринолиза), гипоксия. Установлена зависимость указанных нарушений от продолжительности МЖ.

Включение у больных МЖ в состав стандартного лечения лазерной терапии и ремаксола позволило существенным образом восстановить функциональный статус печени уже в ранние сроки и, как следствие, расстройства гомеостаза. Комбинированная терапия привела к купированию эндогенной интоксикации, подавлению интенсивности перекисного окисления липидов, снижению фосфолипазной активности и гипоксии, восстановлению коагуляционно-литического состояния крови.

Заключение. Применение комбинированной терапии у больных МЖ неопухолевого происхождения оказалось целесообразным. Сравнительно быстрое восстановление функционального состояния печени в раннем послеоперационном периоде приводило к корректировке гомеостаза в целом, что отчетливо проявлялось и клинически.

НОВЫЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Власов А.П., Шейранов Н.С., Муратова Т.А., Синявина К.М., Кузьмин А.Н., Толкачева Т.И.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский мордовский государственный университет МГУ им. Н.П. Огарёва Министерство науки и высшего образования РФ, Саранск, Россия

Одной из проблем современной хирургии является повышение эффективности лечения больных с различными болезнями органов панкреатобилиарной системы, осложненных механической желтухой (МЖ). Безусловно, важнейшим подходом в совершенствовании терапии этой патологии является своевременное выявление ее неэффективности, что позволит производить быструю коррекцию схем лечения.

Цель исследования: разработать способ быстрой оценки эффективности терапии больных механической желтухой.

При выполнении этой цели следует осознавать, что печень является органом, отвечающим за большое число функций. Своевременное восстановление ее статуса в случаях гепатодепрессии требует от хирурга осмысленных, обоснованных действий в самые ранние сроки, поскольку прогрессирующее ухудшение функционального состояния органа корректировать значительно сложнее.

Проведены клиничко-лабораторные исследования больных МЖ неопухолевого происхождения. В I группу (n=18) включены пациенты, причиной механической желтухи которых был холедохолитиаз, стеноз терминального отдела холедоха, хронический панкреатит. Больным выполнялись открытые оперативные вмешательства в объеме холедохолитоэкстракции и/или внутреннего дренирования желчевыводящей системы: формирование холедоходуоденостомии или холедохоеюностомии. У пациентов II группы (n=14) механическая желтуха была обусловлена острым панкреатитом. Лечение в этой группе было консервативным с набором лекарственных средств по стандартной схеме.

Нами разработан способ прогнозирования течения острого панкреатита на основе определения функциональных потенциальных возможностей печени (патент № 2676331 от 28.12.2018 г.). В основе этого способа лежит суммация интегральных показателей функциональных потенциалов печени, ее устойчивости оксидативному стрессу и активности фосфолипидных систем, так как уже на ранних стадиях возникают существенные нарушения функционального статуса органа. Основными патогенетическими звеньями этих расстройств явились избыточные интенсификация липопероксидации и активизация фосфолипазы A2, а одним из проявлений их действия – мембранодестабилизирующий эффект со стороны клеток печени, что и лежит в основе нарушения различных функций органа. При разработке способа прогнозирования и взяты одни из основных показателей детоксикационной и альбуминметаболизирующей функции. Причем для их оценки принят только индекс токсичности плазмы по альбумину, по которому представляется возможным и характеризовать эти функции и функциональное состояние печени в целом, что, безусловно, упрощает расчеты.

Итак, такого рода подход нами применен и при оценке эффективности терапии больных механической желтухой неопухолевого происхождения. Оказалось, что при значении индекса прогнозирования от 2,13 до 3,34 отмечалась сравнительно быстрая редукция явлений гепатодепрессии, что в целом свидетельствовало об эффективности терапии. При значении индекса от 2,93 до 4,05 явления механической желтухи купировались медленно, но в целом регистрировалась положительная динамика от лечения. Дополнительных корректирующих вмешательств в консервативную терапию не потребовалось. У 3 больных первой группы и 5 больных второй группы значение индекса

превышало 4,14. Явления механической желтухи у них не купировались, что потребовало дополнительных вмешательств в схемы терапии. В первой группе в лечение подключены препараты с гепатопротективной активностью. Функциональное состояние печени постепенно восстанавливалось. Значение индекса прогнозирования падало. У больных второй группы основным фактором нарушения желчединамики было сохранение явлений острого панкреатита. Механическая желтуха скорректирована путем наружного дренирования желчного пузыря под УЗИ навигацией. Восстановление функционального статуса печени сопровождалось и клинико-лабораторным уменьшением явлений острого панкреатита.

ТРОМБОЭЛАСТОГРАФИЯ – ЭКСПРЕСС-МЕТОД В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Власова Т.И., Маркин О.В., Аль-Кубайси Ш.-А. С., Шейранов Н.С., Синявина К.М., Раджабов С.Т.

ФГБОУ ВО Национальный исследовательский мордовский государственный университет МГУ им. Н.П. Огарёва Министерство науки и высшего образования РФ, Саранск, Россия

Распространенность заболеваемости механической желтухой ежегодно растет, что обусловлено продолжающимся ростом частоты встречаемости патологий, вызывающих эту болезнь. Известно, что механическая желтуха сопровождается изменениями структуры печени и нарушением ее функциональной деятельности, приводящее к возникновению гемостатических расстройств и тромбоэмболических осложнений. В этой связи своевременная диагностика изменений состояния коагуляционно-литической системы является весьма актуальным для современной хирургии.

Материалы и методы. Обследованы 44 пациента с механической желтухой неопухолевого происхождения после получения их информированного согласия. В группу контроля входили здоровые лица (n=15). Пациенты разделены в соответствии с классификацией В.Д. Федорова и соавт. (2000): легкая степень тяжести (лица с уровнем билирубина до 100 мкмоль/л); средняя (лица с уровнем билирубина от 100 до 200 мкмоль/л); тяжелая степень (лица с уровнем билирубина более 200 мкмоль/л). Причинами механической желтухи являлись холедохолитиаз, стеноз терминального отдела холедоха и хронический панкреатит. Больным выполнялись открытые оперативные вмешательства в объеме холедохолитоэкстракции и/или внутреннего дренирования желчевыводящей системы: формирование холедоходуоденоанастомоза и холедохоеюноанастомоза. Оценку

состояния коагуляционно-литической системы крови производили перед оперативным вмешательством и в раннем послеоперационном периоде при помощи тромбоэластографа TEG® 5000 Thrombelastograph® (USA), который позволяет определить состояние наиболее важных компонентов.

Результаты. При поступлении у больных механической желтухой имелись существенные изменения в системе гемостаза. Их выраженность определялась тяжестью механической желтухи и продолжительностью болезни. В ходе исследования выявлено, что уровень параметра R (реактивное время – показатель определяющий период свертывания крови и характеризующий 1-2 фазу свертывания) был выше группы контроля при поступлении на 124,3% ($p<0,05$) (первая группа) до 204,3% ($p<0,05$) (третья группа). Значение параметра MA (максимальная амплитуда - отображает максимальную прочность сгустка) у больных первой группы превышало значения контрольной группы на 16,2% ($p<0,05$), третьей группы – на 26,5% ($p<0,05$). Выявлено, что параметр G (общая прочность сгустка (модуль эластичности), полученная в результате коагуляционных взаимодействий, рассчитывается по амплитуде) у лиц первой группы был больше контроля на 37,3% ($p<0,05$), а в третьей – на 62,3 % ($p<0,05$). В раннем послеоперационном периоде отмеченные отклонения в системе гемостаза, судя по тромбоэластографии, не только сохранялись, но и нарастали. По мере ликвидации явлений механической желтухи и улучшения функционального состояния печени коагуляционно-литическое состояние крови восстанавливалось.

Заключение. Тромбоэластография, обладая способностью оценивать основные звенья свертывающей системы крови, позволяет быстро выявить изменения в системе гемостаза, что, безусловно, может явиться основой для своевременной оптимизации схем терапии такого рода нарушений.

ОПУХОЛЬ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА, ОСЛОЖНЕННАЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. РЕЗУЛЬТАТЫ

Ворончихин В.В., Катайкин А.Н., Олигер А.А., Байханов Ж.С.

АУ «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия

БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия

Цель исследования: проанализировать опыт хирургического лечения опухоли общего печеночного протока, определить оптимальную тактику ведения больных с опухолью Клатскина, осложненной механической желтухой.

Материалы и методы. В период с 2000 по 2019 годы на базе хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ ЧР находился 56 больной с диагнозом опухоль общего печеночного протока, механическая желтуха. Возраст пациентов варьировал от 40 до 75 лет. Мужчин было 35 (62,5%), женщин - 21 (37,5%). Диагноз опухоль общего печеночного протока был подтвержден УЗИ, МСКТ с контрастированием, РХПГ и ЧЧХГ. Клиническими проявлениями были: механическая желтуха, холангит, общее недомогание. Хирургическая тактика зависела от локализации опухоли общего печеночного протока, продолжительности механической желтухи, возраста и физического статуса больного. Локализация опухоли Клатскина определялась по классификации Bismuth-Corlette, стадия по классификации TMN. Согласно классификации Bismuth-Corlette I тип опухоли Клатскина был у 7 (12,5%), II тип – у 3 (5,4%), IIIA тип – у 15 (26,8%), IIIB тип – у 7 (12,5%), IV тип – 24 (42,9%) больных. Выполнено 56 операций по поводу опухоли общего печеночного протока, осложнённого механической желтухой. Радикальные операции выполнялись после предварительной декомпрессии желчных протоков под УЗИ контролем, купирования явлений холангита и печеночной недостаточности. При I типе опухоли Клатскина у 7 больных была выполнена резекция гепатикохоледоха с холецистэктомией и формированием прецизионного билиодигестивного анастомоза (БДА). При II типе опухоли Клатскина в 3 случаях выполнялась резекция гепатикохоледоха с холецистэктомией и конfluence, дополненная резекцией IV сегмента печени и наложением прецизионного БДА. При опухоли Клатскина IIIA типа 15 больным была выполнена правосторонняя гепатэктомия с резекцией гепатикохоледоха и наложением прецизионного БДА. При опухоли Клатскина IIIB типа 7 больным была выполнена левосторонняя гепатэктомия с резекцией гепатикохоледоха и наложением прецизионного БДА. В одном случае резекция с протезированием воротной вены. При опухоли Клатскина IV типа оперировано 24 больных. В 15 случаях была выполнена «открытая» реканализация опухоли. В 9 случаях выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС).

Результаты. Радикальные операции при опухоли общего печеночного протока осложненные механической желтухой выполнены у 32(57,1%), паллиативные у 24(42,9%) больных. Отдаленные результаты хирургического лечения опухоли общего печеночного протока изучены у 33 (58,9%) больных, в сроки от 1 до 5 лет. Выживаемость после радикальных составила: 1 год – 92,9%, 2 года – 82,1%, 3 года – 43,7%, 4 года – 9,2%, 5 лет – 7,2% больных. Выживаемость после паллиативных операций при опухоли общего печеночного протока составила: до 1 года – 21,7%, 2 года - 0% больных.

Выводы. Окончательное решение о резектабельности можно принять только после интраоперационной ревизии, интраоперационного УЗИ с дуплексным сканированием и

пробной мобилизации печени. Продолжительность и уровень жизни после радикальных операций при опухоли Клатскина значительно больше и выше, чем после паллиативных. Это связано с адекватным оттоком желчи в кишечник при радикальной операции. Основной целью паллиативных операций является желчеотведение для снятия желтухи и явлений холангита, что ведет к потере желчи и приводит к истощению организма.

ВОЗМОЖНОСТИ РЕТРОГРАДНОЙ ХОЛАНГИОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Габриэль С.А., Дурлештер В.М., Дынько В.Ю., Гучетль А.Я., Глехурай Р.М., Мамишев А.К.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница №2» г. Краснодар, Россия

**Кафедра хирургии №3 ФПК и ППС ФГБОУ ВО Кубанского государственного
медицинского университета, Краснодар, Россия**

Введение. Механическая желтуха остается одной из главных проблем в ургентной хирургии. Благодаря совершенствованию аппаратуры и инструментария большая часть заболеваний, являющихся этиологическими в развитии механической желтухи диагностируется и лечится с применением малоинвазивных (как ретроградных, так и антеградных) методов. Однако, до сих пор сохраняется стабильным процент неудач и осложнений в диагностике и лечении этой группы больных. Поэтому, дальнейший поиск методов и технологий, позволяющих уменьшить данные показатели, актуален и необходим.

Результаты. В отделении эндоскопии ГБУЗ «ККБ №2» города Краснодара с 2012 г. применяются методы эндоскопической ретроградной визуализации общего желчного протока (ОЖП) (холедохоскопия). За период 2012 по 2018 годы было выполнено 19 холедохоскопий. Две холедохоскопии выполнены при помощи ультратонкого интраназального гастроскопа без использования дуоденоскопа, 13 - при помощи эндоскопа Baby-Score производства «Olympus» и 4 - с применением системы SpyGlass компании Boston Scientific, которые проводились через инструментальный канал дуоденоскопа.

В 11 случаях холедохоскопия выполнялась для проведения контактной электрогидравлической литотрипсии при «сложном» холедохолитиазе, когда стандартные методы механической санации общего желчного протока были не эффективны.

В 8 случаях холедохоскопия выполнялась в диагностических целях с целью подтверждения или исключения диагноза опухоли ОЖП. Применение системы SpyGlass позволило дополнительно произвести взятие биоптата для гистологического исследования.

Выводы. Методы ретроградной визуализации показали свою высокую эффективность для уточнения диагноза в сложных клинических ситуациях, когда стандартные методы не являются достаточными. Взятие биопсии и выполнение электро-гидравлической литотрипсии значительно расширяют лечебно-диагностические возможности данного метода.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОБУСЛОВЛЕННОЙ ХОЛЕЦИСТОБИЛИАРНЫМ СВИЩОМ

Гуломов Ф.К., Алиджанов Ф.Б., Тилемисов С.О.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Настоящее исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 195 больных с холецистобилиарным свищом (ХБС), находившихся на лечении в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП с 2010 года по 2018 года. Мужчин было – 68 (34,9%), женщин – 127 (64,1 %). Средний возраст больных составил 56,5 лет.

Среди специальных инструментальных исследований наиболее важное значение придавали эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии с папилосфинктеротомией (ЭРХПГ, ЭПСТ), чрескожно-чреспеченочной холангиографии и стомии (ЧЧХГ, ЧЧХС), а также МР-холангиографии.

У всех обследованных больных при поступлении наблюдались явления механической желтухи (МЖ) с билирубинемией от 25 до 1000,7 мкмоль/л. У 104 (53,3%) больных имелась клиника гнойного холангита (ГХ).

Первым этапом 161 (82,6%) больным выполнена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ). При этом у 126 (78,3%) больных РПХГ сочеталась эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ). В 35 (21,7%) случаях РПХГ носил только диагностический характер.

Эффективность РПХГ и ЭПСТ оценивали следующим образом: Отличными 6 (4,8%) больных считали, когда после литоэкстракции в связи с отсутствием конкремента и сморщенностью желчного пузыря необходимость в холецистэктомии отпадала. После литоэкстракции эти больные выписаны домой. Хороший результат отмечен у 8 (6,3%) больных, при этом холедох был санирован от конкрементов, однако имелись конкременты в желчном пузыре потребовавшие холецистэктомию после купирования механической желтухи и холангита в отсроченном порядке. Удовлетворительные результаты достигнуты у

52 (41,3%) пациентов, когда в связи с невозможностью удаления конкрементов из холедоха удавалось выполнить временную декомпрессию путем назобилиарного дренирования у - 31 (59,6%) и эндобилиарное стентирование холедоха у - 21 (40,4%) пациентов. Неудовлетворительными 60 (47,6%) случаи считали, когда декомпрессия желчных протоков не удавалась.

При неэффективности ретроградной декомпрессии и высоком операционно-анестезиологическом риске у 13 (8,1%) больных выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование (ЧЧХГ) и чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС).

Хирургическому вмешательству подвергнуты 170 (87,2%) пациентов.

В последний год нами в 7 (4,1%) случаях с ХБС произведена операция лапароскопическим способом. При этом в 4 случаях произведена холецистэктомия от дна, удаление конкремента через свищевое отверстие, ушивание стенки холедоха и свища на дренаже Кера. В 3 случаях учитывая несоответствие диаметра конкремента и свища, произведена лапароскопическая субтотальная холецистэктомия от дна, супрадуоденальная холедохотомия над камнем в поперечном направлении с литоэкстракцией и дренированием холедоха по Керу, пластика свища оставшейся стенкой желчного пузыря.

Среди больных на фоне механической желтухи и гнойного холангита всего умерли 10 (5,1%) больных.

Заключение. Лечение больных с ЖКБ осложненных образованием ХБС должно быть комплексным и начинаться с миниинвазивных вмешательств (РПХГ с ЭПСТ, назобилиарное дренирование, эндобилиарное стентирование и ЧЧХГ с ЧЧХС). Вторым этапом для коррекции свища больным показаны различные хирургические вмешательства в срочном и отсроченном порядках. Одним из перспективных направлений является лапароскопическая пластика свища холедоха на дренаже Кера, однако показания к ней должны быть строго аргументированы (одиночный камень холедоха располагающихся в супрадуоденальном отделе).

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ БИЛИАРНО-ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Данилов М.В., Зурабиани В.Г., Соколов А.А.

ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им.

И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница № 13 ДЗ г. Москва, Россия

**ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия**

1. Внедрение в практику методов минимально инвазивной хирургии (эндоскопических, интервенционных, комбинированных) при лечении пациентов с доброкачественными и опухолевыми поражениями билиарного тракта и поджелудочной железы (ПЖ) приводит к замене ими традиционных открытых операций на желчных путях и ПЖ. Одновременно отмечается рост разнообразных осложнений и рецидивов заболевания после выполнения минимально инвазивных диагностических и хирургических процедур, которые во многих случаях требуют устранения с помощью традиционных оперативных вмешательств. В свою очередь минимально инвазивные процедуры нередко становятся незаменимыми способами коррекции нарушений, возникших при выполнении осложнившихся традиционных открытых операций на билиарном тракте и ПЖ. Поэтому именно взаимодействие методов минимально инвазивной и традиционной хирургии становится важнейшим средством улучшения результатов хирургического лечения заболеваний органов билиарно-панкреатической системы.

2. Авторы обладают опытом наблюдений за 42 пациентами, у которых выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), часто в сочетании с литоэкстракцией осложнилось ретродуоденальной перфорацией (РП). В литературе отмечаются серьезные разногласия в отношении профилактики и лечения данного осложнения, включая рекомендации исключительно консервативного лечения, использования чрескожных пункций биллом и жидкостных скоплений, антеградного дренирования проксимальных отделов билиарного тракта. Опыт авторов заставляет признать, во-первых, неоднородность последствий возникшей РП от образования ограниченных жидкостных образований (биллом) в зоне ЭПСТ до развития комплекса тяжелых осложнений этой процедуры - сочетания перфорации двенадцатиперстной кишки (ДПК) с деструктивным острым панкреатитом, забрюшинной флегмоной, кровотечением, перитонитом, с формированием наружного желчно-дуоденального и панкреатического свищей. Если в первом случае, успех может быть достигнут с помощью чрескожных пункций и дренирования ограниченных по объему скоплений желчи, панкреатического секрета и дуоденального содержимого, то в наиболее тяжелых случаях единственной возможностью спасения пациента является неотложное выполнение лапаротомии с дуоденотомией, папиллосфинктеропластикой с удалением остаточных конкрементов из гепатикохоледоха и ушиванием перфорационного отверстия в задней стенке ДПК, дополненной в ряде случаев отключением желудка и формированием гастроэнтероанастомоза, установкой назоеюнального зонда для питания, а также с Т-образным дренированием общего желчного протока, тщательным дренированием брюшной

полости и забрюшинного пространства. Важнейшим способом своевременного выявления РП является повторное контрастирование желчного дерева после выполнения ЭПСТ и литоэкстракции, а также ранее выполнение МСКТ у всех пациентов с ЭРХПГ-ассоциированным панкреатитом.

3. Формулирование оптимальной хирургической тактики у пациентов со сложными формами холангиолитиаза, в частности, при синдроме Мириззи (СМ) представляет весьма сложную задачу. Опыт авторов, включающий 27 наблюдений за пациентами с СМ, свидетельствует о трудности добиться положительного результата при данном синдроме исключительно с помощью эндоскопических и чрескожных (интервенционных) процедур, которые в большинстве случаев не оказываются эффективными и безопасными, требуя для достижения желаемого результата перехода на лапаротомную операцию. Последняя при уверенном установлении диагноза в дооперационном периоде обычно позволяет добиться выздоровления, не прибегая к средствам минимальной инвазивной хирургии.

4. Осложнения лапароскопической холецистэктомии, которая в настоящее время является основным методом хирургического лечения желчно-каменной болезни и острого холецистита, при выявлении осложнений, в первую очередь повреждения желчных протоков и сосудов гепатодуоденальной связки с интенсивным кровотечением, требует безотлагательного выполнения конверсии. В условиях неотложной лапаротомии удается быстро осуществить гемостаз, определить объем характер повреждения желчных протоков и безотлагательно выполнить органосберегающее вмешательство при их «малых повреждениях» или сформировать ГЕА при полном пересечении или иссечении протока, предотвратив тем самым в будущем формирование рубцовой стриктуры и других тяжелых поздних осложнений, которые могут потребовать в последующем выполнения сложных расширенных операций вплоть до обширных резекций печени и даже ее трансплантации.

5. Билиарное и панкреатическое стентирование в настоящее время является одним из главных способов хирургического лечения пациентов с холангиолитиазом, осложненным механической желтухой и холангитом, больных с повреждениями желчных протоков и возникших вследствие этого осложнения рубцовыми билиарными стриктурами, пациентов с обтурирующими опухолями периампулярной зоны, а также с псевдокистами и абсцессами ПЖ. Однако опыт авторов, включающий наблюдения за 147 пациентами, подвергшихся эндопротезированию желчных протоков, свидетельствует о том, что на практике билиарное стентирование часто стало заменять выполнение радикальных операций на ПЖ, а у пациентов с неопухолевой обтурацией билиарного тракта эндопротезирование зачастую становится цепью многоэтапных дорогостоящих процедур, весьма обременительных для пациента. В результате лечение с использованием эндоскопического ретроградного и

антеградного эндопротезирования может затягиваться с сомнительным эффектом на несколько лет. В последнее время приходится все чаще сталкиваться с тенденцией специалистов выполнять стентирование без предварительного инструментального обследования пациентов, в результате чего необоснованно устанавливают диагноз опухоли панкреатобилиарной зоны пациентам с холангиолитиазом и индуративным панкреатитом, что существенно удлиняет сроки обследования и лечения тяжелых больных.

6. Нередкие диагностические ошибки в ходе эндоскопических и интервенционных процедур, возникающие в ходе их выполнения осложнения и рецидивы заболевания нередко требуют перехода к лапаротомным операциям. Опыт свидетельствует о том, что только комплексное использование эндоскопических, антеградных и лапаротомных хирургических вмешательств позволяет наиболее уверенно добиваться благоприятных и стойких результатов лечения поражений органов билиарно-панкреатической системы.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ОДНОЭТАПНОГО И ДВУХЭТАПНОГО СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛАНГИОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Деговцов Е.Н.^{1,2}, Возлюбленный С.И.¹, Калининченко А.А.^{1,2}, Федоров А.О.¹

**¹ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Омск, Россия**

**²БУЗОО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №1», Омск,
Россия**

Введение. Холецистохолангиолитиаз, осложненный механической желтухой, несмотря на значительные успехи хирургического лечения, является одной из актуальных проблем неотложной хирургии.

Существующие хирургические методы лечения больных холецистохолангиолитиазом с каждым годом совершенствуются, дополняются новыми способами устранения патологии желчевыводящих путей.

В настоящее время наибольшее распространение имеет двухэтапный хирургический способ, когда холангиолитиаз устраняют проведением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) до- или после минимально инвазивной холецистэктомии. Другим хирургическим способом лечения больных холецистохолангиолитиазом является одноэтапный, когда вмешательство на общем желчном протоке и холецистэктомия

выполняются во время операции, проводимой малотравматичным доступом – лапароскопическим или минилапаротомным.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с холецистохолангиолитиазом, осложненного механической желтухой

Материалы и методы. Проанализировали клинический материал БУЗОО «МСЧ №4» и «ГК БСМП №1» города Омска за период с 2005 по 2017 год. За данный период производился проспективный анализ результатов хирургического лечения 955 пациентов, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 705 пациентов с холецистохолангиолитиазом, у которых применялся двухэтапный способ хирургического лечения. Вторую группу составили 250 пациентов с холецистохолангиолитиазом, у которых применялось одноэтапное минимально инвазивное хирургическое лечение.

В первой группе: у 390 пациентов было выполнено первым этапом ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, вторым этапом лапароскопическая холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости, у 205 пациентов – первым этапом ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией, вторым этапом минилапаротомная холецистэктомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости. 110 пациентам первым этапом было выполнено – минилапаротомная или лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационная холангиография, холедохолитотомия, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости, а вторым этапом ЭРХПГ и ЭПСТ с литоэкстракцией или без нее.

Во второй группе: у 250 пациентов была выполнена минилапаротомная или лапароскопическая холецистэктомия, фиброхолангиоскопия и литоэкстракция, дренирование общего желчного протока, дренирование брюшной полости.

Результаты. В послеоперационном периоде в первой группе: в 51 наблюдении имели место осложнения, что составило 7,23%: желчеистечение из ложа желчного пузыря (11 наблюдений, один летальный исход) и забрюшинная перфорация двенадцатиперстной кишки (3 наблюдения, один летальный исход), которые потребовали проведения лапаротомии. Кровотечения из папиллотомного разреза (11 наблюдений, один летальный исход), постманипуляционный острый панкреатит (10 наблюдений, один летальный исход), жидкостное образование подпеченочного пространства (6 наблюдений) и острая пневмония (5 наблюдений). В 5 наблюдениях такие осложнения, как тромбоз легочной артерии и острая сердечно-сосудистая недостаточность, привели к летальному исходу.

Во второй группе в послеоперационном периоде наблюдалось 11 осложнений, что составило 4,4%. Из них: 4 осложнения, которые потребовали открытого вмешательства (кровотечение из ложа желчного пузыря), в 2 наблюдениях сформировалось жидкостное

образование подпеченочного пространства, которое было устранено пункцией под УЗ-контролем. В 5 наблюдениях развилась острая послеоперационная пневмония, которая купировалась консервативными мерами. Тромбоэмболия легочной артерии (2 наблюдения) и острая сердечно-сосудистая недостаточность у одного пациента привели к летальному исходу в послеоперационном периоде.

Во второй группе среднее пребывание больных в отделении реанимации составили $1,145 \pm 0,05$ койко-дня, в отделении – $14,72 \pm 0,19$ койко-дня. В первой группе эти показатели соответственно равны $2,095 \pm 0,06$ и $19,55 \pm 0,11$ койко-дням.

Во второй группе отмечены 3 (1,2%) летальных исхода от декомпенсированной сердечной патологии, в первой группе - 9 (1,3%) неблагоприятных исходов лечения.

Выводы. Внедрение в клиническую практику одноэтапного миниинвазивного хирургического способа дает возможность выполнять хирургическое вмешательство одноэтапно и минимально инвазивно с сохранением целостности большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Фиброхолангиоскопия и литоэкстракция при одноэтапном минимально инвазивном хирургическом лечении больных холецистохолангиолитиазом, открывает новые возможности в улучшении результатов хирургического лечения больных с данной патологией и позволяет избежать как открытых, так и многоэтапных хирургических вмешательств.

Использование фиброхолангиоскопии и литоэкстракции при одноэтапном минимально инвазивном лечении больных холецистохолангиолитиазом, по сравнению с двухэтапным хирургическим лечением, уменьшает количество осложнений, сокращает продолжительность пребывания больного в стационаре, снижает послеоперационную летальность.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ И БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Дибиров М.Д., Васильева М.А., Домарев Л.В., Эльдерханов М.М., Косаченко М.В.
ФГБОУ ВО Московский государственный медико-стоматологический университет им.
А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия**

Механическая желтуха при холедохолитиазе и остром холангите у 15 – 20% осложняется острым билиарным панкреатитом. Особенности лечения этих сложных заболеваний является необходимость быстрого выбора адекватных методов комплексного

лечения, направленных на наружном или внутреннем дренирование желчных протоков, снижение внутрипротоковой гипертензии в главном панкреатическом протоке, лечение острого холангита и панкреатита, детоксикацию, антибактериальную терапию, профилактику и лечение органических и полиорганочных дисфункций.

Под наблюдением находилась 78 больных с механической желтухой на почве холедохолитиаза, осложнённого билиарным панкреатитом. Средне тяжёлая степень состояния выявлена у 35 (45%), тяжёлая - 43(55 %). Острый холангит отмечен у 28 (36%). По классификации Э.И. Гальперина механическая желтуха класса А была у 20 (26%), класса В - 49 (62%), класса С – 9 (12%). При поступлении органическая дисфункция по шкале SOFA выявлена у 22 (28%). В панкреатогенном и холангиогенном шоке поступило 4 (5%), которым сразу была начата длительная вено-венозная гемофильтрация продолжительностью 24 – 40 часов. Из них умерло 2 (50%).

