Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ
Республиканский специализированный центр хирургии
им. акад. В.В. Вахидова
Ташкентская медицинская академия
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Ташкент
7-9 сентября 2015 г.

Под редакцией:
проф. Вишневского В.А.
проф. Назырова Ф.Г.
проф. Гальперина Э.И.
проф. Степановой Ю.А.

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

ОСОБЕННОСТИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Аббасов П., Кайаалп Д., Йылмаз С.
Кафедра хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета, Баку, Азербайджан

С целью восстановления кровотока портальной вены у больных с тромбозом воротной вены выполнена операция по трансплантации печени и указаны результаты с использованием альтернативных методов.

С сентября 2012 по 2013 гг. у 265 пациентов проведена трансплантация печени. Трансплантация от живого донора выполнена 224 (84,5%) больным, от донора-трупа (кадаверического) - 41 (15,5%) больному.

В ходе тромбоэндовенэктомии вследствие «тромбоза портальной вены» катетер Фоллея использован у 5 реципиентов, портовенозный анастомоз с использованием вены левого желудочка (коронарной вены) выполнен у 2 реципиентов, почечная вена использована с целью восстановления портального кровотока у 1 реципиентов. Мужчины из них было 5, женщин - 3. Средний возраст больных - 59,4 (42-65), показатель по шкале MELD (Model for End-Stage Liver Disease) - 29, по классификации Child-Pugh у 5 пациентов встречался Child B, у 3 – Child C.

Трансплантация печени от живого донора сделана 6 (2,6%) больным, от трупа - 2 (0,88%).

При оценке результатов летальность была выбрана основным критерием. Пациенты находились под наблюдением в течение 1-12 месяцев. В течение этого времени наступила смерть 2 больных. У одного из пациентов смерть наступила в течение 48 часов после операции вследствие дисфункции трансплантата печени, а у второго пациента - в результате сепсиса через 37 дней после операции. Вторичная операция была проведена 1 пациенту в связи с билиарной проблемой. Живы по настоящее время 6 пациентов.

Заключение. Использование катетера Фоллея для остановки кровотечения и выполнения сосудистых швов в ходе эндовенэктомии при тромбозах воротной вены и повреждениях воротной вены является методом, который может быть с легкостью применен в любых условиях. В частности, хотели бы отметить, что у больных с портальным тромбозом (Grade 4) с целью восстановления портального кровотока трансплантат коронарной и почечной вены являются самой подходящей альтернативой и при наличии криоконсервированной вены она может быть успешно использована в таких случаях.

ЛЕВОСТОРОННЯЯ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ПЕРВОГО СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ, РЕЗЕКЦИЕЙ И РЕКОНСТРУКЦИЕЙ ПРАВОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И БИФУРКАЦИИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ У ПАЦИЕНТА С ОПУХОЛЬЮ КЛАЦКИНА

Алиханов Р.Б., Федоров Е.Е., Ефанов М.Г., Ким П.П., Старостина Н.С., Воронов Д.В.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Цель исследования: демонстрация возможности лечения пациента с опухолью Клацкина с инвазией в правую печеночную артерию и бифуркацию воротной вены.

Клиническое наблюдение. Пациент Л., 48 лет поступил в отделение Гепатопанкреатобилиарной хирургии МКНЦ с клиникой механической желтухи, где было выполнено чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков и диагностирована опухоль Клацкина Bismuth-Corlette 3B с инвазией в правую печеночную артерию и бифуркацию воротной вены. После разрешения желтухи, пациенту была выполнена операция: левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией первого сегмента печени, резекцией и реконструкцией правой печеночной артерии и бифуркации воротной вены. Далее сформирован бигепатикоеюноанастомоз на отключенной по Ру петле тощей кишки.

Для реконструкции правой печеночной артерии использовалась ротированная общая печеночная артерия пересеченная у чревного ствола.

В послеоперационном периоде на 1 сутки развилось гипокоагуляционное кровотечение со среза печени на фоне гепаринизации, релапаротомия, санация и гемостаз брюшной полости. Резекция по данным морфологического исследования сделана в объеме R0. В удовлетворительном состоянии пациент был выписан на 10 сутки после операции. Через 3 месяца все анастомозы состоятельны, признаков тромбоза нет, рецидива опухоли нет.

Заключение. Резекция и реконструкция сосудов при опухоли Клацкина может быть использована для выполнения R0 резекции печени. Пересечение общей печеночной артерии у чревного ствола и ротация для анастомозирования секторальными артериями правой печеночной артерии может быть успешно использована при реконструкции сосудов гепатодуоденальной связки.

НОВЫЙ МЕТОД РАЗДЕЛЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ БЕЗ СОСУДИСТОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н.
ФГБУ Российский научный центр рентгенорадиологии Минздрава России, Москва, Россия

Внедрение родственной трансплантации печени потребовало разработки новых методов рассечения печени, позволяющих производить забор трансплантата без его выключения из кровообращения.

Мы разработали новый инструмент, позволяющий сочетать в себя два основных метода разделения печени: раздавливание (clamp-crushing) и радиочастотную аблацию в сочетании с ирригацией ткани (положительное решение на получение патента (21) заявка №2014121730/14(067519)).

Проведен анализ 56 резекций печени выполненных в РНЦРР за 2012-2015 гг. по поводу метастазов колоректального рака (87%) и карциноида поджелудочной железы в печени и гепатоцеллюлярного и холангиоцеллюлярного рака (13%). Все резекций печени были анатомическими: сегментэктомия - 15, бисегментэктомия - 11, мезогепатэктомия - 4, расширенная гемигепатэктомия - 8, гемигепатэктомия - 18.

Для оценки результатов пациенты разделены на 3 группы в зависимости от применяемого метода разделения паренхимы печени: биполяная коагуляция с отдельным лигированием трубчатых структур - 22 (39,3%); с помощью гармонического скальпеля (Olympus или Johnson&Johnson) - 21 (37,5%); с применением нашего инструмента – 13 (23,2%), при этом одну резекцию левого латерального сектора выполнили лапаросокпически путем присоединения лапаросокопического диссектора к генератору высокочастотного тока. Оценивали продолжительность операции, объем кровопотери и количество осложнений.

Наибольший объем кровопотери оказался в группе резекций с помощью гармонического скальпеля (2302,0±1544,1 мл). В группе биполярной коагуляции средний уровень кровопотери составил 1528,0±792,9 мл), а наименьшая кровопотеря отмечена при применении нашего инструмента (703,9±638,9 мл). Различия достоверны (p=0,003). В 78% случаев кровопотеря не превышала 500 мл. При выполнении сегментэктомий гепатодуоденальную связку не пережимали. А при гемигепатэктомий с предварительной перевязкой сосудисто-секреторной ножки и печеночной вены диссекция печени была практически бескровной (50-200 мл).

Самыми продолжительной рассечение печени оказалось с помощью гармонического скальпеля (333,2±97,3 мин.), за ними по продолжительности следовали операции с применением биполярной коагуляции (329,5±114,4 мин.) и с применением нашего инструмента (282,7±109,5 мин). Разница не оказалась статистически достоверной (p=0,1).

В послеоперационном периоде умерло 2 (3,6%) больных (обе из группы рассечения гармоническим скальпелем). Причина смерти у одной было неконтролируемое кровотечение из печеночных вен, а у второй – метаболические нарушения при сочетании дистальной резекции хвоста поджелудочной железы со спленэктомией и расширенной правосторонней резекции печени.

Послеоперационные осложнения отмечены у 6 (10,7%) больных и в основном были связаны с желчеистечением. В 5 случаях свищи закрылись самостоятельно в сроках от 1 до 3 мес. В 1 выполнена гепатикоеюностомия. Половина из свищей оказалась в группе применения нашего инструмента. По нашему мнению, причина этих осложнений в термическом повреждении протоков в зоне обработки.

Представлен новый инструмент для разделения паренхимы печени. Показаны его достоинства и недостатки.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РОДСТВЕННОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Баймаханов Б.Б., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Ильясова Б.С., Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Биржанбеков Н.Н., Садыков Ч.Т., Байгуисова Д.З., Стамкулов Ф.Т.
Городская клиническая больница №7, г. Алматы, Казахстан

Цель исследования: на клиническом случае представить пути коррекции хирургического лечения осложнений в непосредственном послеоперационном периоде после ортотопической родственной трансплантации печени в условиях городского лечебного учреждения г. Алматы.

На базе центра гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени ГКБ №7 г. Алматы родственная и трупная трансплантация печени выполняется с 16 декабря 2014г. В рамках меморандума о международном сотрудничестве трансплантацию печени на начальном этапе ее освоения проводили совместно с ведущими трансплантологами из Apollo Hospital (Нью-Дели), имеющих огромный опыт в родственной ортотопической трансплантации печени. На сегодняшний день выполнено 6 родственных ортотопических трансплантации печени и 1 трансплантация печени от донора со смертью мозга. Шестая пересадка печени протекала в посттрансплантационном периоде с осложненным течением.

Клиническое наблюдение. Пациентка М., 51 года оперирована по поводу цирроза печени в исходе overlap поражения. ПБЦ 3-4 стадия и аутоиммунный гепатит. Чайльд-Пью Класс С (10 баллов), MELD SCORE 16 (27%). Сахарный диабет, 2 тип. ИПФ, тяжелое течение, декомпенсация.

Операция выполнена 16.11.2014 г.: лапаротомия по Calne, гепатэктомия, имплантация родственной донорской правой доли печени (Sg V-VIII).

На 4-е сутки после трансплантации при дуплексном сканировании сосудов печени артериальный кровоток отсутствовал. Тромбоз артериального анастомоза был подтвержден на КТ-ангиографии сосудов печени.

Через 1,5 часа с момента выявления отсутствия кровотока в экстренном порядке 20.11.14 г. была выполнена операция: релапаротомия, ревизия артериального анастомоза, тромбэктомия, артериальный реанастомоз правой печеночной артерии графта с правой желудочно-ободочной артерией реципиента.

В послеоперационном периоде реципиенту, наряду с основным лечением, проводили профилактику тромбоэмболических осложнений, на фоне которых отмечено геморрагическое отделяемое по контрольному дренажу. Постепенное снижение в течение суток дозы дезагрегантов привело к артериальному ретромбозу.

23.11.2014 г. на ангиографической системе Allura Xper FD20/10 была выполнена операция: суперселективный тромболизис артериального анастомоза, в результате которой кровоток в артерии был восстановлен.

Через 2 суток после регионарного тромболизиса (9-е сутки после трансплантации) отмечен повторный ретромбоз артериального анастомоза и 25.11.2014 г. была выполнена повторная эндоваскулярная операция: суперселективный тромболизис в артериальный анастомоз с восстановлением кровотока по печеночной артерии.

Динамическое мониторирование показателей артериального, портального, кавального кровотока проводили непрерывно 2 раза в сутки на аппарате Philips HD 11x.

В результате своевременно проводимой коррекции тромбо-геморрагических осложнений пациентка выписана домой на амбулаторное ведение и наблюдение у хирурга-трансплантолога в ГКБ №7.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Барыков В.Н., Сарсенбаев Б.Х., Зинич Н.Ф., Дорофеева Т.Е., Ефремов А.П., Угай А.Г.
ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница, г. Челябинск, Россия

Цель исследования: изучение результатов хирургического лечения альвеококкоза и эхинококкоза печени.

Материалы и методы. С 2002 по 2014 гг. в Челябинской областной больнице находилось на лечении 112 пациентов с паразитарными заболеваниями печени: с альвеококкозом - 55 (49,1%) пациентов, эхинококкозом – 57 (50,9%). Клиническая картина у большинства пациентов была скудна, но у 13 пациентов с альвеококкозом состояние было

тяжелое, что связано с механической желтухой, у 8 из них имелись признаки распада паразита и абсцедирования.

Размеры паразитов варьировали в пределах от 5 до 25-30 см. У 5 было сочетанное поражение печени и легкого, у 5 была диссеминация эхинококка по брюшной полости, а у одной пациентки - сочетание альвеококкоза печени с эхинококкозом легкого и головного мозга.

Объем обследования пациентов: УЗИ, КТ, МРТ. В сомнительных случаях применяли лапароскопиюя, серологические исследования и гистологическую верификацию.

У 1 пациентки были противопоказания к операции, 4 была выполнена эксплоративная лапаротомия. Всего было выполнено 46 (36,6%) радикальных оперативных вмешательств (гемигепатэктомияй - 13, атипичная резекция - 15, закрытая эхинококкэктомия - 9, перицистэктомия - 3, лапароскопическая эхинококкэктомия - 6) и 61 (54,5%) паллиативное (гемигепатэктомия - 14, атипичная резекция - 10, вскрытие полости распада - 7, дренирование желчного дерева сменным дренажом - 3, открытая эхинококкэктомия - 27).

Результаты. Из пациентов, оперированных по поводу альвеококкоза, в раннем послеоперационном периоде умерла одна больная после эсплоративной лапаротомии. В послеоперационном периоде поддиафрагмальный гнойник сформировался у 4, желчные свищи – у 5, сочувственный плеврит – у 2. В 2 случаях после расширенной гемигепатэктомии ранний послеоперационный период осложнился кровотечением, в последнем случае появилась аневризма собственно печеночной артерии, Таким образом, в 27% случаев отмечалось то или иное послеоперационное осложнение.

В целом операции при эхинококкозе протекали менее драматично, чем при альвеококкозе. Поддиафрагмальный абсцесс сформировался в 1 случае, тромбоз нижней полой вены – в 1, гемоторакс – в 1, нагноение послеоперационной раны было в 2 случаях. Таким образом, осложнения после операций по поводу эхинококкоза были в 9% случаев. Все лапароскопические операции закончились благоприятно.

В отдаленном периоде от 1 года до 9 лет были прослежены результаты у 37 пациентов: четверо находятся на инвалидности, оставили работу - девять, двадцать - работают на прежнем месте. Двое пациентов с тотальным поражением печени умерли через год после паллиативного вмешательства, две пациенток молодого возраста родили детей.

С 2002 г. в комплекс лечения рекомендовался противопаразитарный препарат Альбендазол. 12 пациентов получали Альбендазол (от одного до пяти курсов), из них 3 пациентов не смогли довести курс лечения до конца из-за токсических явлений. У оставшихся 9 больных отмечен регресс паразита. У 4 пациентов, не принимавших Альбендазол, отмечен рецидив альвеококкоза.

Заключение. Резекции печени у пациентов с паразитарными поражениями характеризуются высоким процентом послеоперационных осложнений, при эхинококкозе – в 9%, при альвеококкозе – в 27%.

Включение в комплекс послеоперационного лечения препарата «Альбендазол» снижает риск рецидива паразитарного поражения.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ПОРАЖЕНИЕМ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Суров Э.А., Эсенкулов Ч.Т.
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Киргизия

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения альвеококкоза печени с поражением магистральных сосудов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 220 больных с альвеококкозом печени за период с апреля 2009 по март 2015 гг., которые оперированы в Национальном госпитале МЗ КР. У 48 больных альвеолярный узел прорастал крупные сосуды - нижняя полая вена (НПВ) и воротная вена (ВВ), что составляет 21,8% от общего количества больных. Средний возраст больных составил 35,8±11,4 лет. Соотношение мужчин/женщин - 18/30. У 32 (65%) больных альвеококкоз локализован в обеих долях печени, в левой доле у 4 (8%), в правой доле у 13 (27%) больных. По PNM: P4N0M0 – 33, P4N0M1 (с mts в легкие) – 1, P4N1M0 – 14 больных.

Результаты. Выполнены следующие операции: РПГГЭ – 11 (с резекцией SI и гепатикохоледоха (ГХ). Резекция воротной вены с анастомозом конец в конец. Наложение ГЕА по Ру – 1, с АР S II+АР SIII – 1, с резекцией ГХ – 1, с краевой резекцией НПВ -1). ПГГЭ – 15, в Iгр. произведены 7 ПГГЭ, 2 радикально с краевой резекцией НПВ, у 5 оставлена пластина альвеококка на НПВ, во II гр. альвеококкоз прорастает в основной ствол и/или в правую ВВ, у 2 пациентов ВВ была поражена на протяжении, остальным больным резекции печени (с адреналэктомией справа -3, с краевой резекцией НПВ -2, с резекцией ГХ наложение ГЕА по Ру – 2, с АР S II-III -1, с удалением альвеолярных узлов из брюшной полости и забрюшинного пространства -1). РЛГГЭ – 6, в I гр. оставлена пластина на НПВ, во II

гр. удалось радикально резецировать пораженные магистральныесосуды у всех больных (с резекцией ГХ и ГЕА по Ру-1). ЛГГЭ – 3 в I гр. в 2 случаях оставлены пластины на НПВ, во II гр. пластина на правой печеночной артерии (с дренированием по Вишневскому - 1; с дренированием ППП и удалением mts узла из ГДС - 1). Атипичная резекция (АР) – 2 (в том числе АР правой доли печени (оставлена пластина на НПВ) – 1, АР 3, 5, 7 и 4а сегментов печени с краевой резекцией НПВ – 1). Резекция S1 с краевой резекцией НПВ (оставлена пластина на ВВ) – 1. Циторедуктивная операция – 2 (ЛЛЭ – 1 и АР S V-VI-VII – 1). Удаление альвеолярного узла S 4 печени. Дренирование каверны – 1 (оставлена ткань на НПВ и 4 сегменте). Эксплоративная лапаротомия – 6. Дренирование – 1. Ранее оперированных больных было 8 (16,6%) им произведена: ПГГЭ – у 2, ЛЛЭ - 1, дренирование каверны – 1, эксплоративная лапаротомия – у 3, одна пациентка дважды оперирована в другом стационаре объем операции не известен. Из них один больной оперирован радикально, остальные паллиативно. Летальных исходов нет.

Выводы. Несмотря на прорастание альвеолярного узла магистральные сосуды, НПВ и воротную вены, возможно проведение радикальной операции с резекцией пораженного участка 8,3% и 27% соответственно. Оправдано выполнение паллиативной резекции печени даже при повторной операции.

ЭХОКОНТРОЛИРУЕМАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Влахов А.К.[1], Сеферов Б.Д.[2], Руденко К.Е.[2]
[1]ГБОУ ВПО Крымская медицинская академия имени С.И. Георгиевского Крымского федерального университета им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия
[2]Центр клинической диагностики «Генезис», Симферополь, Россия

Введение. Операции по поводу метастатических образований паренхиматозных органов (ПО) сопровождаются кровопотерей, высокой частотой послеоперационных осложнений и летальности, ухудшением качества жизни (КЖ). После хирургического лечения в 60–70% диагностируются новые метастазы. В оптимизации комбинированного лечения вторичных новообразований большое значение приобретают методы локальной деструкции, одним из предпочтительных является радиочастотная абляция (РЧА). Прицельное аблятивное разрушение опухолевой ткани приводит к увеличению продолжительности и КЖ.

Цель исследование: изучить эффективность использования чрескожной РЧА в комплексном лечении больных с нерезектабельными очаговыми образованиями печени, почек и мягких тканей.

Материалы и методы. В 2011-2014 гг. произведено 127 процедур РЧА у 73 пациентов средним возрастом 42,6±4,2 года. Женщин – 42 (57,5%), мужчин – 31 (42,5%). Метастазы ранее оперированного колоректального рака имели 65 (89%) больных, рака почки - 5 (6,8%), мягких тканей - 2 (2,7%), культи влагалища - 1 (1,4%). Всем больным проведена компьютерная томография с болюсным контрастированием, дооперационная гистологическая верификация путем пункционной трепан-биопсии. Диаметр опухоли варьировал в пределах 1-7 см. Использовали аппарат Celon ProSurge с комплектом охлаждаемых электродов. Навигацию чрескожной установки электродов и выполнения РЧА проводили ультразвуковыми сканерами с мультичастотными датчиками 3,5-7,5 МГц в режиме реального времени. Процедуры выполняли под эндотрахеальным наркозом с возможностью смены положения на операционном столе для оптимального доступа. В последующие 3 суток и по требованию проводили ультразвуковой мониторинг с целью выявления осложнений. Контрольные осмотры осуществляли каждые 3 месяца после первой процедуры.

Результаты. За один сеанс подвергали абляции до 4 очагов с установкой до 3 электродов в очаг из разных точек. В позиционировании электрода применяли технику «свободной руки», добивались максимальной гомоцентричности зоны РЧА в неопластическом очаге. Для эффективности абластики и гемостаза (холе-, уростаза) электрод извлекали в режиме максимальной мощности генератора. Полной деструкции достигали в опухолях III, V, VI, VII сегментах печени и периферических опухолях почек. Сложности возникали при РЧА интраренальных очагов и I, II, VIII сегментов печени. Постманипуляционных осложнений, требующих конверсии, и летальных исходов не было. В постабляционном периоде в течение 2-4 суток наблюдали: болевой синдром в месте абляции – 46 (63%), субфебрилитет – 42 (57,5%), транзиторная гиперферментемия – 26 (35,6%). У 1 (1,4%) пациента в отдаленном периоде образовался наружный желчный свищ. Критерием полной РЧА считали тотальное замещение опухоли зоной коагуляционного некроза, затем – фиброза, по данным томографии. Наилучшие результаты РЧА получе-

ны при диаметре очагов до 3 см. Рецидив и прогрессирование опухолевого роста отмечено у 18 (24,7%) пациентов, котором проведены повторные сеансы РЧА.

Заключение. РЧА, как современная методика локальной деструкции, может быть применена к контингенту больных с нерезектабельными опухолями ПО и мягких тканей, по результатам воздействия может конкурировать с резекционными методами.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Ворончихин В.В., Александров Ю.А., Катайкин А.Н., Григорьев В.Л., Краснов Г.Н., Дмитричев А.В.
АУ «Институт усовершенствования врачей», Чебоксары, Россия
БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с альвеококкозом печени, осложненного инвазией нижней полой вены (НПВ) с использованием трансплантационных технологий.

Материалы и методы. На базе хирургического отделения БУ «Республиканская клиническая больница» МЗ СР Чувашской Республики находилась больная С., 51 год, с диагнозом: Альвеококкоз печени, S 6,7,8, инвазия НПВ. При УЗИ, КТ ангиографии обнаружено очаговое новообразование 6,7,8 сегментов печени до 10 см в диаметре, с полостью распада в центре, инвазией и сужением на 2/3 просвета НПВ. Выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с циркулярной резекцией и протезированием супраренального сегмента НПВ (от уровня выше впадения почечных вен, до уровня ниже впадения печеночных вен по классификации Стилиди И.С., 2011). Для реконструкции НПВ использован синтетический протез из политетрафторэтилена (PTFE) усиленный кольцами, что обеспечивает каркасную функцию и считается, менее подвержен тромбозам. Для обеспечения выполнения резекции печени и реконструкции НПВ проводилась тотальная сосудистая изоляция. Применялся аппарат Sell-saver для возврата аутологичной крови во время оперативного вмешательства. Степень тяжести пострезекционной печеночной недостаточности, билиарных осложнений, послеоперационного кровотечения, оценивались по критериям ISGLS.

В послеоперационном периоде проводили антикоагулянтную терапию низкомолекулярными гепаринами с последующим переходом на варфарин. Получает противопаразитарную химиотерапию альбендазолом.

Результаты. Патолого-гистологический диагноз: альвеококкоз печени. Продолжительность операции 545 мин. Кровопотеря 3500 мл. Потребность в свежезамороженной плазме составила 1500 мл, эритроцитарной массы 1000 мл. Время пережатия НПВ – 45 мин. Степень послеоперационной печеночной недостаточности – класс В. Степень желчеистечения – класс В. Длительность послеоперационного пребывания в стационаре составила 21 койко-день. Больная наблюдается 19 месяцев. Контрольная КТ ангиография через 6 месяцев после операции: печень без очаговой патологии, билиарной гипертензии нет, в супраренальном сегменте НПВ определяется протез на протяжении 10 см., он проходим, тромбов нет. Больная чувствует себя хорошо, работает по своей специальности. Данных свидетельствующих о рецидиве заболевания нет.

Выводы. Трансплантационные технологии в резекционной хирургии печени позволяют перевести эту сложную группу больных альвеококкозом печени с инвазией НПВ из категории «неоперабельных», в группу потенциально излечимых, со значительным увеличением не только продолжительности жизни, но и ее уровня, качества

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ALPPS ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Чучуев Е.С., Воеводин А.Л., Журбин А.С.
ФГБУ ГНЦ Федеральный медико-биологический центр им. А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Цель исследования: изучить непосредственные результаты оперативного лечения условно нерезектабельных очаговых поражений печени, а также при обширных поражениях печени при

альвеококкозе по методике ALLPS (Associated Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy).

Материал и методы. В ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России в период с декабря 2011 по май 2015 гг. выполнено 12 резекций печени по методике ALLPS. Показаниями к операции явились множественные метастазы колоректального рака (6 пациентов), альвеококкоз с обширным поражением печени (2 пациента), гепатоцеллюлярная карцинома печени (1 пациент), холангиоцеллюлярная карцинома печени (1 пациент), метастазы нейроэндокринного рака в печени (1 пациент) и и метастазы адренокортикального рака в печень (1 пациент) с малым объемом остаточной доли печени после ее резекции по данным КТ-волюметрии. Методика операции заключалась в том, что во время первого этапа выполнялась расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с оставлением 2 и 3 сегментов печени, либо расширенная левосторонняя гемигепатэктомия с оставлением 6 и 7 сегментов печени, с последующей перевязкой долевых воротных вен пораженной доли печени, с сохранением артериального кровоснабжения, венозного оттока крови по печеночным венам, а также желчеотделения с оставлением обеих частей печени в брюшной полости. Во время второго этапа, который проводился через 8-10 дней после увеличения пострезекционного объема непораженной доли печени на 30-40% выполнялось удаление пораженной патологическим процессом доли печени с пересечением питающих ее сосудов.

Результаты. На первом этапе средняя длительность операции составила 380±120 минут, средняя кровопотеря составила 1060±860 мл. На втором этапе средняя длительность операции составила 110±70 минут, средняя кровопотеря составила 570±320 мл. Общая частота послеоперационных осложнений составила 58,3%. У 5 пациентов было отмечено подтекание желчи в зоне резекции печени с формированием билом брюшной полости, что потребовало их дренирования под УЗ-контролем. У одного пациента отмечено внутрибрюшное кровотечение с формированием гематомы брюшной полости, что потребовало ее дренирования под УЗ-контролем. У одного пациента в послеоперационном периоде первого этапа развилась острая почечная недостаточность, которая полностью была купирована после второго этапа резекции печени. Уровень трансаминаз в послеоперационном периоде не превышал трехкратных значений. Один пациент погиб в результате тромбоэмболии легочной артерии (8,3%). Длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре после второго этапа резекции печени составила 26 (23-31) койко-дней.

Заключение. Данная методика оперативного лечения условно нерезектабельных очаговых поражений печени, при малом объеме остаточной доли печени позволяет добиться нужного прироста остаточной доли печени и безопасной для пациента резекции пораженной доли печени.

ОПЫТ 150 ТРАНСПЛАНТАЦИЙ ПЕЧЕНИ В ФГБУ ГНЦ ФМБЦ ИМ. А.И. БУРНАЗЯНА ФМБА РОССИИ

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Воеводин А.Л., Захлевный А.И., Тимашков Д.А., Гарилюченко Р.Б., Волков А.А.

ФГБУ ГНЦ Федеральный медико-биологический центр им. А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

Материалы и методы. С июня 2010 по май 2015 гг. было выполнено 150 трансплантаций печени при ее терминальных хронических диффузных поражениях, из них 135 трансплантации правой доли печени от близкородственного донора в варианте «adult-to-adult» (1 группа), 15 трансплантаций трупной печени (2 группа), из которых было выполнено 2 сплит-трансплантации печени от трупного донора. Показаниями к оперативному лечению явились циррозы печени в исходе аутоиммунного гепатита, первичного склерозирующего холангита, вирусных гепатитов, болезни Вильсона-Коновалова, синдрома Бадда-Киари, первичный и вторичный биллиарный цирроз печени, альвеококкоз печени, алиментарный и криптогенный циррозы печени. В 89 случаях (65,9%) при выполнении близкородственной трансплантации правой доли печени, в связи с особенностями донорской сосудистой анатомии (либо поражением портальных и/или кавальных ворот печени при альвеококкозе) были выполнены «сложные» трансплантации печени, которые потребовали применения нетипичных вариантов реконструкции афферентного и эфферентного венозного кровоснабжения трансплантата, либо реконструкции нижней полой вены.

Результаты. Госпитальная летальность среди реципиентов составила 3,3% (5 пациентов), (3,0% после близкородственной трансплантации правой доли печени (4 пациента); 6,7% после ортотопиче-

ской трансплантации трупной печени (1 пациент).

Общая частота послеоперационных осложнений среди всех трансплантаций составила 21,3%. Сосудистые осложнения, такие как стеноз анастомоза воротной вены, тромбоз печеночной артерии, тромбоз сегментарных артерий трансплантата, в общей группе реципиентов составили 3,3% (5 пациентов), в 1 группе реципиентов – 3,7%, во 2 группе реципиентов – 0. Частота билиарных осложнений, таких как биломы брюшной полости, наружный желчный свищ, стеноз гепатикохоледохоанастомоза, транзиторное трансдренажное подтекание желчи, среди всех реципиентов составила 14,0% (21 пациент), в 1 группе реципиентов – 12,6% (17 пациентов), во 2 группе реципиентов – 26,7% (4 пациента). Отдаленная выживаемость среди реципиентов составила 1 год – 98%, 2 года – 96,2%, 3 года – 95,4%. Общая частота осложнений среди доноров составила 11,1% (15 пациентов) и преимущественно была представлена транзиторным трансдренажным подтеканием желчи. Летальных исходов среди доноров не было. Средний послеоперационный койко-день составил 23,5 (20,5-28,5) суток для реципиентов и 15,5 (12,5-20,5) суток для доноров.

Заключение. Представлен опыт выполнения 150 трансплантаций печени в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России.

SPLIT-ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ВЗРОСЛЫМ РЕЦИПИЕНТАМ (ПЕРВАЯ УСПЕШНАЯ ОПЕРАЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ)

Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Тимашков Д.А., Забежинский Д.А., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Чучуев Е.С., Исхаги С.Х., Найденов Е.В., Захлевный А.И., Федюнин А.А., Мурашов И.Ю., Червов А.Ю., Гаврилюченко Р.Б., Волков А.А., Бирюков А.В
ФГБУ ГНЦ Федеральный медико-биологический центр им. А.И.Бурназяна ФМБА России, Москва, Россия

26 сентября 2014 года в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России» впервые в Российской Федерации выполнена сплит-трансплантация трупной печени двум взрослым пациентам с циррозом печени вирусной этиологии – мужчине, 42 лет (1 реципиент) была трансплантирована правая доля трупной печени, женщине, 48 лет (2 реципиент) была трансплантирована левая доля трупной печени.

После эксплантации и консервации донорской печени впервые было выполнено экстракорпоральное (на этапе «back table») ее сплитирование (разделение) с помощью ультразвукового дезинтегратора с раздельным клипированием и лигированием сосудистых коммуникантных структур на две доли – правую и левую. Ввиду сложной внутрипеченочной сосудистой анатомии донорской печени экстракорпорально была выполнена сложная полная реконструкция сосудов двух разделенных фрагментов трупной печени. Левая доля донорской печени имела отдельное портальное кровоснабжение 4А сегмента, что потребовало реконструкции данной портальной вены «back table» кондуитом трупной подвздошной вены. Правая доля донорской печени имела независимый венозный отток от 5 сегмента (единственная вена диаметром около 10 мм), что потребовало ее реконструкцию «back table» с использованием комбинированного аутовенозного кондуита из портальной вены реципиента и трупной подвздошной вены.

При трансплантации обеих долей донорской печени особенностями формирования гепатикокавальных анастомозов являлись использование широких аутовенозных площадок трупной печени, а также формирование изолированного кавального оттока от 5 сегмента правой доли печени в нижнюю полую вену.

При трансплантации левой доли донорской печени было выполнено восстановление портального кровотока в трансплантате путем формирования венозных портальных анастомозов между левой воротной веной трансплантата, воротной веной 4А сегмента трансплантата и бифуркацией воротной вены реципиента.

Реконструкция желчных протоков выполнена по типу duct-to-duct.

Послеоперационный период протекал без серьезных особенностей. В послеоперационном периоде у реципиента 1 выявлено подтекание желчи в зоне резекции трансплантата с образованием биломы брюшной полости, что привело к ее дренированию с помощью малоинвазивных методик (УЗИ). Реципиент 1 выписан из стационара на 28-е послеоперационные сутки, реципиент 2 выписан на 22-е послеоперационные сутки.

Оба пациента находятся в удовлетворительном состоянии, продолжают наблюдение в отдаленном послеоперационном периоде в течение 7 месяцев. Оба пациента получают противовирусную терапию.

Заключение. Наш опыт показывает необходимость и перспективность Split-трансплантации печени взрослым реципиентам в условиях дефицита донорских органов, а соблюдение определенных хирургических технологий позволяет выполнять данные сложные вмешательства с достаточной долей безопасности для реципиентов.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЙ АБЛЯЦИИ ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Гаврилов Я.Я., Жаворонкова О.И., Ионкин Д.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Неуклонный рост ежегодно выявляемых случаев первичного и вторичного опухолевого поражения печени определяет поиск комбинированного применения оперативных методик, в том числе малоинвазивных методов противоопухолевого воздействия с целью достижения более эффективного локального лечебного эффекта.

Цель исследования: оценить первый опыт комбинированного применения физических и химических методов абляции, выполняемых под ультразвуковым контролем у пациентов с первичными и вторичными образованиями печени.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2014 гг. проведен анализ результатов лечения 7 пациентов (сред. возраст 65±6 лет) с очаговыми поражениями печени: с метастатическим поражением – 4 наблюднния (колоректальный рак - 2, рак почки - 1, гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка – 1), гепатоцеллюлярный рак – 3 наблюдения. Ккомбинацию применения радиочастотной и химической абляции использовали в виде самостоятельного метода лечения у 6 пациентов, в сочетании с обширной резекцией печени – у 1. Обработке был подвергнут один очаг в 3 наблюдениях, два очага - в 4. При этом, в раннем послеоперационном периоде 5и пациентам потребовалось проведение дополнительного сеанса химической абляции.

Результаты. При анализе ближайших результатов после выполненных вмешательств в 2 случаях не удалось достичь адекватной деструкции очага, в других наблюдениях по данным МРТ, УЗИ была подтверждена эффективность деструкции. В отдаленном периоде наиболее стойкий локальный лечебный эффект отмечен у пациента с очагом ГЦР поддиафрагмальной локализации (201 день без рецидива в отношении обработанного очага) наиболее максимальный безрецидивный период (908 дней) наблюдался у пациента при метастазе колоректального рака центрального расположения, который был обработан комбинацией указанных методик интраоперационно.

Заключение. Небольшое количество пациентов не позволяет однозначно трактовать результаты комбинированного применения методик физической и химической абляции, однако теоретическое обоснование из возможного взаимного усиления локального противоопухолевого эффекта представляется весьма перспективным.

ОЦЕНКА СЛОЖНОСТИ, ПОКАЗАНИЙ И ВЫБОР МЕТОДА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Ванькович А.Н.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Актуальность. С учетом накапливаемого мирового опыта и совершенствования технических средств показания к лапароскопической резекции печени, определенные согласительной конференцией в Луисвилле (США) в 2008 г., нуждаются в ревизии. Одним из вариантов унификации показаний является предложенная GoWakabayashiв 2014 г. шкала оценки степени сложности лапароскопической резекции.

Цель исследования: провести объективную сравнительную оценку степени сложности роботизированных и традиционных лапароскопических (далее – лапароскопических) резекций печени.

Материалы и методы. Изучены периоперационные параметры лапароскопических и роботических резекций печени по поводу опухолей печени и эхинококкоза у 51 пациента. Критериями включения являлись: резекция печени, полная энуклеация кистозных опухолей и тотальная и/или субтотальная перицистэктомия при эхинококкозе печени. В 1-ю группу вошли 22 (43,1%) пациента, оперированных при помощи роботизированного комплекса DaVinciSi за период с 2014 по 2015 гг., во 2-ю группу включены 29 (56,9%) пациентов, оперированные лапароскопически с 2010 по 2014 гг. В 1-ой группе выполнено 2 обширные резекции (9%), во 2-ой группе – 4 (14%).

Результаты. Не получено достоверных отличий между роботическими и лапароскопическими резекциями печени в объеме кровопотери (486±534 мл и 301±185 млсоответственно) и частоте послеоперационных осложнений (19% и 10%). Длительность роботических операций была достоверно больше (444±109 мин. и 243±110 мин.). Роботические резекции достоверно чаще выполнялись при поражении задних сегментов печени

(55% и 24%), в связи с чем индекс сложности роботических резекций был достоверно выше (7,67±1,8 баллов и 5,9±1,5 баллов). Полученные индексы позволяют отнестивыполненные роботические резекции к категории операций высокой сложности (7-10 баллов), а лапароскопические резекции – к категории операций средней сложности (4-6 баллов).

Заключение. Показания к малоинвазивным резекциям печени могут быть расширены за счет применения роботизированного комплекса, который целесообразно использовать при локализации очагового образования в задних и верхних сегментах печени, а также при контакте очаговых образований к магистральными сосудисто-секреторными элементами. Несмотря на более высокую сложность, роботические резекции более перспективны в отношении возможности их выполнения в паренхимосберегающем варианте.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЛАНТОЛОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ

Загайнов В.Е., Киселев Н.М., Горохов Г.Г., Васенин С.А., Бельский В.А., Рыхтик П.И.
ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: анализ современных возможностей хирургического лечения распространенного альвеококкоза печени в специализированном центре.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2015 гг. обследованы 26 пациентов с альвеококкозом печени, оперированы 21 (80,8%): резекции печени различного объема – 17, ортотопическая трансплантация печени (ОТП) – 3, эксплоративная лапаротомия - 1. Из общего числа резекций печени, выполненных в центре за указанный период (n=773), удельный вес альвеококка составил 2,2%. Средний возраст оперированных больных - 43,7 лет. Женщин - 17. Противопаразитарную терапию до операции не получал ни один пациент. Диагноз до госпитализации в стационар был установлен у 18. Внепеченочные очаги альвеококка у 2 (легкие). Среди осложнений основного заболевания в 5 случаях манифестировала механическая желтуха, потребовавшая у 3 чрескожной чреспеченочной холангиостомии, дренированы ранее - 2, портальная гипертензия - 2. У 1 пациентки, сопутствующий вирусный гепатит В привел к формированию цирроза печени. Морфологическая верификация диагноза потребовалась у 4 больных (чрескожная биопсия - 2, диагностическая лапароскопия - 2). Размер паразитарного узла в печени варьировал в пределах 9,3-21,7 см.

Результаты. Радикально оперирован 21 больной: резекционные вмешательства R0 - 17. Не оперированы 5: ввиду выраженной сопутствующей патологии - 2. 2 пациентов перенесших ранее паллиативные вмешательства, имели очаги хронической инфекции и желчные свищи. 1 пациентка билатерально стентирована, получает специфическую антипаразитарную терапию. В течение 3-х лет стабилизация процесса, желтуха купирована. Показание к резекциям: возможность радикального хирургического излечения печеночной локализации «в один этап». Являемся противниками паллиативных вмешательств, ограничивающих возможность дальнейшего лечения. Среди выполненных операций правосторонняя портальная гемигепатэктомия - 3, левосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 1, левостороння портальная гемигепатэктомия с резекция V, VI сегментов - 1, правосторонняя расширенная гемигепатэктомия – 9 (с удалением I сегмента - 2, с резекцией III сегмента - 1). Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия с резекцией и протезированием воротной (ВВ) и нижней полой вен (НПВ) - 1. Гепатэктомия с реверсионной аутотрансплантацией левого латерального сектора – 1, бисегментэктомия - 1. Протяженное врастание в НПВ – в 9 случаях: протезирование НПВ с использованием протезов GORE-TEX – в 6 случаях, одномоментная пластика устья левой печеночной вены – в 1, краевая резекция НПВ – в 3. Резекция и реконструкция ВВ - 5. Резекция внепеченочных желчных протоков выполнена в 8 случаях. Резекция правого купола диафрагмы – в 4. В 1 случае выполнено комбинированное оперативное вмешательство - правосторонняя портальная гемигепатэктомия с правосторонней гемиколэктомией, резекцией сигмовидной кишки, экстирпацией матки с придатками, резекцией верхней трети правого мочеточника. Поражение обеих долей печени с вовлечением печеночных вен, невозможность резекционного вмешательства считали показанием к ОТП. С 2009 г. произведено 3 ОТП. Все пациенты имели прорастание НПВ, механическую желтуху и портальную гипертензию. Противопоказаниями к трансплантации печени считали невозможность удаления всех очагов альвеококка в брюшной полости, наличие нерезектабельных легочных метастазов.

Выводы. 1. Резекции печени у больных с распространенным альвеококкозом печени являются методом выбора лечения, отличаются

большим объемом резекции и сопровождаются резекционно-пластическими вмешательствами на магистральных сосудах и желчных протоках. Операция требует подготовленности хирургической и анестезиологической бригад.

2. Трансплантация печени при альвеококкозе показана пациентам с преимущественно внутрипеченочной локализацией процесса и выполняется в классическом варианте. Последующая антипаразитарная терапия наряду с иммуносупрессией носит пожизненный характер. Антипаразитарная терапия не требует дополнительной коррекции иммуносупрессивной терапии.

3. Резекция печени «ex vivo» является технически сложным вмешательством и показана при невозможности выполнения резекции «in situ» и ОТП.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ РАКОМ ПЕЧЕНИ

Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д., Косяк А.А., Панюшкин Д.В., Солдатенко Н.В., Смоленцев С.В., Колыванова М.В.
ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Пермский центр хирургии печени, Пермь, Россия
ГБУЗ "Краевая медико-санитарная часть 1", Пермь, Россия

Метастатический рак печени в России занимает лидирующие позиции по частоте выявления и среди причин смертности. Резектабельность у пациентов этой категории не превышает 20%. Большей части больных применяются химиотерапия и миниинвазивные вмешательства. В последнее время в хирургии печени большое значение приобретают методы локальной деструкции опухолей. Микроволновая аблация (МВА) стала методом выбора в лечения небольших по размеру нерезектабельных злокачественных опухолей печени.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных метастатическим раком печени, оценка непосредственных и ближайших результатов проведения микроволновой аблации вторичных новообразований печени.

Материалы и методы. С сентября 2014 г. микроволновая аблация была проведена 10 пациентам со злокачественными новообразованиями печени. Метастазы колоректального рака были у 6 пациентов,метастазы рака других локализаций (яичника, желчного пузыря, желудка, молочных желез) выявлены в 4 случаях Возраст пациентов варьировал в пределах от 52 до 82 лет и составил в среднем 65,8±4,3 лет. Во всех случаях вмешательства производили чрескожно под ультразвуковым контролем. Размеры очаговых образований варьировали в пределах от 1,5 до 4 см. в диаметре, максимальное количество очагов было 4. Морфологическая верификация диагноза проведена путем чрескожной биопсии очаговых образований печени. Применяли аппарат для микроволновой аблации Emprint TM. Основным критерием эффективности процедуры считали появление гиперэхогенной зоны, охватывающей весь очаг и превышающей его размеры на 1 см. с каждой стороны. Время воздействия составляло 10-20 мин. В послеоперационном периоде объем деструкции определяли по данным УЗИ на 3-и и 7-е сутки, компьютерной томографии (КТ), а также магнитно-резонансной томографии (МРТ) с внутривенным контрастированием через 1, 3, 6 мес. Медиана сроков наблюдения составила 6,5 мес.

Результаты. В первые сутки после проведения МВА у 3 (30%) пациентов зарегистрирован подъем температуры тела до 38 °С. Все пациенты отмечали умеренную болезненность в правом подреберье и эпигастрии в течение первых 3-5 суток. В раннем послеоперационном периоде отмечено транзиторное повышение уровней аланинаминитрансферазы, аспартатаминитрансферазы, а также показателей щелочной фосфатазы в среднем в течение 7 суток. Очаг опухолевой ткани после воздействия в раннем послеоперационном периоде при УЗИ визуализировался в виде гиперэхогенной зоны без четких границ, полностью перекрывающей очаг. Через 1-2 мес. сонографическая картина проявлялась нарастанием неоднородности опухолевого узла в виде структуры смешанной эхогенности. При КТ и МРТ контроле выявлялись зоны без накопления контраста в центре опухолевого узла и кольцевидное накопление контраста по периферии очага. В отдаленный период при контрольном ультразвуковом исследовании и КТ (МРТ) печени зафиксированы уменьшение размеров очаговых образований печени, отсутствие в них кровотока, а границы поражений становились более четкими и определенными. В послеоперационном периоде у 1 пациентки (10%) сформировалась билома S4 печени в зоне проведения деструкции метастаза колоректального рака с последующим образованием наружного желчного свища, который закрылся самостоятельно через 1,5 мес.