В течение суток после поступления 76 больным выполнена ЭГДС. После оценки локальной ситуации у 70 (92%) удалось выполнить ЭПСТ, литэкстракция со стентированием ОЖП у 16 (23%) и назобилиарное дренирование при гнойном холангите – 12 (17%). Дополнительно 60 со средней и тяжёлой степенью по АРАСНЕ – II произведено стентирование главного панкреатического протока на глубину 5 - 7 см.

В течение 5 суток на фоне комплексного лечения внутривенно вводился октреотид в дозе 1200 мкг/с. Выполнить ЭПСТ по анатомическим условиям не удалось 6 (8%). Из них 4 выполнена холангиостома и 2 холецистома под УЗ-контролем.

Результаты. Из 76 больных 70 больным удалось спасти. На фоне ПОН умерло 6(8%). Из 78 всего умерло 8 (10%), остальные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Заключение. Минимально инвазивные технологии при механической желтухе и билиарном панкреатите является методом выбора при этих сложных и жизнеугрожающих заболеваниях.

ПРОКСИМАЛЬНЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ БЛОК: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Золотницкая Л.С., Панюшкин А.В., Кукош М.В.

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

ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 им. Е.Л. Березова», Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Механическая желтуха – грозное осложнение заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. Пациенты попадают в наш хирургический стационар в среднем не ранее 3-х недель от начала появления желтухи, нередко в тяжелом состоянии и с явлениями полиорганной недостаточности, что ухудшает прогноз заболевания, повышает риск оперативного вмешательства.

Материалы и методы. В период с 2013 по 2018 гг. в клинике находилось 96 пациентов с высоким проксимальным жёлчным блоком, из них половина (48) – в 2018 г. В структуре патологии метастатическое поражение ворот печени встречалось у 40 пациентов (41,7%), опухоль Клацкина – у 32 (33,3%), гепатоцеллюлярный рак – у 12 (12,5%), рак желчного пузыря – у 8 (8,3%), рак поджелудочной железы – у 4 (4,2%).

Результаты. В нашей клинике реализуется следующий диагностический алгоритм: при поступлении больного с механической желтухой ему выполняется УЗИ, ЭГДС, по показаниям – МСКТ, МРХПГ → антеградное или ретроградное желчеотведение → необходимое дообследование → радикальная операция или эндобилиарное стентирование.

Больным были выполнены следующие вмешательства: наружная холангиостомия – 16, наружно-внутренняя холангиостомия – 35, билобарная комбинированная холангиостомия – 45, антеградное стентирование нитиноловыми стентами – 11.

Имели место осложнения: дислокация дренажа с последующим желчеистечением в брюшную полость – у 10 больных (10.4%), желчеистечение в брюшную полость через несколько дней после уменьшения желчной гипертензии вследствие выхода перфорационных отверстий дренажа за пределы протоков при наружно-внутренних дренированиях – у 6 (6.3%), имбибиция брюшной стенки желчью – 1 (1%), транзиторная гемобилия – 6 (6.3%), холангит – у 5 (5.2%).

С накоплением опыта работы нами отмечено, что снижение количества осложнений происходит при увеличении длины участка дренажа, находящегося в желчных протоках. Это достигается наружно-внутренним препапиллярным дренированием, а в случаях узкого холедоха транссегментарным дренированием из одной доли в другую с дополнительным созданием перфорационных отверстий в дренажах, контрольными фистулографиями через 3-5 дней после вмешательства с обязательной превентивной коррекцией дренажей в случае необходимости.

Летальных исходов было 5 – все они обусловлены прогрессированием печеночно-почечной недостаточности у пациентов с гипербилирубинемией от 400 до 700 мкМ/л и давностью желтухи более 1-1.5 месяцев.

Выводы. 1. Чрескожные антеградные методики наружного дренирования жёлчевыводящих путей нередко являются единственным методом помощи данной категории больных.

2. Наружно-внутреннее, а также трансsegmentарное и междолевое дренирование, позволило значительно уменьшить количество осложнений при выполнении радикальных вмешательств.

СОВРЕМЕННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Кабанов М.Ю.^{1,2}, Семенцов К.В.^{1,2}, Яковлева Д.М.^{1,3}, Соловьев И.А.³, Здасюк С.О.¹

¹**ГБУ СПб «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия**

²**СЗГМУ им. И.И. Мечникова кафедра общей хирургии, Санкт-Петербург, Россия**

³**Кафедра военно-морской хирургии ФГБВОУ ВО Военно-медицинской академии им.**

С.М. Кирова Министерства обороны РФ, Санкт-Петербург, Россия

Своевременная миниинвазивная билиарная декомпрессия является важным компонентом этапного или окончательного хирургического лечения больных с заболеваниями органов гепатопанкреатобилиарной зоны (ГПДЗ), вызывающих механическую желтуху. Данные вмешательства позволяют быстро и эффективно восстановить функцию печени и уменьшить послеоперационную летальность, в особенности у лиц старшей возрастной группы.

В период с 2015 по 2017 гг. было пролечено 807 пациентов с механической желтухой. Из них со стриктурами желчных протоков злокачественного генеза было 526 пациентов, доброкачественного – 17, холедохолитиазом – 264.

Лечение пациентов исследуемых групп было этапное. При злокачественном поражении наиболее часто применялся двухэтапный подход: первичным вмешательством было чрескожное или эндоскопическое дренирование с последующим стентированием желчных протоков. Характеристики используемого нитинолового стента в каждом конкретном случае подбирались индивидуально. При доброкачественных стриктурах – многоэтапный или гибридный подход. В случаях ятрогенных повреждений чрескожное дренирующее вмешательство сочеталось с лапароскопическим или лапаротомным, при осложненных формах панкреатита объем вмешательства выбирался индивидуально в зависимости от характера поражения поджелудочной железы: чрескожный или эндоскопический

цистогастроанастомоз, чрескожное холангиодренирование (ЧЧХД) в сочетании с дренированием кисты. В случаях доброкачественных стриктур (наиболее часто ранее сформированного билиодигестивного анастомоза) в сочетании или без холедохолитиаза выполнялось ЧЧХД с последующим эндопротезированием с/без чрескожной литоэкстракции. Этапная замена эндопротеза осуществлялась по мере его obturации. При первичном склерозирующем холангите – билиарное дренирование правой и левой доли печени с последующим стентированием.

Наиболее частыми послеоперационными осложнениями были: холангит, желчеистечение в свободную брюшную полость на фоне миграции дренажа, тяжелый панкреатит с исходом в панкреонекроз. Из редких осложнений: гемобилия, поддиафрагмальные абсцессы и клинически значимые подкапсульные гематомы, кровотечения из слизистой желудка, эмпиема плевры.

Летальных исходов при выполнении миниинвазивных вмешательств всего было 56 в случае онкологической патологии, что составило 10,6%. От прогрессирования полиорганной недостаточности скончались 47 больных, после выполнения чрескожных - 13 и эндоскопических вмешательств - 13. При эндоскопических вмешательствах 4 пациента скончались от панкреонекроза, от билиарного сепсиса - 9; после ЧЧХД – 2 от панкреонекроза, от сепсиса - 11. В случаях лечения доброкачественных стриктур летальных исходов не было.

Заключение. Внедрение гибридных миниинвазивных технологий в лечении пациентов с механической желтухой улучшает непосредственные и отдаленные результаты лечения; важно соблюдать полную преемственность между врачом, выполняющим дренирующее вмешательство и лечащим врачом, определяющим дальнейшую тактику ведения больного и его курбельность.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ, ВЫЗВАННОЙ ДИСТАЛЬНЫМ БЛОКОМ

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

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшить результаты чрескожных эндобилиарных вмешательств путем оптимизации тактических и технических приемов профилактики послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 262 больных с механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза.

Результаты. Первым этапом при МЖ, вызванной сдавлением холедоха периампулярными опухолями, для создания декомпрессии и ликвидации холестаза, мы применяли чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). На фоне существующей билиарной гипертензии введение большого количества контраста чревато усилением болей, а при наличии холангита септическими состояниями, что резко ухудшает условия для дальнейшего проведения лечебных эндобилиарных вмешательств. Поэтому после получения желчи контрастное вещество вводили в субоптимальном объеме, только для получения картины желчного дерева, четкого контрастирования долевых протоков и бифуркации.

С целью уменьшения случаев миграции и выпадения дренажей использовали катетеры с концами по типу «rig tale», или создавали петлю в просвете холедоха с проведением дистального конца дренажа в левый долевой проток.

На фоне тяжелого состояния больных, вызванной МЖ и длительностью заболевания, мы придерживаемся двухэтапного метода лечения. Первый этап направлен на проведение наружного дренирования, чтобы создать условия для адекватного оттока желчи и устранения билиарной гипертензии. Важным моментом при попытке в один этап выполнения наружного, а затем внутреннего дренирования, на наш взгляд, является попытки реканализации при резко расширенном холедохе, плохой визуализации зоны блока, что вызывает технические трудности, затягивает время процедуры, увеличивает лучевую нагрузку на пациента и медицинский персонал. На втором этапе, после создания декомпрессии, улучшения состояния больного, сокращения холедоха, проведение проводника и катетера дистальнее блока значительно облегчается.

Потери желчи особенно тяжело сказываются на больных старшей возрастной группы. Для предупреждения этих нарушений, мы стремимся к раннему переводу на внутреннее дренирование. Благодаря созданию коаксиальной системы: стилет, плетеный прочный катетер, и сама дренажная система для внутреннего отведения желчи, удается расширить канал в печени и опухолевой стриктуре, и провести в двенадцатиперстную кишку. Такая методика, позволяет создать условия как для адекватного оттока желчи в кишечник, так и позволяет контролировать этот процесс и своевременно корректировать дренирование в отдаленном периоде.

Наиболее грозным ранним осложнением был септический шок, вызванный бактериемией. Гемобилия различной степени выраженности вызывала обтурацию желчных протоков сгустками крови, нарушала адекватное дренирование, усугубляла функциональное состояние печени, способствовала в последующем развитию инфекции в желчных протоках.

Отсутствие эффективного дренирования желчевыводящей системы было также вызвано миграцией дренажей, обтурацией отверстий фибрином при недостаточном уходе, особенно на амбулаторном этапе лечения. Это способствовало развитию затеков желчи в прилежащие полости, инфицированию желчи и развитию вторичного холангита.

Заключение. Комплекс мероприятий, включающих интенсивную предоперационную подготовку, превентивную антибактериальную терапию с добавлением в периоперационном периоде гормональных средств, использование в премедикации с целью обезболивания вместо наркотических анальгетиков трамадола, активная местная и общая гемостатическая терапия при гемобилии, а при отсутствии эффекта установка дренажа большего диаметра, постельный режим в течение 3 суток с тщательным контролем адекватности дренирования, позволили уменьшить.

ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛАНГИТОМ И БИЛИАРНЫМ СЕПСИСОМ С ПОЗИЦИЙ ГИБРИДНОЙ ХИРУРГИИ

Корольков А.Ю., Попов Д.Н., Китаева М.А., Танцев А.О., Никитина Т.О.

**НИИ хирургии и неотложной медицины ФГБОУ ВО Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России,
Санкт-Петербург, Россия**

Введение. Пациенты с холангитом и билиарным сепсисом, развившимися на фоне сочетанного холецистохоледохолитиаза представляют собой категорию больных, у которых выбор лечебной тактики требует от практикующего хирурга принятия сложных решений в максимально короткие сроки. В последние годы наилучшие результаты лечения у данной категории больных отмечаются при использовании гибридных хирургических технологий, сочетающих лапароскопические и эндоскопические вмешательства. Ретроградное проведение струны через культю пузырного протока с дальнейшей канюляцией холедоха (метод «Рандеву») позволяет уменьшить риск возникновения возможных осложнений при выполнении эндоскопических транспапиллярных вмешательств.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с сочетанным холецистохоледохолитиазом, осложнённым холангитом и билиарным сепсисом.

Материалы и методы. В период с 2015 по 2018 годы в клинике НИИ Хирургии и неотложной медицины ПСПБГМУ им. акад. И.П. Павлова было пролечено 42 пациента с холецистохоледохолитиазом, острым холециститом, холангитом и билиарным сепсисом.

Выполнялись следующие виды гибридных хирургических вмешательств: одномоментная лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЭПСТ), одномоментная лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией по методике «Рандеву» и литоэкстракцией (ЛХЭ+Р-ЭПСТ). По результатам оперативного лечения в каждой группе пациентов были проанализированы следующие показатели: частота и характер послеоперационных осложнений, общее время оперативного вмешательства, тотальность литоэкстракции, частота и причина интраоперационных конверсий, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты на лечение. Статистический анализ полученных данных проводился в программе Microsoft Excel 2018, для определения статистической значимости различия использовался t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты. По результатам проведенного обследования острый холангит был диагностирован у 34 больных (81%), билиарный сепсис – у 4 (19%). 21 пациенту было выполнено ЛХЭ+ЭПСТ, остальным 21 - ЛХЭ+Р-ЭПСТ. При проведении анализа результатов лечения отмечается преимущество одномоментной комбинированной ЛХЭ+ЭПСТ с использованием методики «Рандеву» ввиду достоверно меньшего времени оперативного вмешательства ($111,2 \pm 10,9$ против $147,4 \pm 11,8$), меньшей частоты интра- и послеоперационных осложнений (4,8% против 14,3%), летальности (0 против 4,8%), койко-дня ($10,4 \pm 2,7$ против $12,6 \pm 2,1$) и экономических затрат на лечение ($109341,4 \pm 4118,2$ против $132932,8 \pm 6321,5$). Достоверной и значимой разницы в тотальности литоэкстракции и частоте интраоперационных конверсий не отмечалось. Меньшее время оперативного вмешательства при использовании метода «Рандеву» объясняется меньшим числом попыток канюляции (1 против 2,7) и, соответственно, меньшим временем эндоскопического этапа операции ($50,1 \pm 10,4$ мин против $84,6 \pm 12,1$ мин). При разборе структуры послеоперационных осложнений выявлено, что использование методики «Рандеву» сопровождается меньшей вероятностью развития острого панкреатита (4,8 против 14,3%).

Выводы. 1. Использование современных гибридных хирургических вмешательств является одним из наиболее эффективных методов лечения больных с холецистохоледохолитиазом, осложненным холангитом и билиарным сепсисом.

2. Использование методики «Рандеву» достоверно позволяет уменьшить время эндоскопического этапа операции и, соответственно, общее время хирургического вмешательства, а также частоту послеоперационных осложнений, летальность, длительность койко-дня и экономические затраты на лечение.

ТАКТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Котовский А.Е.¹, Глебов К.Г.², Дюжева Т.Г.¹

¹ФГБОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Россия

²ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова ДЗ
г. Москва, Россия

Цель исследования: разработка эффективных тактических подходов к эндоскопическому стентированию желчных протоков (ЖП) у больных механической желтухой (МЖ) опухолевого генеза.

Материалы и методы. В период с 2003 по 2018 гг. эндоскопическое стентирование ЖП было выполнено у 606 – при злокачественных опухолевых поражениях органов гепатопанкреатодуоденальной зоны (ГПДЗ), осложненных МЖ, из них рак поджелудочной железы – 38,5 %, рак гепатикохоледоха – 27,2%, опухоль Клацкина – 14,6%, рак БСДК – 10,7%, метастатическое поражение печени – 9%.

Мы являемся сторонниками комплексного подхода к эндоскопическим лечебно-диагностическим вмешательствам при лечении больных МЖ, поэтому всем больным сразу после ретроградной эндоскопической холангиографии стремились выполнить весь возможный спектр эндоскопических ретроградных манипуляций, направленных на восстановление желчеоттока.

У всех больных с целью декомпрессии ЖП на первом этапе была выполнена эндоскопическая папиллотомия, которая произведена в качестве доступа к магистральным ЖП. У 30 % больных потребовалось вначале проведение реканализации и бужирования опухолевой стриктуры, а у 58% - последовательная этапная баллонная дилатация области сужения.

Результаты. У 82% пациентов мы использовали двухэтапную лечебную тактику декомпрессии желчных протков (I этап – назобилиарное дренирование; II этап – стентирование ЖП), а у остальных больных стенты устанавливались сразу после доступа к ЖП. Подобный подход был обусловлен, прежде всего, характером заболевания органов ГПДЗ, а также накопленным на момент вмешательства опытом оценки клинической ситуации.

При выборе тактики эндоскопического лечения мы ориентировались на наличие или отсутствие холангита, клинических признаков печеночно-почечной недостаточности и на

исходный уровень билирубина сыворотки крови. Все эти показатели определяли последующий алгоритм вмешательства, направленный на восстановление нарушенного желчеоттока.

Одноэтапная тактика стентирования ЖП применялась у больных с невысоким уровнем билирубина крови, без признаков холангита и печечно-почечной недостаточности.

При анализе группы больных МЖ с высокими цифрами билирубина (более 140 мкмоль/л), мы пришли к выводу, что наилучших результатов эндоскопического лечения по восстановлению желчеоттока можно добиться только при двухэтапном выполнении лечебных мероприятий. На первом этапе - НБД, а затем стентирование. Пластиковый эндопротез был установлен у 68% больных, а металлический самораскрывающийся стент – 32% пациентов. У 94% больных удалось добиться стойкой нормализации билирубина крови, ликвидации желтухи и гнойного холангита. Наибольшее число осложнений отмечено в группе пациентов с одноэтапной тактикой стентирования.

Выводы. У больных с цифрами билирубина крови (более 140 мкмоль/л) следует использовать двухэтапное вмешательство (I этап - назобилиарное дренирование; II этап – эндоскопическое протезирование ЖП). Декомпрессия ЖП с использованием на первом этапе НБД значительно уменьшает риск развития постдекомпрессионного синдрома и послеоперационных осложнений эндоскопического стентирования ЖП. У больных с онкологическими заболеваниями ГПДЗ предпочтение следует отдавать металлическим конструкциям эндопротезов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Коханенко Н.Ю., Павелец К.В., Антипова М.В., Кашинцев А.А., Глебова А.В., Вавилова О.Г., Русанов Д.С., Сериков В.А., Калюжный С.А.

**Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия**

СПбГУЗ «Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия

Желтуха (jaundice, icterus) – появление желтой окраски кожи и склер глаз, свидетельствующее об избыточном содержании в крови билирубина. Неразрешенная длительная механическая желтуха приводит к резко выраженной недостаточности функции печени, очаговым некрозам ее паренхимы, бактериобилиии.

Материалы и методы. За последние 10 лет под нашим наблюдением находились 1242 больных с механической желтухой. У 712 она была доброкачественного генеза, у 530 – злокачественного.

Причины механической желтухи при желчно-каменной болезни была следующей:

1. литиаз желчных протоков – 626 (87,9%) (в т. ч. синдром Миризи – 23 (3,7%), билиодигестивные свищи – 7 (1,1%);
2. стеноз большого дуоденального сосочка: а) первичный – 6 (0,8%); б) вторичный (с холедохолитиазом) - 443 (62,2%);
3. дивертикулы двенадцатиперстной кишки (парапапиллярные, перипапиллярные) – 19 (2,7%);
4. хронический панкреатит – 27 (3,8%);
5. ятрогенные повреждения желчных протоков - 43 (6,0%).

Причины опухолевой механической желтухи:

1. опухоль головки поджелудочной железы – 424 (80,0%);
2. опухоль большого дуоденального сосочка – 27 (5,1%);
3. опухоль внепеченочных желчных протоков – 97 (18,3%);
4. метастатическое поражение лимфатических узлов в воротах печени – 12 (2,3%).

Для диагностики применяли: клинические анализы крови и мочи, исследование кала на копрограмму; исследование билирубина, амилазы, общего белка и белковых фракций, глюкоза, АЛТ, АСТ, ЩФ, исследование опухолевых маркеров Са 19-9 и СЕА, УЗИ, ФГДС, КТ и МСКТ, МРТ с МРХПГ, рентген желудка и двенадцатиперстной кишки, прямое контрастирование желчных протоков (ЭРХПГ, чрескожное чреспеченочное), эндоУЗИ, позитронную эмиссионную томографию (ПЭТ), в сомнительных случаях даже ангиографию, лапароскопию, диагностическую лапаротомию.

Результаты. Более чем у половины больных (687 (55,3%)) диагноз удалось поставить только клинически и затем подтвердить его другими методами исследования.

Остановимся на наиболее информативных аппаратных методах исследования.

УЗИ было выполнено всем больным опухолевой желтухой. Его чувствительность при раке ПЖ составила 78%, специфичность – 63%, точность – 72%. Эндо УЗИ было выполнено 273 пациентам опухолевой механической желтухой. Его чувствительность составила 85%, специфичность – 89%, диагностическая точность – 92%. МСКТ выполнили 212 больным. Его чувствительность составила 92%, специфичность – 93%, точность – 91%. МРТ и МРХПГ было выполнено почти всем пациентам (512 из 530 (96,6%)). Чувствительность составила 87%, специфичность – 93%, точность – 91%.

Применение всех методов исследования позволило повысить диагностическую точность при опухолевой механической желтухе до 97%.

УЗИ также было выполнено всем больным механической желтухой доброкачественного генеза. Его диагностическая чувствительность составила 48%, специфичность – 71%, точность – 58%. Эндо УЗИ – 94%, 92% и 93% соответственно. МСКТ – 86%, 91% и 93%. МРТ с МРХПГ – чувствительность – 98%, специфичность – 95%, точность – 98%.

Заключение. Для дифференциальной диагностики желтух в первую очередь больному нужно выполнить МРТ с МРХПГ. При опухолевой желтухе применение всех диагностических исследований позволяет повысить диагностическую точность до 97%.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Захарова А.В., Шигабутдинов Р.Р., Васильев Д.Ж., Назмеев М.А., Семенова И.И.

ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Актуальность. Лечение пациентов с механической желтухой (МЖ) остается одной из наиболее сложных проблем в абдоминальной хирургии. Это связано с неуклонным ростом числа пациентов с заболеваниями печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. Как показывают результаты лечения, выполнение только декомпрессии желчных протоков, особенно при длительной МЖ, оказывается недостаточным для восстановления функции печени. В связи с чем, применение патогенетически обоснованных методов предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов представляется актуальным.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с синдромом механической желтухи доброкачественного генеза путем усовершенствования предоперационной подготовки и хирургической тактики.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 2092 пациентов с МЖ доброкачественного генеза, находившихся в ГАУЗ РКБ МЗ РТ на базе отделений абдоминальной и эндоскопической хирургии за период с 2014 по 2018 гг. Женщин было 1443 (69%), мужчин - 649 (31%), больных старше 70 лет – 836 (39,9%).

Причинами МЖ явились: холедохолитиаз в сочетании со стенозом БДС - 62%, стеноз БДС и терминального отдела холедоха – 33%, рубцовый стеноз холедоха – 0,9%, холангит – 2,7%, острый панкреатит 1,4%.

Результаты. Результаты хирургического лечения зависят от комплексной интенсивной терапии, как до, так и после операции, направленной на профилактику полиорганной недостаточности, устранение эндотоксикоза, профилактику развития инфекционных и геморрагических осложнений. Особую значимость приобретают препараты, оказывающие дезинтоксикационное, гепатопротекторное и антигипоксическое действие. К ним относят ремаксол, который содержит активные метаболические компоненты – янтарную кислоту, рибоксин, никотинамид, метионин, электролиты – натрия хлорид, магния хлорид, калия хлорид, сольстабилизирующий агент N-метилглюкамин и является сбалансированным полиионным раствором. Препарат способствует снижению уровня билирубина и его фракций, улучшает экскрецию прямого билирубина в желчь, снижает активность экскреторных ферментов – ЩФ и ГГТП, способствует окислению холестерина в желчные кислоты. Было продолжено изучение эффективности применения препарата ремаксол в комплексном до- и послеоперационном лечении пациентов с МЖ средней и тяжелой степени. Гипербилирубинемия была в интервале от 100 до 400 мкмоль/л, в основном за счет прямой фракции, а также повышение ферментов, характеризующих цитолитический синдром (АЛТ, АСТ) и холестатический синдром (ЩФ, ГГТП), что свидетельствует о паренхиматозном поражении печени. Пациенты получали ремаксол с момента поступления в дозе 400мл в сутки, в течение 2 – 7 суток в зависимости от тяжести состояния. На первом этапе проводились декомпрессия желчных протоков: ЭПСТ, ЭПСТ с литоэкстракцией, стентирование холедоха, назобилиарное дренирование, ЧЧХС. В последующем, по показаниям, выполняли второй этап - ЛХЭ, ХЭ из минидоступа, и у 167 (8%) пациентов - открытые вмешательства.

Заключение. Использование препарата ремаксол до- и после операции улучшает клиническое течение, что проявляется в нормализации функции печени, снижении интоксикации, сокращении сроков между вмешательствами при двухэтапном лечении до $2,3 \pm 0,7$ суток и время пребывания пациентов в стационаре до $8,2 \pm 1,06$ суток.

ЧРЕСКОЖНЫЕ МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Красильников Д.М., Миргасимова Д.М., Бородин М.А., Шигабутдинов Р.Р., Захарова А.В., Имамова А.М., Спиридонов С.И.

**ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Казань, Россия**

ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Актуальность. Своевременная диагностика и оптимальное хирургическое лечение пациентов с механической желтухой (МЖ) остаются одной из сложных проблем в клинической хирургии. Частота МЖ при заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны составляет от 12,0 до 45,2%, причем хирургические вмешательства у пациентов, выполняемые по экстренным показаниям, сопровождаются множественными осложнениями, а летальность превышает 30%.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения пациентов с МЖ при использовании чрескожных миниинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней ФГБОУ ВО «КГМУ МЗ РФ» на базе отделений хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» с 2014 по 2018 гг. с МЖ оперированы 2345 пациентов, из них 253 (10,8%) с использованием чрескожных чреспеченочных пунктирно - дренирующих операций под УЗ-наведением: ЧЧХС произведена в 151 наблюдении, ЧЧхолецистоС – 85, эндопротезирование желчных протоков – 10, ЧЧхоледохоС – 4, баллонная дилатация стриктур протоков - 3. Для более результативного проведения чрескожных пунктирных вмешательств нами разработана медицинская дренажная игла большего диаметра, с улучшенной ультразвуковой визуализацией (патент № 2649567 от 03.04.2018 г.).

Результаты. При поступлении в стационар всем пациентам проводим диагностику по разработанной в клинике программе, включающей анализ клинико-объективных данных, клинических, биохимических лабораторных исследований, УЗИ, КТ или МРТ, ЭГДС с осмотром зоны БДС. На основании полученных результатов определяем природу желтухи, тактический план лечебных и инвазивных пособий. Выбор метода инструментальной диагностики зависел от причины обтурации желчных протоков, возможности перехода диагностического исследования в лечебное вмешательство, оснащения стационара. Все пунктирно-дренирующие операции выполняем под местной анестезией с премедикацией или внутривенным обезболиванием в случаях тяжелого состояния пациентов преклонного возраста, наличия сопутствующей патологии, невозможности проведения эндоскопических вмешательств, крупных конкрементах в холедохе, запущенности онкопроцесса в гепатопанкреатобилиарной зоне. При МЖ доброкачественной этиологии у пациентов с холедохолитиазом, стенозом БДС или терминального отдела холедоха, холангитом ЧЧХС

выполнена в 136 (53,7%) наблюдениях. Второй этап операции производили эндоскопически после стабилизации состояния пациентов в конце первой недели. У пациентов с острым калькулезным холециститом пожилого и старческого возраста, с отягощенным анамнезом формировали ЧЧхолецистоС в 79 (31,2%) случаях. ЛХЭ выполнялась в плановом порядке не ранее чем через 4 недели. При опухоли Клацкина чаще дренировали левый печеночный проток, а при значительном распространении бластоматозного процесса на область конfluence канюлировали оба протока, что являлось окончательным способом декомпрессии. 187 (8%) пациентам произведена традиционная операция по неотложным показаниям с целью устранения причин МЖ, по причине невозможности проведения декомпрессии малоинвазивными способами. Летальность составила 5,9%.

Заключение. Проведение декомпрессии билиарной системы, чаще как первого этапа хирургического лечения у пациентов с МЖ при их тяжелом состоянии способствует значительному улучшению результатов операции, снижению послеоперационной летальности в 2,5 раза.

БИЛИАРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ПРИ ВОРОТНОЙ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМЕ

Кулезнева Ю.В., Мелехина О.В., Огнева А.Ю.

**ГБУЗ Московский Клинический Научный Центр имени А.С. Логина ДЗ г. Москвы,
Москва, Россия**

Выбор метода декомпрессии желчных протоков при воротной холангиокарциноме до настоящего времени остается спорным вопросом.

Материалы и методы. В период с 2014 по 2018 гг. на лечении в МКНЦ находилось 264 пациента с воротной холангиокарциномой. Все пациенты поступали с явлениями механической желтухи, с уровнем билирубина от 120 до 650 мкмоль/л (в среднем 264 мкмоль/л). 36 пациентов были дренированы в других клиниках ретроградно пластиковыми стентами и поступили с явлениями острого холангита. Из них 25 пациентов поступили с явлениями септического шока.