Выводы. МВА является оптимальным методом лечения пациентов с технически нерезектабель-

ными злокачественными опухолями печени. МВА хорошо переносится больными, имеет значительно меньшую частоту осложнений по сравнению с резекцией печени. Микроволновая аблация должна рассматриваться в качестве составной части комбинированного лечения опухолей печени.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТОКОЛА FAST-TRACK У ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕНЕСШИХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ

Кабанов М.Ю.[1,2], Семенцов К.В.[1,2], Яковлева Д.М.[1,2], Санковский А.В.[1], Ладоша М.Ю.[1]
[1]СПб ГБУЗ «Госпиталь для ветеранов войн», Санкт-Петербург, Россия
[2]Кафедра общей хирургии ГБОУ ВПО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

В связи с развитием медицины, анестезиологии, хирургии и технического прогресса в последние два десятилетия достигнуты определенные успехи в снижении летальности после выполнения панкреатодуоденальной резекции. В крупных центрах, специализирующихся на лечении пациентов с заболеваниямибилиопанкреатодуоденальной зоны, уровень летальности составляет 4-6%. Однако при этом частота развития послеоперационных осложнений достигает 36-70% и не имеет тенденции к снижению.

С целью улучшения непосредственных результатов лечения пациентов, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, были использованы принципы ускоренной реабилитации и восстановления в послеоперационном периоде (fasttrack).

Проанализированы непосредственные результаты лечения 47 пациентов с заболеваниями панкреатодуоденальной зоны в период с 2013 по 2015 годы, которым были выполнены оперативные вмешательства в объеме панкреатодуоденальной резекции, и в лечении которых были использованы элементы протокола fast-track. Средний возраст пациентов составил 61 ± 1,5 года (34-81). Из них мужчин было 21, женщин 26 человек. Пациенты оперированы по поводу карциномы головки поджелудочной железы в 31 случае, рака БДС - в 5, рака дистального отдела общего желчного протока - в 3, нейроэндокринной опухоли головки поджелудочной железы - в 2, рака ДПК – в 2, хронического псевдотуморозного панкреатита – 4. Большинство пациентов поступали в стационар с механической желтухой, что требовало первым этапом выполнение дренирующих операций. Предпочтение отдавали чрескожному чреспеченочному наружно-внутреннему дренированию, либо эндоскопическому стентированию общего желчного протока. Выполнено 43 пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций и 4 операции Whipple. За 2 часа до операции пациенты перорально принимали 200 мл 40% глюкозы. Использовали комбинированную эндотрахеальную и перидуральную анестезию. Средняя продолжительность операций составила 252 мин (138-341 мин), средняя кровопотеря 430 мл. Инвагинационный панкреатоеюноанастомоз сформирован в 43 (92%) случаях, перцизионный панкреатигоеюноанастомоз ducttomucosa - в 2 (4%), панкреатогастроанастомоз в 2 (4%). В 11 случаях потребовалась резекция верхнебрыжеечно-портального венозного комплекса. Протезирование синетическим протезом выполнено в 2 случаях, краевая резекция вены – в 5, циркулярная резекция с сосудистым швом конец-в-конец – в 2, протезирование аутовеной - в 2. Длительность выполнения сосудистого этапа в среднем составила 28 мин.

Из отделения реанимации на 1 сутки в хирургическое отделение переведены 72% пациентов, на вторые – 13%, на третьи – 9%, более 4 суток в реанимации провели6%больных. Мочевой катетер удалялся после перевода из отделения реанимации. Большинство пациентов в первые сутки после операции вставали с кровати и со 2х суток самостоятельно передвигались по отделению. С первых суток послеоперационного периода назначались прокинетические препараты. Желудочный зонд в 86% случаев удален на первые суки после операции. Критерием удаления считали сброс по желудочному зонду мене 300 мл за сутки. С первых суток после операции пациентам разрешалось принимать жидкость до 300 мл в сутки. К 4 суткам после операции пациенты самостоятельно принимали пищу в объеме щадящей диеты. Дренажи из брюшной полостиудалялись с третьихсуток послеоперационного периода после оценки уровня амилазы впоследних.

Послеоперационные осложнения возникли у 21 (44%) пациента. Панкреатическая фистула развилась в 13 (27%) случаях (класса А - 7, В – 4, С - 2). Позднее опорожнение желудка отмечено у 6 (12%) пациентов, несостоятельность билиодигестивного анастомоза - у 4 (8,5%), аррозивное кровотечение из общей печеночной артерии в 1 (2%) случае. Послеоперационная летальность составила 6,3%. Средний послеоперационный койко-день - 9 суток

Заключение. Использование принципов fast-track в лечении пациентов, перенесших панкреатодуоденальную резекцию, позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений, ускорить реабилитацию и сократить длительность пребывания в стационаре.

НЕИНВАЗИВНАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ АБЛЯЦИЯ (HIFU) ВТОРИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Свиридова Т.И., Бруслик Д.С.
Москва ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оценка результатов применения ультразвуковой абляции при лечении пациентов с метастатическим поражением печени, основанных на данных инструментальных и морфологических методах исследования.

Материалы и методы. С 2009 г. по настоящее время в НМХЦ им. Н.И. Пирогова выполнено 633 дистанционных ультразвуковых абляций, из них в онкологии- 224 у 157 пациентов, в том числе 184 УЗ-абляций у 121 пациента с метастатическим поражением печени. Основную возрастную группу составляли пациенты в возрасте от 50 до 70 лет, в исследовании преобладали женщины (71 (58,7%) женщина и 50 (41,3%) мужчин). Всем пациентам выполнено удаление первичной опухоли. У 7 пациентов УЗ-абляцию выполняли в качестве предоперационной подготовки. Почти у 70% пациентов первичный очаг локализовался в ободочной или прямой кишке, при этом преобладали больные с синхронными метастазами и отсутствием внепеченочного метастатического поражения. Наиболее часто, ультразвуковую абляцию выполняли пациентам с III и IV стадиями онкологического процесса, установленной на момент хирургической операции по удалению первичной опухоли. При этом по гистологическому строению вторичной опухоли преобладала аденокарцинома различной степени дифференцировки, и только в 9,7 % наблюдались другие гистологические формы. Всем пациентам на дооперационном этапе выполнена морфологическая верификация опухолевого поражения печени. Методами контроля на до- и послеоперационном этапах были УЗИ, КТ с контрастным усилением и морфологическое исследование.

Результаты. При динамическом наблюдении в течении 5-и лет, проанализировав данные инструментальных методов исследований (УЗИ, КТ с контрастированием) по полученным результатам мы разделили пациентов на 3 группы. 1 группа (основная, 46% пациентов), характеризовалась структурными морфологическими изменениями с тенденцией к уменьшению размеров и объема опухоли, изменение структуры опухоли. Вторая группа (23% пациентов) характеризовалась увеличением размеров и объема очагов, подвергшихся деструкции, при этом чаще всего наблюдали периферический продолженный рост метастаза, подобные изменения обычно происходили через 1-1,5 года после выполненной операции. Третья группа (31%) - это пациенты, у которых на фоне позитивных изменений в обработанном очаге появлялись новые метастатические очаги. Медиана выживаемости после выполнения HIFU у пациентов с вторичным поражением печени составляется 40 мес. Осложнения: гипертермия, ожог II ст., отграниченные скопления жидкости в надпеченочном пространстве, в 1 случае перфорация толстой кишки, в 11 ряде случаев отсроченные переломы ребер (3-4 мес.). Летальных исходов интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде не было. Хорошая переносимость процедуры ультразвуковой абляции печени и короткий период реабилитации были отмечены у всех пациентов.

Заключение. Наш опыт подтверждает мнение ведущих специалистов в этой области о том, что метод действительно является добротной составляющей комплексного лечения онкологических больных, обеспечивает неинвазивную дистанционную локальную деструкцию (абляцию) опухоли, сопровождается минимальным числом осложнений и может при показаниях включаться в программу лечения этой тяжелой категории больных.

РЕГЕНЕРАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ КРИОПРЕЦИПИТАТА И АЛЛОПЛАНТА

Карпова Р.В., Хоробрых Т.В.,Черноусов А.Ф.
Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: изучение влияния криопреципитата и аллопланта, введенных внутрипеченочно под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), на функциональный класс по шкале Child-Pugh и морфологическое исследование биопсийного материала полученного из печени больных циррозом печени.

Материалы и методы. Исследование проведено 114 больным, страдающим циррозом печени вирусной (HCV и HBsb) и токсической этио-

логии, до и после введения криопреципитата и аллопланта. Морфологические изменения ткани печени исследованы у 62 из 114 больных. Мужчин было 67 (59%), женщин – 47 (41%). Среднимй возраст больных составил 48,9±12,14 (от 25 до 68 лет). Цирроз был смешанной этиологии (токсической и вирусной) – у 30 (26,3%) пациентов, вирусной – у 33 (29,0%), токсической – у 51 (44,7%). Все больные были разделены на две группы: 1 группа - 72 (63,2%) пациента, которым для стимуляции регенерации печеночной ткани был введен криопреципитат, 2 группа – 42 (36,8%) больных, которым был введен аллоплант. Криопреципитат или аллоплант вводили чрескожно в печень, пункционным методом под контролем УЗИ. Результаты клинико-лабораторных данных у 114 больных и морфологическое исследование биопсийного материала печени у 62 больных оценивали до и через год после введения криопреципитата и аллопланта.

Результаты. После стимуляции регенерации печени криопреципитатом, улучшаются показатели печеночно-клеточной недостаточности, холестатического, цитолитического синдромов и гиперспленизма, а так же признаки энцефалопатии, асцита, свертывающей системы крови у достоверно большего количества больных циррозом печени, чем после введения в печень аллопланта. Проводимое нами малоинвазивное лечение под контролем УЗИ показало положительную динамику клинико-лабораторных результатов как через 3, так и через 6 и 12 месяцев после введения криопреципитата в печень у 95% (из 72) больных, после введения аллопланта в печень у 60% (из 42) больных. У 9% (из 72) больных после введения в печень криопреципитата, у 10% (из 42) - после введения аллопланта, данные методы были малоэффективны. Морфологические изменения: снижение воспалительно-клеточной инфильтрации и достоверные признаки регенерации печени выявлены у 74% больных с циррозом класса А,В и С по Child-Pugh после введения криопреципитата и у 60% больных после введения аллопланта с циррозом печени класса А и В. Летальности после введения криопреципитата в печеночную ткань больным циррозом печени не было, после введения аллопланта она составила 10% (из 42 больных).

Заключение. Введение криопреципитата в печень, улучшает клинико-лабораторные и морфологические изменения у больных с циррозом печени класса А и В по Child-Pugh, и продлевает жизнь больных с циррозом печени класса С по Child-Pugh. Введение аллопланта эффективно у больных с циррозом печени класса А и В по Child-Pugh. При циррозе печени класса С по Child-Pugh - аллоплант малоэффективен.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С.,Калдаров А.Р.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. В нашей стране роботический комплекс «da Vinci» появился в 2008 году. В настоящее время он имеется в 22 клинических центрах, однако, публикаций о резекционных операциях на поджелудочной железе (ПЖ), из российских клиник мы не обнаружили. Представляем наибольший в России опыт роботических операций на поджелудочной железе.

Цель исследования: создание концепции адекватного применения роботического комплекса в хирургии поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов робот-ассистрированных (РА) операций у 59 больных. Принцип выполнение роботических операций не отличался от таковых в открытом варианте, но имел существенные технические особенности.

Объём оперативного вмешательства представлен следующим образом: дистальная резекция – 30 (50,9%), панкреато-дуоденальная рекекция (ПДР) – 11 (18,6%), срединная резекция – 5 (8,5%), энуклеация опухоли ПЖ – 12 (20,3%), тотальная дуоденумпанкреатэктомия по поводу метастазов рака почки – 1 (1,7%).

Результаты. Длительность РА пилоросохраняющей ПДР варьировала в пределах от 305 до 670 минут и составила в среднем 463,1±111,1минут. Интраоперационных осложнений, конверсий не было. Интраоперационная кровопотеря составила в среднем 400±267,3 мл. Средний послеоперационный койко–день составил 17,63±9,27 сут. Количество удаленных лимфоузлов соответствовало таковым при традиционной ПДР.

Длительность РА дистальной резекции составила 218,0±68,2 минут, средняя интраоперационная кровопотеря - 270±122,54 мл. Послеоперационный период у 11 больных сопровождался наличием наружных панкреатических свищей типа А или В (ISGPS).

Средняя продолжительность энуклеаций опухоли и срединной резекции составила 150,0±49,0 и 253,0±37,7 и сопровождались минимальной кровопотерей от 50 до 150 мл. В группе энуклеаций опухоли была одна смерть, не связанная с операцией.

Выводы. Показаниями к РА операций являются аденокарциномы головки ПЖ, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, терминального отдела холедоха, нейроэндокринные неоплазии и кистозные опухоли головки ПЖ, стадируемые как Т1-2, а также доброкачественные опухоли поджелудочной железы. РА операции обеспечивают прецизионность удаления лимфатических узлов и формирования анастомозов. За счет минимальной травматизации тканей послеоперационный период протекает для больных более комфортно. Применение робототехники в хирургии поджелудочной железы обоснованно и позволяет уменьшить послеоперационный койко-день, а также частоту и тяжесть послеоперационных осложнений.

ALPPS: РОССИЙСКИЙ ОПЫТ. ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Лядов В.К.[1], Козырин И.А.[1], Чайченко Д.В.[2], Привалов А.В.[2], Воздвиженский М.О.[3], Дудко С.М.[3], Соловов В.А.[3], Карпин А.Д.[4], Сидоров Д.В.[4], Ложкин М.В.[4], Петров Л.О.[4], Новрузбеков М.С.[5], Олисов О.Д.[5], Луцик К.Н.[5], Магомедов К.М.[5], Донова Л.В.[5], Муслимов Р.С.[5], Скипенко О.Г.[6], Чардаров Н.К.[6], Загайнов В.Е.[7], Горохов Г.Г.[7], Вишневский В.А.[8], Тупикин К.А.[8], Андрейцева О.И.[8], Алиханов Р.Б.[9], Ефанов М.Г.[9]

[1]ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, Москва, Россия
[2]ГБУЗ Челябинский областной онкологический диспансер, Челябинск, Россия
[3]ГБУЗ Самарский областной онкологический диспансер, Самара, Россия
[4]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр им П.А. Герцена» Минздрава России, Москва, Россия
[5]ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия
[6]ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия
[7]ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Нижний Новгород, Россия
[8]ФГБУ «Институт хирургии им А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
[9]ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Актуальность: в течение последних двух лет новый способ двухэтапной резекции печени ALPPS завоевывает все более широкую популярность. Однако в определении показаний к операции остается достаточное количество нерешенных вопросов.

Цель исследования: оценить российский опыт ALPPS и определить показания методике

Материалы и методы. В РФ с января 2012 по февраль 2015 гг. выполнена 61 процедура ALPPS в 9 госпиталях. В международный регистр внесено 19 (31%) случаев. Показаниям к резекции печени служили метастазы колоректального рака в 49 случаях, рак желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков в 7 случаях, гепатоцеллюлярный рак в 2 и метастазы рака других локализаций в 3 наблюдениях. В ЛРЦ выполнено 13 операций, в Челябинском онкодиспансере - 13, Самарском онкодиспансере - 10, МНИОИ им П.А. Герцена – 9, НИИ скорой помощи им Н.В. Склифосовского – 4, РНЦХ им Б.В. Петровского – 3, Институте хирургии им А.В. Вишневского – 3, ПОМЦ – 3, МКНЦ – 3 наблюдения.

Результаты. Расширенные правосторонние гемигепатэктомии выполнены в 39 случаях, правосторонние гемигепатэктомии - в 23.

Послеоперационные осложнения развились у 40 (66%) больных: желчная фистула - 14 (22,6%), печеночная недостаточность - 7 (11,3%), в объем остальных осложнений входили (тромбозы, кровотечения, раневая инфекция, внутрибрюшные абсцессы, гидроторакс и другие).

Летальность составила 15% (9 больных). В группе колоректальных метастазов уровень смертности составил 4 (8%) больных, тогда как в остальной группе 5 (42%) больных.

Причинами летальных исходов стали печеночная недостаточность в 4 случаях, частичный некроз предполагаемого остатка в 1 случае, тромбоз нижней полой вены – 1, тромбоз воротной вены - 1, желчный сепсис – 1, ТЭЛА – 1 наблюдение.

Заключение. Лучшим показанием для выполнения ALPPS являются метастазы колоректального рака. Операции по поводу первичного рака печени, рака желчного пузыря или желчных протоков сопровождаются крайне высоким уровнем печеночной недостаточности. Стандартнаягемигепатэктомия может выполняться этим методом с хорошими результатами при недостаточном объеме паренхимы. Требуется дополнительная оценка билиарных осложнений.

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОДЕСТРУКТОРОВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В ХИРУРГИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Мерзликин Н.В., Сало Н.В., Гюнтер В.Э., Саенко Д.С., Максимов М.А.
ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России, Томск, Россия

Использование низких температур в абдоминальной хирургии насчитывает несколько десятков лет, однако существуют технические аспекты доставки криоагента к патологическому очагу и способов воздействия. В практике Томского зонального гепатологического центра (руководитель профессор Н.В. Мерзликин) наряду с применением стационарных устройств с полуоткрытым контуром для криовоздействия с 2007 года используются криодеструкторы из пористого никелида титана. Достоинствами этих инструментов являются: быстрая готовность к работе; исключается необходимость технического ухода; замораживающий эффект не уступает традиционным устройствам, при этом значительно уменьшается эффект «прилипания» тканей к криодеструктору; возможность манипулировать в труднодоступных зонах печени, в полостях со сложной конфигурацией; возможность использования при лапароскопических операциях и вмешательствах из мини-доступа.

Были проведены экспериментальные исследования о влиянии низких температур с подачей жидкого азота по полузакрытому контуру и деструктора из никелида титана, в результате чего было выяснено, что зона некроза при использовании последнего в зависимости от экспозиции составляет от 14,3 до 15,3 мм и это позволило применить криодеструктор из никелида титана в клинической практике. С использованием низких температур разработаны и внедрены в клиническую практику различные виды оперативных криохирургических вмешательств при очаговых поражениях печени, среди них используются как изолированное воздействие на очаг, так и криодеструкция культи печени после обычной резекции.

За период с 2007 г. по 2014 г. проведено 45 интраоперационных криовоздействий при новообразованиях печени. Возраст пациентов составил от 26 до 76 лет, в среднем 54,6 лет. Среди оперированных больных мужчин было 1/3 пациентов, 2/3 женщин.

Этиологический спектр выглядел следующим образом: первичное злокачественное поражение печени встретилось у 21пациента (46,6%), метастатическое поражение печени- у 5 (11,1%), гемангиомы печени- у 19 (42,3%).

Серьезных интра- и послеоперационных осложнений, связанных с применением криодеструкции, не отмечено. В послеоперационном периоде в редких случаях отмечались короткие (до 3-5 дней) периоды гипертермии, которые объясняются крионекрозом ткани печени по линии резекции. В некоторых случаях после обширных резекций печени отмечено развитие реактивных плевритов, которые купированы назначением нестероидных противовоспалительных средств, реже- плевральными пункциями. В послеоперационном периоде умерло 4 человека (8,8%), основной причиной смерти явилась полиорганная недостаточность.

Оценивая применение сверхнизких температур в лечении злокачественных опухолей, метастатического поражения, гемангиом печени, установлено, что при использовании различных методик криовоздействия повышается абластичность операции, уменьшается кровотечение по линии резекции, тем самым повышается эффективность операции, предупреждается развитие рецидивов.

Таким образом, использование криодеструкторов из пористого никелида титана наряду со стационарными криохирургическими установками при новообразованиях печени позволяет оптимизировать и расширить показания для оперативных вмешательств.

Применение пористого никелида титана позволило создать криодеструктор для лапароскопических вмешательств (патент РФ № 2462208 от 07.04.2011 г.), и выполнять малоинвазивные вмешательства на печени.

Изолированная криодеструкция новообразований и по линии резекции печени улучшает результаты в неоперабельных случаях, дает возможность добиться ремиссии и задержать рост опухоли.

ИТОГИ И УРОКИ 10-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Мойсюк Я.Г., Корнилов М.Н., Готье С.В.
ФГБУ «Федеральный научный центр Трансплантологии и искусственных органов имени акад. В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва, Россия

С точки зрения оценки клинической эффективности и терапевтической значимости метода трансплантации печени, а также определения путей улучшения непосредственных и отдаленных

результатов проведен ретроспективный анализ серии из 230 операций ортотопической трансплантации трупной печени (ОТП), выполненных за десять лет в одном центре, и динамики их изменения в различные периоды функционирования программы: 2004-2009 гг.(67), 2010-2012гг.(70) и 2013-2015 гг.(93). Оперированы 222 реципиента (8 из них ОТП выполняли повторно) по поводу различных заболеваний печени. У 20 (9%) реципиентов имела место гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне цирроза вирусной этиологии. Возраст реципиентов составил от 5 до 70 (медиана - 44) лет, мужчин было – 43%, оценка по шкале MELD колебалась от 8 до 40 баллов (медиана - 17). Возраст доноров варьировал в пределах от 18 до 71 года (медиана 40). В целом актуариальная пятилетняя выживаемость трансплантатов и реципиентов составила 78% и 81%; десятилетняя – 75% и 79%, соответственно. Пятилетняя выживаемость оперированных по поводу ГЦК составила 45 %. В раннем послеоперационном периоде (до 42 дней после ОТП) умерли 18 реципиентов (8%), основной причиной летальных исходов (61%) были первично нефункционирующие трансплантаты (ПНФТ). В отдаленном периоде умерли 14 реципиентов (6%), ведущими причинами явились злокачественные новообразования (43%) и инфекции (29%). 88 операций (38%) осложнились развитием ранней дисфункции трансплантата (РДТ), в 12 случаях (5%) РДТ была необратимой (ПНФТ). Обратимая РДТ достоверно не влияла на выживаемость трансплантатов и пациентов. Условия и подходы к выполнению операций и ведению больных менялись с течением времени, что сопровождалось улучшением результатов. При этом исходные характеристики реципиентов и доноров существенно не изменялись. В 3 периоде по сравнению с 1 достигнуто существенное и достоверное улучшение следующих показателей: продолжительность операции – 430 против 620 мин, трансфузия эр. массы – 383 против 1040 мл, трансфузия плазмы – 2125 против 4660 мл, длительность холодовой ишемии – 371 против 439 мин, частота РДТ – 20,4 против 65,7 %, частота ПНФТ - 2,2 против 7,5 %, 2-летняя выживаемость трансплантатов – 91,7 против 82,1 %.Таким образом, сегодняшний статус программы соответствует международному уровню, дальнейшие усилия должны быть направлены на предупреждение РДТ и ПНФТ и их лечение, включая ургентную ретрансплантацию. Улучшения результатов операций по поводу ГЦК можно ожидать только при строгом отборе кандидатов, проведении неоадъювантного локорегионального лечения, сокращении сроков ожидания операции, учете клиникопатологических и молекулярных особенностей опухоли.

ACTION MECHANISMS OF TNF-ALPHA ON THE CELL DEATH OF PANCREATIC CANCER IN VITRO

Motoo Y., Aripova N., Matmuratov S.
Medical oncology department of Kanazawa Medical University, Japan
Centre of Hepatobiliary surgery of Ministry of Health of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

Purpose: to investigate growth character of MIA PaCa2 cells and action of TNF-alpha on the cell death MIA PaCa2 cells in vitro.

Materials and methods. For in vitro experiments of pancreatic cancer cells was chosen MIA PaCa 2 cells. Cell Line description: An established cell line from an undifferentiated human pancreatic carcinoma. The tumor was taken from a 65 year old Caucasian male. The cells are large with abundant cytoplasm, exhibit a high degree of aneuploidy, have a tendency to grow on top of other cells, eventually growing free in suspension. Sensitive to L-Asparaginase. Culture medium: DMEM+2mM Glutamine+10% Fetal Bovine Serum (FBS).

MIA PaCa2 cells passaging technique performed in following steps.

At the beginning of cell culture was prepared medium: into 500 ml DMEM added 50 ml inactivated FBS in the cell hood. Into 100mm well took out 20 ml medium. Frozen MIA PaCa2 cell thawed in water bath at 37 degree and these cells added into medium. Cell culture checked by microscope. Cell culture was kept in incubator at 37 degree 5% CO_2.

Number of cells was counted in chamber stained with trypan blue. Cell Cultured cells checked by KEYENCE microscope and did photos in regular.

For investigate action mechanisms of TNF-alpha on the cell death of pancreatic cancer in vitro we used 10, 20, 50, 100, 150 and 200 ng/ml concentration of the TNF-alpha.

Viability of cells investigated by the method MTT assay. Cell death type determined by the used Annexin-V.

Results. Doubling time MIA PaCa2 cells as showed in fig.1. are 40h. Incubation time are 48h. Number of cells 5,000 cells/well. MMT assay confirmed that, improving of TNF-alpha concentration led to decrease MIA PaCa2 cells viability. Action of TNF-alpha between 20 and 100 ng/ml concentration showed almost same results. After increase TNF-alpha concentration we have observed a gradual decrease of viability of cells.

GEPROCEL - НОВЫЙ ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ ИМПЛАНТАТ ДЛЯ ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Рашидова С.Ш., Садыков Р.А., Сарымсаков А.А. Исмаилов Б.А
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан
«НИЦ ХФП при НУУ», Ташкент, Узбекистан

Активное паренхиматозное кровотечение - нередкое осложнение при выполнении экстренных и плановых оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Существующие способы гемостаза как: механические, термические, химические и фармакологические имеют свои показания и малоэффективны при наличии обширной кровоточащей поверхности. Использование местных гемостатических средств, в случаях капиллярно-паренхиматозных кровотечений создает возможность достижения надежного гемостаза практически без повреждения тканей.

Цель исследования: разработка и оценка эффективности нового гемостатического имплантата для хирургии печени.

В состав созданного поликомпозиционного полимерного имплантата входят: карбоксиметилцеллюлоза, окисленная целлюлоза, а также наноцеллюлоза, изготовленного оригинальным способом (совместно с лабораторией НИЦ ХФП при НУУ) из высококачественной целлюлозы. Он может использоваться в виде мелкодисперсного гемостатического порошка или пленки толщиной до 200 мкм (Патент РУз FAP 2015 0054 от 24.04.2015 г.).

НИЦ ХФП при НУУз разработаны лабораторные методики и технология производства высокоочищенной Na-КМЦ в качестве пленкообразующей подложки, окисленной порошковой целлюлозы и наноцеллюлозы, обладающих заданными характеристиками.

Созданный имплантат – Geprocel, обладает выраженным гемостатическим эффектом наряду с отсутствием токсичности, биологической инертностью, биоразложением в заданные сроки, ценовой доступностью и удобством в стерилизации и хранении. Эффективность гемостатического имплантата изучена в экспериментах in vitro и in vivo в соответствии с требованиями к биологическим имплантатам ГОСТ ISO 10993-11-2011.

В результате исследований установлено: - высокая адгезивность имплантата к ткани печени позволяет достичь плотной фиксации к раневой поверхности с полной остановкой капиллярного кровотечения;

- гемостатический эффект наступает в течение 17,18±0,38 сек и обеспечивает стойкий гемостаз сравнимый с зарубежными аналогами;

- прочность на разрыв 290 – 480 кГс/см2 допускает использование имплантата для укрепления поврежденных тканей;

- биодеструкция в течение 2-3 недель обеспечивает возможность оставления имплантата в организме без риска формирования абсцессов и инфильтратов;

- отсутствие выраженной тканевой реакции, а также его антисептические свойства позволяют прогнозировать заживление раны без инфицирования зоны имплантации;

- в отличие от аналогичных гемостатическх средств, Geprocel позволяет существенно снизить риск формирования спаечного процесса в брюшной полости;

- различные формы имплантата и их комбинация позволяют эффективно остановить кровотечение при всех видах повреждения печени;

- Geprocel открывает перспективы применения имплантата в других разделах хирургии.

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

Нартайлаков М.А., Курбангулов И.Р., Абдеев Р.Р., Загитов А.Р., Золотухин К.Н., Салимгареев И.З., Нуриахметов Р.Р.
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования: представить результаты реализации программы трансплантации печени в Республике Башкортостан (РБ).

Материалы и методы. С 2007 г. была проведена многоплановая предварительная подготовка. Она включала: создание листа ожидания трансплантации печени, проработку юридических основ трансплантологии, установочные совещания с руководителями донорских баз. В 2013 г. в РКБ им. Г.Г. Куватова было открыто отделение

координации органного донорства. Обучение и освоение методик проведения трансплантации печени и основ ведения пациентов проводилось в Федеральном научном центре трансплантологии и искусственных органов им. акад. В.И. Шумакова.

С 04 апреля 2013 г. по апрель 2015 г. в РКБ им. Г.Г. Куватова выполнено 6 ортотопических трансплантаций трупной печени (ОТП). Показаниями к операции были циррозы печени различной этиологии: 3 - первичный билиарный цирроз печени (ПБЦ), 2 – цирроз печени неустановленной этиологии, 1 – альвеококкоз печени. Средний возраст реципиентов составил 46,5±4,7 года, среди них 4 мужчин и 2 женщин.

Результаты. В 4 случаях выполнена классическая операция - ортотопическая трансплантация печени с гепатэктомией и удалением позадипеченочного отдела нижней полой вены (НПВ). 2 пациентам выполняли гепатэктомию с сохранением НПВ по модифицированной методике (Piggy-Back, J. Belghiti) и имплантацией печени с формированием кава-кавального анастомоза по типу «конец в бок». У всех больных подключение обходного веновенозного шунтирования (ВВШ) не понадобилось.

Послеоперационный период у 1-й, 3-й, 4-го и 6-го пациентов гладкий, без осложнений. У 2-го пациента ранний послеоперационный период осложнился внутрибрюшным коагулопатическим кровотечением, в связи с чем, на 8-е сутки произведена релапаротомия, удаление гематомы. Дальнейший период протекал без осложнений. У 5-й пациентки ранний послеоперационный период осложнился клиникой отека легких. В связи прогрессивным ухудшением состояния больная погибла на 2-е сутки после ОТП от явлений острой дыхательной недостаточности, на фоне удовлетворительной функции печеночного трансплантата.

Заключение. Представленный опыт пяти успешных трансплантаций печени в РБ показывает возможности полноценной социальной и медицинской реабилитации и спасения жизни больных с терминальными заболеваниями печени.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ДОНОРСКОЙ ПЕЧЕНИ НА ДО ТРАНСПЛАНТАЦИОННОМ ЭТАПЕ

Новрузбеков М.С., Магомедов К.М., Джиоев С.Х., Дриаев В.Т.
ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Цель исследования: количественная оценка функции трансплантата печени у доноров с констатированной смертью мозга.

Материалы и методы. В период с: с 2012 г. по настоящее время оценка функциональных резервов донорской печени с помощью индоцианового зелёного (ИЗ) выполнена у 137 доноров. Во всех случаях качество донорской печени также оценивали морфологически.

Результаты. По результатам гистологического исследования в 93 наблюдениях было принято решение об изъятии донорского органа для пересадки. В 44 случаях в связи с неудовлетворительным качеством трансплантата по результатам биопсии операция не выполнялась. Уровень сывороточного натрия, трансаминаз, билирубина у донора не коррелировали с результатами биопсии донорской печени. Выявлена корреляция между результатами ИЗ-теста и данными биопсии. Показатели PDR (эндогенной плазменной элиминации ИЗ) более 16% и R15 (концентрация ИЗ на 15 минуте исследования) менее 3,4% свидетельствовали о хорошем качестве донорского органа $p<0,05$.

Заключение. ИЗ-тест может быть методом выбора для оценки качества донорской печени.

НЕОБРАТИМАЯ ЭЛЕКТРОПОРАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Соловьев Н.А., Забозлаев Ф.Г., Нечунаев А.А., Злобин А.И.
ГБОУ ВПО Московский государствнный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия
ФГБУ Федеральный научно-клиническицй центр ФМБА России, Москва, Россия

Возможности для лечения пациентов, страдающих местно-распространенным раком поджелудочной железы на современном этапе продолжают оставаться достаточно ограниченными. Использование методов локальной деструкции, связанных с термическим воздействием на опухоль (РЧА, криодеструкция и ряд других) не получило широкого распространения в связи с большим количеством осложнений при лечении опухолей данной локализации. Необратимая электропо-

рация (НЭ) представляет собой метод локальной деструкции (аблации), не связанный с температурным воздействием, при этом безопасный и эффективный, в том числе, и при лечении опухолей, расположенных вблизи и даже вовлекающих в себя кровеносные сосуды и протоковые структуры.

Цель исследования: изучение эффективности и безопасности НЭ в лечении местно-распространенного рака поджелудочной железы.

Материалы и методы. Проведено проспективное мультицентровое пилотное исследование пациентов, которым была выполнена НЭ по поводу местно-распространенного рака поджелудочной железы за период с апреля 2012 по май 2015 гг. Оценивали продолжительность жизни, летальность, осложнения, местный статус в зоне воздействия. НЭ с использованием системы «Нанонож» была выполнена 18 пациентам (11 мужчинам и 7 женщинам) со средним возрастом 67 лет (56-78 лет). В 2 случаях вмешательство выполнялось чрескожно под контролем УЗИ, в одном случае лапароскопически, в остальных случаях во время лапаротомии.

Результаты. У всех пациентов операция прошла успешно, интраоперационных осложнений не отмечено. Во всех случаях изменения, происходящие в зоне опухоли, в результате воздействия подтверждали данными интраоперационного УЗИ. У всех пациентов в послеоперационном периоде отмечался клинически не значимый подъем уровня амилазы и липазы в сыворотке крови, пик которого приходился на 48 часов после операции, к 72 часам показатели возвращались к нормальным значениям. У одного пациента на 8-е сутки после операции развился острый панкреатит, однако сроки развития данного состояния и предшествующее ему нарушение режима питания не позволяют однозначно утверждать о наличии прямой связи между развитием панкреатита и перенесенным вмешательством. В одном случае на 10- сутки послеоперационного периода развился абсцесс сальниковой сумки, через три недели, несмотря на проводимые программированные санации брюшной полости и интенсивную инфузионно-трансфузионую, антибактериальную и симптоматическую терапию наступила смерть от сепсиса. На вскрытии в зоне НЭ поджелудочной железы опухолевых клеток не определяется. В остальных случаях летальности в первые 12 месяцев после операции не было. Все пациенты в послеоперационном периоде получали химиотерапию. Максимальный срок наблюдения составил 19 месяцев.

Заключение. Необратимая электропорация является безопасным, сравнительно простым в техническом отношении эффективным минимально инвазивным методом лечения нерезектабельного местно-распространенного рака поджелудочной железы. Для получения более достоверных данных, основанных на большем количестве случаев запланированы дальнейшие исследования.

ПАРАМЕТРЫ ОПЕРАЦИОННОГО СТРЕССА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Панченков Д.Н.[1,2] Алексанян Г.Б.[1,2], Иванов Ю.В.[1,2], Ахматова Н.К.[3], Ефанов М.Г.[4], Алиханов Р.Б.[4], Астахов Д.А.[1,2], Казаков И.В.[4]

[1]ГБОУ ВПО Московский государствнный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Москва, Россия

[2]ФГБУ Федеральный научно-клиническицй центр ФМБА России, Москва, Россия

[3]ФГБУ Научно-исследовательский институт вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова, Москва, Россия

[4]ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Цель исследования: сравнение иммунологического статуса после открытых и лапароскопических резекций печени.

Материалы и методы. Экспериментальная часть исследования включает 40 кроликов породы Шиншилла, обоих полов, весом до 3 кг. Эксперимент содержит две группы: основная: лапароскопические резекции печени, контрольная группа: открытые резекции печени. В предоперационном периоде, выполнялся забор крови из вены ушной раковины по 5 мл в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки, для сравнения показателей метаболизма иммунологического статуса (ИЛ-1, -2, -6, -8, -10), белки теплового шока, общее количество лейкоцитов, пролиферативная, цитотоксическая и фагоцитарная активность монокулярных лейкоцитов. Заключительный этап состоял из трехкратных последовательных заборов крови (по вышеуказанной методике) через 4-6 часов после вмешательства, 24 часа и на 7-е сутки соответственно в гепаринизированные и негепаринизированные стерильные пробирки с последующей лабораторной диагностикой. Оценивались показатели цитотоксической, пролиферативной и фагоцитарной активности. Клиническая часть исследования заключается в сравнительной оценке параметров операционного стресса у пациентов, перенесших резекции печени открытым и лапароскопическим доступом по схеме, ранее отработанной в эксперименте. Определяли общее содержание лейкоцитов и их субпопуляции,

TLR. Цитокиновый профиль оценивали по содержанию про- и противовоспалительных цитокинов: IL-1b, IL-2, TNF-a, IFN-g, IL-12p70, IL-4, IL-5, IL-6, IL-10, IL-13, IL-9, Il-17a, IL-22.

Результаты. Согласно полученным данным, при сравнении показателей в основной и контрольной группах экспериментальных животных: фагоцитарная активность сохранилась практически неизменной в основной группе, в контрольной группе снизилась в послеоперационном периоде (нейтрофилы до 35%, моноциты до 50%). Цитотоксическая активность мононуклеарных лейкоцитов снизилась по отношению к NK-чувствительной линии K562 эритробластного лейкоза, в контрольной группе больше, чем на 45 % , в основной группе около 20 % . Эти данные косвенно демонстрируют, что противовирусный и противоопухолевый потенциал NK-клеток снижен. При сравнении пролиферативной активности мононуклеарных лейкоцитов отмечено усиление спонтанной пролиферации и уменьшение индуцированной фитогемагглютинином пролиферации, что обусловленно стрессирующим воздействием. По результатам клинических исследований уровень всех цитокинов (за исключением IL-12 и IL-4) у больных до операции, так и после нее, был статистически значимо повышен по сравнению с показателями здоровых лиц. В отношении IL-12 наблюдалась несколько иная картина. После хирургического вмешательства резко повышались на 6-й час, затем медленно снижались практически до исходного уровня. Лапаротомические операции индуцировали повышение Th-1 цитокинов в динамике, которые достигали максимальных уровней к концу наблюдения. Аналогичная картина наблюдалась в отношении Th-2 цитокинов. Уровни IL-4 в послеоперационном периоде постепенно повышались, на 7 сутки наблюдения достигали максимальных значений.

Заключение. Уровни всех цитокинов – Th1/Th2/Th9/Th17/Th22 у больных были повышены уже до операции, в результате физического стресса, обусловленного наличием опухолевого процесса, инфекции или сопутствующей патологии, что свидетельствует о наличии воспалительного процесса, связанного с активацией эффекторов иммунной системы.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Поляков И.С., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Кригер А.Г.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оптимизировать использование роботизированного хирургического комплекса при операциях на печени.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2013 гг. оперирован 91 больной с кистозными и солидными заболеваниями печени 42 больным (основная группа – ОГ) выполнено оперативное лечение с применением роботизированного хирургического комплекса da Vinci (РХК). Сопоставление непосредственных результатов проведено с 49 пациентами (группа сравнения – ГС), оперированными лапароскопически.

Обе группы были однородны по полу, возрасту, индексу массы тела, физическому статусу по ASA и нозологии. Средний размер образований в 1,2 раза превосходил в роботической группе (92,1±40,9 мм и 74,8±47 мм соответственно), солидного образования - в 2,7 раза (67,69±31,17 мм и 25,2±19,5 мм). Также в роботической группе было больше больных, оперированных на задне-латеральных сегментах (11 и 7 соответственно).

Среди выполненных операций преобладали атипичные резекции печени (31 в ОГ и 41 в ГС), анатомических резекций было больше в роботической группе (9 в ОГ и 2 в ГС). По классификации тяжести резекций (Луисвилль 2008), в основном выполнены операции II категории сложности (30 в ОГ, из них атипичные – 22, анатомические – 9, 40 в ГС, из них атипичные резекции - 39, анатомические – 1), III категории сложности было 12 в ОГ и 6 в ГС.

Результаты. Разницы в длительности операции между данными группами не отмечено. Средняя длительность операций III категории в роботической группе была меньшей. Также при анатомических резекция по мере накопления опыта время операции сократилось с 435-560 мин. (в первых трех наблюдениях) до 210-310 минут (в последующих 4 операциях).

Объем средней кровопотери и количество гемотрансфузий были больше в ОГ, что связано с технически более сложными операциями.

Конверсия была выполнена в 1 наблюдении в ОГ, в 3 в ГС.

Количество интра-, послеоперационных осложнений, а также распределение их по классификации Клавьен-Диндо и период послеоперационной госпитализации были одинаковы в обеих группах.

Выводы. При использовании РХК в печеночной хирургии возможны технически более сложные операции. Непосредственные результаты робот-ассистированных операций в хирургии печени сопоставимы с лапароскопическими. Робот-ассистированный вариант операций на печени целесообразен при выполнении малых анатомических (до трех сегментов) резекций, а также операции на «технически трудных» задне-латеральных сегментах печени.

ВЫБОР АКУСТИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛЯЦИИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Прохоров А.В., Трандофилов М.М., Гаврилова Е.А., Рудакова М.Н.
ЛДП №1 при Городской клинической больнице №57 ДЗ г. Москвы, Россия

Цель исследования: обосновать оптимальный акустический доступ при проведении микроволновой абляции (МВА) опухолей печени в зависимости от локализации опухолевого очага.

Материалы и методы. За период 2012 – 2015 гг. МВА опухолей печени выполнена 40 больным. Среди них больных гепатоцеллюлярным раком печени T1NxM0 и T2N0M0 было 13, с метастатическим колоректальным раком (18) и раком молочной железы (9). Размер опухолей колебался от 10 до 60 мм (в среднем, 35 мм). Солитарные опухоли были у 29 больных, множественные – у 11. МВА осуществляли на аппарате AveCure MWG881 (MedWaves, США) с мощностью воздействия 32±2 Вт и набором различных антенн-электродов (16 - 12 G) с длиной активной части от 20 до 40 мм. МВА проводили в операционной под наркозом и ультразвуковым контролем с применением УЗ-сканера "ProFocus 1202" (Brüel & Kjǽr, Дания), оснащенного стандартным конвексным абдоминальным датчиком (с частотою излучения - 3,5 – 6 МГц и радиусом акустической головки – 60 мм) и микроконвексным абдоминальным датчиком для межреберного доступа (2,5 – 6 МГц, R – 30 мм). Выбор акустического доступа зависел от посегментарной локализации опухоли в печени. При локализации опухолей в S2 – S4 термодеструкция осуществлялась из эпигастрального доступа через переднюю брюшную стенку по передней срединной или параректальной линиям в положении пациента на спине; в S5 и S6 - из субкостального доступа по параректальной или средней ключичной линии в положении пациента на левом боку или из межреберного доступа в 4 – 6 межреберных промежутках (при анатомически высоком положении печени); в S7 – S8 – из межреберного доступа в 6 – 8 межреберных промежутках по средней ключичной и передней подмышечной линиям в положении пациента на левом боку. Имплантация термоэлектродов в опухоль выполнялась методом «свободной руки» в реальном режиме времени. Выбирали наиболее короткую и прямую траекторию пункции опухолевого очага, минуя жизненно важные органы брюшной полости и грудной клетки, крупные сосуды. При локализации опухоли в задних сегментах правой доли печени (S7 и S8) имплантацию термоэлектродов выполняли под местной анестезией в условиях контролируемого дыхания с целью избежать травматизацию реберно-диафрагмального синуса плевры, остальные этапы МВА – под наркозом. При множественной локализации опухолей в смежных сегментах печени (в пределах одного сектора) первоначально проводили термодеструкцию глублежащей опухоли. При крупных опухолях (свыше 30 мм) выполняли неоднократную термодеструкцию опухоли за один сеанс из одного акустического доступа под разными углами вкола.

Результаты. Эффект термодеструкции опухолей печени достигнут во всех случаях. Осложнения МВА включали травму реберно-диафрагмального синуса плевры – в 1 случае (при локализации опухоли в S8) и внутрипеченочную гематому 30 х 40 х 50 мм (при локализации опухоли в S5). Все осложнения были успешно лечены консервативно.

Заключение. При выборе акустического доступа необходимо ориентироваться на локализацию очага, варианты анатомического положение печени и конституциональные особенности пациента. При локализации опухоли в левой доле печени оптимальным является передний акустический доступ, при локализации опухолей в правой доле – межреберный или субкостальный доступы.

РЕКОНСТРУКЦИЯ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ И ЕЕ ФРАГМЕНТОВ

Семенков А.В., Ким Э.Ф., Камалов Ю.Р., Галян Т.Н., Казакова О.В., Коротеева Н.А., Кузнецова А.Е., Гончарова А.В.
ФГБНУ Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Билиарные осложнения остаются сложным вопросом гепатопанкреатобилиарной хирургии, несмотря на постоянное улучшение хирургической техники трансплантации и резекции печени.

Цель исследования: поиск оптимальных способов реконструкции желчных протоков при трансплантации печени и ее фрагментов.

Материалы и методы. В исследование включено 300 пациентов (158 (52,7%) женщин и 142

(47,3%) мужчины) в возрасте от 5 месяцев до 61 года (средн. 16,15±14,59 лет), которым были выполнены трансплантации печени от доноров с констатированной смертью мозга (КСМ) (n=32) и от родственных доноров фрагментов печени (РДФП) (n=268) в отделении трансплантации печени Российского научного центра хирургии имени академика Б.В. Петровского за период с февраля 1990 г. по сентябрь 2011 г.