Результаты. По классификации Bismuth-Corllet преобладали пациенты с III и IV типом - 90%. Из осложнений у 15% пациентов отмечалась миграция дренажа из правой доли печени. Холангит выявлен у 8,7% пациентов при частичном разобщении внутривнутрипеченочных желчных протоков. Во всех случаях на фоне дополнительного дренирования холангит купирован. Из 264 пациентов 86 (32,5%) радикально оперированы. В отдаленном периоде у 6

(2,2%) пациентов отмечено появление имплантационных метастазов по ходу дренажного канала (срок возникновения от 6 до 12 мес.).

У всех пациентов, поступавших после попыток эндоскопического дренирования, ретроградно установленные стенты удалены, произведено чрескожное супрапапиллярное наружно-внутреннее дренирование, на фоне чего холангит был полностью купирован.

Выводы. Чрескожное чреспеченое супрапапиллярное дренирование желчных протоков при воротной холангиокарциноме является безопасной методикой, как для дооперационного, так и для паллиативного дренирования. Частота имплантационных метастазов не превышает 2,2% в нашем исследовании, что не является поводом для отказа от методики.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ПАРАЗИТАРНАЯ ЖЕЛТУХА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Курбонов К.М.^{1,2}, Азизода З.А.², Назирбоев К.Р.^{1,2}

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,
Таджикистан, Душанбе

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Таджикистан, Душанбе

Цель исследования: улучшение комплексного лечения паразитарной механической желтухи.

Материалы и методы. Анализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 72 больных с МПЖ за последние 15 лет. По характеру поражения желчных протоков больные с МПЖ были распределены на 4 группы. В первую группу вошли 35 (48,6%) пациентов с вторичным поражением сегментарных внутрипеченочных желчных протоков в результате сдавления или прорыва кисты, у которых в магистральных желчных протоках отсутствовали элементы паразита – дочерние пузырьки, обрывки хитиновой оболочки и т.д. Во вторую группу включены 27 (37,5%) больных с вторичным поражением внепеченочных магистральных желчных протоков и желчного пузыря в результате прорыва эхинококковых кист в магистральные желчные протоки и их закупорки обрывками хитиновой оболочки с развитием острой МПЖ. В третью группу включены 7 (4,2%) больных с вторичным внепросветным (необтурационным) поражением магистральных желчных протоков со стриктурой и развитием МПЖ. В четвертую группу отнесены 3 (4,2%) больных с первичным поражением стенок гепатикохоледоха в результате прорастания эхинококковой кисты с развитием его сужения и МПЖ.

Результаты. При лечении МПЖ в 32 (44,4%) наблюдениях ограничивались традиционной открытой холедохотомией с удалением элементов паразита с последующим

дренированием общего желчного протока по Керу (n=25) и трансхоледохеальным дренированием остаточной полости (n=7). В 32 наблюдениях были выявлены нагноения эхинококковых кист (n=13) и явления гнойного паразитарного холангита (n=19), в связи с чем операцию дополняли открытой эхинококкэктомией. Кроме этого, в 15 (20,8%) случаях после выполнения холецистэктомии, холедохотомии с удалением элементов паразита производили перицистэктомию с дренированием брюшной полости.

В послеоперационном периоде отмечалось нарастание печеночной недостаточности на 7сутки у 3 больных, в 11 наблюдениях развились гнойно-септические осложнения со стороны остаточных полостей (n=5), лапаротомных ран (n=5) и зоны расположенных дренажей (n=1). После выполнении холецистэктомии и холедохотомии с удалением элементов паразита при прорыве эхинококковых кист в желчный пузырь и магистральные желчные протоки и перицистэктомии отмечали 3 осложнения в виде кровотечения из полости кисты (n=1) и нагноения остаточной полости (n=2). Был один летальный исход, наступивший вследствие послеоперационной пневмонии.

Во второй группе, составленной из 25 (34,7%) больных с МПЖ, на первом этапе выполняли эндоскопическую (n=16) и видеоэндоскопическую (n=9) декомпрессию и санацию желчных путей: оперативное вмешательство на кисту проводили в безопасном периоде. ЭПСТ выполняли 14 больным с острой тампонадой большого сосочка двенадцатиперстной кишки и магистральных желчных протоков фрагментами эхинококковой кисты с последующим транспапиллярным удалением фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист и НБД остаточной полости и общего желчного протока.

В послеоперационном периоде отмечали 2 осложнения в виде острого послеоперационного панкреатита, который был купирован консервативными методами. Летальный исход отмечен в 1 наблюдении вследствие печеночной недостаточности.

В 2 наблюдениях при первичном поражении магистральных желчных протоков эхинококкозом с развитием стриктуры и МПЖ и холангита, пациентам выполняли ЭРПГХ с ЭПСТ с последующим транспапиллярным НБД зоны паразитарной стриктуры. Осложнений и летальных исходов не наблюдали.

В 9 случаях для лечения МПЖ на первом этапе производили видеолапароскопическую холедохотомию с удалением фрагментов паразита санацией и трансхоледохеальным дренированием остаточной полости. В послеоперационном периоде наблюдали 2 осложнения в виде нагноения троакарных ран. Летальных исходов не было.

В 5 наблюдениях первичновыполненные эндоскопические декомпрессивные вмешательства оказались окончательными методами лечения ЭП. Повторные радикальные

оперативные вмешательства спустя 1,5-2 месяца в безопасном периоде были выполнены 20 пациентам с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Заключение. При МПЖ, обусловленной ЭП патогенетически обоснованным является выполнение на первом этапе эндоскопических и видеолапароскопических декомпрессивных вмешательств на желчных путях, которые позволяют эффективно купировать желчную гипертензию, паразитарный холангит и выполнить радикальные оперативные вмешательства в более безопасном и благоприятном для больного условиях.

ЦИТОКИНОТЕРАПИЯ – ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Курбонов К.М.^{1,2}, Назирбоев К.Р.^{1,2}, Халимов Дж.С.¹

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,
Таджикистан, Душанбе

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Таджикистан, Душанбе

Цель исследования: анализ результатов комплексного лечения доброкачественной механической желтухи (ДМЖ) путем коррекции иммунного и цитокинового баланса.

Материалы и методы. В анализируемый клинический материал включены результаты сравнительного обследования и лечения 86 больных с ДМЖ. Причиной ДМЖ являлся холедохолитиаз в 51 (59,3%) наблюдении, стриктура терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) - в 19 (22,1%), в 10 (11,6%) - рубцовые стриктуры желчных протоков (n=7) и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=3), хронический панкреатит - в 6 (7%). Длительность ДМЖ варьировала от 1 до 21 суток.

Тяжесть печеночной недостаточности (ПН) определяли на основании маркеров холестаза (уровня билирубина, активности щелочной фосфатазы) и цитолиза (активности АлАт и АсАт) в крови. Гнойный холангит (ГХ) на фоне ДМЖ имел место в 31 (36%) случае. Основную группу составили 46 (53,5%) больных, ПН I степени наблюдалась у 15 (17,4%) из них, ПН II степени - у 10 (11,6%), ПН III степени - у 11 (12,8%), ПН IV степени - у 10 (11,6%). Контрольную группу составили 40 (46,5%) пациентов. При этом, ПН I степени была у 14 (16,3%) больных, ПН II степени - у 11 (12,8%), ПН III степени - у 9 (10,45%) и ПН IV степени - у 6 (6,95%). У пациентов основной группы после билиарной декомпрессии в комплексной базисной терапии дополнительно применяли внутривенное введение ронколейкина, а больные с ГХ дополнительно получали еще и местную цитокинотерапию. Пациенты контрольной группы (n=40) получали традиционную общепринятую терапию.

Необходимо отметить, что при лечении больных с ДМЖ основное значение придавали ранней декомпрессии желчевыводящих путей и у всех больных выполнялись миниинвазивные и традиционные вмешательства. Открытые вмешательства применены у 37 (43%) больных: холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование ОЖП – у 18 (20,9%), холецистэктомия холедохолитотомия с формированием холедоходуоденоанастомоза – у 12 (13,9%), иссечение рубцов с формированием гепатикоанастомоза по Ру – у 7 (8,1%). Малоинвазивные у 46 больных: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) – у 32 (37,2%), ЧЧХС - у 43, ЭПСТ+стентирование – у 6 (6,9%), ЭПСТ с механической литоэкстракцией – у 9 (10,4%). Пациентам, перенесшим ЭПСТ и ЧЧХС (n=49), после коррекции гипербилирубинемии и эндогенной интоксикации на втором этапе выполняли открытую (n=16) и эндоскопическую холецистэктомию (n=6) и гепатикоюноанастомоз по Ру (n=3).

Системную цитокинотерапию (СЦТ) проводили путем внутривенного введения ронколейкина (рекомбинантного ИЛ -2 человека) в 400 мл физиологического раствора натрия хлорида, в течение 4-6 ч со скоростью 1-2мл в минутучерез день с учетом ПН и глубины цитокинового дисбаланса. При ПН I степени препарат вводили внутривенно в дозе 0,25 мг (250000 МЕ) 2 раза, при ПН II степени - 0,5 мг (500000 МЕ) 2 раза, при ПН III степени – 1 г (1000000 МЕ) 2 раза, при ПН IV степени и ДМЖ с ГХ – 1 г (1000000 МЕ) 3 раза. С целью предотвращения потери биологической активности ронколейкина к вводимому раствору во флакон добавляли 10% раствор человеческого сывороточного альбумина в объеме 4 мл при дозе ронколейкина 0,25 мг; 6 мл – 0,5 мг и 8 мл – 1,0 мг. У больных с ДМЖ и ГХ 1 г ронколейкина, растворенного в 50мл изотонического раствора натрия хлорида, вводили капельно через дренажную трубку в ОЖП в течение 3 ч через день 3 раза.

Для изучения состояния иммунного статуса у больных с ДМЖ до и после операции на 1, 3, 7 и 14-е сутки в сыворотке крови определяли субпопуляционный состав лимфоцитов (СД3, СД4, СД8, СД19), иммуноглобулины (IgA, IgM и IgG), циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК). Функциональную активность нейтрофилов лейкоцитов оценивали с помощью фагоцитарного числа (ФЧ), рассчитывали иммунорегуляторный индекс соотношения СД4/СД8. Оценку уровней TNF α , IFN γ , ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-4 и ИЛ-10 в сыворотке крови, TNF α , ИЛ-4 и ИЛ-6 в протоковой желчи, а также ИЛ-6 в моче проводили с помощью иммуноферментного анализа. По формулам TNF α /ИЛ-10 и ИЛ-2/ИЛ-4 рассчитывали соотношения про- и противовоспалительных цитокинов. Изучение показателей у 20 практических здоровых людей приняли за норму.

Результаты. Полученные результаты иммунологического и цитокинового статуса при поступлении у пациентов контрольной группы выявили вторичный иммунодефицит по

супрессивному типу с недостаточностью клеточного иммунитета на фоне активации гуморального звена с дисбалансом от степени ПН, уровня билирубинемии и ГХ. При этом высокий уровень TNF α , IL-6, IL-4 и IL-10 на фоне снижения концентрации IL-2 свидетельствовал о неблагоприятном течении заболевания. После выполнения декомпрессии желчных путей у больных с ДМЖ наблюдалось снижения уровня В-клеток, содержания Ig A, M, G и ЦИК. Показатели цитокинового статуса у больных с ДМЖ и у пациентов с ГХ в контрольной группе, которые получали общепринятую традиционную консервативную терапию, показали следующее: выявлено повышение концентрации в плазме крови IFN4, IL-6 и IL-10 в первые 3 дня, а IL-4 – в течение 7 дней после операции с дальнейшим снижением. Содержание провоспалительного цитокина IL-2 после операции статистически достоверно снижалось по сравнению с исходными, но в дальнейшем в плазме крови нарастала концентрация этого цитокина.

Детальное изучение содержания цитокинов IFN4, IL-4 и IL-6 в протоковой желчи показало, что их уровни до выполнения декомпрессии желчных путей при всех степенях ПН были выше, чем в крови. К 3-м суткам после декомпрессии по сравнению с показателями до дренирования отмечалось снижение всех изученных цитокинов в протоковой желчи. К 7-м суткам по сравнению с 3-ми, выявлено снижение концентрации TNF α , IL-4 и IL-6 в протоковой желчи.

Исследования показало, что в условиях нарушения иммунного статуса на местном и системном уровне традиционная комплексная терапия больных с ДМЖ после её декомпрессии не позволяет восстановить «иммунное равновесие» и цитокиновый баланс.

Выявленные нарушения иммунного статуса и цитокиновый дисбаланс, а также нехватка эндогенного IL-2 дало основание 40 пациентам основной группы в комплекс медикаментозной терапии включить ронколейкин с учётом степени выраженности ПН и глубины нарушения иммунитета. Применение ронколейкина у пациентов основной группы способствовало восстановлению нарушенных регуляторных функций Т- и В-клеточного иммунитета, ускорению тенденций к нормализации показателей цитокинового профиля и иммунорегуляторного индекса. К концу лечения на этом фоне на достаточном уровне оставался цитокиновый ответ, но значительно уменьшался дисбаланс между про- и противовоспалительными цитокинами.

Достаточно отметить, что ронколейкин эффективно снижал содержание TNF α - 58,3 \pm 2,2 пкг/мл, IL-4 - 36,1 \pm 1,2 пкг/мл и IL-6 - 26,4 \pm 1,4 пкг/мл в желчи больных с различными степенями ПН и ГХ. Так, на 7-е сутки после декомпрессии по сравнению с показателями контрольной группы, в основной группе концентрация TNF α , IL-4 и IL-6 в желчи была достоверно меньше на 50,2, 44,5 и 57,3% соответственно.

Среди 86 больных ДМЖ умерли 4 (4,6%) человека, из них в контрольной группе – 3 (3,45%), в основной – 1 (1,15%).

Заключение. При доброкачественной механической желтухе наблюдаются нарушения в иммунном и цитокиновом статусах, выраженность и глубина которых зависит от степени печеночной недостаточности. Включение в комплекс постдекомпрессионной медикаментозной терапии больных ДМЖ направленной цитокинотерапии является патогенетически обоснованным методом лечения печеночной недостаточности.

MANAGEMENT OF BILIARY OBSTRUCTION IN PANCREATIC AND PERIAMPULLARY CANCER

Labori K.J.

Department of HPB Surgery, Oslo University Hospital, Oslo, Norway

Obstructive jaundice is the most common symptom in pancreatic and periampullary cancer (distal bile duct, ampulla of Vater, duodenum). Surgical resection remains the sole curative form of therapy. Obstructive jaundice is known to result in systemic effects and increased risk of hepatic dysfunction, renal failure, nutritional deficiencies, coagulation disorders, and infections. For these reasons, preoperative biliary drainage (PBD) to lower bilirubin levels prior to pancreatoduodenectomy was routinely used for decades to improve the patients' general condition and to decrease the chance of postoperative morbidity and mortality. However, since PBD introduces a risk for complications by itself (e.g. post-ERCP pancreatitis and cholangitis), it has been a matter of debate whether PBD should be performed routinely or only on indication. There are three categories of patients with pancreatic and periampullary cancer and biliary obstruction: patients who are (1) potentially resectable for cure, (2) borderline resectable, and (3) unresectable (due either to locoregional or metastatic disease, or to underlying medical conditions). In most countries relatively many patients with obstructive jaundice with a resectable tumor are first undergoing biliary stent placement before they are referred to surgery. However, recent evidence suggests that patients with potentially resectable tumors who are fit to undergo early surgery should do so, without PBD. Potentially resectable individuals who have cholangitis and individuals with pruritus whose surgery is delayed should undergo ERCP and stent placement. Patients with borderline resectable disease will often undergo neoadjuvant therapy, which should be preceded by an endoscopic tissue diagnosis and placement of a stent, which may be performed during the same procedure. The relative ease of placement and removal of plastic stents, as well as their low cost, have made them an attractive option for the past decades. However, recent evidence shows that

fully covered self-expandable metal stents should be preferred over plastic stents whenever PBD is indicated. For patients with unresectable disease or those who are unfit for surgery and are in a palliative setting relieve of biliary obstruction is best achieved with metal stents, which have a higher patency rate than plastic stents. Percutaneous transhepatic cholangiography with stent placement is reserved for failed endoscopic attempts. Palliative hepaticojejunostomy is very seldom indicated because of high success rate of either ERCP or PTC mwith stent placement.

ОСТРАЯ БЛОКАДА ТЕРМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛА И СОСОЧКОВЫЙ ИЛЕУС, ОСЛОЖНЕННЫЕ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ, КАК СИНДРОМ ОПИ (ОPIE)

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. Холедохолитиаз осложняет течение острого холецистита (ОХ) в 12-18% с угрозой развития холангита, холангиогенного сепсиса, деструктивного панкреатита. Наиболее тяжелые формы заболевания связаны с острой блокадой терминального отдела крупными желчными конкрементами или ущемлением в большом дуоденальном сосочке конкрементом диаметром 2-5 мм. В 1901 г. Э. Опи (Eugene L. Opie - 1873-1971) впервые опубликовал результаты вскрытия у двух больных женщин с геморрагическим панкреатитом в результате острой блокады терминального отдела холедоха крупными желчными конкрементами.

В 1903 г. Г. Кер (H. Kehr) впервые ввел острую блокаду холедоха в классификацию желчнокаменной болезни.

Материалы и методы. В хирургическом отделении КОКБ за период с 2004 по 2017 гг. оперированы 1086 больных ОХ, осложненных холедохолитиазом у 195 (18%) больных.

Из 195 больных ОХ, осложненных холедохолитиазом, острая блокада терминального отдела холедоха и ущемление желчного конкремента в устье большого дуоденального сосочка (сосочковый илеус) выявлен у 19 (9,7%) больных.

Результаты. Подвергнуты эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии и последующей холецистэктомии после нормализации амилазурии 16 больных. У 3 больных в связи с неудавшейся попыткой канюляции большого дуоденального сосочка срочно

выполнена лапатомная холецистэктомия супрадуоденальной холедохолитотомией и дренированием холедоха по Керу.

Из 19 больных с острой блокадой терминального отдела холедоха и сосочковым илеусом у 10 развились тяжелые формы деструктивного панкреатита с 3 летальными исходами.

Выводы. Деструктивные формы панкреатита подвергаются хирургическому вмешательству после формирования секвестров через 3-4 недели по рекомендации Г. Бегера. Острые формы блокады терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка, требующие немедленных лечебных мероприятий, по нашему мнению, следует трактовать как синдром Опи (Orie).

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ И СИНДРОМ МИРИЗЗИ В ПРОБЛЕМЕ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА

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. Билиарный илеус - редкая форма интрапилородуоденоеюноколоторектальной желчнокаменной непроходимости. Синдром Бартолини-Бувере (Bartolini-Bouveret), по нашему мнению, заменяет многочисленные варианты названий билиарного илеуса (БИ) по имени авторов, впервые их описавших. Синдром редко диагностируется до операции, сопровождается высокой летальностью из-за осложнений, связанных с регургитационным холангитом, разобщения билиодигестивных соустьев с развитием перитонита, возрастом старше 50 лет и сопутствующей патологией.

Цель исследования: выявить частоту БИ у больных острым калькулезным холециститом, в том числе осложненным холедохолитиазом, включая его сложные формы и синдром Мириззи (доброкачественное частичное механическое сужение гепатикохоледоха извне желчным конкрементом).

Материалы и методы. На основании 15-ти летнего (2004-2018 гг.) опыта хирургической службы Киевского региона проанализированы результаты лечения 25 больных БИ, из которых у 3 непроходимость возникла после эндоскопической папиллосфинкротомии и механической литотрипсии. Выявлены 4 варианта из 8 синдрома

Мириizzi, способствующие миграции конкрементов из билиарной системы через дигестивные соустья.

Результаты. В 0,64% случаев БИ возник у больных острым калькулезным холециститом и в 0,41%- при холедохолитиазе (733 больных) и в 2,4% при сложных его формах (125 больных). В тоже время, БИ выявлен в 0,73% операций по поводу острого калькулезного холецистита в 1,12% - по поводу его обтурационной формы. 3 случая БИ связанного с холедохолитиазом и с синдромом Мириizzi, визвали только тонкокишечную непроходимость

Заключение. Резкое увеличение количества больных острым калькулезным холециститом, в 18% случаев осложняющихся холедохолитиазом, включая его сложные формы, широкое использование эндоскопической папиллосфинккетоластики и механической литотрипсии способствуют возникновению БИ, связанного с миграцией фрагментов холелитов через рассеченную папиллу двенадцатиперстной кишки.

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Маринова Л.А., Зубова Н.В.

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

Актуальность. Проксимальная обструкция желчных протоков является одним из наиболее сложных для лечения синдромов. Чаще всего развивается при злокачественных заболеваниях, при этом эндоскопический метод может выполнять роль предоперационной или паллиативной декомпрессии. При доброкачественных поражениях ретроградные вмешательства в большинстве случаев становятся радикальными.

Цель исследования: изучить возможности эндоскопического метода при проксимальных поражениях желчных протоков.

Материалы и методы. В период с 04.2017. по 03.2019 гг. в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского интервенционными эндоскопистами было выполнено 189 эндоскопических вмешательств у 127 больных с проксимальными поражениями желчных протоков:

- различные виды билиодуоденального стентирования – 150;
- различные виды назобилиарного дренирования – 31;
- внутрипротоковая литотрипсия – 20;
- литоэкстракция – 37.

Распределение по нозологиям:

1. злокачественные поражения:

- опухоль Клатскина – 31;
- метастатическое поражение ворот печени – 40;
- рак желчного пузыря – 13;
- внутривенечечная холангиокарцинома – 3;

2. доброкачественные поражения:

- множественный крупный холедохолитиаз – 7;
- холангиолитиаз – 6;
- послеоперационные рубцовые стриктуры – 13;
- первичный склерозирующий холангит – 6;
- альвеококкоз – 8.

Результаты. Ретроградное вмешательство предпринято у 129 пациентов с поражениями проксимальных желчных протоков. У 127 пациентов эндоскопическое лечение выполнено в запланированном объеме. Таким образом, технический успех составил 98,4%. Клинический успех достигнут у 120 (93%) пациентов.

После вмешательства умерло 4 пациента, таким образом, летальность составила 3,1% (3 пациента со злокачественной билиарной обструкцией вторичного генеза и 1 – с распространенным альвеококкозом).

Осложнения развились у 10 (7,8%) пациентов: панкреатит легкой и средней степени – 3 (2,3%), холангит – 5 (3,9%), перфорация ЖКТ – 2 (1,6%).

Заключение. Эндоскопические вмешательства являются эффективным способом радикального и паллиативного лечения заболеваний проксимальных желчных протоков. Данный метод позволяет достичь клинического эффекта в 93% случаев и сопровождается низким количеством осложнений.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНИВШИЕСЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Махмадов Ф.И.^{1,2}, Махмадеров Х.Ш.², Каримов П.Ш.², Мирбегиев Дж.²

¹ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Таджикистан, Душанбе

²Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,
Таджикистан, Душанбе

Цель исследования: изучить эффективность миниинвазивных транспапиллярных вмешательств при остром билиарном панкреатите, осложнившиеся механической желтухой.

Материалы и методы. В материалы исследования были включены результаты лечения 89 пациентов с острым билиарным панкреатитом, осложнившиеся механической желтухой. Все пациенты были госпитализированы в хирургические отделения Городской клинической больницы скорой помощи и отделение абдоминальной хирургии и новых технологий Медицинского комплекса «Истиклол» г. Душанбе в период с 2006 по 2016 гг. Мужчин было 32 (35,9%), женщин – 57 (64,1%). Легкую форму острого билиарного панкреатита наблюдали у 51 (57,3%) пациентов, тяжелую форму с некрозом поджелудочной железы - у 38 (42,7%). Хронический калькулезный холецистит отмечен у 5 (5,6%) пациентов, острый калькулезный холецистит – у 26 (29,2%), постхолецистэктомический синдром – 29 (32,6%). Холедохолитиаз наблюдали в 25 (28,1%) случаях и микрохоледохолитиаз имелся у 4 (4,5%) пациентов. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена в 49 (55,0%) случаях, холедохолитоэкстракция – у 29 (32,6%) пациентов. Лапароскопическая холецистэктомия с декомпрессией внепеченочных желчных протоков проведены 23 пациентам. Дополнительно дренирование полости малого сальника и брюшной полости проведены 36 (40,4%) больным с наличием воспалительных изменений стенки желчного пузыря и свободной жидкости в брюшной полости.

Результаты. Разработанный и примененный алгоритм диагностики и лечения, с использованием миниинвазивной технологии, у тяжелого контингента больных, позволяет достичь положительных результатов в течение 4-5 дней после операции. В 3 (3,4%) случаях после миниинвазивных вмешательств отмечены кровотечения из папиллотомной раны и в 4 (4,5%) наблюдениях имели место осложнения со стороны сердечно-сосудистой и респираторной систем, которые не требовали дальнейшего вмешательства. Пациентам, которым не смогли выполнить минимально инвазивные вмешательства (n=9), подвергались открытой операции. Послеоперационные осложнения наблюдались у 3 (33,3%) пациентов, а послеоперационная летальность отмечено в 22,2% случаев (n=2).

Выводы. Транспапиллярные вмешательства являются эффективным и обоснованным методом, устраняющий этиопатогенетический фактор острого билиарного панкреатита, сопровождающиеся меньшим количеством послеоперационных осложнений и летальности.

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНИВШИЕСЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Махмадов Ф.И.^{1,2}, Махмадеров Х.Ш.², Каримов П.Ш.², Мирбегиёв Дж.²

¹ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Таджикистан, Душанбе

²Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,
Таджикистан, Душанбе

Цель исследования: улучшение результатов диагностики острого билиарного панкреатита (БП), осложнившиеся механической желтухой, с применением современных инструментальных методов исследования.

Материал и методы. В основу работы положен анализ результатов диагностики 126 больных с острым БП, осложнившиеся механической желтухой, госпитализированные в хирургических отделениях ГУ «Комплекс здоровья Истиклол» и ГКБ скорой медицинской помощи г. Душанбе за период с 2007 по 2017 гг. Возраст больных варьировал в пределах от 21 до 82 года. Среди пациентов женщин было 92 (73,0%), мужчин – 34 (27,0%). Средний срок от начала заболевания до поступления в клинику составил $5,02 \pm 1,48$ суток. На фоне холедохолитиаза стеноз БДС диагностирован у 5 больных из них, стриктура терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) - у 7, хронический панкреатит - у 4. Ущемленный конкремент БДС выявлен при ФЭГДС у 7 пациентов.

При диагностике острого БП подходили комплексна, включая анализ жалоб, данных анамнеза, объективный осмотр, лабораторные и инструментальные методы исследования.

Результаты. Основным инструментальным методом диагностики острого БП является УЗИ. При проведении трансабдоминальной ультрасонографии (ТУС) в 126 наблюдениях выявляли конкременты и/или различные варианты органических изменений в желчном пузыре и ОЖП. Следует отметить, что за счет выраженного метеоризма и тучности пациентов с острым панкреатитом, чувствительность и специфичность ТУС в выявлении патологии ОЖП невелика. В связи с чем при необходимости в 36 (28,6%) применяли эндоскопическую ультрасонографию (ЭУС). Касательно ЭУС нами разработан способ прогнозирования риска развития БП (рац. предложение №3561/R714 от 27.11.17). Суть способа заключалась в выявлении прямых и косвенных ультразвуковых критериев БП. К прямым признакам отнесли: сладж в холедохе, холедохолитиаз или микрохоледохолитиаз, стриктуры или дилатация холедоха (более 8 мм), свидетельствующая о билиарной гипертензии. К косвенным: изолированное увеличение головки ПЖ, наличие эховзвеси в ЖП и диаметр холедоха более 5 мм.

Из 36 больных в 33 (91,7%) наблюдений отмечено наличие триады основных признаков, в виде диаметр холедоха 6 мм и более, увеличение головки поджелудочной железы, наличие эховзвеси в желчном пузыре или отсутствие желчного пузыря, что указывало о БП. При сочетании двух прямых и одного из косвенных признаков, также в 96% наблюдениях подтверждал наличие БП.

ЭРХПГ выполнено у 93 (73,8%) больных, что позволило выявить патологические изменения в БДС, общем желчном и панкреатическом протоках. В 18 наблюдениях одновременно выполняли папиллотомию и ЭПСТ. Закономерно, учитывая, то что ЭРХПГ неэффективна при наличии конкрементов в общем желчном протоке менее 5 мм в диаметре и при сладже, у этих групп больных эффективно было применено ЭУС.

В 54 (42,8%) случаях применено МРХПГ, что по своей диагностической ценности соответствует методам прямой рентгенохолангиографии. Во всех случаях удавалось определить уровень блока, его причину и выбрать оптимальный способ декомпрессии желчевыводящих путей. При МРХПГ можно уточнить пространственное соотношение общего желчного протока с головкой поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишкой.

Выводы. Инструментальные методы исследования, как ЭУС, ЭРХПГ и МРГПГ считаются методами выбора в диагностике острого билиарного панкреатита, осложнившиеся механической желтухой.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ ЖЕЛЧИ И ХОЛАНГИТ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Мизгирёв Д.В.^{1,2}, Поздеев В.Н.^{1,2}, Тарабукин А.В.², Митягин С.А.², Дуберман Б.Л.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава

России, Архангельск, Россия

²ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич»,

Архангельск, Россия

Актуальность. Диагностика и лечение билиарной инфекции при механической желтухе (МЖ) опухолевого генеза представляют клиническую проблему. Литературные данные по частоте инфицированности желчи и холангита варьируются, патология характеризуется тяжёлым течением с серьёзным прогнозом. Диагностические критерии холангита включают в себя клинические, лабораторные и инструментальные признаки, описанные в обновлённых Токийских рекомендациях 2018 г.