Проведена оценка частоты развития различных билиарных осложнений при билиодигестивных (БД) и билиобилиарных (ББ) вариантах реконструкции желчеотведения.

Результаты. Выявлена большая частота различных билиарных осложнений при БД варианте реконструкции желчеотведения. В группе трансплантаций от доноров с КСМ при БД реконструкции желчеотведения достоверно чаще встречаются такие осложнения как желчеистечение (p=0,034) и холангиогенные абсцессы печени (p=0,034), а в группе трансплантаций от РДФП холангиогенные абсцессы печени (p=0,013), хронический рецидивирующий холангит (p=0,042) и формирование билиарного сладжа во внутрипеченочных желчных протоках (p=0,0032). Однофакторный логистический регрессионный анализ выявил, что формирование БД анастомоза является независимым предиктором формирования холангиогенных абсцессов печени (ОШ 5,23; 95% ДИ 1,1-24,8; p=0,035).

В связи с этим, при отсутствии лимитирующих факторов, стремились к выполнению ББ варианта реконструкции. ББ анастомоз сформирован в 81,25% случаев (26/32) при трансплантациях от доноров с КСМ, и у 27,55% (73/268) реципиентов от РДФП. В 53,42% (39/73) случаев ББ анастомоз формировался с долевым протоком фрагментарного трансплантата печени, в 23,29% (17/73) с единой площадкой сегментарных (бисегментарных) желчных протоков, полученной в процессе резекции у РДФП. Одной из мер профилактики билиарных осложнений является использование методик, направленных на более частое выполнение ББ варианта реконструкции. Модификации хирургической техники, направленные на увеличение частоты выполнения ББ варианта реконструкции желчеотведения применены в 23,29% (17/73) случаев формирования ББ анастомоза: дуктопластика изолированно расположенных устьев желчных протоков фрагментарного трансплантата печени в 6,85% (5/73) случаев; выполнение реконструкции с пузырным протоком реципиента (вариант реконструкции гепатикохоледохо + холангиоцистикоанастомоз) в 13,7% (10/73) случаев; использование для реконструкции желчеотведения билиарного конфлюенса с сохраненными долевыми протоками реципиента в 2,74% (2/73) случаев. Применение этих модификаций позволяло формировать ББ вариант анастомоза при имплантации фрагментарных трансплантатов с двумя изолированно расположенными устьями желчных протоков.

Выводы. Билиобилиарный анастомоз является предпочтительным видом реконструкции желчеотведения. Выбор билиобилиарного варианта реконструкции определяется наличием сохранных, сопоставимых по диаметру и достаточных по длине внепеченочных желчных протоков реципиента и единого устья желчных протоков трансплантата. Увеличение частоты формирования билиобилиарного анастомоза может быть достигнуто путем применения нестандартных хирургических техник дуктопластики, одновременного использования гепатикохоледоха и пузырного протока, либо долевых печеночных протоков реципиента при реконструкции желчеотведения от фрагментов печени с изолированными устьями желчных протоков.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕРФУЗИИ ПЕЧЕНИ

Соловьёв И.А., Суров Д.А., Лихачев Е.А.
Кафедра военно-морской хирургии ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: создание экспериментальной модели для проведения изолированной перфузии печени.

Материалы и методы. В качестве экспериментального животного выбрана свинья, что обусловлено её частичным топографо-анатомическим и морфофункциональным сходством с человеком. Созданная модель позволяет отрабатывать различные технические аспекты процедуры, в том числе наиболее безопасные и технически эффективные методы канюляции магистральных сосудов печени. Работа выполнена на трёх здоровых животных весом до 60 кг. На предложенной экспериментальной модели разработана и апробирована установка для изолированной перфузии печени, которая включает насос, силиконовые магистрали, оксигенатор, водяную баню, сосудистые канюли и датчики

Результаты. В результате проведённых исследований определены оптимальные значения давления перфузата: в общей печёночной артерии – 40-60 мм рт. ст.; в портальной вене 15-22 мм

рт. ст. Определены значение PO2 (мм рт.ст.): в венозной крови более 26, в артериальной крови более 120. Температура раствора для перфузии (˚С) - 36.6˚. Скорость перфузии - по печёночной артерии 150-200 млмин, по портальной вене 550-600 млмин. Гистологическое исследование ткани печени после изолированной перфузии продемонстрировало её достаточную безопасность. Выявлены единичные краевые поверхностные некрозы с повреждением гепатоцитов, при отсутствии повреждений в глубине тканей печени.

Заключение. Предложенная модель изолированной перфузии печени является достаточно удобной, информативной и создает необходимые условия для всестороннего изучения данной технологии.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАНОГО СПОСОБА КОНСЕРВАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Сохарев А.С., Краснов К.А., Будаев А.В., Краснов О.А., Старцев А.Б., Пельц В.А., Аминов И.Х, Краснов А.О., Керопян С.Е.
МБУЗ Городская клиническая больница №3 им. М.А. Подгорбунского, Кемерово, Россия
Кузбасский областной гепатологический центр, Кемерово, Россия

Трансплантация печени является основным радикальным способом лечения больных с терминальной стадией заболеваний печени. Несмотря на проводимую работу по эффективному использованию потенциальных доноров, во всем мире сохраняется глобальная нехватка донорских органов, в связи, с чем встает вопрос не только о расширении критериев для доноров, но и о рациональном использовании доступных донорских органов и медикаментозном воздействии для сохранения их функциональной способности. Основной причиной первично нефункционирующего трансплантата является ишемическое реперфузионное повреждение, которое в большинстве случаев требует ретрансплантации.

Цель исследования: оценить влияние комбинированного способа консервации на ишемическое реперфузионное повреждение трансплантата печени лабораторного животного.

Материалы и методы. Исследования проведены на 60 кроликах самцах породы Шиншилла в возрасте 6 - 7 месяцев, массой 2000+150 г. Кролики разделены на 3 группы по 20 животных. В первой группе консервация печени проводилась раствором кустодиол. Во второй группе применялся комбинированный способ: кустодиол и неоксигенированная эмульсия перфторорганических соединений в соотношении 4:1. В третьей группе консервация печени проводилась неоксигенированной эмульсией перфторорганических соединений. Консервация печени проводилась бесперфузионным методом в течение 8 часов, при температуре 4-5°С.

Результаты. По всем показателям (клиническим, биохимическим и патоморфологическим) статистически значимых различий в группах до консервации трансплантатов печени кроликов не было. Дисперсионный анализ показал, что выявлены статистически значимые изменения в средних значениях показателя, произошедшие до и после 8 часовой консервации в разных группах (p=0,00001). После 8 часовой консервации трансплантатов наиболее низкий уровень АСТ, АЛТ, билирубина крови наблюдаются во второй группе, а самые высокие показатели АСТ, АЛТ, билирубина в третьей группе. Так же выявлены статистически значимое влияние консервирующего раствора в группах на патоморфологические изменения в трансплантате печени кролика. В первой группе отмечаются патоморфологические изменения средней степени тяжести, во второй группе патоморфологические изменения легкой степени тяжести, а в третьей группе патоморфологические изменения тяжелой степени тяжести. Уникальная способность перфторуглеродов акцептировать активные формы кислорода, образованные при ишемии и реперфузии в клетках печени, и послужила основанием для применения их при консервации печеночного трансплантата.

Выводы. Применение комбинированного способа консервации позволяет уменьшить ишемическое реперфузионное повреждение печеночного трансплантата, повысить качество и функциональность трансплантата.

ОДНОВРЕМЕННОЕ РЕШЕНИЕ ДВУХ ПРОБЛЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ПУТЁМ

Стражеску Г.И.
Государственный университет медицины и фармации им. "Николая Тестемицану", Кишинёв, Молдова

Цель исследования: оценка эффективности эндолапароскопической хирургии при одновременных внутрибрюшных операциях.

Материалы и методы: Проведение одновременных лапароскопических операций в нашей клинике началось случайно. Первоначальной целью было удаление эхинококковой кисты печени. При лапароскопии часто обнаруживалась сопутствующая абдоминальная патология. Таким образом, в течение 2002-2014 было произведено 272 операции при 138 оперативном вмешательстве. Большую часть оперативных вмешательств составляли печёночная эхинококкэктомия и холецистэктомия – 71 случаев; печёночная эхинококкэктомия с фенестрацией кисты почки справа – 22 случая; печёночная эхинококкэктомия с фенестрацией кисты почки слева – 14 случаев; печёночная эхинококкэктомия с аденомэктомией правого надпочечника – 4 случая; печёночная эхинококкэктомия с аденомэктомией левого надпочечника – 5 случаев; печёночная эхинококкэктомия с солитарной миомэктомией – 9 случаев; печёночная эхинококкэктомия с резекцией фибролейомиомы желудка – 3 случая; печёночная эхинококкэктомия с липомэктомией печёночно-двенадцатиперстной связки – 3 случая; печёночная эхинококкэктомия со спленэктомией (эхинококкоз селезёнки) – 5 случаев; лапароскопическая аппендэктомия (острый флегмонозный аппендицит) с печёночной эхинококкэктомией – 1 случай; спленэктомия (инфаркт селезёнки) с печёночной эхинококкэктомией – 1 случай. Сопутствующая хирургическая патология диагностирована до операции в 70%. В остальных случаях она была операционной находкой во время лапароскопии. Хирургическое вмешательство проводилось с два этапа; печёночный этап – удаление эхинококковой кисты: перикистэктомия – 79 случаев; открытая эхинококкэктомия печени (Lagrot) с дренированием, с последующей оментопластикой остаточной полости и дренированием – 29 случаев; капитонаж остаточной полости и дренирование – 13 случаев; перитонеальный этап – в обязательном порядке вторичный, за исключением случаев с острым аппендицитом и инфарктом селезёнки, когда он был первым этапом.

Результаты. Оперативные вмешательства длились 55-115 минут. Длительность госпитализации была 6-9 дней. Было зарегистрировано 4 ранних послеоперационных осложнения: 2 случая умеренного маточного кровотечения (после ушивания ложа миоматозного узла); 1 случай канальцевой гемобилиррагии из постгидатидной полости печени. Для разрешения последнего случая применили эндоскопическую папиллосфинктеротомию. В остальных случаях провели ещё одну лапароскопию для окончательной остановки кровотечения.

Выводы. Лапароскопическая хирургическая техника, начиная с холецистэктомии, находит всё более широкое применение при различных заболеваниях, оставляя в тени как резервное оперативное вмешательство классическую хирургию. Эндоскопический доступ благоприятствует разрешение двух хирургических патологий в ходе одного оперативного вмешательства, значительно уменьшая расходы. Также имеет значение косметический комфорт после таких операций. Реабилитационный период после операций был коротким и позволял бывшим пациентам возвращаться к трудовой деятельности с возросшими жизненными силами.

ДЕТОКСИКАЦИЯ, ИММУНОКОРРЕКЦИЯ ПРИ ГНОЙНОМ ХОЛАНГИТЕ И ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ, ПЕРВЫЙ ОПЫТ КЛЕТОЧНОЙ ПЕРФУЗИИ ГЕПАТОЦИТОВ

Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Цыпин А.Б., Онищенко Н.А., Тихонова В.В.
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России, Ижевск, Россия
ФГБУ «Федеральный научный центр Трансплантологии и искусственных органов имени акад. В.И. Шумакова» Минздрава России, Москва, Россия

Характер работы хирургического отделения клиники факультетской хирургии ИГМА в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР» во многом зависит от поступления наи-

более сложных и тяжелых хирургических больных из районов Удмуртии. Большинство этих больных в условиях районных больниц подвергалось повторным оперативным вмешательствам, получало массивную противовоспалительную терапию. Неэффективность предшествующего лечения сопровождалось прогрессирующими нарушениями гомеостаза, эндотоксикозом, полиорганной и иммунологической недостаточностью. За последние 10 лет в отделении клиники находилось на лечении более 100 больных с гнойным холангитом, с различными гнойно-септическими осложнениями. В 95% бакпосевов из гнойных ран, брюшной полости, из абсцессов обнаружена госпитальная гнойно-септическая бакфлора (стафилококки, кишечная палочка, палочка сине-зеленого гноя, протей и их ассоциации), антибиотикоустойчивые штаммы обнаружены у 43% больных.

Для лечения печеночной недостаточности при холангитах после реконструктивных операций на печени и желчных путях применяли препарат ЦМ – лиофилизация свиных гепатоцитов, полученных в НИИ трансплантологии искусственных органов (Москва), позволили значительно улучшить состояние больных с тяжелой печеночной недостаточностью, что является перспективным направлением в клеточной трансплантологии.

Комплексное лечение больных с гнойным холангитом включало в себя дезинтоксикационные мероприятия, коррекция нарушений гомеостаза, антибактериальную терапию, лечение полиорганной и иммунологической недостаточности и хирургическое лечение. Последнее заключалось во вскрытии, санации и активном дренировании гнойных очагов, подключении проточной системы промывания гнойных полостей и активной аспирации, применение метода программных санационных релапаростомий при перитонитах. Обязательным считали бакпосевы гноя при первой операции и через каждые 7 дней лечения. Для санации гнойных полостей, ран, холедоха и брюшной полости использовали как традиционные растворы антисептиков, так и гипохлорит натрия в концентрации 1200 мг/л, обладающий высокими антисептическими свойствами. С дезинтоксикационной целью применяли внутривенное введение озонированных растворов, а так же гемосорбцию, плазмаферез, оксибаротерапию, УФО и лазерное облучение крови.

Антибиотикотерапию проводили с учетом чувствительности микрофлоры, предпочитая внутривенное и эндолимфатическое их введение. С антисептической и иммуностимулирующей целью больным назначали введение препарата Спленопид. Контроль состояния иммунной системы осуществляли с помощью иммунограмм крови, показателей клеточного и гуморального иммунитета.

Комплексное проведение лечебных мероприятий при гнойном холангите в хирургической клинике позволило улучшить результаты лечения: снизить летальность на 15-20%, количество послеоперационных осложнений на 20-30%, улучшить прогноз и качество лечения пациентов. Одним из перспективных направлений при лечении печеночной недостаточности является клеточная трансплантология.

РАЗВИТИЕ ПРОГРАММЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ В НАЦИОНАЛЬНОМ НАУЧНОМ ЦЕНТРЕ ХИРУРГИИ ИМ. А.Н. СЫЗГАНОВА, РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Досханов М.О., Молдабеков Е.Т., Дуйсебеков М.К., Каниев Ш.А.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Актуальность. В Республике Казахстан, пациенты с хроническими заболеваниями печени, в том числе в их терминальных стадиях, представляют собой значительную проблему и, как следствие, находятся под пристальным вниманием Министерства здравоохранения и социального развития республики. Программа развития трансплантации печени (ТП) началась в декабре 2011 года, когда впервые, совместно с коллегами из Республики Беларусь, в АО «ННЦХ им А.Н. Сызганова» (Алматы) была выполнена первая трансплантация печени от прижизненного донора. На сегодня (май 2015 г\), с момента начала программы в семи различных центрах страны было выполнено более 80 операций по пересадке печени. Большинство операций были успешными.

Цель исследования: внедрение программы трансплантации печени от прижизненных и посмертных доноров в клиническую практику.

Материалы и методы. В ННЦХ им. А.Н. Сызганова с декабря 2011 года выполнено 25 трансплантаций печени взрослым реципиентам с терминальными стадиями заболеваний печени различной этиологии. В 20 (80,0%) случаев ТП была выполнена от прижизненных доноров (LDLT), в 5 (20,0%) случаев от посмертных доноров (DDLT).

Этиология терминального стадия заболевания печени была представлена: циррозом печени в исходе вирусного гепатита – у 17 (68,0%) пациентов, аутоиммунным гепатитом – у 3 (12,0%), первичный билиарный цирроз – 1 (4,0%), вторичный билиарный цирроз на фоне врожденной патологии жел-

чевыводящих протоков – 1 (4,0%), криптогенный цирроз печени – 1 (4,0%). Возраст пациентов колебался от 16 до 55 лет. MELD на момент операции составлял от 13 до 25 лет, пациенты соответствовали классам «B» и «C» по Child-Turcotte-Pugh.

Результаты. В случае операций от прижизненных родственных доноров, выбор типа графта определялся на основе расчетов объемов графта и объемов остающегося фрагмента печени у донора, при анализе данных компьютерной томографической ангиографии. Правой доле было отдано предпочтение в 14 (70,0%) случаях, левой доле – в 5 (25,0%) случаях и правому заднему латеральному сектору – в 1 (5,0%) случае.

Посмертными донорами печени явились пациенты с установленной смертью мозга в возрасте от 32 до 57 лет. Причинами смерти мозга были внутричерепное кровоизлияние (n=4), тяжелая черепномозговая травма (n=1). Качество донорской печени, оценено по общепринятым критериям, было во всех случаях удовлетворительным.

Операции у реципиентов. Средняя длительность операции: 12 ч 30 мин; Среднее время ангепатического периода: 1 ч 22 мин; среднее время полного пережатия НПВ: 0 ч 43 мин; общий объем кровопотери: от 2200 мл до 28000 мл (реинфузия с применением аппарата CellSaver CATS®). Послеоперационное введение и лечение пациентов проводили, согласно собственным разработанным протоколам Центра. Все пациенты в послеоперационном периоде получали иммуносупрессивную терапию; пациенты с циррозами печени вирусной этиологии получали противовирусную терапию.

Заключение. Предварительные выводы, основанные, на небольшом опыте, свидетельствуют о хорошей перспективе развития программы трансплантации печени в Казахстане. Развитие программы трансплантации печени от прижизненных доноров в Республике Казахстан выглядит оптимальным вариантом; однако, программа трансплантации печени от посмертных доноров является предпочтительным для развития, из-за возможного высокого риска осложнений в хирургии донора.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛЯЦИИ КАК ВАРИАНТА ЛОКОРЕГИОНАРНОЙ ТЕРАПИИ

Федорук А.М., Пискун А.Б., Яковец Н.М., Козак О.Н., Кирковский Л.В., Руммо О.О, Щерба А.Е., Коротков С.В., Лебедь О.А., Мельникова М.В.
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ 9-я Городская клиническая больница, Минск, Беларусь

Введение. Микроволновая абляция (МВА) является новым методом термодетрукции опухолей паренхиматозных органов, который основан на получении тепловой энергии за счет вращения молекул воды в переменном электромагнитном поле. МВА не зависит от электропроводности измененных тканей, экранирования крупными сосудами участка опухоли от лечебного воздействия, поэтому эффективность воздействия на первичные и метастатические поражения не различается.

Цель исследования: проанализировать первый опыт использования МВА в качестве варианта локо-регионарной терапии у пациентов с очаговыми поражениями печени.

Материалы и методы. В период 15 марта 2013г. По 15 марта 2015г. выполнена 82 абляции очагов в печени в 24 сеанса у 19 больных (12 мужчин и 7 женщин, средний врзраст - 55 (26-63) лет. Этиология патологических очагов: гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) на фоне вирусного цирроза (пациенты из листа ожидания трансплантации печени) – 13, рецидив ГЦК после ортотопической трансплантации печени - 1, рецидив ХЦК в правой доле после левосторнней гемигепатэктомии, очаг альвеококка в левом латеральном секторе после расширенной правосторонней гемигепатэктомии - 1, метастазы в печень карциноида легкого после ортотопической трансплантации печени - 1, метастазы в печень колоректального рака - , метастазы в печень рака фатерова соска - 1. При этом один сеанс МВА выполнен у 8 пациентов, два сеанса- у 4 пациентов. У шести пациентов МВА комбинирована с ХЭПА. Всем пациентам МВА выполняли в условиях операционной под общей анестезией с использованием системы для микроволновой абляции Valleylab, корпорации Covidient AG (Швейцария), с частотой микроволнового генератора 915 МГц, под ультразвуковым контролем на аппарате ProFocus 2202, BK (Дания). У 14 пациентов МВА выполнена чрескожным чреспеченочным доступом с использованием МВА антенн с системой охлаждения, у других пяти - интраоперационно с использованием МВА антенн без системы охлаждения. Максимальная зона деструкции, создаваемая одной антенной, достигалась в течение 10 минут при мощности 45 ватт и имела форму эллипса 3х5 см.

Результаты. Все пациенты хорошо перенесли сеансы МВА. Эффективность МВА контролировалась ультрасонографически и КТ-ангиографией.

Отсутствие кровотока при ЦДК и контрастного усиления в аблированных опухолях считали успешным лечением. МВА была эффективна у всех пациентов. Тринадцати пациентам выполнена ортотопическая трансплантация печени в сроки от 1,5 до 12 месяцев после МВА. Осложнение наблюдали у пациента развитием ГЦК через 20 месяцев после трансплантации печени. У этого пациента на фоне транспапиллярного билиарного стента в зоне абляции сформировались 2 абсцесса печени, которые были успешно излечены чрескожным чреспеченочным дренированием. Рецидивы метастатического поражения печени отмечены у 2 пациентов с колоректальным раком. У одного пациента при комбинации МВА с ХЭПА развился тромбоз печеночной артерии.

Выводы. Микроволновая абляция может использоваться у пациентов листа ожидания трансплантации печени.

Микроволновая абляция является новым высокоэффективным методом лечения очаговых поражений печени.

ПРИМЕНЕНИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ, ДОПОЛНЕННОЙ КРИОДЕСТРУКЦИЕЙ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ

Чжао А.В.[1], Вишневский В.А.[1], Ионкин Д.А.[1], Жаворонкова О.И.[1], Степанова Ю.А.[1], Шуракова А.Б.[1], Ковалевич Л.Д.[1], Ашивкина О.И.[2], Кунгурцев С.В.[3]

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

[2]ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

[3]Инновационная компания «Биомедстандарт», Москва, Россия

Актуальность. Единственным радикальным методом лечения альвеококкоза печени является хирургическое вмешательство. Однако, альвеококкоз часто диагностируется на поздних стадиях, когда прогрессирование заболевания исключает возможность выполнения радикальной операции.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных альвеококкозом печени, особенно после повторных операций.

Материалы и методы. В Институте накоплен опыт хирургического лечения 94 больных альвеококкозом печени. Почти всем пациентам выполняли повторные резекции печени. С 2012 г. начали использовать локальную криодеструкцию (КД) оставшейся части паразитарной ткани с применением российского аппарата «КРИО-01». Данное хирургическое вмешательство было выполнено у 18 больных. Средний возраст – 34.3±3 лет (24-49 лет). Процедура КД составила от 2 до 5 минут замораживание при температуре с от -175 до -186 °С. Впоследствии всем пациентам проводили соответствующую противогельминтную терапию.

Результаты. Резекция печени была выполнена у 18 больных, дополненная нефрэктомией - у 1, резекцией воротной вены так же в 1 случае. Во всех наблюдениях была выполнена КД. КД выполняли на оставшейся части патологической ткани - правого купола диафрагмы (2), в воротах печени (5), оставшейся паренхимы левой доли после резекции правой доли (6), в парааортальной клетчатке (2), по ходу правого мочеточника(1).

Все пациенты живы. Комплексное обследование, включая биохимические показатели, результаты УЗИ, КТ, МРТ и МРХПГ, не показала никаких признаков продолженного роста. Проявления печеночной недостаточности после криотерапии в зоне ворот печени отмечались у 2 пациентов, что потребовало дополнительного лечения с ЭРХПГ + эндоскопическое дренирование желчных путей (1), ЧЧХС (1). Признаков рецидива в брюшной полости, в области мочевыводящих путей или области раны не отмечено.

Выводы. Используя сочетание резекции печени и КД участков пораженных соседних органов и тканей, особенно у пациентов, перенесших повторное хирургическое вмешательство, можно считать радикальным лечением альвеококкоза печени. Риск развития печеночной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде не является причиной для отказа от радикального лечения. Отсутствие признаков рецидива паразитарного поражения позволяет рекомендовать КД при лечении альвеококкоза печени, особенно при повторных вмешательствах.

ТЕРМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ И МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Чжао А.В.[1], Вишневский В.А.[1], Ионкин Д.А.[1], Жаворонкова О.И.[1], Степанова Ю.А.[1], Ветшева Н.Н.[1], Шуракова А.Б.[1], Ковалевич Л.Д.[1], Гаврилов Я.Я.[1], Кунгурцев С.В.[2]
[1]ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
[2]Инновационная компания «Биомедстандарт», Москва, Россия

***Цель исследования*:** улучшение качества жизни, а при применении химиотерапевтического лечения увеличение продолжительности жизни у пациентов с первичным и метастатическим раком печени.

Материалы и методы. Среди методов локальной деструкции (ЛД) при лечении первичного и метастатического рака печени нами применяются радиочастотная абляция (РЧА) с 2002 г., криодеструкция (КД) с 2007 г., микроволновая абляция (МВА) (с 2008 г.). Показаниями к выполнению (ЛД) служили: резидуальная или рецидивная опухоль после ранее проведенной РЧА или оперативного метода лечения, общие противопоказания к проведению резекции печени (тяжелое соматическое состояние больного, коагулопатия и т.д.), низкий функциональный резерв печени. Размеры очагов в печени были от 1,5 до 9 см, число очагов - от 1 до 10 см (4±3). При метастатическом поражении всем пациентам кроме 3 наблюдений первым этапом производили удаление первичной опухоли.

РЧА была выполнена у 138 больных с метастазами колоректального рака в печень (63 (45,3%) мужчины и 75 (54,7%) женщин; средний возраст составил 51,4+5,4 (27-83) лет). При первичном раке печени РЧА была выполнена у 29 больных (23 (79,3%) мужчины и 6 (20,7%) женщин; средний возраст составил 42,6+3,2 (34-68) года). Всего было выполнено 318 сеансов РЧА. Чрескожная РЧА (ЧРЧА) была выполнена в 264 наблюдениях. Среднее число сеансов – 2,2+1,7 (от 1 до 8). РЧА в открытом поле зрения была выполнена в 35 наблюдениях. В 39 наблюдениях РЧА применяли при резекции печени.

КД была выполнена у 32 пациентов, из них по поводу первичного - в 14 (43,8%) случаях и метастатического рака печени - в 18 (56,2%). Средний возраст больных – 56,2+3,6 (49-69) лет.

МВА была использована в 8 наблюдениях по поводу первичного и метастатического рака печени. ЧМВА выполнялась в 4 случаях при прилежании очага к сосудистой структуре. В 4 наблюдениях МВА применяли при резекции печени.

Контроль эффективности производили с применением УЗИ, МРТ, начиная с первых суток после вмешательства. В дальнейшем на протяжении первого года УЗ-контроль выполняли каждые 3 месяца, МРТ – раз в полгода. В последующем контроль выполнялся раз в 6 месяцев. Всем больным в послеоперационном периоде проводилась адьювантная химиотерапия.

Результаты. 3 больных умерли в первые 2 месяца после РЧА в следствии прогрессирования печеночной, а затем и ПОН. У 58% больных было отмечено прогрессирование опухолевого процесса. Среди послеоперационных осложнений после РЧА наиболее часто отмечался экссудативный плеврит (19,2%). 4 наблюдения повреждений внутренних органов и 4 случая ожогов в области стояния пассивных электродов были отмечены только после РЧА. Единичные случаи внутрибрюшного кровотечения были отмечены после использования всех методов ЛД.

Внутрибрюшное кровотечение и травматическое повреждение внутренних органов во всех случаях послужили показание к выполнению лапаротомии. Оба случая гемобилии были излечены с применением рентгенэндоваскулрных методик. В 4 (1,78%) наблюдениях были отмечены ожоги в местах стояния пассивных электродов.

После ЧРЧА по поводу метастатического поражения 1-о, 2-х, 3-х, 4-х и 5-летняя выживаемость составили 84,2%, 55,7%, 39,7%, 29,7% и 16,3% соответственно. Медиана выживаемости составила - 32 месяца.

После РЧА по поводу первичного рака печени 1-о, 2-х, 3-х, 4-х и 5-летняя выживаемость составили 56,2%, 41,1%, 26,4%, 15,2% и 7,1% соответственно. Медиана выживаемости - 26 месяцев.

После КД выживаемость у больных с МТС в печень: 6 мес. – 74%, 12 мес. – 56%, 24 мес. – 31%; 33 мес. – 12%. Медиана выживаемости – 18 мес.

Заключение. Применение РЧА у больных терминальными стадиями ракового поражения печени при тяжелом соматическом состоянии либо при декомпенсированных сопутствующих заболеваниях позволяет обеспечить 5-летнюю выживаемость 16,3% у больных с МТС. Отдаленные результаты хуже после применения РЧА и КД при первичном раке печени.

Небольшое число тяжелых послеоперационных осложнений позволяет рекомендовать методы ЛД к широкому применению у больных первичным и метастатическим раком печени. При применении адьювантной химиотерапии после проведения ЛД новообразований печени отмечается тенденция к увеличению показателей выживаемости. Необходим дальнейший поиск новых вариантов комбинированного лечения пациентов данной группы.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РОБОТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Шабунин А.В., Парфенов И.П., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Карпов А.А.
ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина, Москва, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Широкое внедрение лапароскопических и роботических технологий в мировую клиническую практику позволяет выполнять весь объем оперативных вмешательств на органах гепатобилиарной зоны.

Материалы и методы. В условиях специализированного отделения хирургии печени и поджелудочной железы Городской клинической больницы им. С.П. Боткина с 2014 года в клиническую практику при заболеваниях гепатопанкреатобилиарной зоны внедряются роботические технологии с использованием роботической системы Da Vinchi.

Результаты. За 2014 год выполнено 17 оперативных вмешательств: 6 корпокаудальных резекций поджелудочной железы (3 по поводу аденокарциномы поджелудочной железы, 3 по поводу нейроэндокринных опухолей, 3 атипичных резекций печени по поводу доброкачественных заболеваний (фиброзно-нодуллярная гиперплазия, простая киста, гемангиома), 3 — по поводу метастазов колоректального рака, три паллиативных вмешательства в объеме гастроэнетро- и гепатикоеюностомии по поводу нерезектабельного рака головки поджелудочной железы, одна резекция холедоха с формированием билиодигестивного анастомоза по поводу врожденной кистозной трансформации холдоха III типа. Возраст больных составил 53,2±14,1 год (от 23 до 68 лет). Послеоперационный койко-день составил 7,4±3,5. Необходимо отметить, что в структуре специфических осложнений после выполнении резекционных вмешательств на поджелудочной железе отмечены свищи классов «А» и «В» по ISGPS в одном и двух случая соответственно. Количество же общехирургических осложнений в послеоперационном периоде и его длительность у больных, не превышало показатели после лапароскопических операций и были ниже, чем при традиционных вмешательствах.

Выводы. Полученный первый опыт использования роботических технологий в лечении больных с заболеваниями печени и поджелудочной железы позволяет сделать вывод о том, что современные малоинвазивные роботоассистированные оперативные вмешательства позволяют уменьшить количество послеоперационных осложнений и длительность послеоперационного койко-дня.

II. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Абдурахманов Б.А., Жунисов Б.К., Баймагамбетов А.К., Жантеев М.Е.
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан

Цель исследования: определить эффективность ре¬зультатов лечения больных циррозом печени (ЦП) осложненным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы (ИПС).

Материалы и методы. Проанализирована эффективность различных методов гемостаза у 393 больных ЦП осложненным кровотечением из ВРВПЖ. Мужчин было 219 (55,7%), женщин – 174 (44,3%). Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 83 лет. Согласно классификации степени ВРВПЖ по А Г. Шерцингеру (1986), I степень экта-зии выявлена у 31 (7,9%) больного, II степень – у 270 (68,7%), максимальная Ш степень патологии установлена у 92 (23,4%) пациентов. Источник кровотечения в 73,7% случаев располагался в средней и нижней трети пищевода и в 26,3% – в кардиальном отделе желудка.

Результаты. Консервативная терапия с применением зонда Блекмора-Сенгстакена проведена у 155 больных, минимальное оперативное вмешательство – операция Пациоры выполнено128 больным, проведено эндоскопическое склерозирование (ЭСТ) и лигирование (ЭЛ) - 87, которое в 23 наблюдениях сочеталось с имплантацией инфузионной порт-системы (ИПС) Celsite® фирмы B/ Braun. Через ИПС проводили аутогемореинфузию, ежедневно, в объеме 1,2-1,5 л., следовательно, создавали декомпрессию в портальном русле. Курс лечения, состоящий из 7-10 аутогемореинфузий, продолжали до полной остановки кровотечения и стабилизации показателей портального давления.

Консервативные методы лечения позволили достич гемостатический эффект у 145 (93,5%) больных, рецидив кровотечения отмечен в 37 (23,8%) наблюдениях. Летальность составила 41,3% (64 больных).

При проведении операции Пациоры эффективный гемостаз достигнут всего у 112 (87,5%). Рецидивы кровотечения отмечены у 22 (17,2%) больных. Послеоперационная летальность составила 52,8%.

Из 87 больных перенесших ЭСТ, эффективный гемостаз достигнут у 85,1%, рецидив геморрагии отмечен у 7 (8,04%) больных, летальность составила 9,2%.

При имплантация ИПС этом начиная с 2-3 суток отмечено регресс явлений гипертензии в портальном русле, со стабилизацией показателей портальной гемодинамики (5-6 сутки) и улучшение показателей печеночного обмена (после 10-12 процедур) в биохимических анализах. Сочетание метода имплантации порт-системы с ЭСТ и ЭЛ позволили улучшить показатели эффективного гемостаза до 93,8%.

Заключение. При комбинация эндоскопического склерозирования и лигирования с ИПС благодаря суммированию позитивных лечебных свойств, достигнут наилучший гемостатический эффект, где дозированная, порционная аутогемореинфузия позволяя снизить и стабилизируя портальное давление, укреплялся эффектом склерозирования и облитерации вен – предотвращающий возникновение геморрагического синдрома.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОРРЕКЦИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Абдурахманов Б.А.
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан

Цель исследования: определить эффективность результатов хирургической декомпрессии портального кровотока у больных циррозом печени (ЦП) осложненным варикозным расширением

вен пищевода и кардии желудка (ВРВПЖ) с применением полностью имплантируемой инфузионной порт-системы (ИПС) Celsite®.

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

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

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Абдурахманов Б.А., Ганцев Ш.Х., Арыбжанов Д.Т.
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

Целью исследования: оценка результатов и определение эффективности эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) в сочетании с полностью имплантируемой инфузионной порт-системой (ИПС) Celsite® в коррекции портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Проведен анализ результатов коррекции ПГ у 75 больных ЦП. При этом 41 (54,7%) пациентам произведена имплантация ИПС Celsite: 22 (53,7%) – в изолированном варианте (1-я группа), 19 (46,3%) – после превентивной редукции кровотока по селезеночной артерии путем ее эмболизации (2-я группа). У 34 (45,3%) больных произведены традиционное портосистемное шунтирование (ПСШ) – из них у 18 (52,9%) спленоренальный анастомоз в различных вариантах (3-я группа) и у 16 (47,1%) ПСШ после предварительной ЭСА (4-я группа). Нами разработан метод портокавального шунтирования при ЦП с синдромом ПГ. При этом имплантацию

инфузионной венозной порт-системы фирмы B/ Braun проводили под местной анестезией путем чрескожной пункции ветвей воротной вены, либо проведением лапароскопии с катетеризацией мезентериальной вены путем ее венесекции. При этом рабочий порт устройства имплантировали в подкожной клетчатке с фиксацией к коже живота за манжетку и размещением на основании ребер.

Результаты. Эффективность проведенной ЭСА оценивали на основании снижения портального давления, исчезновения ВРВПЖ, улучшения клинико-лабораторных показателей, уменьшения размеров селезенки, гиперспленизма. ПД после ЭСА снизилось с 398,8±12,5 мм. вод. ст. до 311,6±19,3 мм.вод.ст., после СРА – до 241,4±8,45 мм.вод.ст. У больных перенесших операцию наложения СРА без предварительной ЭСА, портальное давление снизилось с 404,7±12,2 мм. вод. ст. до 284,8±18,6 мм. вод. ст. При имплантации ИПС отмечали снижение ПД с 402,2±16,7 мм. вод. ст. до 192,9±15,8 мм. вод. ст. В группе больных перенесших имплантацию ИПС с превентивной ЭСА ПД снизилось с 400,8±11 до 315,6±13,4 мм. вод. ст., после ИПС до 158,3±16,5 мм. вод. ст. (P<0,05). Анализируемая группа больных (2-я гр.) отличается заметно меньшим числом послеоперационных осложнений. Наилучшие результаты отмечены в группе больных, где проведены имплантация ИПС в сочетании с ЭСА.

Выводы. Комбинированное применение методов ЭСА с имплантацией ИПС является эффективным способом портодекомпрессии и надежным методом профилактики возникновения синдрома кровотечения. Применение комбинации этих методов позволяет достичь эффективного гемостаза и выиграть время для принятия решения радикального способа коррекции синдрома ПГ у больного ЦП – ортотопической трансплантации донорской печени. Минимальная инвазивность и травматичность делает этот вид шунтирования особо привлекательным при решении вопросов портальной декомпрессии у больных ЦП. Имплантация ИПС также оправдана в тех ситуациях, когда больному ЦП с ПГ ортотопическая трансплантации донорской печени противопоказана, а проведение ПСШ невозможно по ряду причин.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ДИУРЕТИКОРЕЗИСТЕНТНОГО АСЦИТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Абдурахманов Б.А., Арыбжанов Д.Т.
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Шымкент, Казахстан

Цель исследования: определить эффективность ре¬зультатов коррекции диуретикорезистентного асцита (ДРА) у больных циррозом печени (ЦП) синдромом портальной гипертензии с применением полностью имплантируемой перитонеальной порт-системы (ППС) Celsite®.

Материалы и методы. Коррекцию ДРА с применением ППС проводили у 42 больных. При этом, после имплантации порт-системы, реинфузию асцитической жидкости из брюшной полости в центральное венозное русло проводили через автоматический перфузионный насос со скоростью 15-20 мл в мин., дробно, по 500-700 мл с интервалом в 5-7 мин, в объеме 1,5-2,5 л под контролем показателей гемодинамики и самочувствия больных (патент РФ № 2368396).

Результаты. В различные отдаленные сроки послеоперационного периода повторно госпитализированы и обследованы 37 больных. Средний срок функционирования ППС – 340 дней, максимальный срок прослежен до 62 месяцев. Из 42 больных, которым имплантированы ППС, локальные инфекционные осложнения в виде воспаления клетчатки в области ложа порта отмечены у 2 (4,8%). Процесс удалось купировать консервативными мерами, и эксплуатация была продолжена. Нарушения функции катетера, когда эвакуация асцитической жидкости на момент обращения амбулаторного больного оказывалась невозможной, отмечена в 5 (11,9%) наблюдениях. Причиной которой, являлось прикрытие перфораций катетера анатомическими образованиями брюшной полости (сальником, петлями кишки). Путем инфузии и эксфузии физиологического раствора во всех случаях удалось восстановить эвакуацию асцитической жидкости. Случаи запоздалого обращения больных на курс аутоасцитореинфузии явились причиной просачивания жидкости помимо катетера и приемной камеры ППС с имбибицией подкожной клетчатки у 3 (7,1%) пациентов. Регулярное опорожнение брюшной полости с целью уменьшения внутрибрюшной компрессии разрешило данное осложнение. Нарушение ухода за ППС на фоне серьезных интеркуррентных заболеваний обусловили возникновение перфорации кишки с развитием перитонита в 1 наблюдении. Проведенная операция с санацией брюшной полости и ушиванием дефекта кишечника оказалась безуспешной, отмечен летальный исход. В отдаленные сроки после оперативного вмешательства

нами наблюдались все доступные для наблюдения больные с хорошими и удовлетворительными результатами. За период наблюдения (5 лет) из 37 умерло 14 (37,4%) больных, из них пищеводное кровотечение явилось причиной смерти у 4 больных, от прогрессирования ПН умерли8 больных, сопутствующие заболевания, не связанные с печеночной патологией, явились причиной смерти у 2 больных. Сравнительный анализ результатов лечения больных, перенесших операцию перитонеовенозного шунтирования клапаном Левина и имплантацию ППС, показал улучшение отдаленных результатов и показателей выживаемости в группе пациентов после перитонеальной порт-системы по сравнению с больными с перитонеовенозным шунтированием (1 год – 86,5 и 67,8% (p=0,634), 3 года – 72,9 и 50,0% (p=0,061), 5 лет – 62,6 и 35,7% (p=0,031), соответственно по группам).

Заключение. Коррекция диуретикорезистентного асцита при циррозе печени с использованием перитонеальной порт-системы – это эффективный, малоинвазивный метод, который заметно снижает осложнения в ближайшем послеоперационном периоде по сравнению с перитонеовенозным шунтированием: 26,2% против 64,3% (p=0,007). Этот метод также может явиться альтернативой существующим способам перитонеовенозного шунтирования в лечении диуретикорезистентных форм асцита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННОГО ГЕМОРРОГИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Абдурахманов Б.А. Баймагамбетов А.К., Жунисов Б.К., Жантеев М.Е.
Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, Шымкент, Казахстан

Цель исследования: оценка эффективности эндоскопических методов в лечении и профилактике кровотечений портального генеза у больных циррозом печени.

Материалы и методы. В настоящем исследовании приведены результаты применения эндоскопической склеротерапии (ЭСТ) и эндоскопического лигирования (ЭЛ) у 153 больных циррозом печени с синдромом кровотечения. Мужчин было 89 (58,2%), женщин 64 (41,8%), в возрасте от 23 до 71 лет. I степень варикозного расширения вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) по А Г. Шерцингеру выявлена у 7,9% больных, II степень – у 68,7% и у 23,4% больных установлена III степень патологии. Кровотечение из ВРВПЖ было первым проявлением заболевания у 35,6% больных, асцит выявлен у 29,9%, активность цирротического процесса – у 13,8% больных. Эндоскопические методы у 50 больных выполнены при продолжающемся кровотечении, и у 103 – отсроченно, в ближайший период после консервативной остановки кровотечения, для профилактики рецидива кровотечения.

Результаты. Из 15 больных, которым ЭСТ производили на высоте кровотечения, гемостаз достигнут у 11 больных, в 4 случаях она была неэффективна. Однако случаи рецидива кровотечения из ВРВПЖ с развитием явлений печеночной недостаточности привели в 7 наблюдениях к летальному исходу, где у 4 из них имел место выраженный эрозивно-язвенный эзофагит. При этом ЭСТ проводили спустя 12-14 ч с момента начала медикаментозной терапии и баллонной тампонады. Осложнения после ЭСТ отмечены у 24,1% пациентов, в основном в группе больных, которым манипуляция выполнена по экстренным показаниям. В группе больных с плановым ЭСТ осложнения возникли в 4,6% наблюдениях. Рецидив кровотечения отмечен у 19,8% пациентов.

ЭЛ предусматривало за один и более сеансов наложение лигатур на все варикозно расширенные узлы. При этом за сеанс накладывали 3-5 лигатур, с повторением процедуры спустя 3-4 дня. Рецидив кровотечения после эндоскопического лигирования отмечен у 17,3% больных. Исследование больных в динамике показало полную эрадикацию варикозных вен у 47% больных. Плановая эндоскопические вмешательства проводились до достижения состояния полной эрадикации всех возможных источ¬ников геморрагии. Ранний рецидив геморрагии в группе с экстренной ЭСТ у 6 больных и у 2 больных на фоне сформированного изъязвления привело к неблагоприятному исходу. В группе больных с ЭЛ такие осложнения не отмечены. Летальность составила 8,9% и 6,4% соответственно, причинами которых явились рецидив кровотечения и гепатоцеллюлярная недостаточность.

Заключение. Эндоскопические методы являются высокоэффективным способом профилактики и лечения кровотечений портального генеза у больных осложненной формой ЦП, позволяющая снизить летальность и улучшить «качество жизни» и должна рассматриваться в качестве «терапии первой линии» у данной категории больных.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ. ОПЫТ МКНЦ.

Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г., Бакулин И.Г, Шишин К.В, Недолужко И.В., Старостина Н.С. Цвиркун В.В., Ким П.П., Ванькович А.Н.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Цель исследования: оценить показания и роль хирургического порто-системного шунтирования в лечении пациентов с портальной гипертензией в многопрофильном специализированном гепатологическом центре.

Материалы и методы. За 2014 год в МКНЦ пролечено 507 пациентов с циррозом печени. Среди них у 343 пациентов диагностировано варикозное расширение вен пищевода(ВРВ). У 98 пациентов, в связи с расширением вен пищевода 3-4 степени было успешно выполнено эндолигирование.

Хирургическое порто-системное шунтирование было выполнено у 7 пациентов (дистальный сплено-ренальный анастомоз- у 5, мезентерико-кавальный- у 1, еюно-ренальный - 1 пациентов). Показаниями к хирургическому порто-системному шунтированию были:

1) неоднократные рецидивирующие кровотечения из ВРВ при сохраненной функции печени (CTP A) или невозможность включения пациента в лист ожидания на трансплантацию печени;

2) необходимость выполнения симультанного вмешательства при ВРВ тяжелой степени (гепатоцеллюлярный рак, желчно-каменная болезнь);

3) врожденная атрезия воротной вены;

4) неэффективность ранее выполненных оперативных вмешательств (операция Таннера, эндолигирование, TIPS).