Цель исследования: оценить связь инфицированности желчи и клинической симптоматики холангита при МЖ опухолевого генеза.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ микробиологических исследований желчи, полученной при декомпрессивных вмешательствах у 60 пациентов за четырёхлетний период. Забор материала для исследования проводился во время выполнения чрескожной чреспечёночной холангиостомии (ЧЧХС, n=47, 78,3% вмешательств) или во время канюляции общего желчного протока при эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ, n=13, 21,7% вмешательств), из исследования исключены пациенты которым ЧЧХС производилась при неэффективности эндоскопической билиарной декомпрессии, выполненной ранее. Изучена частота инфицированности, связь результатов микробиологического исследования желчи с наличием клинической симптоматики холангита.

Результаты. Из 60 больных МЖ опухолевого генеза лишь у 8 (13,3%) пациентов явления МЖ сопровождались наличием клинической и лабораторной симптоматики холангита: повышение количества лейкоцитов в периферической крови, лихорадка, озноб, увеличение печени. При анализе данных микробиологических исследований желчи установлено, что рост микроорганизмов составил 49 (81,7%) случаев, в 11 (18,3%) случаях роста не отмечено, у 14 пациентов выделены микробные ассоциации, что составило 28,6%. Не выявлено связи наличия/отсутствия клинической симптоматики холангита у пациентов с положительным или отрицательным результатом микробиологического исследования желчи (точный критерий Фишера, $p=0,33$).

Проблема инфицированности желчи и острого холангита является актуальной для лечения пациентов со злокачественной билиарной обструкцией, во многом обуславливая целесообразность антибиотикотерапии. В соответствии с Токийскими рекомендациями 2018 г., диагностические критерии острого холангита включают в себя три группы признаков: А – наличие системного воспаления в виде лихорадки / озноба или повышения лейкоцитов / С-реактивного белка в крови, В – холестаз (повышение билирубина или функциональных проб печени (щелочная фосфатаза, гаммаглутамилтранспептидаза, аминотрансферазы)), С – визуализация расширения протоков или причины холангита (стент, камень, стриктура). Холангит диагностируется как вероятный при наличии одного из критериев группы А и одного из группы В или С. Подтверждённый холангит устанавливают при наличии хотя бы одного из критериев каждой группы. Несмотря на небольшую частоту клинических признаков холангита (13,3%), у всех пациентов в исследуемой выборке была показана и произведена срочная билиарная декомпрессия, что соответствует тактике лечения тяжёлого или умеренно тяжёлого холангита согласно Токийским рекомендациям. Наличие или

отсутствие клинической симптоматики холангита не позволяет судить об инфекционном характере патологии на фоне опухолевой МЖ. С другой стороны, высокая частота инфицированности желчи на фоне МЖ, обосновывает назначение эмпирической антибиотикотерапии при билиарной гипертензии.

Выводы. Симптомы холангита отмечены у 13,3%, при этом не выявлено связи наличия клинической симптоматики холангита с результатом микробиологического исследования желчи ($p=0,33$). Микробиологическое исследование желчи целесообразно выполнять при механической желтухе опухолевого генеза независимо от наличия клинической симптоматики холангита.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Мизгирёв Д.В.^{1,2}, Неледова Л.А.^{1,2}, Катышева А.А.², Воронцова А.С.², Дуберман Б.Л.^{1,2}

¹ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава

России, Архангельск, Россия

²ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич»,

Архангельск, Россия

Актуальность. Выделение пациентов с острым холангитом (ОХ) с определением возбудителей – один из важнейших принципов диагностических и терапевтических алгоритмов лечения больных механической желтухой (МЖ). Спектр инфекционных возбудителей при МЖ и ОХ широк, данные по частоте выделения мономикробной микрофлоры и ассоциаций варьируются. Помимо адекватной декомпрессии, ОХ требует ранней антибактериальной терапии, препараты должны подбираться с учётом локальных данных по резистентности, что имеет важное значение при выборе препаратов для эмпирической терапии. Определение особенностей микробного пейзажа и антибиотикорезистентности актуально и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: изучить микробиологический спектр возбудителей с определением антибиотикорезистентности для оптимизации антибиотикотерапии при опухолевой МЖ.

Материалы и методы. За четырёхлетний период изучены результаты микробиологических исследований желчи, полученной при чрескожных и эндоскопических декомпрессивных вмешательствах у 60 пациентов. Проанализированы частота инфицированности, антибиотикочувствительность выделенной микрофлоры.

Результаты. Рост микроорганизмов составил 49 (81,7%) случаев, в 11 (18,3%) случаях роста микроорганизмов не выявлено. Частота выделения ассоциаций 28,6%, что отличается с данными авторов, указывающих на более высокую частоту полимикробных билиарных инфекций, достигающую 67-70%. Всего идентифицировано 63 микроорганизма (энтерококки – 7 (11,1%), стафилококки – 5 (7,9%), стрептококки – 2 (3,2%), микрококки – 1 (1,6%), энтеробактерии – 39 (61,9%), неферментирующие грамотрицательные бактерии – 4 (6,3%), грибы – 3 (4,8%), прочие микроорганизмы – 2 (3,2%). У каждого третьего пациента выделена клебсиелла.

Проведенное исследование выявило существенные различия в антибиотикочувствительности грамположительной и грамотрицательной микрофлоры. К примеру, ципрофлоксацин, гентамицин и цефтриаксон, резистентность энтеробактерий к которым не превышает 20%, не могут быть рекомендованы при идентификации энтерококков в качестве возбудителей ОХ. В тоже время, амоксициллин, цефтазидим и ампициллин следует исключить из списка препаратов первого выбора при ОХ, ввиду высокой антибиотикорезистентности выделенной микрофлоры. Меропенем продемонстрировал высокую антибактериальную активность *in vitro*, исследованные микроорганизмы были чувствительны к препарату в 100% случаев. Высокая антибиотикочувствительность микрофлоры выявлена к гентамицину (79,5%), цефтриаксону (75,7%), ципрофлоксацину (72%), левомицетину (70,4%).

Выводы: 1. Частота инфицированности желчи при механической желтухе опухолевого генеза составила 81,7%, ассоциации микроорганизмов выделены в 28,6%.

2. Максимальная антибиотикочувствительность микрофлоры выявлена к гентамицину (79,5%), цефтриаксону (75,7%), ципрофлоксацину (72%), левомицетину (70,4%). В качестве антибиотика резерва может быть рекомендован меропенем, к которому были чувствительны 100% исследованных микроорганизмов.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ В ПРОЦЕССЕ НАРУЖНОЙ ЖЕЛЧНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Михайлова С.А., Шестопалов С.С., Абрамов Е.И.

**ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава
России, Челябинск, Россия**

Цель исследования: сравнение динамики изменения биохимических показателей сыворотки крови и желчи в процессе декомпрессии и сопоставление полученных данных с клиническими проявлениями при обтурационной желтухе опухолевой этиологии

Материалы и методы. Исследование базируется на изучении состава желчи 221 больного с механической желтухой опухолевой этиологии после наружного дренирования билиарного тракта. Среди пациентов незначительно преобладали мужчины - 117 пациентов (52,9%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 30 до 84 лет. Применялись следующие дренирующие вмешательства: чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) – 80(36,2%), лапароскопическая холецистостомия – 56(25,3%), холецистостомия с использованием набора «мини-ассистент» - 53(24,0%), дренирование холедоха по А.В. Вишневному -32(14,5%). Среди опухолей, вызвавших механическую желтуху, преобладал рак головки поджелудочной железы – 153 больных (69,2%),значительно менее часто встречались другие опухоли: рак Клацкина – 15 (6,8%), рак терминального отдела холедоха – 17 (7,7%), рак БДС – 13 (5,9%) и метастазы в печень опухолей других локализаций – 13 (5,9%). Группу сравнения составили 187 пациентов. Основная группа включала 34 больных. Пациентам проводилось комплексное биохимическое исследование крови и желчи, полученной из дренажа на различных сроках дренирования. Помимо лабораторных показателей оценивалось наличие диспептических явлений (снижение аппетита, тошнота, рвота, расстройство стула) и токсической энцефалопатии (головная боль, головокружение, общая слабость). Оценка диспептических симптомов базировалась на результатах опросника качества жизни GSRS (русскоязычная версия). Тяжесть симптомов энцефалопатии оценивалась с помощью описательной шкалы симптомов (оценка сознания, интеллекта, поведения, нейромышечных расстройств). Статистически достоверными различия принимались при значении $p < 0.05$.

Результаты. За исключением ЩФ, отклонение от нормы средних значений изучаемых параметров было выше в сыворотке крови. Среднее значение общего билирубина желчи на 1-2 сутки дренирования в 3 раза превышало норму для печеночной желчи (170-340 мкмоль/л), а в сыворотке крови более чем в 8 раз. При сопоставлении показателей крови и желчи выявлена обратно пропорциональная сильная корреляционная связь по ЩФ ($r = -0,9036$). У 20 (9%) больных было отмечено снижение концентрации общего холестерина желчи на 3 и 5 сутки после декомпрессии. У 15 (75,0%) в дальнейшем диагностирована печеночная недостаточность. После декомпрессии снижение концентрации общего билирубина крови имело линейный вид. В желчи с 1 по 3 сутки концентрация общего билирубина нарастала. Нормализация данного показателя происходила на $16 \pm 1,3$ сутки. При введении желчи в ЖКТ на 1-2 сутки, 33 (17,6%) больных отмечали от умеренного (2 балла),

до сильного дискомфорта (5 баллов) по диспептическому и диарейному синдромам шкалы GSRS. При введении желчи после начала снижения уровня общего билирубина желчи, на наличие таких симптомов указывали 4 (11,8%) больных, ($p < 0,05$). У 31 (16,6%) пациента в группе сравнения отмечались признаки токсического поражения ЦНС. При введении желчи после начала снижения уровня общего билирубина желчи, наличие симптомов отмечено у 4 (11,8%) больных ($p < 0,05$).

Заключение. Возврат желчи в ЖКТ после наружного дренирования билиарного тракта у больных с механической желтухой злокачественного генеза рекомендуем проводиться с 4-х суток, что позволит улучшить качество жизни и снизить количество послеоперационных осложнений. Оптимальная длительность желчной декомпрессии должна составлять $16 \pm 1,3$ суток. Концентрация ЩФ и холестерина желчи может являться диагностическими критерием риска развития печеночной недостаточности.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Михайлова С.А.^{1,2}, Абрамов Е.И.¹

¹ФГБОУ ВО Южно-уральский государственный медицинский университет Минздрава России, Челябинск, Россия

²ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница №2», Челябинск, Россия

Актуальность. Одной из ведущих проблем медицины XXI века является онкологическая патология. Среди всех онкологических заболеваний опухоли желудочно-кишечного тракта занимают лидирующие позиции, в свою очередь злокачественные опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны составляют до 15% всех опухолей желудочно-кишечного тракта и имеют тенденцию к увеличению. При этом в 70-95% случаях они осложняются развитием механической желтухи. У пациентов с данной патологией отмечается высокий риск развития послеоперационных осложнений и летальности. Таким образом, необходимо совершенствование имеющихся и разработка новых методов лечения данных пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с механической желтухой злокачественного генеза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 237 историй болезни пациентов с механической желтухой, проходивших лечение с 2009 по 2013 гг. для выявления факторов риска развития послеоперационных осложнений. Среди обследованных было 117

(49,4%) мужчин и 120 (50,6%) женщин, в возрасте от 26 до 84 лет. Наиболее часто причиной механической желтухи являлись опухоли головки поджелудочной железы - 150 (63,3%) наблюдений. В остальных случаях встречались: рак Клатскина – 23 (9,7%), рак терминального холедоха – 19 (8%), рак БДС – 16 (6,8%) больных, рак желчного пузыря – 15 (6,3%), метастазы в печень опухолей других локализаций – 14 (5,9%). У 107 (45,1%) пациентова момент начала лечения диагностирован рак IV стадии, у 58 (24,5%) пациентов - III стадии, 67 (28,3%) - II стадии и только у 5 (2,1%) больных диагностирована I стадия онкологического заболевания. Все пациенты подверглись различным видам хирургического вмешательства. В 208 (87,8%) случаях выполнены паллиативные операции, радикальных операций выполнено 29 (12,2%). Всем пациентам перед хирургическим вмешательством проводилось комплексное лабораторное и инструментальное обследование. В послеоперационном периоде оценивалось количество осложнений, летальных случаев в различных группах, проводилась оценка взаимосвязи данных показателей с результатами предоперационных обследований. На основе выявленных закономерностей предложены критерии для выбора тактики хирургического лечения.

Результаты. При проведении регрессионного анализа и расчете коэффициента ранговой корреляции Спирмена выявлена сильная прямая корреляционная связь между уровнем гипербилирубинемии ($\rho=0,943$, $p<0,05$) и гиперферментемии ($\rho=0,932$, $p<0,05$) перед хирургическим вмешательством с одной стороны, и уровнем послеоперационных осложнений с другой. Причем, в случае с ферментемией функция имела линейный восходящий вид, а в отношении гипербилирубинемии зависимость имела нелинейный ступенчатый характер. После радикальных операций скачок уровня послеоперационных осложнений с 42,1% до 66,7% отмечен при исходной гипербилирубинемии более 50 мкмоль/л. После выполнения обходных билиодигестивных анастомозов критическим уровнем предоперационной гипербилирубинемии являлось 120 мкмоль/л, после чего уровень осложнений увеличивался с 11,1% до 37,5% ($p<0,05$). Среди других факторов, влияющих на уровень послеоперационных осложнений, следует отметить: гиперазотемию ($\rho=0,832$, $p<0,05$), гипопроотеинемию ($\rho=0,912$, $p<0,05$). Более слабая связь наблюдалась с количеством сопутствующих заболеваний – существенный подъем уровня послеоперационных осложнений при наличии 3 и более заболеваний, и возрастом – прямая корреляционная связь сильного характера с линейно восходящим графиком функции.

Выводы. При выявлении у пациентов с механической желтухой злокачественного генеза гипопроотеинемии (менее 60 г/л), гиперазотемии (креатинин более 130 мкмоль/л), уровня общего билирубина крови более 120 мкмоль/л, повышения уровня трансаминаз более 3 значений от нормы, наличия 3 и более сопутствующих соматических заболеваний,

хирургическое лечение следует начинать с минимально инвазивной декомпрессии билиарного тракта и предоперационной подготовки для устранения максимального количества факторов риска послеоперационных осложнений.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Моисеенко А.В., Поликарпов А.А., Гранов Д.А., Попов В.В., Власенко С.В., Таразов
П.Г.**

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

ГБУЗ Городская больница №40, Сестрорецк, Россия

Цель исследования: изучение возможностей чрескожной чреспеченочной оптической когерентной томографии (ОКТ) в диагностике заболеваний желчных протоков и использование ее данных для прицельной биопсии.

Материалы и методы. В период с февраля 2014 по январь 2019 г. было выполнено обследование 12 больных с механической желтухой предположительно злокачественной этиологии. У 7 из 12 больных ОКТ выполняли вторым этапом через 2-6 нед. после установки наружно-внутреннего холангиодренажа, во время первичного чрескожного наружно-внутреннего холангиодренирования - у 5. После установки стандартного ангиографического интродьюсера 6-8 F с гемостатическим клапаном в долевого желчный проток датчик для ОКТ сосудов («FastView» Terumo, Япония) заводили за стриктуру (как правило, в двенадцатиперстную кишку), после чего осуществляли его обратную протяжку в автоматическом режиме «pullback» со скоростью 40 мм/с (длина протяжки составляла 150 мм) и скоростью съемки 158 кадров в секунду. Признаками злокачественного процесса считали выраженное нарушение слоистости структуры или наличие множества гипорефлекторных зон неправильной формы. Из этих же зон и выполняли прицельную щипковую биопсию для гистологического подтверждения диагноза.

Результаты. Осложнений, связанных с проведением исследования, не было. Признаки злокачественного процесса были выявлены при ОКТ у 10 из 12 пациентов. Во всех 10 случаях диагноз подтвержден ОКТ-контрольной биопсией. У остальных двух больных результаты ОКТ свидетельствовали о доброкачественном процессе. У одного пациента диагноз злокачественного поражения был установлен клинически и интраоперационно, у другого доброкачественная стриктура была подтверждена гистологически.

Заключение. ОКТ является перспективной методикой для выявления ранних стадий малигнизации и дифференциальной диагностики стриктур желчных протоков. Методика позволяет выполнить прицельную щипковую или браш-биопсию именно из пораженного участка. Требуется проведение исследований на больших группах пациентов.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Момунова О.Н., Чевокин А.Ю.

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. Ф.И. Иноземцева ДЗ г.
Москва, Россия**

Цель исследования: внедрение в практическую работу классификации тяжести механической желтухи для определения прогноза и тактики лечения больных.

Материалы и методы. Для оценки и прогнозирования послеоперационных результатов Э.И. Гальперин в 2013 г. На основании ретроспективного анализа разработал классификацию механической желтухи (МЖ), позволяющую произвести оценку тяжести больных с синдромом МЖ. С помощью корреляционного анализа были выделены биохимические показатели сыворотки крови, достоверно оказывающие влияние на результаты операций: уровень общего билирубина и общего белка. Выделены границы этих показателей, при которых наблюдалось достоверное увеличение послеоперационных осложнений. Балльная оценка лабораторных показателей выглядела следующим образом: Общий билирубин, мкмоль/л: 60 – 1балл; 60-200 – 2балла; 200 – 3 балла. Общий белок, г/л: 65 – 1балл; 65-55 – 2 балла; 55 – 3 балла. В классификацию были введены осложнения МЖ, усиливающие ее тяжесть: холангит, почечная недостаточность, печеночная недостаточность, желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК), сепсис. Осложнения МЖ оценивали в сравнении с уровнем билирубина с коэффициентом «2». Определены классы тяжести МЖ (А, В, С) путем сочетания балльных оценок выявленных признаков: класс А – ≤ 5 баллов, класс В - 6-12баллов, класс С ≥ 16 баллов.

Произведен анализ 405 больных с доброкачественной МЖ в период с 2015 по 2018 гг. Мужчин было 133, женщин – 272. У 147 больных механическая желтуха сопровождалась клиникой холангита, возраст больных составил $66,3 \pm 2,2$ года, длительность желтухи - $5,4 \pm 1,0$ день. У 14 больных были явления почечной недостаточности.

Результаты. МЖ класса А выявлена у 321 больных. В классе А наблюдали следующие средние показатели: общий билирубин $76,6 \pm 6,1$ мкмоль/л, общий белок $68 \pm 3,1$ г/л, холангит

отмечен у 71 (22,1%) больного, ЖКК — у 8 (2,5%). Послеоперационные осложнения выявлены у 27 (8,4%) больных, осложнения класс 3-4 по Clavien-Dindo 5(1,6%), летальных исходов не было.

МЖ класс В отмечена у 76 больных. В классе В наблюдали следующие средние показатели: общий билирубин 112 ± 11 мкмоль/л, общий белок $61,1 \pm 1,4$ г/л, холангит отмечен у 64 (84,2%) больных, ЖКК — у 12 (15,6%), почечная недостаточность — 3 (3,5%), сепсис — 1 (1,3%). Послеоперационные осложнения 34 (25,8%), осложнения класс 3-4 по Clavien-Dindo – 12 (15,8%), послеоперационная летальность — 3 (3,9%).

МЖ класс С выявлена у 8 больных. В классе С наблюдали следующие средние показатели: общий билирубин $304,7 \pm 29,1$ мкмоль/л, общий белок $57,4 \pm 12,4$ г/л, холангит отмечен у 7 (87,5%) больных, ЖКК — у 5 (62,5%), почечная недостаточность — 3 (3,5%), печеночная недостаточность — 4 (50%), сепсис — 6 (75%). Послеоперационные осложнения 7 (87,5%), осложнения класс 3-4 по Clavien-Dindo – 1 (12,5%) послеоперационная летальность класс С 6 (75%).

Заключение. Выявлена статистически значимая разница как по осложнениям, так и по летальности в полученных классах. Классификация тяжести механической желтухи проста и удобна в применении и может быть использована в практической деятельности хирурга для определения прогноза и тактики лечения больных.

КРИТЕРИИ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В СОЧЕТАНИИ С ХОЛАНГИТОМ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Муаззамов Б.Б., Кутлиев С.Р., Муаззамов Б.Р.

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии, урологии Бухарского государственного медицинского института, Бухара, Узбекистан

Цель исследования: провести оценку эффективности лазерного облучения внепеченочных желчных протоков и печени после проведенных оперативных вмешательств на желчевыводящих путях у больных с механической желтухой, сопровождающейся холангитом.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у 17 больных в возрасте от 47 до 63 лет с данным патологическим процессом. Всем больным проводились оперативные вмешательства с обязательной холецистэктомией в сочетании с другими комбинированными операциями на желчевыводящих путях: 1) холедохолитотомия, дренирование холедоха по Пиковскому – 5 пациентам; 2) холедохолитотомия, дренирование

холедоха по Вишневному – 7 пациентам; 3) холедохолитотомия, холедоходуоденоанастомоз – 3 пациентам; 4) эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 2 пациентам.

В послеоперационном периоде назначалось комплексное консервативное лечение, куда входило и применение лазерного облучения. Облучение желчных протоков и печени осуществляли с помощью полупроводникового лазера «УЗОР» с длиной волны 890 нм в импульсном режиме с частотой следования импульсов 3000 Гц и средней мощностью импульса 2 Вт., которое проводилось после выполнения основного этапа операции и в послеоперационном периоде сканирующим методом со скоростью 0,5-0,6 см/с по всей их поверхности. Время облучения печени составило 4 минуты, желчных протоков 2 минуты. Для оценки эффективности лазерного облучения печени и желчных протоков проводили клиническо-лабораторные, биохимические, морфологические, иммунологические, бактериологические исследования до и после облучения на первые, седьмые, четырнадцатые сутки после операции.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что у больных механической желтухой с явлениями холангита имеется активация перекисного окисления липидов, о чем свидетельствует увеличение в плазме крови гидроперекисных липидов в 6,1 раз и снижение антиоксидантной защиты крови. Эти изменения находились в прямой взаимосвязи с тяжестью эндотоксикоза (увеличение содержания молекул средней массы в плазме крови в 3,6 раза) и выраженностью гепатопатии (билирубинемия, увеличение активности аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы).

Выводы. Применение лазерного облучения желчных протоков и печени в комплексном лечении больных с механической желтухой и холангитом способствует снижению активности перекисного окисления липидов и увеличению антиоксидантной защиты крови, нормализации иммунного статуса, уменьшению тяжести эндогенной интоксикации, более быстрому снижению воспалительных процессов, более благоприятному течению послеоперационного периода, уменьшению количества послеоперационных осложнений и сокращению средней продолжительности пребывания больных в стационаре. Это в свою очередь свидетельствует об эффективности использования данного метода в комплексном лечении больных с механической желтухой и холангитом. Метод рекомендован для использования в практическом здравоохранении.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ ДЕКОМПРЕССИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Назирбоев К.Р.^{1,2}, Курбонов К.М.^{1,2}

¹Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино,
Душанбе, Таджикистан

²ГУ «Комплекс здоровья Истиклол», Таджикистан, Душанбе

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с механической желтухой.

Материалы и методы. Располагаем опытом результатов комплексной диагностики и лечения 84 пациентов с различными осложнениями после чрескожно-чреспеченочной холангиостомы (n=35) и эндоскопической папиллосфинктеротомии (n=49) при механической желтухе. В 48 (57,16%) наблюдениях причиной являлась желчнокаменная болезнь, осложненная холедохолитиазом (n=25) и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (n=23). В 17 (20,23%) – рестеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (n=10), в 14 (16,66%) – доброкачественная рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков (n=10) и сформированных билиодигестивных анастомозов (n=4). Лишь в 5 (5,95%) случаях отмечалась деформация терминального отдела общего желчного протока.

Результаты. Осложнения после чрескожно-чреспеченочных дренирующих вмешательств на желчных протоках при механической желтухе были разделены на 2 группы (тяжелые и легкие).

Тяжелые постманипуляционные осложнения после эхоконтролируемых вмешательств наблюдали в 12 наблюдениях из 35. При этом наиболее часто (n=5) отмечали желчеистечение в свободную брюшную полость с развитием желчного перитонита. В 4 наблюдениях отмечали гемобилию (n=2) и кровотечения в свободную брюшную полость (n=2). Холангит, осложненный сепсисом (n=1) и печеночной недостаточностью (n=2), был отмечен в 3 наблюдениях.

Легкие посттравматические осложнения эхоконтролируемых декомпрессивных вмешательств имели место в 23 случаях, среди которых дислокация катетера имела место в 7 случаях, а у 6 больных наблюдали холангит без явления, без септицемии, у 8 - гипотермию (n=4) и гипертермию (n=4), и ещё в 2 наблюдениях отмечали пневмоторакс.

Для лечения осложнений в 7 наблюдениях прибегали к лапаротомии, санации и дренированию брюшной полости и выполнению гемо- и желчестаза с повторным дренированием желчных протоков в 4 случаях. Повторное дренирование желчных протоков при дислокации катетеров выполняли в 5 наблюдениях у пациентов с легкими

осложнениями. Ещё в 2 случаях производили пункцию и дренирование плевральной полости при наличии пневмоторакса. Комплексное консервативное лечение было проведено в 70 (83,3%) наблюдениях.

После выполнения декомпрессивных ретроградных транспапиллярных вмешательств различные по характеру постэндоскопические осложнения наблюдали в 49 (58,3%) случаях. Постэндоскопический панкреатит отмечали в 29 (59,2%) случаях и постэндоскопические кровотечения – в 10 (20,4%) случаях. Постэндоскопический холангит отмечался в 7 (14,3%) случаях.

Комплексная консервативная терапия постэндоскопического панкреатита была эффективна у 21 пациента из 29. Для лечения 8 пациентов применялись видеолaparоскопические (n=3) и традиционные оперативные вмешательства, направленные на коррекцию МЖ и дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства. Для лечения постэндоскопического кровотечения у 10 пациентов применяли комплексную консервативную гемостатическую терапию, а в 4 случаях производили орошение краев разреза раствором этилового спирта, ещё в 2 наблюдениях орошение краев разреза дополняли инфильтрацией краев раны аминокaproновой кислотой (n=1) и производили инъекцию зоны кровоточащего сосуда раствором адреналина в разведении 1:100000.

У 7 пациентов с постэндоскопическим холангитом для лечения проводили комплексную консервативную терапию, которая была эффективной в 4 случаях, в 3 наблюдениях для лечения заболевания прибегали к неотложным оперативным вмешательствам. При ретродуоденальной перфорации ДПК (n=3) также выполняли экстренные оперативные вмешательства.

После лечения постэндоскопических декомпрессивных транспапиллярных вмешательств летальные исходы были отмечены в 8 случаях, непосредственной причиной которых являлись послеоперационный перитонит (n=3), панкреонекроз (n=4) и острое нарушение мозгового кровообращения (n=1).

Заключение. Минимально инвазивные декомпрессивные вмешательства сопровождаются различными постдекомпрессивными осложнениями, требующие выполнения интенсивной терапии и неотложных оперативных вмешательств, направленных на ликвидацию развившегося осложнения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ МИРИЗИ

**Назыров Ф.Г., Девятов А.В., 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 желчнокаменной 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 на сегодняшний день остаются и отдаленные результаты - у 20% больных возникают стриктуры проксимального отдела гепатикохоледоха.

Материалы и методы. Проанализирован опыт хирургического лечения 107 больных с синдромом Миризи. Возраст больных варьировал в пределах от 39 до 78 лет (в среднем $55,5 \pm 7,86$ лет), женщин – 81, мужчин 26 (соотношение 3,1:1). Больные 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 холедоха по Керу выполнена у 36 больных со II типом синдрома; холецистэктомия с пластикой и дренированием гепатикохоледоха по Керу – у 26 больных с III и IV типами синдрома; холецистэктомия с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому - у 7 больных с I типом синдрома и у 5 больных с IV типом наложена гепатикоэюностомия в виду полного разрушения стенки гепатикохоледоха. Лапароскопическая холецистэктомия произведена у 15 больных с I типом синдрома Миризи и у 3 больных со II типом лапароскопическая холецистэктомия дополнена дренированием холедоха 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 гепатикохоледоха, 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 холедоха T-образной трубкой, пластику

желчного протока оставшейся частью желчного пузыря, гепатикоеностомию по Roux, имеют преимущества перед лапароскопическими методами.

РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Джуманиязов Д.А.,
Хахимов Ю.У., Султанов А.И.**

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

Актуальность. Частота интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков варьирует в пределах 0,2 - 3% от общего числа операций на органах брюшной полости, а рецидивы стриктур желчных протоков и наружных желчных свищей после реконструктивных вмешательств составляют 10-12%. Летальность при этих осложнениях достигает от 8 до 40% (Cameron J.W., 2001; Шаповальянц С.Г. и соавт., 2005).

Остаются малоизученными возможности нового направления хирургии желчных путей – рентгенэндобилиарной хирургии. Поэтому проблема дальнейшего совершенствования методов диагностики и хирургического лечения ятрогенных повреждений гепатикохоледоха остается острой и актуальной.

Материал и методы. В отделе хирургии печени и желчных путей ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» с 2002 по 2017 гг. находились на лечении 317 больных с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха (мужчин - 142, женщин – 175). В комплекс диагностики включены: ультразвуковая сонография печени и желчных путей - 317, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ) - 71, чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) - 35, магниторезонансная томография (МРТ) - 12, фистулография - 106, бактериологические исследования желчи -13. Лидирующую позицию в диагностике ятрогенных травм, рубцовых стриктур занимает ЭРПХГ, позволяющая установить ее локализацию, протяженность, степень супрастенотической эктазии билиарных протоков. Нами произведено более 70 трансдуоденальных вмешательств, в том числе - 11 стентирований, результаты которых отражены ниже.

Результаты. Выполнены 11 эндоскопических трансдуоденальных стентирований стенозированных участков внепеченочных желчных путей после первичных хирургических вмешательств. Во всех случаях обнаружены стриктуры гепатикохоледоха. В 5 случаях стриктура располагалась в зоне конfluence и носила критический характер, заключающийся

в прогрессировании механической желтухи. В этой группе больных прямая фракция билирубина составляла от 200 до 300 мкмоль/л. У одного из пациентов наблюдали начальные признаки печеночной недостаточности, проявляющиеся энцефалопатией, снижением уровня альбуминов ниже 30 г/л, снижением протромбинового индекса ниже 82%. Мы расценили состояние больных как второй класс по схеме Чайльд-Пью. В 2 случаях препятствие располагалось в зоне слияния желчного протока с пузырным протоком. Все больные этой группы своевременно были подвергнуты диагностике и им предприняты соответствующие вмешательства. В 4 случаях препятствие оттоку желчи располагалось в дистальной части холедоха. Содержание прямого билирубина у этих больных было от 300 до 390 мкм/л. Они были доставлены в наш стационар до развития печеночной недостаточности. В наших наблюдениях эндоскопическим методом, включающим бужирование стенотического сегмента биопсийными щипцами в закрытом и открытом виде в сочетании с локальной диатермокоагуляцией рубцового сегмента удалось восстановить проходимость просвета гепатикохоледоха, и провести стентирование стенотического сегмента, что привело к выздоровлению и выписке больных через 6-8 суток.

С целью предотвращения инкрустации дренажной трубки назначался постоянный прием препаратов дезоксихолевой кислотой. Необходимо отметить, что ни в одном случае осложнений, связанных со стентированием наружных желчных протоков, не наблюдалось. В разные сроки (от 6 до 10 месяцев) стенты были извлечены при дуоденоскопии.

Выводы. С развитием эндоскопической и рентгентелевизионной техники появилась возможность выполнять реканализацию стриктур желчных протоков с использованием каркасных дренажей и стентов. Метод билиарного стентирования, при котором пациент не подвергается риску общего наркоза и связанных с ним дальнейших специфических осложнений, нет необходимости лапаротомии. Метод является надежным и многолетним гарантом возвращения пациента к здоровой и качественной жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ «СВЕЖИХ» ПОВРЕЖДЕНИЙ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Бабаджанов А.Х., Курбаниязов З.Б.,
Байбеков Р.Р.**

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

Актуальность. Рост хирургической активности в лечении желчнокаменной болезни привел к увеличению частоты развития послеоперационных осложнений с 5,6% до 15,9%. Несмотря на давно отработанную и постоянно совершенствующуюся технику выполнения холецистэктомии, частота повреждений желчных протоков не имеет тенденции к снижению. По сравнению с традиционной холецистэктомией внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой увеличение частоты повреждений желчных протоков в 2-4 раза, и в процентном соотношении составляет 0,1-3%. В связи с этим, профилактика и хирургическое лечение ятрогенной травмы желчевыводящих протоков, являются актуальной проблемой в гепатобилиарной хирургии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 437 больных, находившихся в ГУ «РСНПМЦХ им. академика В. Вахидова» за период с 2000 по 2017 гг. Клинический раздел работы базировался на анализе лечения 2 групп больных. В I группу были включены 175 пациентов с ятрогенным повреждением ЖП, полученных во время различных способов холецистэктомий (ХЭК): традиционных (ТХЭК), лапароскопических (ЛХЭ), ХЭК из минидоступа и разделенных на выявленные интраоперационно (51 пациент) и в раннем послеоперационном периоде (124 пациента). Вторую (II) группу составили 262 пациента с посттравматическими рубцовыми стриктурами ЖП (222 пациента), а также с рубцовыми стенозами ранее наложенных БДА (40 больных).

Результаты. Стратифицированный анализ частоты повреждений и рубцовых стриктур магистральных желчных протоков показал, что их доля в хирургии ЖКБ составляет - 0,58% (у 50 из 8593 больных, 18 (0,21%) – свежие травмы и 32 (0,37%) - рубцовые стриктуры). При этом в зависимости от вида операции, частота этого осложнения составила - 0,61% при ЛХЭ (44; 16 (0,22%) – свежие травмы и 28 (0,39%) - рубцовые стриктуры) и 0,43% - при ТХЭ (6; 2 (0,14%) и 4 (0,28%) соответственно). Определена достоверная разница по риску развития этого осложнения при операциях по поводу ОКХ - 1,03% (31 из 2999 больных; 12 (0,40%) и 19 (0,63%) пациентов) и ХКХ - 0,34% (19 из 5594; 6 (0,11%) и 13 (0,23%); критерий $\chi^2=14,867$; Df=1; p=0,001). В свою очередь риск этих осложнений также был достоверно выше при экстренной операции - 1,52% (8 из 528; 4 (0,76%) и 4 (0,76%)) по отношению к плановым вмешательствам - 0,52% (42 из 8065; 14 (0,17%) и 28 (0,35%); критерий $\chi^2=6,693$; Df=1; p=0,010).

Выводы. Оценка результатов хирургического лечения рубцовых стриктур ЖП в группе сравнения показала, что частота рецидива патологии составила 32,2%, при этом у 22,9% пациентов развитие этого осложнения было связано с холангитом, а в 9,3% случаев выявлены технические недочеты выполнения реконструктивно-восстановительных вмешательств.

ДРЕНИРОВАНИЕ И СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Нартайлаков М.А., Соколов С.В., Логинов М.О.

**ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава
России, Уфа, Россия**

Цель исследования: изучить влияние чрескожных чреспеченочных рентгенэндобилиарных вмешательств (ЧЧРЭБВ) на эффективность и исходы лечения больных с механической желтухой (МЖ) злокачественного генеза.

Материалы и методы. Клинический материал представляет собой ретроспективный анализ хирургического лечения 70 пациентов с МЖ злокачественного генеза, до внедрения ЧЧРЭБВ (I группа), и проспективный анализ лечения 232 больных, перенесших дооперационные ЧЧРЭБВ по поводу МЖ опухолевого генеза (II группа). Возраст больных находился в интервале от 35 до 88 лет. Длительность желтушного периода к моменту выполнения процедуры составляла от 7 до 40 дней. Уровень билирубинемии варьировал от 89,3 до 557,4 мкмоль/л. У всех пациентов отмечались явления печеночной недостаточности (ПН). Выраженность ПН оценивалась в баллах по Федорову В.Д. с соавт.

Результаты. В I группе больных ПН легкой степени была отмечена в 5 (7,1%) случаях, средней - в 28 (40%), тяжелой - в 37 (52,9%) случаях. После проведения оперативного вмешательства у пациентов I группы различные осложнения возникли у 12 (17,1%) человек, летальность составила 11,4%, что, в первую очередь, была связана с тяжестью ПН.

Во II группе к моменту выполнения ЧЧРЭБВ легкая степень ПН была выявлена у 17 (7,3%) пациентов, средняя степень – у 91 (39,2%) пациента, тяжелая степень – у 124 (53,4%) пациентов. У пациентов II группы лечение начиналось с выполнения дренирования желчных протоков (ДЖП). ДЖП служило в качестве первого этапа подготовки больных к радикальным операциям, что значительно облегчало и уменьшало риск хирургических вмешательств. Оперативное лечение пациентам II группы проводили на фоне стабилизации состояния (снижение ПН до легкой степени).

99 пациентам, которым не удалось выполнить радикальную или открытую паллиативную операции, лечение завершали ЧЧРЭБВ, из них наружное ДЖП было создано у 20 больных, наружно-внутреннее ДЖП - у 70, стентирование стриктуры желчевыводящих путей осуществлено у 9 пациентов.

Различные осложнения у пациентов второй группы развились у 21 (9%) пациента, а летальность составила 6% - 14 пациентов.

Выводы. Применение предварительного (дооперационного) дренирования и декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой злокачественного генеза способствует устранению желтухи, интоксикации, явлений ПН, создает благоприятные условия для проведения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств, что позволяет снизить послеоперационные осложнения (с 17,1% до 9,0%) и летальность (с 11,4% до 6,0%).

ВОЗМОЖНОСТИ АНТЕГРАДНЫХ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ ПРИ БЕЗУСПЕШНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ, КРИТЕРИИ ВЫБОРА

Охотников О.И., Григорьев С.Н.

**Отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения №2 БМУ «Курская
областная клиническая больница», Курск, Россия**

**ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России,
Курск, Россия**

Цель исследования: определение оптимальной этапности рентгенохирургического разрешения холедохолитиаза в случае безуспешности эндоскопического пособия.

Ретроспективному анализу подвергнуты результаты рентгенохирургического разрешения холедохолитиаза у 195 пациентов. Первичным рентгенохирургическим вмешательством у анализируемых больных была антеградная холангиостомия. Данные холангиографии определяли выбор эндобилиарного вмешательства. Методы разрешения холедохолитиаза включали антеградную механическую и пневматическую холедохолитотрипсию и литоэкстракцию, баллонную дислокацию конкрементов холедоха в просвет 12-перстной или тощей кишки, литоэкстракцию по методике “рандеву” после эндоскопической папиллотомии по маркерному транспапиллярному дренажу или проводнику. Всего было выполнено 212 холангиостомий у 195 пациентов с учетом повторных вмешательств. Бесконфликтность манипуляции составила 92,9%. Общее число “малых” осложнений составило 7,1%. Антеградная механическая и пневматическая холедохолитотрипсия и литоэкстракция была выполнена 118 (98,3%) пациентам, дислокация конкрементов холедоха в просвет двенадцатиперстной кишки - у 52 (81,3%) пациентов. Литоэкстракцию по методике “рандеву” после эндоскопической папиллосфинктеротомии

провели 12 (60,0%) пациентам с холедохолитиазом. У 6 пациентов антеградные вмешательства ограничились транспапиллярным наружно-внутренним дренированием холедоха в обход конкрементов. Литотрипсия и литоэкстракция антеградным чреспеченочным доступом (2 случая) и низведение конкрементов желчных протоков в тощую кишку после баллонной дилатации стриктуры билиодигестивного анастомоза (3 случая) выполнены 5 пациентам с холелитиазом, осложнившим стриктуру билиодигестивного анастомоза. Послеоперационная летальность составила 1,5%. Полного разрешения холедохолитиаза с помощью миниинвазивных методик удалось добиться у 187 пациентов (98,9%).

Заключение. Антеградные рентгенохирургические методы представляются эффективными и безопасными лечебными вмешательствами в этапной санации пациентов с безуспешным эндоскопическим разрешением холедохолитиаза.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СИНДРОМЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Парфенов И.П., Халидов О.Х., Луценко В.Д., Карцев А.Г.

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. В.В. Вересаева ДЗ г. Москва,
Москва, Россия**

**Кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии ФГБОУ ВО Московский
государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
Минздрава России, Москва, Россия**

Введение. Своевременная диагностика и рациональная лечебная тактики при синдроме механической желтухи остаются одними из наиболее актуальных проблем в хирургической практике.

Цель исследования: улучшение результатов диагностики и лечения больных с синдромом механической желтухи у больных путем оптимизации диагностической и хирургической тактики.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 491 больных с синдромом механической желтухой, находившихся на лечении в отделениях абдоминальной хирургии ГКБ им. В.В. Вересаева ДЗ г. Москвы в период с 2014 по 2018 гг. Мужчин было 165 (33,6%), женщин — 326 (66,4%). Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 89 лет, причем более 60% составили пациенты пожилого и старческого возраста, отягощенные сопутствующей патологией и высокой степенью операционного риска. Причинами

механической желтухи у 387 (78.8%) больных были доброкачественные заболевания, у 104 (21,2%) - злокачественные.

Синдром механической желтухи является неотложным состоянием и требует быстрой установки диагноза и декомпрессии желчевыводящих протоков. Больным проводился весь комплекс мер, включавший клинические и биохимические анализы, ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию с осмотром зоны большого дуоденального сосочка (БДС). При наличии у пациента гнойного холангита, острого билиарного панкреатита декомпрессия выполнялась в срочном порядке в течение первых 6 часов с момента поступления, а остальных случаях решение о декомпрессии желчных протоков принимали в течение 24 часов после поступления больного в стационар. Для дифференциальной диагностики механической желтухи применяли неинвазивные и инвазивные методы исследования. Чувствительность УЗИ в выявлении причин механической желтухи составила 87,7%, при желчно-каменной болезни – 98,3%, опухолях – 63,9%, общая специфичность – 85,4%. Чувствительность МСКТ с болюсным контрастированием — 97,7%, МРТ — 81,38%. Диагностическая специфичность ЭРХПГ 89,3%, эффективность МРХПГ в диагностике механической желтухи – 98,5%. Определена последовательность применения лучевых методов и выделены три основных диагностических этапа для распознавания причин механической желтухи. На первом этапе скрининговое исследование — УЗИ, второй этап диагностики МРХПГ или МСКТ, третий этап – ЭРХПГ. Независимо от этиологии механической желтухи основные патофизиологические звенья синдрома сходны, что позволяет руководствоваться единой лечебно-диагностической тактикой.

Результаты. Папиллотомия произведена 491, литотрипсия – 41, литоэкстракция- 303 больным. Ретроградное назобилиарное дренирование произведено – 103, дренирование+стентирование - 70 больным. При доброкачественной желтухе мининвазивные вмешательства стали окончательными способами лечения у (75,3%) больных, в остальных случаях на втором этапе по мере разрешения желтухи в более благоприятных обстоятельствах проводились хирургические операции. При злокачественном желтухе у 54 больных выполнено стентирование холедоха. Из этой группы умерло 7 (12,9%) больных. Осложнения возникли у 12 больных. Кровотечение при папиллотомии у 5 больных, острый панкреатит у 4 больных, микроперфорация задней стенки ДПК у 3 больных. Все осложнения купированы консервативными методами лечения.

Выводы. 1. Используемый диагностический алгоритм позволяет установить диагноз в кратчайшие сроки и вместе с тем провести вмешательства, направленные на декомпрессию желчевыводящих путей.

2. При выборе метода желчеотведения необходимо учитывался уровень обтурации желчевыводящих путей, распространение патологического процесса и состояние пациента.

3. Двухэтапный метод лечения синдрома механической желтухи является оптимальным, особенно у больных с высоким риском оперативного пособия.

4. Выбор метода инструментальной диагностики определяется предполагаемой причиной обтурации желчных протоков, возможностью продолжения диагностического исследования в лечебное вмешательство, техническим оснащением лечебного учреждения и наличием квалифицированных специалистов.

ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧРЕСКОЖНОЙ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ БАЛЛОННОЙ ПЛАСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Поликарпов А.А., Кагачева Т.И., Таразов П.Г., Моисеенко А.В., Полехин А.С., Боровик
В.В., Гранов Д.А.**

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

Цель исследования: изучить отдаленные результаты чрескожной чреспеченочной баллонной пластики (ЧЧБП) доброкачественных стриктур желчных протоков.

Материалы и методы. За период 2006-2018 гг. выполнено 115 ЧЧБП у 24 пациентов: доброкачественные стриктуры после хирургических вмешательств - 14; после ортотопических трансплантаций печени (ОТП) - 10.

Хирургические ятрогенные повреждения возникали после холецистэктомии – 7, расширенной правосторонней гемигепатэктомии – 5, панкреатодуоденальной резекции – 2. Сроки возникновения стриктур от 2 до 64 (в среднем – 17, 6) мес. Механическая желтуха была у всех 14 больных, холангит - у 5, холангиогенные абсцессы печени - у 2 пациентов.

После ОТП «высокие» ишемические не анастомотические стриктуры желчных протоков, потребовавшие ЧЧБП, возникли у 10 больных в сроки от 2 до 64 (в среднем – 19, 9) мес. Клиника холангита была у всех пациентов, механическая желтуха развилась у 6, холангиогенные абсцессы печени у 3 больных.

Во всех наблюдениях первым этапом выполняли УЗИ-контрольное наружно-внутренне чрескожное чреспеченочное холангиодренирование. После купирования холангита и механической желтухи осуществили 115 баллонных пластик (от 2 до 12, в среднем 5) баллонными катетерами диаметром от 2 до 10 мм, до полного раскрытия баллона с

фиксацией на 2-3 минуты. После пластики оставляли чрескожный чреспеченочный наружно-внутренний холангиодренаж диаметром 8 F (1,3 мм). Процедуры повторяли под в/венной анестезией один раз в 2-3 мес. В 2 наблюдениях сочетание ишемических и анастомотических стриктур ЧЧПБ дополняли ретроградным эндоскопическим стентированием.

Баллонную пластику желчных протоков считали успешной если добивались положительного результата трех составляющих: отсутствие стриктуры при контрольной холангиографии; если исходное давление при билиарном манометрическом тесте и градиент после инфузии не превышал 200 мм вод. ст.; положительный биохимический тест в течение 5 суток после оставления контрольного катетера 5 F (Поликарпов и соавт., 2018).

Результаты. Технический успех ЧЧБП составил 100%. Пробочные эффекты в виде дисфункции дренажа у 8 (30%) больных были скорректированы сменой/моделированием дренажей. Одно серьезное осложнение ЧЧБП в виде формирования и разрыва псевдоаневризмы правой печеночной артерии и гемобилией было купировано суперселективной эмболизацией спиралями; баллонные пластики в дальнейшем успешно продолжены.

Одна пациентка получает плановые ЧЧБП, у остальных больных все дренажи были удалены в сроки 8-21 (в среднем 13) мес.

Результат ЧЧБП после хирургических повреждений рецидив стриктуры развился у одной из 14 (7%) больных через 10 месяцев, что потребовало открытого реконструктивного вмешательства. Сформировавшиеся стриктуры в поздние сроки после повреждения и длительным хроническим холангитом (30 и 120 мес.) у 2 пациенток, при удовлетворительном рентгенологическом контроле ЧЧБП, привели к развитию билиарного цирроза печени с печеночной недостаточностью. Им осуществили ОТП через 11 и 12 мес. от начала ЧЧБП. Остальные 11 пациентов наблюдаются без рецидива механической желтухи и холангита в сроки от 10 до 108 (в среднем 30,8) мес.

В группе ОТП двум больным с сформировавшимся билиарным циррозом выполнили ретрансплантацию печени в сроки 8 и 12 мес. после начала ЧЧБП при полной проходимости желчных протоков. Остальные 8 наблюдаются без признаков холангита и рецидива желтухи в сроки от 2 до 106 (в среднем 46,3) мес.

Заключение. ЧЧБП доброкачественных стриктур желчных протоков сопровождаются малым числом осложнений (4%). ЧЧБП является эффективной процедурой, позволяющей купировать холангит и механическую желтуху у данных пациентов в 96% случаев с длительным клиническим эффектом (до 9 лет).

**МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА: ОБОСНОВАНИЕ
ВЫБОРА МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ**
Ромашенко П.Н.¹, Майстренко Н.А.¹, Прядко А.С.^{1,2}, Кузнецов А.И.², Филин А.А.²,
Алиев А.К.¹

¹ФГБВОУ ВО Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова Министерства обороны
РФ, Санкт-Петербург, Россия

²ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Механическая желтуха (МЖ), является тяжелым, жизнеугрожающим и, зачастую, первым симптомом опухолей периампулярной зоны, доля которых достигает 80%. Главной задачей в лечении этих больных является адекватная декомпрессия желчевыводящих протоков (ЖВП). Наиболее частыми причинами развития механической желтухи опухолевого генеза (МЖОГ) являются: рак головки поджелудочной железы (ПЖ), рак холедоха и рак большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК).

Цель исследования: разработка оптимального алгоритма диагностики и лечения МЖОГ, позволяющего повысить эффективность первичного оперативного вмешательства, направленного на разрешение желтухи, уменьшить средний койко-день, количество осложнений и летальность у оперируемых больных.

Материалы и методы. Для формирования рациональной тактики обследования и лечения МЖОГ проведён анализ результатов оперативных вмешательств у 346 больных, возраст которых варьировал от 30 до 94 лет. Перед проведением дренирующих операций все больные были обследованы (КТ, МРХПГ, УЗИ брюшной полости, ФГДС с осмотром БСДК). Оперативные вмешательства осуществляли по общепринятым методикам.

Результаты. Разработана и апробирована оригинальная градация уровней опухолевого поражения ЖВП. Блок ЖВП I уровня (выявлен у 67% больных) создавали опухоли головки ПЖ, холедоха и БСДК (блок на уровне холедоха с сохраненным, функционирующим пузырным протоком при наличии желчного пузыря). К блоку ЖВП II уровня (23% обследованных) приводили опухоли холедоха и головки ПЖ (с вовлечением пузырного протока), опухоли желчного пузыря и Клацкина (Bismuth-Corlette I), а также метастатическое поражение лимфатических узлов гепатодуоденальной связки. Блок ЖВП III уровня (10%) вызывали опухоль Клацкина (Bismuth-Corlette II, IIIa, IIIb, IV) и метастатическое поражение печени (долевых и сегментарных протоков).

Изучение данных дооперационного обследования больных МЖОГ, интраоперационной ревизии, а также анализ непосредственных результатов хирургического лечения позволил нам установить ведущие критерии, определяющие выбор метода дренирования желчных

протоколов и необходимость предоперационной подготовки и лечения: 1) определение тяжести общесоматического состояния больных по шкале ASA; 2) тяжесть МЖ по классификации Э.И. Гальперина; 3) анатомический уровень блока внепеченочных ЖВП по данным УЗИ, МРХПГ и ЭРХПГ; 4) стадия онкологического процесса по классификации TNM (2018). Аргументированное применение минимально инвазивных лечебных подходов декомпрессии ЖВП позволило разрешить МЖ у 71,4% больных с нерезектабельными опухолями периапулярной зоны и подготовить к радикальному хирургическому вмешательству 28,6% пациентов.

Заключение. Реализация разработанного алгоритма диагностики и лечения больных МЖОГ позволила достоверно повысить первичную эффективность выполненных оперативных вмешательств с 84,7% до 87,3%, снизить долю сочетанных вмешательств с 15,7% до 11,7% и уменьшить средний койко-день с $13,07 \pm 7,02$ до $11,4 \pm 5,6$ ($p \leq 0,05$), а также снизить общее количество осложнений с 21,1% до 19,6% и общую летальность с 1,65% до 0,98% ($p \leq 0,05$). Установлено, что при разрешении МЖ на I и II уровне, эндоскопическое стентирование является достаточно успешным вмешательством при минимальном количестве осложнений, а при блоке на III уровне операцией выбора является ЧЧД.

ЧРЕСКОЖНЫЕ РЕНТГЕНОЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Самарцев В.А., Каракулов О.Г., Лебедев М.А.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.

Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4 г. Пермь, Россия

Актуальность. Прогрессирующий рост заболеваемости холелитазом и опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны, неудовлетворительные результаты лечения осложнений этих заболеваний, заставляет искать новые миниинвазивные методы деблокады желчевыводящих путей в лечении больных с этой патологией. Несмотря на использование современных технологий в диагностике и лечении больных механической желтухой, послеоперационная летальность остается довольно высокой: при неопухоловой желтухе составляет 6,2 - 13,6%, а при опухолевой желтухе - 15 - 40%. Применение этапного способа билиарной декомпрессии лечения позволило улучшить результаты лечения в этой сложной группе пациентов.

Цель исследования: улучшить результаты этапного миниинвазивного лечения механической желтухи с использованием различных вариантов чрескожного чреспеченочного дренирования желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. Чрескожные чреспеченочные вмешательства были применены у 221 пациента с МЖ. Среди обследованных было 112 (50,6 %) женщин и 109 (49,4%) мужчин. Средний возраст составил $65,1 \pm 2,31$ лет. Причинами МЖ являлись: рак головки поджелудочной железы – 116 (52,4%), рак желчного пузыря – 20 (9,0%), холедохолитиаз – 20 (9,0%), холангиокарцинома – 15 (6,7%), рак желудка с метастазами в ворота печени – 13 (5,8%), колоректальный рак с метастазами в печень – 10 (4,5%), рак большого дуоденального сосочка – 7 (3,1%), заболевания печени различного генеза – 7 (3,1%), послеоперационная стриктура гепатикохоледоха – 5 (2,2%), метастазы рака молочной железы – 3 (1,3%), хронический индуративный панкреатит – 5 (2,2%).

Результаты. Всем 221 больным первым этапом была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиография. При наличии дилатации внутрипеченочных желчных протоков чрескожная чреспеченочная холангиография оказалась успешной у 99% больных. У 124 (56,1%) пациентов было выполнено чрескожное наружное дренирование ЖВП, у 96 (43,4%) пациентов наружно - внутреннее дренирование ЖВП, с позиционированием внутреннего дренажа в ДПК (из них 18 пациентам выполнено «рандеву»). В 87 (70,1%) случаях дренирование завершалось на уровне общего желчного протока, у 20 (16,1%) пациентов - долевых печеночных протоков, в 17 (13,7%) случаях - общего печеночного протока. Операцию выполняли по модифицированной методике Сельдингера комплексом «игла-катетер», в 65% случаев с использованием интрадьюсера 7F и диагностического катетера Pigtail 6F, в 35% случаев – одноступенчатыми системами для дренирования размерами от 6 до 12F. В послеоперационном периоде среди ранних осложнений наблюдалось 2 (0,9%) внутрибрюшное кровотечение. Среди поздних осложнений: дислокация дренажа - 35 (15,8%), подтекание желчи в брюшную полость – 7 (3,1%), местный перитонит – 2 (0,9%).

Заключение. Чрескожные чреспеченочные вмешательства являются высокоэффективным методом этапного лечения механической желтухи и этапной подготовки к различным вариантам дальнейшего оперативного вмешательства, в том числе могут применяться, как вариант паллиативной помощи, в случае использования техники «рандеву» с последующим ретроградным эндоскопическим стентированием желчных протоков.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Самарцев В.А., Ложкина Н.В., Лебедев М.А.

ФГБОУ ВО Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А.

Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия

ГАУЗ ПК Городская клиническая больница №4 г. Пермь, Россия

Проведено обследование и лечение 69 больным с резидуальным холедохолитиазом (РХ) в возрасте от 32 до 89 лет, которым в сроки от 1 года до 28 лет до момента госпитализации была выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ, дополненная в 6 (8,7%) случаях ХЛТ, в 2 (2,8%) – ТДП СТ. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке. Выявлены следующие формы РХ: желтушная – 34 (49,3%), панкреатогенная - 19(27,5%) и холангиогенная - 16 (23,5%).

Ультразвуковые признаки РХ, которые характеризовались выявлением единичных или множественных гиперэхогенных структур в проекции гепатикохоледоха, обнаружили только в 32 (46,4%) случаях. У остальных пациентов наблюдались косвенные признаки РХ: дилатация гепатикохоледоха, внутрипеченочных желчных протоков и (или) главного панкреатического протока. Эндоскопическим прямым признаком, характеризующим холедохолитиаз являлся ущемленный камень БДС - 10 (14,5%). К косвенным эндоскопическим признакам мы относили: гипертрофию БДС - 69 (100%), папиллит – 56 (81,1%), дуоденит (периампулярный, диффузный) - 51 (73,3%), холангит, отсутствие поступления желчи через устье БДС в ДПК – 10 (14,5%). Косвенные признаки характеризовались проявлениями билиарной гипертензии: дилатацией гепатикохоледоха, увеличением угла слияния печеночных протоков, удлинением желчных протоков, увеличением угла, образованного терминальным отделом холедоха и ДПК, сужением ампулы БДС и устья главного панкреатического протока у -17 (24,6%), холангитом у – 47 (68,1%) человек. Прямое контрастирование позволило: подтвердить наличие конкрементов, определить их количество и размеры, а также протяженность сочетанного РС БДС. Обычно выявляли макролитиаз (конкременты более 10 мм), чаще единичные и реже множественные (более 3 конкрементов) с локализацией в области БДС и гепатикохоледоха, реже в печеночных протоках. В 10 (14,5%) случаях контрастирование выполнено после превентивной ЭПТ торцевым папиллотомом. Всем пациентам была выполнена ЭПТ, при этом самостоятельное отхождение конкрементов наблюдали в 51 (74%) случае. У 9 (13%) больных была осуществлена литоэкстракция, которая в 4 (5,8%) наблюдениях была дополнена механической литотрипсией. При адекватной декомпрессии и отсутствии

осложнений ЭПСТ больным с гнойным холангитом проводили санационные транспапиллярные вмешательства. С нашей точки зрения, камни больших размеров не являются противопоказанием для ЭПТ, поскольку улучшение оттока желчи после декомпрессии, даже при неудаляемых камнях, способствовало ликвидации механической желтухи, оказывало положительное влияние на характер течения заболевания, и позволило использовать данный метод в качестве первого этапа лечения пациентов с РХ. У 5 (7,2%) больных с камнями больших размеров после стихания воспалительного процесса в желчных путях и нормализации лабораторных показателей выполнили минилапаротомию и холедохолитотомию. Интраоперационная ревизия внепеченочных желчных протоков подтвердила адекватность выполненной ЭПТ. Летальных исходов не зарегистрировано.