Результаты. Во всех случаях удалось достигнуть снижения портальной гипертензии, рецидива кровотечения не было. В раннем послеоперационном периоде асцит до 10 дней развился у 5 пациентов, больше 10 дней - у 2 пациентов, абсцесс брюшной полости – у 1 пациента, нагноение раны - у 1 пациента. Все осложнения разрешены консервативными мероприятиями. Летальных исходов не было.

Заключение. Хирургическое порто-системное шунтирование может быть успешно использовано у пациентов по строгим показаниям в лечении портальной гипертензии.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ФИБРИН-КЛЕЕВАЯ ОККЛЮЗИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Ангелич Г.А., Панич И.И., Круду О.К., Павлюк Г.В., Писаренко С.С., Дану М.И
НИЛ Гепатохирургии, Клиника хирургии им. К.А. Цыбырнэ. Кафедра хирургии №N2 Государственного университета медицины и фармации им. Н.А.Тестемицану, Кишинев, Молдова

Актуальность. Профузные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ) являются наиболее грозным осложнением портальной гипертензии (ПГ) у больных циррозом печени (ЦП). Несмотря на развитие новых медицинских технологий, вопросы экстренного эндоскопического гемостаза кровоточащих ВРВПиЖ, первичной и вторичной профилактики варикозных кровотечений по-прежнему актуальны.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ результатов эндоскопической фибрин-клеевой окклюзии (ЭФКО) ВРВПиЖ у больных ЦП.

Материалы и методы. Проанализированы результаты ЭФКО выполненной у 2168 больных ЦП с ВРВПиЖ за период 1996-2015 гг, из которых- 1096 с активными кровотечениями из вариксов (Forrest Ia-Ib). Первичная профилактика кровотечений из ВРВПиЖ планово выполнена 648 больным с варикозом второй-третьей степени и “red color sings”, вторичная профилактика - в 424 случаях. ЭФКО производилась при помощи иньекций фибринного клея (ФК) приготовленного "ex tempore", вводимого в просвет кровоточащих вариксов (в среднем -3,5+/-0,5мл). Первичный эндоскопический гемостаз оценивался как эффективный при отсутствии рецидива кровотечения в течении 72 часов с момента ЭФКО. РЕЗУЛЬТАТЫ. Эффектвность первичного гемостаза при ЭФКО составила 97,5% (1069 из 1096 больных) с окончательной остановкой кровотечения. В 27 случаях отмечен её рецидив из желудочных фундальных вен, что вызвало необходимость повторной ЭФКО. В группе больных с активным кровотечением общая летальность составила

11,8% (n=129), и была обусловлена последующей печеночно-почечной недостаточностью вследствии перенесенной массивной кровопотери. В группе из 648 больных с первичной профилактикой после ЭФКО рецидив ВРВПиЖ констатирован в 67 (10,3%) случаях в течении 1 года и 73 (11,3%) в течении 2-х лет, а при вторичной из 424 больных - в 63 (14,9%) и 57 (13,4%) случаях соответственно, которые были успешно подвергнуты повторной эндоскопической окклюзии ФК. Не наблюдалось таких грозных осложнений как легочная эмболия или перфорация пищевода вследствии ЭФКО. Проведенные рентгенологические исследования установили строго региональную локализацию биополимера в пунктированной варикозной вене и отсутствие его диссеминации по коллатералям. При контрольном эндоскопическом обследовании на 5-7 сутки в 439 (20,2%) случаях в области введения ФК выявлены эррозии или острые язвы, успешно излеченные консервативно.

Заключение. ЭФКО является эффективным методом гемостаза при кровотечениях из ВРВПиЖ портального генеза, а также, наряду с традиционными эндоскопическими методами, может применяться для профилактики варикозных кровотечений.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Анисимов А.Ю., Андреев А.И., Ибрагимов Р.А.
ГБОУ ДПО Казанская государственная медицинская академия Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ Городская клиническая больница № 7 г. Казань, Россия

В Республике Татарстан с числом населения 3 млн. 779 тыс. человек за 2008 – 2014 годы от заболеваний печени умерло 6885 человек. Динамика заболеваемости имеет умеренный характер к росту (+2,6%) с ежегодным увеличением на 6,9%. Показатель смертности колебался от 22,2 в 2009 году до 32,2 на 100 тыс. населения в 2014 году, составив в среднем 25,9 ± 5,0, с умеренной тенденцией к росту (+4,3%) и с ежегодным приростом на 3,5%. В 68% наблюдений причиной летальных исходов послужили фиброз и цирроз печени (ЦП).

На сегодняшний день мы обладаем клиническим опытом хирургического лечения 79 больных портальной гипертензией, в том числе 71 (89,9%) ЦП и 8 (10,1%) внепеченочной портальной гипертензией (ВПГ).

Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) был сформирован в 9 (11,4%), спленоренальный анастомоз (СРА) «Н» - типа - в 8 (10,1%), мезентерикокавальный анастомоз (МКА) - в 9 (11,4%), прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) по М.Д. Пациора в плановом порядке - в 23 (29,1%), на высоте кровотечения - в 28 (35,4%), тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора на каркасе по Ф.Г. Назырову - в 2 (2,5%) наблюдениях.

Портокавальное шунтирование позволило у 22 (84,6%) из 26 оперированных больных добиться полного или почти полного исчезновения ВРВПЖ. Операция Ф.Г. Назырова – у 2 (100%) а операция М.Д. Пациора – у 1 (2,0%) больного.

После портокавального шунтирования, выполненного в плановом порядке, осложнения возникли в 27,3% случаев, а послеоперационная летальность составила 4,5%. После операции М.Д. Пациора в плановом порядке - в 23,3% и 8,7%, по экстренным показаниям - в 57,1% и 35,7%. После операции Ф.Г. Назырова - в 100% и 100% соответственно. У пациентов с ВПГ летальности не было.

Тромбоз шунта наблюдали у 4 пациентов ЦП. Трем из них был выполнен ДСРА, одному - СРА Н-типа.

Клинические признаки портосистемной энцефалопатии выявлены после ДСРА у 2 (22,2%), после СРА - у 2 (25,0%), после операции М.Д. Пациора в плановом порядке у 5 (21,8%), на высоте кровотечения – у 12 (42,9%), после операции Ф.Г. Назырова – у 2 (100%).

Годичная выживаемость при ЦП класса А составила 92,7%, трехлетняя - 69,2%, пятилетняя 51,0%; класса В - 81,3%, 59,7%, 49,8%; класса С - 42,1%, 20,1% и 0% соответственно.

Было выполнено 53 процедуры ЭЛ. Из них 34 (64,2%) - в плановом порядке, 19 (35,8%) - на высоте пищеводно-желудочного кровотечения. В экстренных ситуациях повторное лигирование потребовалось у 8 (42,1%) больных. В 48 (90,6%) случаях была достигнута удовлетворительная эрадикация ВРВ пищевода.

В 2011 г. в Республике Татарстан были выполнены первые три пересадки печени, в том числе две удачные.

Таким образом, на сегодняшний день реально обеспечение дальнейшего стратегического прогресса хирургии портальной гипертензии в нашем регионе.

ВЛИЯНИЕ АЛКАЛОИДА ПРОТОПИНА НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК ВОРОТНОЙ ВЕНЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Набиев А. Н.
Научный центр хирургии печени и желчевыводящих путей РУз., Ташкент, Узбекистан

Кровоснабжение печени по системе воротной вены в физиологических условиях осуществляется с участием сократительной активности гладкомышечных клеток стенки сосуда. При заболеваниях печени поражается и сократительная активность воротной вены, особенно внутрипеченочная система, что приводит к возникновению портальной гипертензии, для коррекции которой используются различные фармакотерапевтические и хирургические методы лечения, эффективность которых на сегодняшний день не столь высока.

Цель исследования: изучение механизма действия алкалоида-протопина, выделенного из растений рода Fumaria parviflora на сократительную активность ГМК воротной вены крыс.

Материал и методы. Белые беспородные крысы (200-250 г) забивались с помощью цервикальной дислокации. Воротную вену извлекали и немедленно помещали в специальную камеру, которая постоянно перфузировалась нормальным физиологическим раствором Кребса. Раствор оксигенировали карбогеном (95% O_2, 5% CO_2), температура раствора равнялась 37 °С. После того как соединительная ткань и жир, окружающие воротную вену, удалялись, из сосуда выделяли сегмент в виде кольца размером 3-4 мм. Сосудистые кольца подвешивались на серебряные проволочки, соединенные с датчиком FTO3 (США), предназначенным для измерения изометрического напряжения. Затем кольца воротной вены оставляли на 50-60 мин. для достижения равновесия. К каждому препарату прикладывали начальную силу в 1г. Сокращения препарата воротной вены индуцировали с помощью гиперкалиевых растворов (50 мМ KCl) и норадреналином (1μM). Сокращения препарата регистрировали с помощью самописца марки Indem 621.02. Величину изменений сокращения препарата оценивали в процентах от контроля.

На препаратах воротной вены в кальциевой среде нами было выявлено, что протопин дозозависимо вызывает расслабление мышц. В опытах препараты воротной вены предварительно были сокращены на 100% относительно контроля добавлением в среду 50 мМ KCl. Алкалоид протопин в концентрации 1 μM вызывал расслабление препарата на 9.2±1.9%. При использовании данного алкалоида в концентрации 10 μM было выявлено, что он вызывал расслабление препаратов воротной вены на 49.2±3.8%. При более высокой концентрации 100 μM наблюдалось максимальное расслабление препарата воротной вены на 93.7±5.2%.

Для выяснения роли внеклеточного Ca2+ в эффекте протопина на сокращении ГМК использовали бескальциевой раствор Кребса. Как показали эксперименты, в бескальциевой среде добавление KCl (50 мМ) не вызывало сокращения препарата воротной вены. Внесение в среду ионов кальция (2.5 мМ) в этих условиях приводит к фазно-тоническим сокращениям, что указывает на быстрое восстановление чувствительности ГМК воротной вены к гиперкалиевому воздействию.

В другой серии экспериментов эффекты исследуемого алкалоида изучались на фоне контрактуры препарата аорты, вызванной агонистом α-адренергических рецепторов- норадреналином. Норадреналин 1 μM вызывал медленно развивающееся сокращения, которое, в конечном счете, достигало устойчивого уровня напряженности, которая поддерживалась в течение нескольких минут. Добавленный Протопин в этих условиях вызвал дозозависимое расслабление.

Концентрация, производящая 50%-ое расслабление (IC50), равнялась 20 μM, а максимальное расслабление достигалось при использовании 120 μM Протопина.

Закючение. Алкалоид протопин обладает выраженным релаксантным действием, в основе которого лежит его способность модифицировать свойства потенциалзависимых и рецептор-управляемых Ca –каналов ГМК воротной вены

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Байбеков И.М., Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Патологические состояния, особенно осложнённых кровопотерей, в том числе и при циррозах печени – ЦП. вызывают сдвиги в соотношении нормальных эритроцитов (дискоцитов - Д) и их патологических форм - ПФЭ. Одним из наиболее эффективных методов воздействия на эритроциты является внутрисосудистое лазерное облучение крови - ВЛОК. Влияние ВЛОК на эритроциты при циррозе печени, кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка – ВРВПЖ, особенно в ближайшем периоде после портосистемного шунтирования - ПСШ не изучено.

Цель исследование: показать эффективность ВЛОК в комплексе лечения больных с ЦП после портосистемного шунтирования.

Материалы и методы. В комплекс интенсивной терапии у 490 ЦП, из которых 45 подверглись ПСШ, включающей: восстановление объема циркулирующей крови, гемостатическую фармакотерапию портальной гипертензии. ВЛОК проводили с помощью аппарата «Матрикс-ВЛОК», излучающая головка КЛ-ВЛОК, длина волны 0,63 мкм, мощность на выходе световода 1,5-2 мВт по 15-20 мин. Капиллярная кровь исследовалась с помощью сканирующей электронной микроскопии, а также с помощью экспресс-метода «толстой капли» – патент Республики Узбекистан № DGU 01195.

Результаты. У больных ЦП в крови доминируют ПФЭ. Интенсивная терапия в комплексе с ВЛОК, приводит к доминированию довольно крупных Д. Наблюдают уменьшение количества эхиноцитов вдвое и увеличение числа эритроцитов с гребнем различной степени выраженности. Выражен анизоцитоз и наличие значительного количества эритроцитарных агрегатов типа «монетных столбиков» по 2-4 клетки. После однократного сеанса ВЛОК, увеличивается количество Д до 70% на фоне уменьшения числа ПФЭ.

Проведенные исследования выявили, что стабильная тенденция восстановления эритроцитов периферической крови имеет место после 2-3 сеанса ВЛОК в комплексе проводимого лечения у пациентов с ЦП ПГ ВРВП.

Изучение соотношения форм эритроцитов после проведения сеансов ВЛОК подтвердило тенденцию положительного влияния лазерного облучения на клетки крови у пациентов с ЦП ПГ ВРВП осложнённого кровотечением в комплексе мероприятий интенсивной терапии в отделении реанимации.

Выводы. У больных циррозом печени в периферической крови количество патологических форм эритроцитов резко увеличено по сравнению с контролем.

ЛАЗЕРНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ КОСТНОГО МОЗГА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНО - ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Байбеков И.М., Хашимов Ш.Х.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Значительные успехи в лечении портальной гипертензии обусловлены разработкой и внедрением различных методов портосистемного шунтирования - ПСШ, хирургии варикозно расширенных вен пищевода и желудка - ВРВПЖ. Наиболее тяжёлым осложнением цирроза печени - ЦП является кровотечения из ВРВПЖ. Любая кровопотеря вызывает существенные сдвиги в соотношении нормальных эритроцитов (дискоцитов - Д) и их патологических форм – ПФЭ, нарушения костномозгового кроветворения. Одним из эффективных методов воздействия на кровь и костный мозг являются низкоинтенсивное лазерное облучение – НИЛИ.

Цель исследования: изучить влияние НИЛИ на костномозговое кроветворение у пациентов с циррозом печени и кровотечениями.

Материалы и методы. Чрезкожное облучение костного мозга грудины у 28 пациентов с ЦП, в период подготовки к ПСШ – у 18, после экстренной операции Пациора проводили аппаратом магнитолазерной терапии "Мустанг" частотой 300Гц сеансами по 2 минуты в 2 проекциях – у 10. Курс состоял из 7-8 ежедневных

процедур, применяемых в комплексе лечебных мероприятий.

Пунктаты костного мозга - КМ получали с помощь пункции иглой Кассирского и исследовали методом сканирующей и трансмиссионной электронной микроскопии.

Результаты. У больных с ЦП ПФЭ определяют, как в периферической крови, так и в костном мозге. Доля ПФЭ существенно возрастает у пациентов после кровотечения из ВРВПЖ. При этом чаще всего встречаются эхиноциты и эритроциты с гребнем. Кроме того, встречаются в довольно большом числе эритроциты причудливой формы. Лазеротерапия приводит к существенному снижению количества ПФЭ в костном мозге и крови, сглаживанию их поверхности, восстановлению у большинства клеток формы двояковогнутого диска. Изменениям подвергаются как предшественники эритроцитов, так и различные типы миелоцитов. Их поверхности становятся гладкими. В цитоплазме клеток миелоидиого ряда увеличивается содержание внутриклеточных структур и, в первую очередь, секреторных гранул. Указанное сопровождается и сглаживанием поверхности мегакариоцитов. В этой группе больных отмечалось увеличение всех видов клеток периферической крови, из которых достоверными оказались повышение доли Д. В тоже время в контрольной группе из 12 больных, у которых после ПСШ не применялось лазерное облучение костного мозга отмечено достоверно менее значительное повышение доли Д в периферической крови.

Заключение. Проведенные исследования влияния облучения костного мозга инфракрасным лазером у больных циррозом печени с портальной гипертензией показали довольно значительный положительный эффект. Выявленные положительные сдвиги в миело - и зритропоэзе благоприятно сказываются на периферической крови в виде нормализации соотношения Д и ПФЭ.

ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С АКТИВАЦИЕЙ ЦИРРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ОСТРОЙ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Гизатулина Н.Р., Ибадов Р.А., Стрижков Н.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цирроз печени (ЦП) является актуальной социально-экономической и медицинской проблемой, которая остается одним из главных факторов возникновения нетрудоспособности и преждевременной смертности населения во всем мире. Интенсивная терапия располагает комплексом лечебно-диагностических манипуляций, направленных на своевременную диагностику и лечение осложнений цирротического процесса. Именно в этом и состоит основная задача в современной реаниматологии и интенсивной терапии хирургических центров.

Цель исследования: на основании опыта ведущих мировых гепатологических школ и собственного материала стандартизировать интенсивное ведение больных циррозом печени (ЦП) после наложения портокавальных анастомозов с развитием острой печёночной недостаточности (ОПН).

Материалы и методы. Изучено ведение в раннем послеоперационном периоде пациентов с ОПН, перенесших операцию наложения проксимального спленоренального анастомоза. После наложения селективных СРА активация цирротического процесса отмечена у 8% больных. В 6,77% случаев холемия и ферментемия достигала высоких цифр (билирубин: общий - 101,3±2,3 ммоль/л, прямой - 52,4±1,9 ммоль/л, АсТ -298,3±11,3 нмоль/с.л., АлТ - 902,0±40,3 нмоль/с.л).

Причинами возникновения и прогрессирования ОПН послужили: пищеводное кровотечение - в 40,9% случаев, в асцит-перитонит - 40,9%, из которых в 68,1% случаев причиной развития ОПН явилась исходная функциональная недостаточность печени, объем оперативного вмешательства и большая кровопотеря во время операции. У 6% больных в прекоматозном состоянии консервативная терапия дополнена ГБО.

Результаты. На основании опыта ведущих мировых гепатологических школ и собственного материала в работе применяли разработанные нами стандартные четыре линии лечебной тактики у всех больных с активацией цирротического процесса и острой печёночной недостаточности. Основной составляющей данного алгоритма является выявление причинно-следственной связи и устранение наиболее часто встречающих в клинической практике «разрешающих факторов» развития печеночной недостаточности.

Первая линия – лечение печеночной (смешанной) энцефалопатии посредством устранение «разрешающих факторов»; снижение образования, абсорбции нейротоксических метаболитов; воздействие на активность ингибиторных нейротрансмиттеров.

Вторая линия – лечение синдромов холестаза и цитолиза; коррекция гипогликемического синдро-

ма; коррекция водно-электролитных нарушений; заместительная гепатотропная терапия.

Третья линия – профилактика и лечение витальных осложнений со стороны других органов и систем.

Четвертая линия – реабилитация больных в условиях отделения интенсивной терапии.

Выводы. В результате применения разработанной нами стандартной четырёхлинейной лечебной тактики у всех больных с активацией цирротического процесса и острой печёночной недостаточности достоверно выявлены значительные улучшения клинического статуса пациентов с выраженной положительной динамикой клинико-биохимических показателей.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА. РЕКОМЕНДАЦИИ МЕЖДУНАРОДНОЙ СОГЛАСИТЕЛЬНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ BAVENO VI, 2015

Жигалова С.Б., Киценко Е.А., Фандеев Е.Е., Белов Д.Ю., Мартиросян Р.А., Семенова Т.С.
ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия

1. Больной с кровотечением из ВРВ пищевода и желудка должен находиться в отделении реанимации до стабилизации гемодинамики.

2. Переливание СЗП и эритроцитарной массы производится при уровне гемоглобина между 70-80 г/л. Должны учитываться возраст, гемодинамика, сердечно-сосудистые расстройства и продолжающееся кровотечение. (1; A).

3. Окончательные рекомендации по коррекции коагулопатии и тромбоцитопении у пациентов циррозом печени не разработаны. Показатели количества тромбоцитов и МНО при анализе свертывающей системы крови не достоверны.

4. Антибиотикопрофилактика с момента поступления является неотъемлемой частью терапии для пациентов циррозом печени и желудочно-кишечными кровотечениями (1; A). Нужно учитывать антимикробную чувствительность и переносимость лекарств пациентами.

5. Больным, которым уже проводили хинолоновую профилактику и при бактериальной устойчивости (1; C) назначают введение цефтриаксона 1г в сутки внутривенно (1; A).

6. Лактулоза или рифаксимин предотвращают печеночную энцефалопатию у больных циррозом печени и кровотечениями (3; C). Необходимо оценить соотношение риск /польза, прежде чем сделать окончательную рекомендацию.

7. При лечении энцефалопатии следует использовать лактулозу (25 мл за 12 часов до получения 2-3х разового стула, а затем титровать дозу для поддержания 2-3х разового стула в сутки).

8. При подозрении на варикозное кровотечение, следует назначить вазоактивные препараты до выполнения ЭГДС (1b). У пациентов с измененным сознанием, эндоскопия должна выполняться с защитой дыхательных путей.

9. При остром варикозном пищеводном кровотечении рекомендуется выполнить эндоскопическое лигирование.

10. Эндоскопическая терапия с помощью клея (например, N-бутил-цианакрилатного) рекомендуется для кровотечения из IGV1 (1BA), и GOV1, 2, которые выходят за кардию (5; D).

11. Вазоактивные препараты (терлипрессин, соматостатин, октреотид) используются в сочетании с эндоскопической терапией и продолжаются 5 дней (1; A).

12. Необходимо контролировать уровень натрия у пациентов после назначения терлипрессина, особенно при сохраненной функции печени. (1b).

13. У пациентов с кровотечением из EV, GOV1 и GOV2 и с высоким риском рецидива (класс Child-Pugh C <14 баллов или класс B с активным кровотечением) после первоначальной фармакологической и эндоскопической терапии рекомендуется покрытый TIPS в течение 72 часов (1b; A).

14. Зонд Блекмора, следует использовать при неуправляемом пищеводном кровотечении до окончательной остановки кровотечения (максимум 24 часа) (5; D).

15. Саморасширяющийся пищеводный покрытый металлический стент может быть более эффективным и безопасным вариантом, чем зонд Блекмора при неуправляемом пищеводном кровотечении (3; C).

16. При рецидиве кровотечения в первые 5 дней, выполняется повторная попытка остановки кровотечения эндоскопической терапией. Если рецидив кровотечения - серьезный, то рекомендован - PTFE- покрытый TIPS (2; B).

КЛИНИКО-ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Арифджанов А.Ш., Стрижков Н.А., Шаниева З.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Как известно, основной системой, участвующей в биотрансформации и детоксикации разнообразных соединений эндогенного и экзогенного происхождения является монооксигеназная система (МОС), локализованная в гладком эндоплазматическом ретикулуме, функциональная значимость которой, состоит в поддержании физико-химического гомеостаза клеток различных органов (Альберт А., 1989). В связи с этим, для объективизации оценки системы МОС печени нами проведены исследования по определению в моче больных циррозом печени метаболитов амидопирина (4ААП и N-ац-4ААП).