Заключение. Современные эндоскопические методы являются высокоэффективными в лечении больных РХ осложненным механической желтухой. Необходимость выполнения “открытой” минилапаротомной холедохолитотомии при крупных конкрементах в данной группе больных составляет не более 5 (7,2%).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В БОЛЬНИЦЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ

Старостин С.А., Федоровский В.В., Шевелёв Е.Ю., Суровяткин К.А.

**ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России, Новосибирск, Россия**

ГБУЗ НСО «Больница скорой медицинской помощи №2», Новосибирск, Россия

ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 34», Новосибирск, Россия

В настоящее время, в силу различных условий финансирования и, как следствие, проблем материально-технического характера, многие современные методы диагностики и лечения недоступны в больницах, занимающихся скорой помощью. Проведен анализ лечения больных с механической желтухой (МЖ) в условиях больниц скорой помощи.

Всего за 3 года находились на лечении 592 пациента с механической желтухой. Из них с желтухой неопухолевой этиологии 276 человек и опухолевой - 316 человек. Женщин было 345, мужчин - 247, средний возраст - $70,43 \pm 10,72$. В последние два года отмечено преобладание злокачественных причин желтухи над доброкачественными.

Диагноз подтверждали по данным ультразвукового исследования (УЗИ). Основным признаком МЖ при УЗИ является расширение внутрпеченочных желчных протоков. УЗИ позволяет не только выявить билиарную гипертензию, но и установить уровень блока. При

высоком билиарном блоке (обтурация на уровне ворот печени) при УЗИ визуализируются расширенные внутripеченочные протоки при нормальном диаметре ОЖП (до 6 мм), желчный пузырь чаще нормальных размеров или уменьшен, возможно выявление в воротах печени объемного образования. При низком билиарном блоке (обтурация на уровне холедоха, головки ПЖ, БСДК) кроме расширенных внутripеченочных протоков визуализируются расширенные внепеченочные протоки, желчный пузырь увеличен. Если низкий блок обусловлен индуративным панкреатитом, при УЗИ имеет место увеличение размеров поджелудочной железы (ПЖ), могут выявляться кальцинаты. При опухоли головки ПЖ на фоне билиарной гипертензии визуализируется объемное образование в ПЖ. Критериями гипертензии главного панкреатического протока служит его расширение более 2 мм в теле и более 3 мм в головке ПЖ.

Диагноз подтверждали по данным МСКТ с контрастированием. МСКТ показала наиболее высокую информативность при выявлении и оценке распространенности опухолевых процессов в паренхиматозных органах гепатопанкреатодуоденальной зоны, однако была менее чувствительна в диагностике конкрементов, внутripротоковых патологических изменений, чем прямые рентгеноконтрастные методы.

Причиной желтухи опухолевой этиологии наиболее часто был рак головки поджелудочной железы - 244 пациента (77,2%), затем опухоль общего желчного протока – 42 (13,3%), опухоль Клатскина 24 (7,6%), рак БСДК - 4 и рак желчного пузыря – 2.

При опухолевой желтухе чаще всего была сделана холецистоеюностомия - 184 (58,23%), в ряде случаев с гастроэнтеростомией. Затем холецистостомия - 57 (18,03%), гепатикостомия – 23, гепатикохолецистостомия – 4, гепатикоеюностомия на у-образно выключенной петле – 3.

Среди причин желтухи доброкачественного характера на первом месте холедохолитиаз – 200 человек (72,46%), затем острый и хронический панкреатит - 49 (17,75%), стриктура общего желчного протока – 23 (8,33%), другие – 4.

При желтухе доброкачественной природы сделаны операции: холедохолитотомия в том числе с холецистэктомией и дренированием ОЖП - 187 (67,75%), холедоходуоденостомия - 64 (23,2%), трансдуоденальная ПХП – 4, гепатикоеюностомия на у-образно выключенной петле – 2, другие - 21.

Заключение. УЗИ остается наиболее доступным и информативным методом диагностики причин механической желтухи, хотя возможности метода ограничены. МСКТ с контрастированием более высоко информативна при выявлении опухолевых процессов в паренхиматозных органах гепатопанкреатодуоденальной зоны, чем при диагностике холедохолитиаза, однако, в отсутствии технических возможностей проведения других

рентгенконтрастных исследований позволяет объективно оценить наличие и причины билиарной гипертензии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Баконина И.В., Жучкова У.В., Ахмедов Ш.И., Стрижёва А.В.

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

Рязанский центр хирургии печени, поджелудочной железы и желчевыводящих протоков ГБУ РО «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Рязани, Россия

Цель исследования: провести анализ эффективности чрескожных методов декомпрессии билиарного тракта при механической желтухе опухолевого генеза. Изучить характер осложнений после подобных вмешательств.

Материалы и методы. Ежегодно отмечается рост числа пациентов с механической желтухой опухолевого генеза. При механической желтухе опухолевого генеза производятся преимущественно чрескожные вмешательства. Декомпрессия производится всем пациентам при уровне билирубина выше 100 мкм/л и наличии признаков печеночной недостаточности класса А, В, С. За 2013-2018 годы чрескожное дренирование желчных протоков выполнено у 415 пациентов. Средний возраст пациентов 62,7 года. У 261(63%) пациента отмечен «низкий» блок желчных протоков.

Результаты. Холангиостомия выполнена 315 (59%) случаях, в 23 случаях отдельно левого и правого протоков. Отмечались следующие осложнения после процедуры: кровотечение по дренажу и гемобилия 19 (6%) случаев; частичная или полная транслокация дренажа в послеоперационном периоде 28 (9%) случаев; нагноение дренажного канала 2 (0,6%) пациента. Умерло 4 пациента. Оперировано в связи с осложнениями 8 пациентов. Холецистостомия выполнена у 91 (17%) пациента, эффективна только при низких блоках, не создаёт условий для дальнейших эндобилиарных вмешательств, но сравнительно редко даёт осложнения: транслокаций не отмечено, кровотечение - у 3 пациентов, раневая инфекция - у 1. Наружно-внутреннее дренирование выполнено у 75 пациентов после холангиостомии в случае удачной реканализации стриктуры. Метод использовался как самостоятельный и как предварительный этап перед протезированием или стентированием стриктур. Отмечено

возрастание риска инфекционных осложнений (4 пациента, 5,3%) и риск развития панкреатита вследствие блокады главного панкреатического протока (3 случая, 4%). Летальность составила 2,7% (2 человека). Билиарное протезирование выполнено у 51 пациента. Рассматриваем его как альтернативу билиодигестивному анастомозу при нерезектабельных опухолях, а также как метод выбора в неоперабельных случаях. Различные осложнения отмечены в данной группе пациентов в 5 случаях, но открытых оперативных вмешательств они не потребовали.

Выводы. Пункционно-катетерные методы билиарной декомпрессии эффективны при желтухах опухолевого генеза. Основным методом декомпрессии является холангиостомия. В ряде случаев антеградная процедура является окончательным или альтернативным методом лечения.

ДИАГНОСТИКА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Тилемисов Р.О.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Мы проанализировали наш опыт диагностики и лечения 719 пациентов с механической желтухой (МЖ). Больные были в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст $58,1 \pm 15,7$ года), из них – 381 (53%) женщин и 338 (47%) мужчин. Уровень общего билирубина варьировал в пределах от 59 до 1027 ммоль/л, (в среднем $224,7 \pm 21,4$ мкмоль/л). Тяжесть механической желтухи оценивали по степени билирубинемии и наличию осложнений.

Условно по тяжести МЖ больные были распределены на 3 группы. Легкая (билирубин до 100 мкмоль/л) - 194 (27%) больных, средняя (билирубин 100-200 мкмоль/л) – 202 (28%), тяжелая (билирубин выше 200 мкмоль/л) – 323 (45%).

Осложнения в виде гнойного холангита был диагностирован у 141 (19,6%) больного, печеночной недостаточности у 356 (49,5%) больного, асцита у 23 (3,2%) больных и холангиогенных абсцессов печени у 12 (1,7%) больных.

По срокам госпитализации с момента возникновения МЖ, больные были распределены на следующие группы: до 7 суток – 269 (37,4%), от 7 до 14 суток – 132 (18,4%), больше 14 суток – 318 (44,2%).

Причинами blastomatозной обструкции явились: опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха у 431(59,9%), опухоль большого дуоденального

сосочка (БДС) – 133 (18,5%), опухоль желчного пузыря и холедоха – 42 (5,8%), опухоль ворот печени – 113 (15,7%).

В диагностике и дифференциальной диагностике МЖ у всех 719 больных в качестве инициального скрининг-метода и способа контроля состояния органов гепатобилиарной системы использовали ультразвуковое исследование. При этом во всех 719 случаях было выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков (ВПЖП), из них в 557 случаях был выявлен симптом Курвуазье, в 187 случаях у больных был выявлена опухоль на разных уровнях желчных протоков.

МСКТ было выполнено у 112 больных, при этом также расширение ВПЖП было выявлено во всех 112 случаях, в 104 случаях была выявлена опухоль на различных уровнях ЖП, в 8 случаях опухоль не была установлена.

МРТ было выполнено у 69 больным, при этом во всех случаях были выявлены расширение ВПЖП, из них в 37 случаях был выявлен дистальный блок, в 9 случаях блок средней трети холедоха, в 23 случаях был выявлен проксимальный блок.

РПХГ было выполнено 534 больным, было выполнено 708 РПХГ исследований. Из них РПХГ без каких-либо манипуляций было выполнено 44 (6,2%), РПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) - 296 больным (41,8%), РПХГ + ЭПСТ + стентирование - 225 (31,8%) больным, РПХГ + рестентирование холедоха – 111 (15,6%) больным, РПХГ + промывание стента – 16 (2,3%) больным, РПХГ + ЭПСТ + литоэкстракция – 9 (1,3%) больным, РПХГ + ЭПСТ + литоэкстракция + назобилиарное дренирование – 4 (0,5%) больным, РПХГ + супрапапиллярная папиллосфинктеротомия ПСТ – 3 (0,4%) больным.

Чрескожные чреспеченочные вмешательства с декомпрессией ЖП выполнены 111 больным. При этом дистальный блок был выявлен у 44 больных, блок на уровне средней трети холедоха у 19 больных, блок на уровне ворот печени у 38 больных.

Заключение. В диагностике механической желтухи используются неинвазивные и инвазивные методы. В выявлении опухолей МСКТ более информативна чем УЗИ. Расширение ВПЖП и холедоха можно выявить как неинвазивными, так и инвазивными методами инструментальных исследований. При применении инвазивных методов диагностики наряду с установкой диагноза можно выполнять декомпрессивные вмешательства которые позволяют выполнять дальнейшие оперативные вмешательства в более благоприятные сроки.

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ РЕТРОГРАДНЫЕ МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ.

Тилемисов С.О., Хашимов М.А., Гуломов Ф.К.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Проанализированы результаты лечения 719 больных с механической желтухой (МЖ) опухолевого генеза обратившихся в РНЦЭМП с 2006 по 2017 гг. Из них 534 больным было проведено ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ) с различными лечебными манипуляциями. Больные были в возрасте от 18 до 92 лет (средний возраст $58,1 \pm 15,7$ года). Всего было выполнено 708 РПХГ исследований. Из них в контрольной группе выполнено 407 РПХГ исследований 316 (43,9%) пациентам, в основной группе 301 РПХГ исследований 246 (34,2%). При выявлении причин МЖ, были выявлены следующие данные. Опухоль головки поджелудочной железы и терминального отдела холедоха (ТОХ) были выявлены у 303 (56,7%) больных, опухоль БДС – 118 (22,1%) больных, опухоль ворот печени у 60 (11,2%) больных, опухоли желчного пузыря и средней трети холедоха 53 (9,9%) больных.

Характер эндоскопических транспапиллярных лечебно-диагностических вмешательств на желчевыводящих путях (ЖВП) у больных с МЖ злокачественного генеза был следующим. РПХГ без каких-либо манипуляций было выполнено 44 (6,2%), РПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) - 296 (41,8%) больным, РПХГ + ЭПСТ + стентирование – 225 (31,8%) больным, РПХГ + рестентирование холедоха – 111 (15,6%) больным, РПХГ+промывание стента – 16 (2,3%) больным, РПХГ + ЭПСТ + литоэкстракция – 9 (1,3%) больным, РПХГ + ЭПСТ + литоэкстракция + назобилиарное дренирование – 4 (0,5%) больным, РПХГ + супрапапиллярная папиллосфинктеротомия ПСТ – 3 (0,4%) больным. После проведенных ретроградных вмешательств, результаты дренирования оценивались по снижению билирубина и цитолитических ферментов. Если при поступлении уровень билирубинемии в среднем составлял 219,1 мкмоль/л, то после декомпрессии на 5-е сутки его уровень достигал до 131,1 мкмоль/л. АЛТ при поступлении был – 135,7 U/л, то на 5-е сутки отмечалось значительное снижение до 10,1 U/л. АСТ при поступлении был 137,4 U/л, то на 5-е сутки его уровень в крови составлял в среднем 14,7 U/л. Как и все оперативные вмешательства, ретроградные эндобилиарные вмешательства не лишены осложнений. По данным различных авторов осложнения после РПХГ встречаются от 0,3-22%. Из 708 проведенных РПХГ исследований осложнения возникли у 61 (8,6%) больного. Наиболее частым из них были панкреатит у 17 больных и холангит у 17 больных. Не менее частым осложнением ретроградных вмешательства также считается кровотечение из папиллотомной раны, которое возникло у 15 больных. Повреждение задней стенки холедоха с развитием

ретродуоденальная перфорации и флегмоны забрюшинного пространства отмечен у 2 больных. Нарастание печеночной недостаточности отмечено у 12 больных. Умер 21 больной. Причинами летальных исходов явились холангит с развитием острой печеночно-почечной недостаточности 10 больных, кровотечение из папиллотомной раны 3 больных, нарастание печеночной недостаточности 8 больных.

Заключение. Малоинвазивные эндоскопические ретроградные 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.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОБСТРУКТИВНОГО ХОЛЕСТАЗА

**Федорук А.М., Пискун А.Б., Юрлевич Д.И., Савченко А.В., Харьков Д.П., Кирквский
Л.В., Федорук Д.А., Щерба А.Е., Руммо О.О.**

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

Большинство больных с обструктивным холестазом попадают в стационар уже с явлениями желтухи, холангита и проявлениями печеночной недостаточности различной степени выраженности. Оперативные пособия в таком состоянии являются рискованными и сопровождаются высокими цифрами летальности. Это диктует необходимость разбивать хирургические пособия на этапы, выполняя первым этапом декомпрессию билиарного тракта.

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

Материалы и методы. В период с 01.01.2008 по 31.12.2018 гг. на базе Минского научно-практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии выполнено 2664 минимально инвазивных декомпрессионных операций при обструктивном холестазе.

Объем и характер декомпрессионных операций при обструктивном холестазе определялся наличием холангита и/или гепатодепрессии, а также уровнем и характером механического блока протоковой системы.

При ретроградном доступе выполняли следующий спектр эндоскопических пособий: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) у 681 пациента, ЭПСТ+литэкстракция у 406 пациентов, эндоскопическая папиллосфинктеротомия в сочетании с баллонной пластикой и литэкстракцией (ЭПСТ + БП + литэкстракция) у 153 пациентов ЭПСТ + БП + литэкстракция + стентирование у 78 пациентов, ЭПСТ + БП + стентирование у 510 пациентов.

Чрескожные чреспеченочные холангиостомии (ЧЧХС) под контролем УЗИ выполнены у 762 пациента (м:ж = 483:279) в возрасте 59 ± 11 с механической желтухой. Большая часть операций 679 (89,1%) выполнены под местной анестезией с помощью устройства дренирования полостных образований (УДПО Ившина В.Г) методом свободной руки с ультразвуковым контролем режиме реального времени (ВК - Pro Focus 2202) после короткой предоперационной подготовки. У 83(10,9%) пациентов в связи сепсисом и бактериальным шоком операции выполняли сразу после стабилизации гемодинамики под эндотрахеальным наркозом. У всех больных выполняли дозированную декомпрессию билиарного тракта. Фистулохолангиография выполнялась во всех случаях, но после купирования явлений холангита. Среднее время операции составило 17 ± 4 минуты. У 57 пациентов выполнено чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование (ЧЧНВД), а у 17 пациентов антеградное стентирование или протезирование.

Результаты. ЭПСТ выполнили у 172 пациентов с опухолевым блоком и 509 с доброкачественным (холедохолитиаз и/или стриктуры). У 4,7% (30) и 637 пациентов с холедохолитиаз сочетался с протоковой неоплазией, что потребовало дополнительной баллонной пластики и /или стентирования. Показанием к ЭПСТ + БП + стентированию у 127 пациентов были опухоли, а у 383 различного рода стриктуры, из которых 281(73,4%) различного рода послеоперационные.

У 553 (72,6%) пациентов выполнено ЧЧХС левого долевого протока, у 68- ЧЧХС правого долевого протока, у 124 больных одновременно ЧЧХС левого и правого, у 17 пациентов выполнялось одновременное дренирование от 3 до 4 сегментарных желчных протоков. Наружное дренирование выполняли как 1-ый этап лечения, диагностики и подготовки к радикальной операции. Наружно-внутреннее дренирование с баллонной дилатацией и стентированием выполнено у 57 пациентов (при высоких доброкачественных стриктурах гепатикоэнтероанастомоза). Эндобилиарное протезирование выполнено у 17 больных с иноперабельной механической желтухой.

При использовании эндоскопических пособий в лечении обструктивного холестаза отмечены следующие осложнения: острый интерстициальный панкреатит у 122 (6,7%)

пациентов, острый некротизирующий панкреатит у 17 (0,93%), перфорация двенадцатиперстной кишки – у 6 (0,33%) пациентов.

При использовании чрескожных чреспеченочных технологий отмечены следующие осложнения: корригируемые транслокации дренажей (27 случаев), гемобилия (2), ограниченный желчный затек (8). Все осложнения своевременно устранены и не потребовали дополнительных вмешательств.

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

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ НА ФОНЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Тилемисов Р.О., Гуломов Ф.К.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Преставлен ретроспективный анализ 246 больных пролеченных с 2006 по 2017гг в отделе экстренной хирургии РНЦЭМП с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны осложненных механической желтухой (МЖ) и гнойным холангитом (ГХ). Из них мужчин было 110 (44,7%), женщин – 136 (55,3%). Возраст больных варьировал от 27 до 91 года. Наибольшее количество пациентов были в возрасте от 46 до 75 лет. Причиной механической желтухи были следующие: опухоль головки поджелудочной железы – 174 (70,7%), опухоль большого дуоденального сосочка – 29 (11,7%), опухоль ворот печени – 31 (12,6%), опухоль желчного пузыря и средней трети холедоха – 12 (4,9%). У 73(29,7%) больных ГХ был диагностирован при поступлении на основании наличия триады Шарко (боли в правом подреберье, механическая желтуха, гипертермия с ознобами). У 173 (70,3%) больных ГХ был установлен на основании лабораторных анализов. У всех больных при поступлении наряду с гнойным холангитом была клиника механической желтухи. При обследовании было выявлено что 98 больных поступили с первично с клиникой холангита, 148 больных ранее перенесли декомпрессию желчевыводящих путей миниинвазивным или лапаротомным доступом. Наши больные условно были разделены на три группы. Острый ГХ был выявлен у

31 (12,6%) больных, острый рецидивирующий ГХ был выявлен у 148 (60,2%) больных, хронический ГХ был выявлен у 67 (27,2%) больных.

Всем больным после проведения инфузионно-спазмолитической подготовки были подвержены миниинвазивным методам декомпрессии желчевыводящих путей.

246 больным выполнены 258 малоинвазивных вмешательств. Из них РПХГ + ЭПСТ был выполнен 64 (24,8%) больным, РПХГ + ЭПСТ + стентирование холедоха было проведено 60 (23,2%) больным, РПХГ + рестентирование – 75 (29%) больным, РПХГ + назобилиарное дренирование – 4 (1,5%), РПХГ без дренирования желчных протоков-14 (5,4%), ЧЧХГ + ЧЧХС – 41 (15,9%). Осложнения после ретроградных вмешательств мы наблюдали у 21 больного при этом кровотечение из папиллотомной раны возникло у 9 больных, холангит развился у 11 больных. Осложнения после ЧЧХС мы наблюдали у 5 больных. Гемобилия возникла у 2 больных, дислокация холангиостомы с желчеистечением в брюшную полость у 1 больного, кровотечение их пункционной раны печени у 1 больного, холангит с развитием абсцессов печени развился у 1 больного. После купирования механической желтухи и холангита, а также при невозможности провести декомпрессию ЖВП миниинвазивными методами, проводились оперативные вмешательства, которые были направлены для разрешения МЖ и ГХ. Выполнено 37 оперативных вмешательств. При этом наложение обходного билиодигестивного анастомоза был выполнен 20 (54%) больным. Холедоходуоденоанастомоз выполнен 3 (8,1%), лапаротомия, бужирование опухоли, транспеченочное дренирование – 2 (5,4%) больным, гастропанкреатодуоденальная резекция – 12 (32,4) больным.

После проведенного лечения, удалось купировать холангит у 242 больных. Умерло 22 больных.

Заключение. Первостепенным и патогеническим лечением гнойного холангита является декомпрессия желчных путей. Путем эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии можно провести ЭПСТ, эндопротезирование, назобилиарное дренирование при расположении опухоли в большом дуоденальном сосочке или терминальном отделе холедоха. Применение антерградного дренирования более целесообразно при высоком блоке ЖВП-опухолях гепатикохоледоха и ворот печени.

СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ПАРАЗИТАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Хаджибаев Ф.А., Анваров Х.Э., Хашимов М.А.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Актуальность. По данным различных авторов, осложнения эхинококкоза печени наблюдаются у 26—63% больных. Одним из опасных для жизни осложнениями является спонтанный прорыв кисты в билиарное дерево с развитием механической желтухи, при этом зачастую больные обращаются в стационар уже с различными стадиями печеночной недостаточности, вызванной механическим препятствием и желчной гипертензией.

Сказанное выше показывает актуальность и важность проблемы хирургического лечения ЭП с поражением желчных путей, в связи с чем, основной целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения путем усовершенствование тактического подхода к комплексной диагностике и лечению эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 486 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. Из них у 38 (7,8%) больных наблюдался прорыв кист в билиарное дерево. Возраст больных колебался от 22 до 62 лет, в среднем $42,4 \pm 4,1$ лет. Мужчин было 23 (60,5%), женщин - 15 (39,5%). Длительность симптомов механической желтухи у 21 (55,2%) больных составила более 7 суток, у 4 больных (10,5%) – 3-7 суток, у 13 (34,3%) пациентов – до 3 суток. К больным с подозрением на механическую желтуху паразитарной этиологии на этапе обследования был применен специализированный алгоритм, включающий общеклинические и биохимические обследования крови. Все описываемые больные при поступлении находились в компенсированной и субкомпенсированной стадиях печеночной недостаточности. Алгоритм также предусматривал инструментальные методы исследования – УЗИ, КТ и МРТ-холангиографию, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого IgG со специфичностью до 95%. Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз. При этом расширение холедоха более 20 мм наблюдали у 4 (10,5%) больных, 20-15 мм – у 19 (50%) пациентов, 9-15 мм – у 15 (39,5%) больных. Установить диагноз после проведения ЭПСТ не составило труда. При этом в 27 (72%) случаях после ЭПСТ произведено удаление корзинкой Dormia хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия. В дальнейшем этим пациентам была выполнена эхинококкэктомия лапаротомным или лапароскопическим способом в отсроченном порядке. В 11 (28%) случаях попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом и

разрешить механическую желтуху не удалось. Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам, но в срочном порядке.

Результаты. Больным с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути и возникновением механической желтухи после произведенной РПХГ была произведена эхинококкэктомия по методам, принятым в клинике и описанным в литературе, которые в 23 случаях были дополнены перикистэктомией с ушиванием остаточной полости на дренажной трубке.

Осложнения наблюдались в одном случае – развитие холангиогенных абсцессов печени у пациента с манифестацией механической желтухи за 11 суток до обращения. Рецидивов и летальных исходов не наблюдалось.

Заключение. Применение стандартизированной лечебно-диагностической тактики в экстренном стационаре позволяет осуществить высокоспецифичную диагностику и выбрать адекватную тактику лечения, позволяющую устранять причину механической желтухи и санировать билиарное дерево. Это позволяет уменьшить риск осложнений последующих операций.

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ В ВЫБОРЕ СПОСОБА ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Асраров А.А., Хасанов В.Р., Имамов А.А.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: определить возможности и оптимизировать применение лучевых неинвазивных методов в выборе адекватного способа декомпрессии желчных протоков при механической желтухе доброкачественного и злокачественного генеза.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 323 больных с обтурационным холестазом доброкачественного (61) и злокачественного генеза (262). С помощью неинвазивных лучевых методов определяли причину желтухи, степень расширения желчных протоков, уровень блокирования желчевыводящей системы, степень вовлечения желчных протоков в опухолевой процесс. Полученные данные использованы в выборе способа декомпрессии желчевыводящей системы, которую осуществляли с помощью эндоскопических или чрескожных чреспеченочных эндобилиарных вмешательств.

Результаты. Всем больным на диагностическом этапе выполнено УЗИ и МРТ-холангиография. Из 62 пациентов с доброкачественным генезом МЖ лишь у 5 (8,0%) диагностирован проксимальный блок. Из 262 больных со злокачественным генезом МЖ у 82

(31,2%) пациентов выявлен дистальный блок. Анализ показал, что при блоках на уровне средней и нижней трети холедоха ультразвуковое исследование в подавляющем большинстве случаев (98,3%) дает достаточную информацию для выбора того или иного способа дренирования. При опухолевом процессе, захватывающем гепатикохоледох, зону конfluence и долевы протоки для планирования дренирующих вмешательств необходимо использовать данные магнитно-резонансной холангиографии для полноценного представления об анатомических изменениях и степени блокирования желчевыводящей системы.

Заключение. При планировании адекватных дренирующих вмешательств при механической желтухе, для уменьшения числа повторных процедур и уровня осложнений необходимо включить в алгоритм диагностики МР-холангиографию для полноценного представления о степени блокирования желчных протоков, прогноза возможности эндоскопической литэкстракции.

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В ОТДЕЛЕНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Хилько С.С., Бутырский А.Г., Влахов А.К., Гринческу А.Е., Шерендак С.А.

**Медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный
университет им. В.И. Вернадского», Симферополь, Россия**

Последние десятилетия отмечены ростом числа больных с заболеваниями гепатопанкреатобилиарной зоны с развитием механической желтухи (МЖ), частота которой варьирует от 12 до 45%.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 250 пациентов с механической желтухой, которых разделили на две группы. Ретроспективная группа (I - 119 (47,6%) человек) была набрана в период 2010-2012 гг., когда предпочтение отдавалось одноэтапным операциям. За период 2015-2017 гг. в отделение поступил 131 (52,4%) пациент с МЖ. Средний возраст составил 64,2 года. Мужчин было 27,3%, женщин - 72,7%. По структуре заболеваний, возрасту и полу группы были сравнимы.

Результаты. При наличии высокоинформативных неинвазивных методов диагностики МЖ (УЗИ, МРТ, КТ, эндоскопическое УЗИ) выполнение ЭРХПГ с диагностическими целями не рекомендуется. Алгоритмы применения лучевых методов диагностики при МЖ в зависимости от ее причины, принятые в нашей клинике, указаны ниже: холедохолитиаз – УЗИ – МРХПГ (при отрицательном УЗИ – лечебная ЭРХПГ в сочетании ПСТ), рак головки

поджелудочной железы – УЗИ – МСКТ, рак желчных протоков, стриктуры желчных протоков и иные причины – УЗИ – МРХПГ – МСКТ для определения распространенности, рак фатерова соска – УЗИ – ЭРХПГ.

После установления диагноза принимается решение о варианте оперативного лечения. Показаниями к одномоментным вмешательствам считаем желтуху до 14 суток, кроме указанных ниже исключений. Показаниями к двухмоментным вмешательствам считаем желтуху более 14 суток, а также МЖ у больных старше 60 лет более 7 суток, старше 75 лет до 7 суток, декомпенсацию печеночных функций без нарушения витальных функций, билирубин более 200 мкмоль/л. Двухмоментные операции подразумевают выполнение на первом этапе декомпрессии желчевыводящих путей с применением минимально инвазивных технологий. После снижения гипербилирубинемии до 100 мкмоль/л производят второй этап – окончательное (в т.ч. радикальное) оперативное вмешательство.

Мы используем 3 способа желчеотведения: трансабдоминальные операции (в т.ч. видеолапароскопические), трансдуоденальные эндоскопические методы, чрескожные чреспеченочные вмешательства. Основные варианты оперативных вмешательств: группа I - чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧКЧПХС) – 10 (8,5%), ЭПСТ – 3 (2,5%), реконструктивно-восстановительные операции (РВО) – 106 (89%), группа II – ЧКЧПХС – 83 (63,4%, из них 59 человек, которым была в последующем выполнена реконструктивно-восстановительная операция (45%), 24 человека, у которых указанный метод лечения оказался окончательным (18,3%)), ЭПСТ – 1 (0,8%), эндопротезирование желчных протоков – 2 (1,5%), РВО – 86 (65,6%).

Осложнения при лечении больных: группа I - холангит – 5,2%, нагноение раны – 2,6%, плеврит – 4,1%, ПОН – 2,4%, желчный свищ – 3,8%, послеоперационный панкреатит – 1,6%, группа II – холангит – 2,1%, нагноение раны – 1,8%, плеврит – 1,6%, желчный свищ – 0,8%, послеоперационный панкреатит – 1,2%; летальность составила в I группе 4,2%, во II группе – 2,3%. Выводы.

Двухэтапный подход к лечению пациентов с синдромом МЖ в условиях отделения неотложной хирургии позволил снизить летальность в 1,8 раза, а число осложнений – в 1,7 раза.

При невозможности разрешения МЖ, обусловленной дистальным блоком, эндоскопическими или чрескожными методами под контролем УЗ- или КТ-навигацией, альтернативными технологиями в подобных ситуациях могут быть открытые вмешательства на желчном пузыре и протоках, как одномоментные, так и этапные, с последующей чресфистульной санацией ЖВП или ЭПСТ.

Заключение. Оказание помощи больным с МЖ средней и тяжелой степени на уровне районных больниц должно завершаться выполнением наружного дренирования с дальнейшим переводом больного после стабилизации состояния в лечебное учреждение III уровня для оказания помощи соответствующей квалификации.

АЛГОРИТМ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобиллов М.М., Лебедев С.С., Карпов А.А.

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ г. Москва,
Россия**

В хирургической клинике Боткинской больницы разработан и внедрен в клиническую практику алгоритм декомпрессии желчных протоков при механической желтухе. На первом этапе важно соблюдение последовательности диагностических мероприятий, включающей в себя общеклинические исследования, УЗИ органов брюшной полости (с подтверждением факта билиарной гипертензии), по показаниям выполняются МРХПГ и КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием.

Принятие решения о выборе способа билиарной декомпрессии зависит от степени выраженности механической желтухи, этиологического фактора и уровня блока желчеотведения.

Общие положения. При наличии у пациента гнойного холангита билиарную декомпрессию необходимо выполнить в течение 6-8 часов, в остальных случаях – в течение 24 часов от момента поступления пациента в стационар. Пациентам с механической желтухой легкой степени и отсутствием холангита билиарная декомпрессия не проводится. Декомпрессия желчных протоков показана при механической желтухе средней и тяжелой степени. При невозможности выполнения декомпрессии желчных протоков по технической либо иной причине, необходимо перевести больного в специализированную хирургическую клинику в срочном порядке.

Желтуха неопухолевого генеза. Наличие у пациента папиллолитиаза является показанием к экстренной эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии и литоэкстракции. В случае «низкого блока» желчных протоков целесообразно применение ретроградного способа декомпрессии желчных протоков. Выполняется ЭРХПГ, ЭПСТ. При невозможности холедохолитоэкстракции целесообразна установка билиодуоденального пластикового стента. При наличии у больного гнойного холангита целесообразно

рассматривать возможность эндоскопической установки наружного назобилиарного дренажа. В случае «высокого блока» желчных протоков выполняется чрескожное дренирование желчных протоков. Пластиковые стенты применяются при наличии протяжённой стриктуры терминального отдела желчного протока, крупном и множественном неразрешённом холедохолитиазе, гнойном холангите. Декомпрессия покрытым нитиноловым стентом показана при стриктуре желчного протока и невозможности выполнения плановой реконструктивной или восстановительной операции. Непокрытые нитиноловые стенты при механической желтухе неопухолевого генеза применять не целесообразно.

Желтуха опухолевого генеза. В случае «низкого блока» желчных протоков применяется ретроградный способ декомпрессии - ЭРХПГ, ЭПСТ, билиодуоденальное стентирование гепатикохоледоха пластиковым стентом. В случае «высокого блока» желчных протоков выполняется антеградный способ декомпрессии - чрескожное дренирование желчных протоков. При декомпрессии применяются пластиковые, покрытые и непокрытые нитиноловые стенты. Пластиковые стенты применяются преимущественно при планируемом временном ретроградном способе декомпрессии до одного месяца. Показаниями к использованию нитиноловых стентов служит нерезектабельная опухоль и тяжёлая сопутствующая патология, которая не позволяет выполнить радикальную операцию. «Непокрытые» нитиноловые стенты устанавливаются как окончательный этап лечения, независимо от уровня блока. «Покрытые» нитиноловые стенты устанавливаются при необходимости временной декомпрессии желчных протоков, только при «низком» уровне билиарной обструкции. Выбор вида стента обсуждается на мультидисциплинарном консилиуме. У пациентов с высоким уровнем билиарной обструкции и разобщением желчных протоков на сегментарные (опухоль Клацкина IV типа), выполнение билиарной декомпрессии нецелесообразно (однако, в каждом случае решение принимается индивидуально посредством консилиума).

ОПЫТ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ С ПРОКСИМАЛЬНЫМ БЛОКОМ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобиллов М.М., Лебедев С.С., Чеченин Г.М., Карпов А.А.

**ГБУЗ г. Москвы Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ г. Москва,
Россия**

Введение. Механическая желтуха опухолевой этиологии с проксимальным блоком желчеотведения сложна в плане диагностики и выбора способа билиарной декомпрессии. Во многих клиниках лучше развиты либо антеградные, либо ретроградные способы. Этот факт за чистую исключает возможность выбора альтернативного варианта или взаимозаменяемость в случае неудач одного или другого способа.

Материалы и методы. В хирургической клинике Боткинской больницы в период с 2010 по 2018 годы находилось на лечении 134 пациента с механической желтухой опухолевой этиологии с проксимальным блоком желчеотведения. Причинами механической желтухи были: холангиокарцинома - 76, лимфаденопатия гепатодуоденальной связки – 23 и метастатическое поражение печени - 35. Обязательными методами обследования пациентов, помимо трансабдоминального УЗИ, считали магнитно-резонансную холангиопанкреатографию и компьютерную томографию с внутривенным контрастированием. Уровень билиарной обструкции определялся по классификации Bismuth: I тип - 24, II тип - 31, III А тип - 35, III В тип – 21, IV тип – 23 пациента. Билиарную декомпрессию при механической желтухе легкой степени и отсутствии холангита не выполняли. При опухолевой стриктуре, локализующейся в общем печеночном протоке, предпочтение отдавали ретроградным методам билиарной декомпрессии. Выполняли эндоскопическое стентирование пластиковым стентом. При неэффективности ретроградной декомпрессии выполняли антеградное наружное унилобарное дренирование желчных протоков. При опухолевом блоке с разобщением долей печени выполняли билатеральное антеградное дренирование. При опухолевом блоке с разобщением внутрипеченочных протоков до уровня сегментарных, выполнение билиарной декомпрессии считали нецелесообразным.

Результаты. Из 55 пациентов с I и II типами поражения удалось выполнить эндоскопическое стентирование у 47 (технический успех 85,4%). Клинический успех в группе эндоскопических вмешательств достигнут у 43 пациентов (91,5%). Осложнения эндоскопических вмешательств по Clavien-Dindo: I – 5 (10,6%), II – 3 (6%), III – 4 (8,5%), IV – 1 (2%). При неэффективности эндоскопического способа выполняли чрескожное дренирование одной из долей.

При IIIА и IIIВ типах по Bismuth выполняли билобарное наружное дренирование. Из 54 пациентов удалось выполнить наружное дренирование в 52 случаях (технический успех 96,3%). Двум пациентам выполнено дренирование одной доли печени. Клинический успех в группе антеградных вмешательств достигнут у 48 (92,3%) пациентов. Осложнения чрескожных вмешательств по Clavien-Dindo: I – 6 (11,5%), II – 2 (4%), III – 3 (6%), IV – 1 (2%).

При IV типе по Bismuth декомпрессию выполняли у 11 пациентов. Технический успех 93,2%. Клинического успеха удалось добиться лишь у 4 больных (36%). Это связано с мультифокальным поражением желчных протоков, не позволяющим добиться адекватной декомпрессии. Осложнения чрескожных вмешательств в этой группе по Clavien-Dindo: I – 1 (10%), II – 3 (30%), III – 2 (20%), IV – 2 (20%).

Заключение. При декомпрессии механической желтухи с проксимальным блоком желчеотведения важен дифференцированный подход с учетом его уровня и уровня гипербилирубинемии. Целесообразно использование эндоскопических и чрескожных методов. При I и II типах поражения целесообразно выполнять эндоскопическую декомпрессию. При IIIA и IIIB типах наиболее эффективно проводить антеградную декомпрессию. При IV типе проведение билиарной декомпрессии нецелесообразно.

III. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

ДИАГНОСТИКА И ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ БИЛИАРНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

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

Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей Республики Узбекистан,
Ташкент, Узбекистан

Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите (ОБП) остается спорной и до конца нерешенной. Показания к операции, сроки и методы ее выполнения вызывают наибольшую полемику в литературе.

Цель исследования: совершенствование ранней диагностики и оптимизации хирургической тактики лечения острого билиарного панкреатита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 314 ОП (из них у 163 больных с ОБП. Женщин было 71%, мужчин - 21%). Все больные ОБП имели более и менее длительный анамнез ЖКБ (от 2-х-до 14 лет), неоднократно лечились в стационарах с временным успехом

Диагностика ОБП основывалась на клинико-лабораторных методах, а также данным УЗИ, РЭПХГ, ЭФГДС и лапароскопии. Для достоверности и диагностической ценности специальных исследований мы изучили их точность с двух позиций: чувствительности – численно отражающей способность метода выявлять заболевание в тех случаях, когда оно действительно имеется; специфичность – величина характеризующая уверенность в исключении заболевания в тех случаях, когда его действительно нет.

Результаты. Изучены результаты традиционных методов лечения ОБП у 48 больных контрольной группы, ЭПСТ у 47 и ТДПСП аппаратом СПП-20 – у 68 основной группы. У 20 больных поражение ПЖ протекало по типу интерстициального панкреатита, а у 28 деструктивного типа (из них у 10 геморрагический, а у 18 жировой панкреонекроз).

Гладкое течение послеоперационного периода отмечено у 28 из 48 больных. Специфические осложнения – несостоятельность ХДА развились у 2 из 48, неспецифические – нагноение послеоперационной раны у 3 и у 9 больных из 48 развились осложнения, связанные с сопутствующими заболеваниями. Осложнения, связанные с основной патологией нами наблюдаются у 2 – прогрессирование острого панкреатита. Умерло в ближайшем послеоперационном периоде 11 из 48 больных. Причиной смерти были – инфаркт миокарда у 1, тромбоэмболия легочной артерии у 1, выраженная печеночно-

почечная недостаточность – 1, у 2 - разлитой гнойный перитонит и у 6 больных причиной смерти было прогрессирование процесса в ПЖ.

Отдаленные результаты изучены у 34 больных после традиционных методов лечения больных ОБП, в сроки от 3-х до 10 лет.

При этом хорошие отмечены у 22 пациентов, удовлетворительные у 8 и у 4 неудовлетворительные результаты. Причиной неудовлетворительных результатов в 1 случае был непротяженный стеноз БДС, холедохолитиаз у 3 пациентов. Непротяженный стеноз БДС удалось ликвидировать путем РЭПСТ. У больных, у которых выявили холедохолитиаз в 2 – случаях при помощи РЭПСТ удалось вывести камень в просвет ДПК и в одном случае пришлось формировать СД ХДА. Все больные в этой группе в удовлетворительном состоянии выписаны домой.

Отдаленные результаты основной группы изучены у 29 больных. Хорошие отмечены у 21 и удовлетворительные у 8 пациентов.

Заключение. В лечении ОБП первостепенной целью является раннее вмешательство, направленное на ликвидацию желчной и панкреатической гипотензии. Вмешательства на ПЖ должны быть индивидуальными в зависимости от выявленных патоморфологических деструктивных изменений в ПЖ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Бабаджанов Ж.К., Лим В.Г.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) является одной из неблагоприятных форм рака во всем мире, занимает пятое место среди всех опухолевых заболеваний и третье место по причине смертности от онкозаболеваний в мире, с общей 5-летней выживаемостью около 5%.

В последние десятилетия отмечается явный прогресс в лечении ГЦР, связанный с появлением новых альтернативных методов лечения, в частности, суперселективная трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) и радиочастотная абляция (РЧА). Теоретическими предпосылками применения ТАХЭ послужил тот факт, что ГЦК получает питание преимущественно из артериальной системы, в то время как ткань печени с системы портальной вены, что позволяет достигать высоких концентраций химиопрепаратов в опухоли на фоне минимальной системной токсичности.

Цель исследования: разработать оптимальные варианты лечения ГЦК в соответствии с современными представлениями о мультидисциплинарной комбинированной терапии путем применения интервенционно-радиологических методик.

В хирургическом отделении РКБ №1 МЗ РУз, клинической базе ТМА с 2014 по настоящее время наблюдаются 29 пациентов с ГЦК. Из них 18 пациентов были признаны неоперабельными в связи с большими размерами опухоли и множественными поражениями печени.

Согласно критериям J. Gates с соавт. (1999) – достаточный функциональный резерв печени (билирубин не более 70 ммоль/л), отсутствие внепеченочного распространения опухоли, морфологические формы опухоли, при которых химиоэмболизация эффективна (гепатоцеллюлярный рак), гемоглобин более 80 г/л., всем 18 пациентам была выполнена ТАХЭ.

Процедура химиоэмболизации ветвей печеночной артерии включала два этапа: диагностический и лечебный. Чресбедренным доступом в печеночную артерию вводили микрокатетер и выполняли селективную ангиографию с контрастированием артериального русла печени с целью оценки ангиографической морфологии внутripеченочных опухолевых узлов, локализации и количества питающих их сосудов, наличия артериальных анастомозов при повторных вмешательствах. Химиоэмболизирующую смесь вводили медленно под обязательным рентгенотелевизионным контролем через присоединенный к коннектору микрокатетер.

Одномоментное введение 10 мл Липиодола +100 мг Доксирубина было произведено 2 пациентам. Химиоэмболизацию проводили 10 пациентам дробно 5-10 мл Липиодола + (30-50) мг Доксирубина с периодом 1 месяц.

Первые две недели после эмболизации наблюдали снижение функциональных показателей печени (повышение уровней трансаминаз, билирубина) у пациентов с одномоментным введением 100 мл Доксирубина. Пациенты в первые дни после процедуры жаловались на периодические боли в животе, общую слабость, тошноту, которые были купированы симптоматической терапией.

Оценку эффективности производили через 3 месяца согласно критериям ВОЗ и RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors – критерии оценки ответа опухоли на лечение) (WHO, 1979).

Заключение. Селективная трансартериальная химиоэмболизация является технически выполнимой, безопасной и считается перспективной процедурой с позиций улучшения прогноза выживаемости в лечении пациентов с нерезектабельной ГЦК. Для окончательной оценки эффективности вышеуказанной процедуры в дальнейшем необходимо планировать

мультицентровые рандомизированные исследования, искать пути усовершенствования техники и приемлемой комбинации химиотерапевтических агентов.

ТРОАКАРНЫЕ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЯХ

Горский В.А., Воленко А.В., Армашев В.П., Азимов Р.Х., Сивков А.С., Агапов М.А.

Кафедра хирургии ГБОУ ВПО Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

ГБУЗ Центральная клиническая больница РАН, Москва

Цель исследования: выявить основные причины возникновения троакарных грыж после вмешательств на желчевыводящих путях и сформулировать мероприятия по их профилактике.

Материалы и методы. В работе проанализированы результаты течения послеоперационного периода у 1712 больных, перенесших лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни. Исследование состояло из двух этапов. На первом этапе был выполнен ретроспективный анализ лечения больных с послеоперационными вентральными грыжами после ЛХЭ. 18 больным ЛХЭ были проведены в нашей клинике, 16 – в других лечебных учреждениях. Процент формирования грыж после наших вмешательств составил 1,1%. Вторым этапом работы было проведение проспективного исследования.

Результаты. При ретроспективном анализе историй болезни выяснили, что у 20 пациентов имелась склонность к образованию грыж за счет функциональной недостаточности соединительнотканной системы. Об этом судили косвенно по наличию сопутствующей варикозной болезни нижних конечностей, дивертикулеза толстой кишки, геморроя. Кроме того, у 3 больных были грыжи других локализаций.

У 23 пациентов имелось ожирение III – IV степени с выраженностью подкожно-жировой клетчатки передней брюшной стенки более 4-5 см. У 26 больных была выражена сопутствующая патология в виде сахарного диабета (4 больных), заболеваний сердечно – сосудистой (17 больных) и дыхательной системы (4 больных). В анализируемых случаях нагноение послеоперационных ран стало причиной возникновения грыж у 19 больных. Причину развившихся осложнений мы видим, в первую очередь, в инфицировании раны во время извлечения деструктивно измененного желчного пузыря из брюшной полости без использования контейнера, а также в травматичности данной манипуляции. В случаях удаления желчного пузыря через 20 мм троакар (при условии отсутствия

послеоперационного нагноения ранки) грыж, как правило, не возникает. Однако расширение доступа для удаления желчного пузыря больших размеров при остром холецистите, содержащего крупные конкременты, либо «забитого» множеством мелких камней, приводит к ухудшению местных репаративных процессов.

В ретроспективном исследовании для определения факторов, достоверно влияющих на развитие послеоперационных грыж после ЛХЭ, был выполнен статистический анализ связи признаков по непараметрическому методу Спирмена. Полученные данные позволили говорить о статистически достоверном влиянии на развитие грыж следующих факторов: 1) возраст больных старше 60 лет; 2) наличие ожирения I-III степени - индекс массы тела (ИМТ) 30-50 кг/м; 3) функциональная недостаточность соединительной ткани, 4) нагноение операционной раны.

В проспективном исследовании анализировали возможности использования иглы для ушивания троакарных ран Endoclose. Для оценки эффективности методики было проведено стратифицированное рандомизированное исследование в двух группах пациентов по 50 человек в каждой. В основной группе ушивание троакарной раны производилось при помощи иглы Endoclose, в группе сравнения использовали ручной способ закрытия раны. Все пациенты обеих групп были старше 60 лет. В основной группе средний ИМТ составил $35,1 \pm 3,7$, в группе сравнения средний ИМТ - $34,3 \pm 3,5$. У всех пациентов имелись основные неконтролируемые факторы возникновения грыж. В основной группе грыжи сформировались у 10% пациентов, в то время как в основной группе случаев образования грыж не отмечено.

Заключение. Из выявленных факторов, лишь состояние послеоперационной раны и способ ее ушивания являются контролируемы. Поэтому мероприятия по профилактике образования грыж должны быть направлены именно на эту группу. Анализ эффективности методики применения иглы Endoclose, произведенный методом сравнение частот бинарного признака в двух независимых группах, показал, что данная методика позволяет добиться достоверного снижения частоты риска образования троакарных грыж.

ЗНАЧЕНИЕ ПЕРЕАДРЕСАЦИЯ СРЕДНЕЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ ВЕНЫ ВО ВРЕМЯ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЖИВОЙ ДОНАЦИИ

Кашибадзе К., Годжа С., Накашидзе М., Менабде Д., Тедорадзе В.

Государственный университет им. Шота Руставели, Батуми, Грузия

Для того, чтобы уравновесить одновременно безопасность доноров и оптимальных результатов после трансплантации для реципиентов, во время живой донации, мы использовали алгоритм извлечения 3 типа трансплантатов печени правой доли (RLG) - «треугольник безопасности», а именно: а) Модифицированный расширенный трансплантат правой доли (MERLG), б) Парциальный трансплантат правой доли (PRLG) и в) модифицированный трансплантат правой доли (MRLG). Таким образом, реконструкция средней вены графта для достижения единого широкого оттока переднего сектора была обеспечена у всех пациентов.

Представляем результаты доноров и реципиентов, основанные на нашем совместном материале в количестве 130 пересадок правой доли печени от живых доноров. Из которых 100 пересадок материал Меданты (Гургаон, Индия, 2014) и 30 материал Реферальной больницы (Батуми, Грузия 2014-2018).

В группу, в которую вошли реципиенты, получившие модифицированный расширенный трансплантат правой доли (MERLG) составляла 52 пациента. Группа, получившая парциальный трансплантат правой доли, составила 18, а модифицированный трансплантат правой доли был имплантирован в 30 случаях. Время холодной ишемии было значительно больше, а объем ремнантной (остаточной) части печени меньше у донора в группе с модифицированной правой доли трансплантата (MRLG). Из доноров 29,3% имели осложнения (26% Clavien-Dindo I, II степени) без статистически значимой разницы между группами. Модель для терминальной стадии заболевания печени (End-Stage Liver Disease) была выше в группе с модифицированным расширенным трансплантатом правой доли (MERLG). 34 пациента из 39 с соотношением веса реципиента к весу графта (GRWR) <0,7% было проведена трансплантация модифицированного расширенного трансплантата правой доли (MERLG) с модуляцией притока. В этой группе, где синдром малого размера (small-for-size) развился у 4 пациентов умерли 2. Тогда как 90-дневная выживаемость пациентов была одинаковой среди групп разным GRWR и типом RLG.

Заключение. Выборочный и индивидуальный подход к донорской правосторонней гепатэктомии (RL) на основе оптимального функционального объема и метаболических требования, не только решает ключевую проблему двойного равновесия в трансплантации печени от живого донора (LDLT), но также создает безопасный путь для расширения пределов донации.

ДУОДЕНУМСОХРАНЯЮЩАЯ ТОТАЛЬНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОПУХОЛЯХ И ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Козлов И. А., Байдарова М. Д.

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 с 2001-2018 гг. 53 пациентам 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), панкреатогastroанастомозом (3). Тотальная резекция головки поджелудочной железы с циркулярной резекцией двенадцатиперстной кишки выполнена у 28 больных хроническим панкреатитом (25), осложненным дуоденальной дистрофией, серозными цистаденомами (2) и нейроэндокринной опухолью (1). Реконструкция завершалась дуоденодуоденоанастомозом «конец в конец». Операция дополнялась формированием панкреатоюно- и холедохоеюноанастомоза на Ру-петле (9), панкреатогastro- и холедоходуоденоанастомоза (16), панкреатикодуоденоанастомоза «проток со слизистой» и холедоходуоденоанастомоза (3).

В качестве группы сравнения использовались данные 48 больных, которым в период с 2011 по 2018 гг. была выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция или панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника по поводу доброкачественных заболеваний головки поджелудочной железы. Техника операций была стандартной.

Результаты. Продолжительность тотальных резекций головки с сохранением или резекцией двенадцатиперстной кишки достоверно превышала длительность панкреатодуоденальных резекций (425 и 273 мин, соответственно; $p < 0,05$). Статистически значимой разницы между объемом кровопотери в сравниваемых группах не было. Частота развития послеоперационных осложнений по Clavien-Dindo III ст. и выше была сопоставимой и составила 24,5% в группе тотальных резекций головки, 25% в группе панкреатодуоденальных резекций. Панкреатические свищи чаще развивались после

панкреатодуоденальных резекций (48% и 32%, соответственно), однако разница была статистически незначимой ($p > 0,05$). Частота развития гастростаза после тотальных резекций головки поджелудочной железы составила 24,5%, после панкреатодуоденальных резекций 29,1%. Желчные свищи достоверно чаще развивались после панкреатодуоденальных резекций (33,3% и 16%, соответственно; $p < 0,05$). После тотальных резекций головки поджелудочной железы у 9 больных возникло внутрибрюшное кровотечение (16%), после панкреатодуоденальных резекций у 11 (23%) больных, разница статистически незначима ($p > 0,05$).

В отдаленные сроки после тотальных резекций головки поджелудочной железы с сохранением или частичной резекцией двенадцатиперстной кишки у 3 больных развился сахарный диабет (5,6%), в то время, как после панкреатодуоденальных резекций сахарный диабет развился у 11 больных (22,9%), разница статистически достоверна ($p < 0,05$). После резекции головки поджелудочной железы с сегментарной резекцией двенадцатиперстной кишки у 2 больных отмечена внешнесекреторная недостаточность (3,7%), после панкреатодуоденальной резекции у 13 больных (27%), разница статистически значима ($p < 0,05$).

Летальных исходов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде после тотальных резекций не отмечалось, после панкреатодуоденальных резекций отмечено два летальных исхода.

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

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Муқанов М.У., Курамысов Е.А., Рахматуллин Ю.Я., Садыков У.С.

Кафедра общей хирургии Казахского национального медицинского университета им.

С.Ж. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Проанализированы результаты применения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при лечении 2340 больных желчнокаменной болезнью, оперированных в течение последних 16 лет в хирургическом отделении Алматинской многопрофильной клинической больницы. Мужчин было 304 (13%), женщин - 1036 (87%).

Из 2340 оперированных больных повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) имело место у 13, что составило 0,56%.

Повреждения ВЖП в наших наблюдениях имели следующие характеристики.

По времени распознавания: раннее (6 случаев) – выявлены на операционном столе; позднее (7 случаев) – 1-6 сутки послеоперационного периода.

По виду повреждения: полное пересечение – 6; краевое ранение – 6; электротермическое повреждение – 1.

По уровню повреждения: высокое – 4 (на уровне долевого протока и его слияния); низкое – 9 (на уровне собственно общего желчного протока).

С целью коррекции повреждений ВЖП выполнены следующие операции: дренирование холедоха по Холстед-Пиковскому – 3; дренирование холедоха по Керу – 3; ушивание холедоха с его дренированием – 2; гепатикохоледоходуоденоанастомоз – 2; гепатикохоледохоэнтеранастомоз по Ру – 2; фистулоэнтеранастомоз по Ру и наружное дренирование – 2; дренирование подпеченочного пространства – 10; эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография с папилосфинктротомией – 6.

При анализе причин повреждений ВЖП были выявлены следующие обстоятельства, приведшие к этому: выраженные воспалительные изменения желчных протоков с вовлечением в воспалительный инфильтрат гепатодуоденальной связки и других рядом расположенных органов (3); выраженные рубцовые деформации желчного протока и смежных органов и тканей (6); синдром Мириззи (2); неправильная интерпретация анатомических взаимоотношений при атипичной анатомии (2).

Нельзя сбрасывать со счетов и значительное увеличение числа хирургов, осваивающих лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ).

С целью профилактики повреждений ВЖП при ЛХЭ мы считаем, что во время операции необходимы следующие мероприятия: интраоперационная холангиография; полноценное дооперационное обследование и обоснованный тщательный выделительный тест элементов треугольника Кало; повышение профессионального уровня хирургов.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ МЕТАСТАЗОВ РАКА ПОЧКИ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Патютко Ю.И.¹, Котельников А.Г.¹, Кригер А.Г.², Подлужный Д.В.¹, Файнштейн И.А.¹,
Галкин Г.В.², Проскуряков И.С.¹, Поляков А.Н.¹, Кудашкин Н.Е.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

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

Введение. Диссеминированный рак почки (РП) в отдельных случаях протекает индолентно. При этом солитарные и единичные метастазы развиваются, как правило, спустя многие годы после удаления первичной опухоли. Целесообразность резекций поджелудочной железы (ПЖ) по поводу метастазов рака почки активно изучается.

Цель исследования: проанализировать отдалённые результаты хирургического лечения по поводу метастазов РП в поджелудочной железе (ПЖ).

Материалы и методы. Совокупный ретроспективный опыт хирургического лечения больных метастазами РП в ПЖ в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина и НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России составляет 55 пациентов за период с 1995 по 2019 гг. Соотношение мужчин и женщин 1,3 : 1. Средний возраст 59 лет (от 40 до 70). Синхронное поражение ПЖ диагностировано в 7 (13%) наблюдениях, метахронное - в 48 (87%). Медиана времени до обнаружения последних составила 10 лет (от 1 года до 19 лет). Характер поражения ПЖ: 1) изолированное – 31 (56%), сочетанное с поражением других органов – 24 (44%); 2) солитарные метастазы – 36 (65%), единичные – 14 (25%), множественные – 5 (10%). Спектр вмешательств: дистальная резекция ПЖ – 30 (55%); панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 13 (24%); панкреатэктомия – 6 (11%); резекция головки – 3 (5%); ПДР и дистальная резекция с сохранением тела железы – 1 (2%), срединная резекция – 1 (2%); криодеструкция опухоли – 1 (2%). 90-дневная послеоперационная летальность - 5,4% (3 больных).

Результаты. Актуарияльная общая выживаемость (ОВ) от даты операции на ПЖ без учёта послеоперационной летальности: 1-летняя - 96±3%, 3-летняя - 85±5%, 5-летняя - 74±7%, 8-летняя - 40±9%, медиана - 84 мес. При межгрупповом сравнении с использованием лог-ранк теста установлено, что предикторами, негативно влияющими на ОВ ($p < 0,05$), являются наличие послеоперационных осложнений, кровопотеря более 2000 мл, отсутствие хирургического метода для устранения последующего прогрессирования. Актуарияльная выживаемость без прогрессирования (ВБП): 1-летняя - 80±7%, 3-летняя - 42±8%, 5-летняя -

31±9%, медиана – 24 мес. (межквартильный интервал 12 – 61 мес.). Получена статистически достоверная разница ($p < 0.01$) в показателях ВБП между больными изолированными (5-летняя ВБП - 53±12%, медиана 53 мес. [МКИ 15 – 74 мес.]) и сочетанными (5-летняя ВБП не достигнута, медиана 16 мес. [МКИ 8 – 24 мес.]) метастазами в ПЖ.

Выводы. Хирургический метод позволяет достичь многолетней общей выживаемости как при изолированных, так и при сочетанных метастазах РП в ПЖ.

ОСОБЕННОСТИ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Погребняков В.Ю., Гончаров С.А., Кузина Т.В.

**ГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России,
Чита, Россия**

ГБУЗ ЗК Забайкальская краевая клиническая больница, Чита, Россия

Обобщен собственный опыт лечения 138 больных с абсцессами печени (АП). Холангиогенная природа абсцессов была в 49 (35,5%) наблюдениях, посттравматическая – в 38 (27,5%), абсцессы септической этиологии - в 30 (21,7%) случаях и связанные с другими причинами – в 21 (15,2%) наблюдениях. В качестве первого хирургического пособия применяли чрескожное пункционное дренирование абсцессов под ультразвуковым и рентгенотелевизионным (РТВ) контролем у 120 (87%) больных. Ранее в других ЛПУ были оперированы с использованием традиционного наружного дренирования и переведены в нашу клинику в связи с неэффективностью лечения 18 (13%) больных. У данных больных рентгенохирургические вмешательства имели дополнительный характер.

В качестве дренажей использовали малотравматичные эластичные пластиковые трубки диаметром от 2,5 до 4 мм со спирально-изогнутым концом. По нашему опыту, использование эластичных дренажей предотвращает разрушение внутреннего грануляционного вала и не создает препятствий к спадению полости абсцесса. Следует указать, что у пациентов, оперированных в других ЛПУ, в подавляющем большинстве случаев полости абсцессов были дренированы жесткими дренажами диаметром около 1 см. У данных больных мы производили замену дренажей на эластичные трубки меньшего размера сразу же при поступлении.

При проведении местной терапии учитывали наличие сообщений АП с желчевыводящими протоками, что устанавливали при неоднократных фистулографиях в послеоперационном периоде. При септических АП сообщений с желчными протоками не

было установлено ни в одном случае, в то время как холангиогенные абсцессы имели сообщения с внутрипеченочными желчными протоками (ВЖП) на уровне 3-4 порядков во всех наблюдениях. При посттравматической природе заболевания в 21 случае из 27 абсцессы имели сообщение с ВЖП, и лишь у двух больных, при поверхностной локализации АП, связи с желчевыводительной системой установлено не было.

При АП, изолированных от ВЖП, применяли активное приточно-аспирационное промывание антисептическими растворами не менее двух раз в сутки. При купировании основного воспалительного процесса в лечение добавляли внутриполостную умеренную склеротерапию с использованием 70% Урографина. В ряде случаев, при вяло спадавшихся полостях, использовали внутриполостное введение 96% спирта. При наличии секвестров применяли внутриполостное введение хемотрипсина 1-2 раза в сутки с экспозицией около 3 часов. В трех случаях для удаления секвестров произвели замену дренажей на более крупный диаметр (10-12 мм) с последующей дефрагментацией секвестров и их удалением корзинкой Дормиа.

При АП, сообщавшихся с ВЖП, на первом этапе использовали активное внутриполостное приточно-аспирационное промывание растворами антисептиков и антибиотиков. Затем, по мере купирования местного воспаления, переходили на внутриполостные инфузии растворов под небольшим давлением с целью лечения сопутствующего гнойного холангита и создания свободного оттока по желчевыводящим путям. Для предотвращения ретроградного инфицирования, после местного введения лекарственных растворов наружный дренаж отключали, с постепенно возрастающим временным интервалом отключения. Склеротерапию у данной группы больных не применяли. Следует указать, что при наличии механической желтухи больным проводили пункционное транспеченочное наружное дренирование желчных путей.

Использование миниинвазивного пункционного дренирования абсцессов печени позволило достичь успеха у 96 (89,7%) больных. Дополнительное плановое оперативное лечение потребовалось в 11 (10,3%) случаях.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Сидоренко А.Б., Захаров Ю.И.

**ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия**

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с доброкачественными стриктурами желчных протоков и билиодигестивных анастомозов.

Материалы и методы. За период с 2006 по 2018 гг. в отделении абдоминальной хирургии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского находились на лечении 35 больных со стриктурами желчных протоков, билио-билиарных соустьев и билиодигестивных анастомозов. Все пациентки – женщины в возрасте от 25 до 77 лет. Причинами рубцовой непроходимости были травмы ВЖП во время лапароскопической (ЛХЭ) – 29 (82%) или открытой холецистэктомии (ОХЭ) – 6 (18%).

В распределении больных по уровню стриктур использована классификация Н.Вismuth (2001). Больные с первичными стриктурами протоков и стриктурами протоков после восстановительных вмешательств имели первый – 4 (12%) и второй тип стриктур – 6 (17%), у больных ранее перенесших реконструктивно-восстановительные операции уровень стриктур был выше: 2 тип – 16 (47%); 3 тип – 3 (9%) и 4 тип – 6 (15%) В клинической картине больных преобладали симптомы механической желтухи и персистирующего холангита.

Результаты. В лечении 24 больных со стриктурами билиодигестивного анастомоза применялся чрескожно-чреспеченочный (18), эндоскопический (5) или чресфистульный (2) доступ для проведения сеансов баллонной дилатации. У пациентов, которым проводились чрескожно-чреспечёночные манипуляции, после сеанса дилатации оставляли дренаж диаметром 14 Fr в трансанастомотическом положении. Интервал между сеансами составлял 2 – 3 месяца. После окончания лечения, дренаж переводили в преанастомотическое положение на 2 – 3 недели. При отсутствии клинико-лабораторных и инструментальных (УЗИ + фистулография) признаков стриктуры, дренаж удаляли.

В 5 случаях выполнена эндоскопическая коррекция, у больных, которым были проведены реконструктивно-восстановительные операции по оригинальной методике: при операции по поводу ятрогенного повреждения, стриктуры ОЖП или общего печеночного протока (ОПП) накладывался билиодигестивный анастомоз на внутреннем дренаже на отключенной по Ру петле или на длинной петле с соустьем по Брауну. Одновременно накладывался гастроеюноанастомоз со слепым концом тонкой кишки или с приводящей петлей тонкой кишки. Эндоскопические вмешательства по поводу стриктур билиодигестивного анастомоза проводились через сформированную внутреннюю желудочно-кишечную фистулу. После проведения баллонной дилатации эндоскопическим доступом, осуществлялось эндопротезирование билиодигестивного соустья. Для стентирования использовались пластиковые стенты размером 8 Fr. Периодичность замены

каждые 3-4 месяца. У 4 пациенток стенты удалены, состояние анастомоза удовлетворительное. Одной пациентке продолжается внутреннее стентирование.

В лечении 10 больных с первичными стриктурами желчных протоков и стриктурами билио-билиарных соустьев использован эндоскопический доступ. В 2 случаях стриктуры зоны билио-билиарных соустьев были осложнены холедохолитиазом. После проведения баллонной дилатации выполняли эндоскопическую литоэкстракцию с санацией желчных протоков. Во всех случаях после проведения баллонной дилатации выполняли эндопротезирование зоны стриктуры.

Выводы. Малоинвазивные рентгенохирургические и эндоскопические методики с применением баллонной дилатации и пролонгированного дренирования и эндопротезирования могут являться эффективной альтернативой традиционным реконструктивно-восстановительным вмешательствам. Эффективность эндоскопического лечения наших пациентов с применением баллонной дилатации и эндопротезирования составила 78,6%. Формирование билиодигестивного анастомоза на каркасных дренажах с дополнительным наложением гастроэнтероанастомоза позволяет при необходимости производить эндоскопическую коррекцию доступным способом.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОГЕННОГО СЕПСИСА

Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Коробейников В.И., Акимов А.А., Михайлов А.Ю.,

Евтодиев С.Д.

ГБОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России,

Ижевск, Россия

Последние годы актуальной проблемой остается диагностика и лечение холангиогенного сепсиса. Сепсис – это полная блокада иммунной системы (Бочоришвили В.Г., 2004; Черных Е.Р., 2009). Пациентам с тяжелым гнойно-септическим поражением показана иммунокорригирующая терапия. Это позволяет предупредить развитие грозных осложнений, одним из которых является полиорганная недостаточность – жизнеугрожающее состояние с возможным летальным исходом.

За последние 30 лет в хирургическом отделении 1 РКБ г. Ижевск наблюдали более 300 больных с холангиогенным сепсисом и сепсисом на фоне панкреонекроза – тяжелейшие формы абдоминального сепсиса. Среди них 46,5% мужчин (140 человек) и 53,5% женщин (160 человек) в возрасте от 18 до 92 лет. Ведущими синдромами при сепсисе явились эндотоксикоз и полиорганная недостаточность. Диагноз сепсиса ставился на основании

клинической картины, набора лабораторных данных, посева крови, использования теста прокальцитонина, у 150 (50%) больных причиной сепсиса явился тотальный и субтотальный панкреонекроз (геморрагический - 46,7%, жировой - 53,3%) и разлитой перитонит. Заболевание желчевыводящих путей наблюдали у 250 (80,5%) больных: холангит, деструктивный холецистит, желчный перитонит, механическая желтуха, которые явились причиной холангиогенного сепсиса.

Всем больным были выполнены оперативные вмешательства на органах брюшной полости. Больным с панкреонекрозом проводили от 2 до 20 санаций с применением для орошения брюшной полости гипохлоритом натрия. При гнойном холангите проводили пункцию гнойных полостей, декомпрессию желчевыводящих путей, санацию дренажей озонированным раствором, диоксидином, по показаниям проводили холесорбцию и реинфузию сорбированной и оксигенированной желчи. Из-за исходной тяжести состояния операция 30% больным (90 человек) проводилась в 2 этапа. I этап - декомпрессия желчных путей, II этап - реконструктивные операции на желчных путях. При стриктурах гепатикохоледоха оптимальным вариантом операции считали выполнение гепатикоеюноанастомоза по Ру с транспеченочным дренированием в течение 1,5-2 лет со сменой дренажей в 2-3 месяца и санация их озонированным раствором.

В пред- и послеоперационный лечебный комплекс с детоксикационной, антисептической и иммунокорректирующей целью включали интенсивную инфузионную терапию, плазмаферез, УФО крови, ультрагеофильтрацию, внутривенные инфузии озонированных растворов, спленопида, ронколейкин, энтеросорбцию и энтеральное введение спленопида, ректальную озонотерапию. Важным компонентом лечения больных явилась цитокинотерапия ронколейкином.

Ронколейкин принимает участие в усилении иммунного ответа: активация цитотоксических лимфоцитов, стимулирует продукцию вторичных цитокинов, активирует НК клетки и макрофаги, активирует В-клетки и секрецию иммуноглобулинов, запускает механизмы высвобождения гормонов (в т.ч. АКТГ, кортизола), активирует факторы комплемента. Преимущества использования ронколейкина в его естественности, селективности действия (наличие специфических рецепторов на клетках-мишенях), прогнозируемость эффекта, дозозависимость, безопасность применения, основанных на природных механизмах их элиминации (Бубнова Н.А., Егорова В.Н., 2016 г.).

Летальность при включении активной иммунотерапии и детоксикационной терапии в комплексное лечение больных с абдоминальным сепсисом снизилась в основной группе до $20 \pm 4,2\%$ по сравнению с контрольной, где летальность составила $48,4 \pm 6,2\%$. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что в лечении сепсиса в гепатологии и

панкреатологии важны как хирургические мероприятия, так и всесторонняя активная детоксикация и иммунокоррекция. Иммунокоррекция с применением спленоида и ронколейкина - это решающий фактор спасения больных, снижающий риск летального исхода сепсиса.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ И ЖИВОТА ПРИ КАТАТРАВМАХ

Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Султанов П.К.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Введение. В общей структуре травматизма мирного времени отмечается неуклонный рост повреждений органов грудной клетки и живота. Повреждения органов живота регистрируются с частотой 20-45%, а травмы органов грудной клетки - 35%. Сочетание повреждений органов грудной клетки и живота являются одним из наиболее тяжелых видов политравм.

Цель исследования: изучить роль лапароскопии и торакоскопии в диагностике и лечении больных с высотной травмой.

Материалы и методы. Проанализированы результаты диагностики и лечения 278 пострадавших кататравмой с сочетанными и множественными повреждениями органов грудной клетки и живота за период 2014-2016 гг., поступивших в хирургическое отделение РНЦЭМП. Из них сочетанные повреждения выявлены у 230 (82,7%) больных, причем сочетания груди, живота и других областей встречается в 75 (27%) случаях. В возрастном аспекте больные от 15 до 86 лет (средний возраст $40,03 \pm 5,92$ лет). Больные падали с высоты от 2х до 26 метров. В основном они получили травму при падении с высоты 2-5 метров (66,9%) при случайном падении (92,8%), или в состоянии алкогольного опьянения (15,8%). Суицид же составил 4,3%. При этом сочетание всех 6-ти областей наблюдали у 5 (1,8%) больных, 5-ти областей – у 19 (6,8%) больных, 4-х областей - у 57 (20,5%) пациентов, 3-х областей - у 80 (28,8%) больных и 2-х областей - у 69 (24,8%) пострадавших. По степени выраженности шока пострадавшие распределились следующим образом: шок легкой степени (I и II) сопутствовал сочетанным повреждениям груди и/или живота у 48,2% пострадавших, у 42,8% была картина тяжелого шока (III) без угрозы для жизни, 9% поступивших в реанимационное отделение находились в критическом состоянии – крайне тяжелая степень шока (IV) с угрозой для жизни. Оперативное вмешательство выполняли на

фоне продолжающейся противошоковой терапии. Тяжесть сочетанных повреждений рассчитывали по шкале ISS (Injure Severity Scale). Ультразвуковую градацию объема свободной жидкости в брюшной полости проводили по предложенной Sirlin с соавт. (2001) шкале гемоперитонеума – Ultrasound Score (USS). Для статистической обработки результатов исследования были использованы методы вариационной статистики.

Результаты. Диагностика повреждений при сочетанной кататравме грудной клетки и живота была значительно затруднена в связи с наличием у пострадавших коматозного состояния, а иногда сдавлением головного или спинного мозга, массивного внутреннего кровотечения, множественных переломов ребер и костей таза, развитию жировой эмболии, что резко ограничивали, а иногда исключали применение специальных (рентгенологических контрастных, инструментальных и др.) методик, а клиническая картина, отличающаяся большим полиморфизмом, как правило, не соответствовала характеру и тяжести повреждений. Кроме того, причиной этого служили различные факторы: неоднородный характер травмирующих сил и мест их приложения при кататравме, иногда значительно удаленных от проекции поврежденного органа; разный характер и степень повреждения при одной и той же травмирующей силы. Особенностью травмы органов грудной клетки и живота при сочетанной кататравме явилось развитие гемо- и пневмоторакса, гемоперитонеума вследствие разрывов внутренних органов и повреждения магистральных сосудов. Основными диагностическими тестами наряду с ультразвуковыми методами, рентгенологическими исследованиями, пункцией и торакоцентезом плевральных полостей, явились диагностическая видеоторакоскопия и лапароскопия, которая позволила не только обнаружить поврежденные очаги, но и своевременно устранить их.

Выводы. При кататравме с высокой частотой выявляются тяжелые сочетанные повреждения органов грудной клетки и живота, обуславливая высокий риск летальности (19%). УЗИ органов грудной клетки и живота обладают высокой чувствительностью и позволяют диагностировать кровотечения и повреждения, особенно органов грудной клетки. Видеоторакоскопия и лапароскопия является основным инструментом диагностики источника кровотечения, его остановки и ликвидация повреждений внутренних органов, а в тяжелых случаях позволяет быстро провести торакотомию или же лапаротомию, что существенно снижает осложнения и летальность.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПОТОКОВ

Хаджибаев А.М. Алтыев Б.К. Пулатов М.М.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Одним из сложнейших разделов билиарной хирургии считается реконструктивно-восстановительные операции при ятрогенных повреждениях ЖВП. В 88% случаев подобная ятрогения является непреднамеренным последствием интраоперационных манипуляций, а у 12% пациентов – следствием лечебно-диагностической холедохотомии. Частота повреждений внепеченочных желчных протоков (ВЖП) составляет около 0,05-0,95% при операциях по поводу желчнокаменной болезни, при этом 0,05-0,2% приходится на долю традиционной холецистэктомии, 0,1- 0,95% на лапароскопическую холецистэктомию. Частота осложнений после реконструктивно-восстановительных операций составляет 10-48%. Неудовлетворительные отдаленные результаты достигают 10-38%. Послеоперационная летальность достигает до 3,2-28,2%

Цель исследования: улучшение результатов тактики лечения и решения оптимальных методов хирургического лечения ранних и поздних осложнений после вмешательств на желчных протоках

Материалы и методы. Анализу подвергнуты данные 83 больных с интраоперационными повреждениями внепеченочных протоков. Повреждение общего печеночного протока произошло во время традиционной холецистэктомии у 61 (73,4%) больного; при лапароскопической холецистэктомии - у 22 (26,5%) больных.

Результаты. По результатам проведенных обследований определены типы повреждений и стриктур желчных протоков, по классификации Э.И. Гальперина, 2002 г.: «+2» - у 18 (21,6%) больных; «+1» - у 23 (27,7%) больных; «0» - у 21 (25,3%) больных; «-1» - у 14 (16,8%) больных; «-2» - у 6 (7,2%) больных.

Отток желчи в кишечник у 14 (16,8%) больных выполнен путем билиобилиарного анастомоза путем сшивания желчных протоков на Т-образном дренаже, между поврежденными концами гепатикохоледоха. У остальных 69 (83,1%) больных выполнены различные варианты билиодигестивных анастомозов. Холедоходуоденоанастомоз применен у 11 (13,2%) больных; гепатикодуоденоанастомоз - у 16 (19,2%) больных; гепатикоэнтеро- и бигепатикоэнтероанастомоз на выключенной петле по Ру - у 16 (19,2%) больных; гепатикоэнтероанастомоз с межкишечным Браунским анастомозом - у 26 (31,3%) больных.

В последние годы при проксимальных стриктурах мы применяем нами разработанный способ наложения гепатикоеюноанастомоза на наружном металлическом каркасе. Из выполненных 58 операций на проксимальных желчных протоках, у 26 (31,3%) больных мы использовали наружный металлический каркас в наложении билиодигестивного анастомоза.

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 16 (19,2%) больных, умерли 7 (8,4%) пациентов. Причинами смерти явились у 3 (3,6%) больных недостаточность швов анастомоза с развитием перитонита, сепсиса; у 1 (1,2%) больного кровотечение из острых стрессовых язв желудка, у 3 (3,6%) больных развитие печеночно-почечной недостаточности на фоне тяжелого гнойного холангита и билиарного сепсиса. Надо отметить, что при наложении билиодигестивного анастомоза на металлическом кольце каркасе, недостаточности швов не наблюдалось.

Выводы. Выявление травмы желчных протоков является показанием к радикальной коррекции желчеоттока путем наложения билио-билиарного или билио-дигестивного анастомоза еще до развития тяжелых осложнений. Более хорошие результаты получены при наложении гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру с применением металлического кольца в качестве каркаса.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БИЛИАРНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Курбонов А.Б.

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,
Узбекистан**

Актуальность. Желчнокаменная кишечная непроходимость (ЖКН) считается сравнительно редким осложнением холелитиаза, отмечаясь в 0,2-3,4% случаев билиарного камненосительства. Малая освещенность и сравнительно незначительная частота встречаемости данной патологии нередко приводят к отсроченной и запоздалой диагностике, тактическим и техническим ошибкам при выполнении оперативного вмешательства, а также крайне высокой, достигающей 40-70%, послеоперационной летальности и осложнений.

Цель исследования: изучение результатов диагностики и лечения больных с ЖКН.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов диагностики и лечения 30 больных с ЖКН находившихся в отделениях экстренной хирургии РНЦЭМП. Мужчин было 9 (30%), женщин – 21 (70%). Средний возраст больных составил $70,6 \pm 10,3$ лет. Согласно разработанному диагностическому алгоритму РНЦЭМП больным при поступлении проводили клиническое обследование, соответствующие лабораторные исследования, гастродуоденоскопию, обзорную рентгенографию брюшной полости и изучение пассажа бария сульфата по желудочно-кишечному тракту, ультразвуковое

сканирование брюшной полости и гепатопанкреатобилиарной зоны. Из общего количества обследованных нами больных у 84% имелись различные виды сопутствующих заболеваний.

Результаты. На основании проведенных исследований точный дооперационный диагноз ЖКН был установлен только лишь у 12 больных (40%). Диагностика при этом основывалась в выявлении на УЗИ сморщенного желчного пузыря без конкрементов при наличии желчнокаменной болезни (ЖКБ) в анамнезе у 12 больных; эндоскопических признаков билиодуоденального свища - у 7 больных; крупного конкремента в просвете двенадцатиперстной кишки - у 3 больных; рентгенологического признака аэробилии в сочетании с «чашами» Клойбера - у 3 больных; рефлюкса контраста через свищ в желчные протоки - у 2 больных.

Остальные больные были госпитализированы с диагнозами: острая спаечная кишечная непроходимость (8), острый мезентериальный тромбоз (2), острый калькулезный холецистит (3), острый панкреатит (3) и острый аппендицит (2). Подобное разнообразие установленных диагнозов обуславливало то, что диагностика и принятие решения об операции запаздывала иногда до 5-6 суток.

У 5 пациентов операция начата с диагностической лапароскопией, у 23 оперативное вмешательство выполнено из срединного доступа, наиболее удобного для полноценной ревизии органов брюшной полости. У 2 больных оперативное вмешательство начато из доступа Волковича-Дьяконова с последующим переходом на срединную лапаротомию.

Интраоперационно в 3 случаях было установлено obturация желчным камнем просвета двенадцатиперстной кишки (ДПК), в 11 наблюдениях – тощей кишки и в 16 случаях – просвета подвздошной кишки. У 3 больных желчные камни были перемещены из ДПК в желудок и извлечены с помощью гастротомии. У 21 больных извлечение желчных камней осуществлялось с помощью энтеротомии. У 5 пациентов в связи с некрозом стенки тонкого кишечника была произведена ее резекция с наложением энтеро-энтероанастомоза бок в бок. И, наконец, у 1 больного удалось произвести низведение камня в толстую кишку без вскрытия просвета кишечника.

Летальный исход отмечен 2 (6,7%) случаях: инфаркт миокарда – 1 (3,35%), послеоперационный перитонит - 1 (3,35%).

Выводы. Суммируя все вышеприведенные данные можно заключить, что вопросы своевременной точной диагностики представляет сложную задачу. Подобное обстоятельство приводит к затягиванию сроков необходимых оперативных вмешательств, что отражается на результате проведенного лечения. В связи с этим вопросы диагностики и адекватного лечения острой билиарной кишечной непроходимости нуждаются в проведении дополнительных исследований.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫПОЛНЕНИЮ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАРАФАТЕРАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛАХ

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Рахманов С.У., Ашуров Ш.Э.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшить клинические результаты эндобилиарных вмешательств путем разработки новых подходов к выполнению минимально инвазивных вмешательств при парафатеральных дивертикулах (ПФД).

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 62 больных с ПФД. Во всех случаях диагноз подтвержден во время выполнения дуоденоскопии. 35 (56,4%) пациентам ранее была выполнена ЛХЭ. ПФД больше диагностировались у женщин по сравнению с мужчинами – 21 (32,3%). Критический анализ результатов транспапиллярных вмешательств при ПФД позволили нам пересмотреть существующие классификации и подходы к выполнению процедуры с учетом анатомических особенностей зоны большого дуоденального сосочка (БДС) и предложить свой вариант классификации ПФД.

I тип. БДС располагается внутри дивертикула, продольная складка незначительной длины или отсутствует. В данном случае рекомендуется этапная баллонная дилатация с интервалом в 3-4 дня. При выраженной МЖ или холангите производится стентирование или назобилиарное дренирование (НБД) с последующей баллонной дилатацией и удалением конкремента. При безуспешной процедуре производится чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) с последующей баллонной дилатацией и литоэкстракцией антеградно.

II тип. БДС располагается внутри дивертикула, продольная складка значительной длины или выражена, расположена в вертикальном направлении при установленной позиции дуоденоскопа. Производится ЭПСТ с папиллотомом режущей струной менее 1 см. При недостаточной папиллотомии для литоэкстракции выполняется дополнительная баллонная дилатация под контролем проводника и далее литоэкстракция.

III тип. БДС располагается у шейки дивертикула двенадцатиперстной кишки, продольная складка прослеживается полностью внутри (тип IIIa) и в шейке (тип IIIb) дивертикула или между (тип IIIc) дивертикулами. Папиллотомия производится по установленному ранее в холедох проводнику папиллотомом с режущей струной менее 1 см.

IV тип. БДС располагается у шейки дивертикула двенадцатиперстной кишки, продольная складка незначительной длины или не выражена. Производится порционная папиллотомия с папиллотомомом режущей струной менее 1 см и баллонная дилатация БДС. При необходимости баллонная дилатация выполняется с интервалом в 3-4 дня. При выраженной МЖ или холангите производится стентирование или НБД с последующей баллонной дилатацией и удалением конкремента. При безуспешной процедуре производится ЧЧХС с последующей баллонной дилатацией и литоэкстракцией антеградно.

V тип. БДС и продольная складка расположена вне дивертикула ДПК, продольная складка не переходит в стенку дивертикула. Производится ЭПСТ с папиллотомомом режущей струной менее 1 см.

Результаты. Из 62 больных, у которых мы использовали предлагаемую классификацию ПФД, I тип патологии выявлен у 5 (8,0%) больных, II тип – у 9 (14,5%), III тип – у 21 (33,8%), IV тип – у 15 (24,3%), V тип – у 12 (19,4%). Наибольшие сложности при выполнении РПХГ возникали при I типе аномалии – только у 3 из 5 пациентов удалось эндоскопически контрастировать ЖВП, у остальных 2 больных необходимо было прибегнуть к ЧЧХГ. Во всех остальных типах ПФД только в единичных случаях (3) нам не удалось выполнить РПХГ. Эффективность дифференцированного подхода к выполнению транспапиллярных вмешательств с учетом типа дивертикулов составила 91,9%, а частота постманипуляционных осложнений составила 3,2%. Успешной санации ЖВП у этой категории больных способствовали дополнение порционной папиллотомии временным назобилиарным дренированием (3), баллонной дилатацией (9) и эндопротезированием (6). Этапное применение различных методов эндоскопической санации желчных протоков позволили выполнить литоэкстракцию в полном объеме у 55 (88,7%) из 62 больных с ПФД.

Заключение. Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных вмешательств при парафатеральных дивертикулах позволяет значительно улучшить результаты лечения пациентов.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ ВЕТВЕЙ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПЕРЕД ОБШИРНЫМИ РЕЗЕКЦИЯМИ ПЕЧЕНИ

Авторы: Бадалян Х.В Галумян А.С Цатурян А.А Мадоян З.К, Арутюнян М.Т

Клиническая база ЕрГМУ, институт хирургии Микаелян. Клиника Вигмор.

Армения, 0052, Ереван ,Эзрас Асратян ул., 9 дом . Армения, 0002, Ереван ,ул. Пушкина 56

Цель: Оценить эффективность гипертрофии остоящийся доли печени (ОДП) после эмболизаций ветвей воротной вены (ПЭ)в профилактике развития печеночной недостаточности , после обширных резекций печени.

Материалы и методы: с 2016 по 2019 г выполнено 9 обширных резекций печени с предварительной эмболизацией ветвей воротной вены. Из них 5 мужчин и 4 женщин. Во всех случаях остающаяся доля печени было менее 30% от всего объема печени. Диагнозы: 4 метастазы колоректального рака в печени-4, холангицеллюлярный рак -2, гепатоцеллюлярный рак-3. 7-и больным выполнено перкутанная масляная эмболизация ветвей воротной вены правой доли печени. Одному пациенту выполнено эмболизация спиральями ствола правой воротной вены. Одному больному выполнено эмболизация ветвей правой воротной вены в комбинаций масляного эмболизирующего раствора и металлических спиралей с эмболизацией правой печеночной вены (ЭПВ) металлическими спиральями. Срок наблюдения после эмболизаций составил от 15 до 30 дней.

8 пациентов оперированы в объеме правосторонней расширенной гемигепатэктомии.

Результаты:

8 случаев удалось добиться увеличения объема ОДП от 17-35%. У одного пациента наблюдалась миграция масляного эмболизирующего раствора в контрлатеральную сторону.

8 пациентов после ПЭ на следующий день выписаны домой . Оптимальный срок требуемый для адекватного увеличения ОДП после ПЭ составляет 21 день.

Во всех наблюдениях после резекций печени не наблюдались явления печеночной недостаточности.

Заключение: Предварительная эмболизация ветвей воротной вены является надежным и безопасным вмешательством перед обширными резекциями печени. При правильном выполнении ПЭ в сроки 21 день удается добиться адекватного увеличения ОДП до 35 %-ов от общего объема печени.