Цель исследования: прогнозирование развитие гепатоцеллюлярной недостаточности у больных с циррозом печени в послеоперационном периоде путем выявления корреляции иммуногистохимии и детоксикационной функции печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования больных циррозом печени (ЦП) вирусной этиологии, Всем больным исследование проводилось до и после операции центрального ПСШ с сохранением селезенки, и после селективного дистального спленоренального анастомоза (ДСРА).

Помимо стандартных общеклинических исследований, комплексное обследование включало определение в моче уровня метаболитов реопирина - 4-амино-антипирина(4ААП) и N-ацетил – 4 –амино-антипирина (N-ац-4ААП). Последний метод является специфичным так как, выделяемый с мочой 4-ААП является непосредственным продуктом N деметилирования, осуществляемого с участием микросомальной МОС, а N-ац-4ААП – продукт дальнейшего ацетилирования.

Результаты. У больных ЦП до операции по кинетике определения 4-ААП и N-ац-4ААП отмечается значительное угнетение системы биотрансформации печени, что коррелирует с данными прямых показателей угнетения системы МОС гепатоцитов - цитохрома Р-450 и активностью N-деметилазы реопирина

Таким образом, можно сделать следующее заключение:

1. Наиболее чувствительными прогностическими тестами развития печеночноклеточной недостаточности являются определение состояния МОС печени.

2. Определена прямо пропорциональная взаимосвязь между продуктами ацетилирования, показателями МОС печени и развития осложнений.

3. Для оценки эффективности послеоперационного лечения и прогнозирования гепатоцеллюлярной недостаточности можно рекомендовать определение уровня 4-ААП и N-ац-4ААП в моче как надежный метод определения детоксицирующей функции печени у больных циррозом печени.

Выводы. Актуальность этих исследований в клинической хирургии портальной гипертензии не вызывает сомнений и с успехом может быть использована при прогнозировании течения послеоперационного периода, развития осложнений и оптимизации реабилитационных мероприятий на этапах хирургического лечения.

TIPS КАК АЛЬТЕРНАТИВА ОТКРЫТЫМ ПОРТОКАВАЛЬНЫМ ШУНТАМ

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Маткулиев У.И., Хасанов В.Р., Сахибоев Д.П.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: продемонстрировать первый опытом выполнения TIPS в Республике Узбекистане у пациентов с осложнениями портальной гипертензии и оценить его эффективность.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования 9 пациентов, страдающих диффузными заболеваниями печени, находившиеся на стационарном лечении в клинике кафедры факультетской и госпитальной хирургии ТМА за период с сентябрь по ноябрь 2014 года. Всем больным впервые в Узбекистане, в нашей клинике, выполнено TIPS.

Все пациенты были мужского пола в возрасте от 28 и до 54 лет. Причиной ПГ явился ЦП вирусной этиологии. Цирроз печени класса В по Child-Pugh был выявлен в 7 наблюдениях, класса С – у 2. Всем больным выполнено TIPS с использованием стентов диаметром 7-8 мм и длинной от 8 до 10

см. 4 пациентам до TIPS выполняли эндоскопическое циркулярное лигирование ВРВ пищевода, в 3 случаях лигирование ВРВ пищевода и кардии желудка. У 2 пациентов выявлено ВРВ пищевода 3 степени с угрозой кровотечения.

Показаниями к TIPS явились у 8и пациентов неоднократные эпизоды кровотечений из ВРВ пищевода, при этом у 7 из них был асцит, резистентный к диуретической терапии. Еще у 1 больного без эпизода кровотечений, показанием к TIPS явился высокий риск кровотечения из ВРВ и асцит.

TIPS выполнен по стандартной методике. В послеоперационном периоде пациенты получали курс консервативной терапии.

Результаты. Тщательный подбор пациентов к вмешательству, анализ данных МСКТА позволили у всех больных успешно выполнить TIPS. Таким образом, технический успех выполнения TIPS составил 100%.

Для оценки проходимости стента использовали дуплексное сканирование в динамике, показатели которого свидетельствуют о достоверном снижении портального давления с 43,8±2,5 до 23,6±1,5 мм. рт.ст.

Анализ лабораторных показателей крови достоверных отличий в ближайшем периоде после TIPS не выявил.

Усугубление энцефалопатии, выявлено у 3 пациентов (33%). Проведенные консервативные мероприятия позволили достичь положительного результате и регресса энцефалопатии. Дисфункция порто-системного шунта, протекающая в форме его тромбозов или облитерации не наблюдали. В 1 случае наблюдалось прогрессирование печеночной недостаточности. Она проявлялось нарастанием билирубина и печеночных трансаминаз, развитием отечно-асцитического синдрома, но при этом на контрольном дуплексном сканирование выявлен функционирующий портокавальный шунт. В комплекс стандартных препаратов дополнительно включено препараты улучшающие реологию, иммуномодуляторы, противовоспалительные и антибактериальные препараты, которые позволили купировать прогрессирование данного процесса. Летальных исходов не отмечено.

Заключение. Трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование является эффективным методом создания порто-кавального анастомоза, который отличается малой инвазивностью и низкой частотой осложнений, что служит альтернативной традиционному портосистемному шунтированию и является методом выбора при лечении больных с циррозом печени класса В и С по Child-Pugh.

ВЛИЯНИЕ ГИПОТЕНЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Карпова Р.В., Хоробрых Т.В., Яковенко А.В.
Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оценить влияние пропранолола, нитроглицерина и каптоприла на параметры портального кровотока у пациентов с циррозом печени.

Материалы и методы. Проанализирован опыт лечения 21 пациентов с циррозом печени различной этиологии и стадии компенсации. Изучали возможности УЗ-мониторирования параметров портального кровотока под воздействием пропранолола, нитроглицерина и каптоприла. Действие пропранолола (анаприлина) изучали у 10 пациентов, нитроглицерина – у 7, каптоприла (капотена) - 6.

Результаты. Дуплексное сканирование позволяет адекватно оценить наиболее существенные параметры портального кровотока: индекс застоя, спленопортальный индекс, линейную скорость кровотока. Чувствительность- 97,7%, специфичность - 89,7%. Пропранолол, более эффективен, чем каптоприл и нитроглицирин. Он существенно снижает индекс застоя, препятствуя развитию кровотечения, за счет повышения частоты сердечных сокращений, в малых дозах он не снижает артериальное давление. Каптоприл в отличие от пропранолола не оказывает существенного влияния на скорость кровотока в портальной системе. Снижение индекса застоя происходит за счет увеличения обьемной скорости кровотока в воротной вене. Пропранолол и каптоприл, в отличие от нитроглицерина, не усиливают периферическую вазодилятацию, которая является одним из важных патогенетических механизмов развития портальной гипертензии. Применение нитроглицерина в данном исследовании оказалось менее эффективным.

Выводы. Для профилактики кровотечения из ВРВП и желудка целесообразно применять пропранолол. Он наиболее существенно снижает портальную гипертензию, индекс застоя, тем самым предупреждает как первичное, так и повторное кровотечение после уже состоявшегося. Это позволяет хирургам в раннем периоде после

кровотечения выполнить различные варианты окончательного хирургического гемостаза (эндоскопическое лигирование или склерозирование ВРВП). При невозможности его использования из-за побочных действий препарата, целезообразно применять ингибиторы АПФ (каптоприл).

ДЕЙСТВИЕ КРИОПРЕЦИПИТАТА НА ПОРТАЛЬНУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ, У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Карпова Р.В., Хоробрых Т.В., Черноусов А.Ф.
Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: изучение влияния криопреципитата, введенного в цирротическую ткань печени, на параметры портального кровотока, с помощью ультразвукового метода исследования с дуплексным сканированием портальных вен.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 40 пациентов с циррозом печени, которым мы исследовали параметры портального кровотока до и после введения крипеципитата в печень. Полученные данные сопоставили с клинико-лабораторными исследованиями по классификации Child-Pugh. Цирроз класса А по Child-Pugh диагностирован у 8 пациентов, класс В – у 13 пациентов, класс С - у 19. Исследование параметров портального кровотока проводили до введения криопреципитата в ткань печени под контролем УЗИ, после его введения через 6 и 12 месяцев. Криопреципитат вводили чрескожно под контролем УЗИ в ткань печени по 1,5-2мл в каждый сегмент. Цирроз был смешанной (вирусной и токсической) этиологии у 13 из 40 пациентов, алкогольной – у 27. Мужчин было 28 (70,0%), женщин – 12 (30,0%). Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 60 лет.

Результаты. Статистически значимые изменения портального кровотока, мы выявили через 6 месяцев после стимуляции регенерации печени у 92% больных. Индекс застоя, который коррелируют с риском развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), соответствовал норме в течение 6 месяцев исследования. Следовательно, у больных с длительно текущим циррозом печени, класса А, В и С, через 6 месяцев, нормализуется кровообращение в портальной системе, и риск развития кровотечения из ВРВП минимален. Через год, после введения криопреципитата в печень, статистически достоверных изменений портального кровотока, по сравнению с показателями через 6 месяцев, мы не выявили.

Заключение. Стимуляция регенерации цирротической печени криопреципитатом, снижает портальную гипертензию через 6 месяцев у 92% больных. Больным с декомпенсированным циррозом печени класса С по Ч-П необходимо повторное введение криопреципитата в печень через 6 месяцев.

ЭТИОЛОГИЯ И ЛЕЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ТРОМБОЗА ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Киценко Е. А., Фандеев Е. Е., Любивый Е. Д., Гонсалвес Гонсалез Д., Белов Д. Ю.
ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: ыыявление этиологических факторов риска тромбоза сосудов портальной системы и улучшение результатов хирургического лечения больных с внепеченочной портальной гипертензией, развившейся вследствие внепеченочного тромбоза воротной вены (ВТВВ).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 168 больных с ВТВВ в период с 2001 по 2015 гг.: 88 (52,4%) женщин и 80 (47,6%) мужчин в возрасте от 15 до 72 лет (медиана – 33,0 года). Обследование пациентов включало выявление различных системных и локальных факторов риска ВТВВ. С целью профилактики (рецидивов) варикозных кровотечений 57 (33,9%) больным выполнено мезентерикокавальное или спленоренальное шунтирование («бок в бок» или с интерпозицией синтетического протеза). Тотальный тромбоз спленопортальной оси – 111 (66,1%) больных– явился фактором, препятствующим выполнению шунтирующей операции. Таким пациентам выполняли эндоскопическое лигирование или склерозирование варикозных вен (ВРВ) – 41 (24,4%) больной, а также прямое прошивание ВРВ пищевода и желудка (при диаметре ВРВ больше

14 мм) – 70 (41,7%) наблюдений. В послеоперационном периоде всем пациентам назначалась длительная антикоагулянтная терапия (АКТ) низкомолекулярными гепаринами с последующим переводом на пероральный прием ингибиторов тромбина или ингибиторов фактора Ха свертывания.

Результаты. Спектр различных системных и локальных факторов риска ВТВВ, обнаруженных у больных, включал наследственные тромбофилии – 58 (34,5%) наблюдений: с мутацией гена фактора V (Leiden) - 16 (9,5%) больных; с мутацией гена протромбина - 4 (2,4%) больных; с наследственным дефицитом антитромбина, протеинов «С» и «S» - 6 (3,6%) больных: 8 (4,8%) и 2 (1,2%) соответственно; гомозиготная мутация гена ингибитора активатора плазминогена I – 25 (14,9%) пациентов и гипергомоцистеинемия – 7 (4,2%) больных. Приобретенные тромбофилии обнаружены у 56 (33,3%) пациентов: миелопролиферативные заболевания – 44 (26,2%) больных, антифосфолипидный синдром – 10 (6,0%) пациентов и пароксизмальная ночная гемоглобинурия – 2 (1,2%) пациента. Локальные факторы риска ВТВВ (воспалительные заболевания органов брюшной полости, травмы, операции и др.) обнаружены у 54 (32,1%) больных, включая 18 пациентов с омфалитом, пупочным сепсисом и/или катетеризацией пупочной вены в неонатальном периоде (10,7%). Летальности в раннем послеоперационном периоде не отмечено. Осложнениями ближайшего и отдаленного периода наблюдения являлись геморрагические (рецидивы эрозивных и варикозных кровотечений) и тромбоэмболические (включая рецидивы тромбоза сосудов портальной системы, в т. ч. портокавального анастомоза, ТЭЛА и пр.). Уровень 5- и 10-летней выживаемости составил 97,6% и 92,2% соответственно. Указанные осложнения в отдаленном периоде возникали, в основном, у больных, отказавшихся от АКТ (в т. ч. 2 летальных исхода у больных с тромбофилией).

Выводы. Наличие тромбофилии у пациентов с ВТВВ повышает риск рецидива тромбоза в сосудах портальной системы, а также тромбозов других локализаций. Длительная АКТ снижает частоту геморрагических (с 23,5% до 6,18%) и тромбоэмболических (с 54,5% до 9,48%) осложнений в отдаленном послеоперационном периоде ($p < 0,05$). Отказ пациентов от АКТ снижает эффективность первично выполненного хирургического лечения и способно резко ухудшать прогноз.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Коробка В.Л., Черкасов М.Ф., Шаповалов А.М.
ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных ЦП, осложненным ПГ с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка.

Материалы и методы. В исследование вошли 18 больных (10 (55,6%) мужчин и 8 (44,4%) женщин). Причиной ПГ был вирус-ассоциированный ЦП у 16 больных, первичный билиарный ЦП - у 1 больного, внепеченочная ПГ была диагностирована у 1 больного. ЦП класса А (по Child-Pugh) имел место в 9 наблюдениях, ЦП класса В - у 5 больных. Все больные оперированы по оригинальной методике (патент РФ № 2412657, от 27.02.2011): выполнили селективную проксимальную ваготомию, резекцию пищеводно-желудочного перехода и кардиального отдела желудка, с формированием эзофагогастроанастомоза на передней стенке желудка и созданием арефлюксной кардии.

Операция выполнена в плановом порядке в 14 (78%) случаях (после консервативной остановки кровотечения и проведения предоперационной подготовки). Из этого числа, 5 больных ранее оперированы по поводу пищеводных кровотечений (TIPS - 3, эндоскопическая остановка кровотечения - 2). На высоте кровотечения (при неэффективности консервативной терапии) оперированы 4 (22%).

Результаты. После операции все больные получали гепатопротекторы, дезинтоксикационную и антибактериальную терапию. С целью парентерального питания в течение первых 7 суток назначали белковые препараты и трансфузии плазмы. С 7 суток начинали зондовое питание. Рецидивных варикозных кровотечений в раннем послеоперационном периоде не зарегистрировали. В раннем послеоперационном периоде умер 1 больной (причиной смерти стала прогрессирующая печеночная недостаточность). Средний показатель послеоперационного периода в стационаре составил 20,9±6,8 дней.

С целью объективной оценки арефлюксности сформированного эзофагогастроанастомоза, больным проводили рентгеноскопию пищевода и желудка, осуществляли pH-метрию. Полученные данные, подтвердили отсутствие гастроэзофаге-

ального рефлюкса. При суточной pH-метрии средний показатель pH в пищеводе составил 6,2±0,5.

Выводы. Проведенное исследование показало, что разработанный способ позволяет прерывать патологический венозный сброс крови из системы воротной вены в вены пищевода, за счет полного пересечения пищевода и резекции кардии, что позволяет эффективно останавливать и предупреждать варикозные кровотечения. Коррекция пищеводно-желудочного перехода с селективной проксимальной ваготомией позволяет устранить гастроэзофагеальный рефлюкс, что, в свою очередь, обеспечивает надежную профилактику воспалительных изменений слизистой пищевода и желудка, снижает частоту рецидивов пищеводно-желудочных кровотечений.

ОПЕРАЦИЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ НЕ ПОКАЗАНА ИЛИ НЕ ВЫПОЛНИМА. КАК БЕЗОПАСНО ЛИКВИДИРОВАТЬ ВАРИКОЗНЫЕ ВЕНЫ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА И УСТРАНИТЬ РИСК КРОВОТЕЧЕНИЯ? 10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Кошевой А.П., Богачев В.Ю., Кошель А.П., Чирков Д.Н., Чернышев А.В.
ОГАУЗ Медицинский центр им. Г.К. Жерлова, Томск, Россия

Цель исследования: улучшить профилактику кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии с помощью разработанных методов оценки риска геморрагии и эндоскопической микропенной склерооблитерации.

Материалы и методы. В клинике с 1987 г. проходили лечение 263 больных с варикозно расширенными венами (ВРВ) пищевода и желудка. Начиная с 2000 г. с целью как первичной, так и вторичной профилактики кровотечений пролечено 189 больных посредством эндоскопических методик. У 26 в 2000-2004 гг. использовали интравазальную склеротерапию нативным раствором 3% тромбовара или этоксисклерола (1 группа). У 163 в 2004-2015 гг. – интравазальную микропенную склерооблитерацию (патент РФ № 2357700, 2009 г.) (2 группа), из которых у 21 в 2014-2015 гг. – по более современной усовершенствованной технологии. Выраженное расширение вен пищевода и желудка (3 ст.) было у 173 больных из 189.

Риск кровотечения, показания к эндоскопическим вмешательствам и контроль их эффективности определяли с помощью эндоскопической ультрасонографии. Способом оценки интравазального введения и формы распространения препарата предложена и введена в практику методика рентгеноскопического контроля.

Результаты. Эндоскопическая методика группы 1 была стандартна. Методика, применяемая для лечения больных 2 группы, заключалась в следующем: выполняли инъекции пены, приготовленной из 3% этоксисклерола или фибровейна в две вены пищевода или желудка. Количество раствора 3% детергента, используемого в течение одного сеанса, сократилось с 4-8 мл до 2 мл. Число сеансов уменьшилось с 4-7 до 2-3. Интервал между сеансами сократился с 2-7 до 1-2 суток. Снижение количества склерозанта, числа сеансов и продолжительности курса определили безопасность и низкую стоимость метода. Клинически незначимое кровотечение из мест пункции наблюдали у 26,3% больных, она останавливалось самостоятельно. Формирования стриктур и перфорации пищевода не было. Число некрозов в местах пункции сократилось с 57,3% до 23,5%. Образования клинически значимых некрозов и язв не отмечено. Процедура не требовала общей анестезии и местной компрессии склерозируемых сосудов. Важным является соблюдение разработанного регламента манипуляций, что позволяет избежать рецидивов геморрагий. Отдаленными результатами явилась эрадикация ВРВ пищевода диаметром 4,0-15,3 мм и ВРВ желудка I и II типов (по NIEC) диаметром 4,0-12,7 мм при отсутствии осложнений.

Выводы. Безопасность, экономичность, доступность метода и преимущества перед паравазальным склерозированием и эндоскопическим лигированием раскрывают новые возможности для профилактики варикозных кровотечений и спасения жизней многих тысяч пациентов. Решена проблема эндоскопической облитерации ВРВ желудка I и II типов. Технология является альтернативой портокавальному шунтированию, в случаях, когда последнее не может быть выполнено.

TIPS - ОДИН ИЗ МЕТОДОВ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Красильников Д.М., Миннуллин М.М., Глинкин В.В., Макаримов Э.Ш.
ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань, Россия

Цель исследования: трансъюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование (Transjugular Interhepatic Portosystemic Shunt – TIPS) – один из эффективных современных способов остановки кровотечений.В данной работе представляем наш первый опыт лечения кровотечения при осложненной форме синдрома портальной гипертензии (СПГ).

Материалы и методы. В январе 2014 года с применением эндоваскулярного метода лечения было прооперировано 4 пациента. Возраст пациентов варьировал в пределах от 34 до 49 лет. Все мужчины с диагнозом цирроз печени вирусной этиологии (HCV), хроническое отравление этанолом в анамнезе – у 2, с ВИЧ-инфекцией – у 1 пациент. Класс «С» по классификации Child-Turcotte-Pugh был у двух пациентов. Анамнез заболевания от 2 месяцев до 8 лет, эпизоды кровотечения от 2 до 4 раз. Изначально выполняли программу стандартного консервативного лечения с использованием зонд-обтуратора и эндоскопического лигирования. Все прооперированы экстренно, с предустановленным зондом Блекмора-Сенгстакена, использована тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ. Операции выполнены на ангиографической комплексе Toshiba Infinix-i с выполнением этапов методики, имплантировали периферический стент-графт "Fluency" фирмы Bard размерами 10х40-60мм в зависимости от длины диастаза между коллектором печеночной и бифуркацией воротной вены. Использованы наборы для ТИПС производства "COOK", "Optimed" с углом иглы под 45%.

Результаты. Технический успех операций составил 100%. Время процедуры «от каталки до гемостаза» не более 2 часов. Количество внутрипеченочных «вколов» от 1 до 3. После операции один пациент переведен из отделения реанимации на 1 сутки, трое – на 4 сутки. Все пациенты выписаны из стационара на 4-7 сутки после операции с гемоглобином более 90 г/л. Отдаленные результаты эндоваскулярного лечения были прослежены на сроке до 1,5 лет. У одного пациента, через месяц, произошло инфицирование транзиторного асцита, что на фоне гепаторенального синдрома привело к декомпенсации и летальному исходу. У 1 пациента в предоперационном периоде на фоне геморрагического шока III степени, гемоглобин 45 г/л, состояние осложнилось гиповолемической энцефалопатией, кома III ст. и летальный исход на 2 сутки. 2 пациентам на фоне полного благополучия была сделана мультиспиральная компьютерная ангиография, установлена хорошая проходимость стент-шунта и состояние регрессии варикозного расширения вен пищевода и желудка.

Заключение. Методика TIPS может применяться у пациентов с осложненной формой СПГ в ургентной ситуации с хорошими результатами в отдаленном периоде, а также предоперационной подготовке к предстоящей трансплантации печени.

ПОРТОКАВАЛЬНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Лебезев В.М., Шерцингер А.Г., Мусин Р.А., Кобелев И.А.
ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия

В отделении экстренной хирургии и портальной гипертензии ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского изучены результаты портокавального шунтирования (ПКШ) у 275 больных циррозом печени (ЦП), оперированных в последние 40 лет. Наш опыт можно разделить на 2 этапа по 20 лет: на первом- мы выполняли практически все основные виды портокавальных анастомозов (ПКА) и типы ПКШ (прямые ПКА с воротной веной, проксимальные спленоренальные анастомозы (СРА), мезентерикокавальные (МКА) и СРА «бок в бок» и Н-типа с использованием аутовенозного трансплантата), при этом, у большинства этих больных развилось тотальное ПКШ; на втором- парциальное и селективное шунтирование осуществлялось с помощью СРА и МКА «бок в бок» и Н-типа с использованием синтетического протеза «Витафлон», с диаметром соустьев и протеза 9 мм. В последние 10 лет, учитывая накопленный опыт, мы в подавляющем большинстве наблюдений выполняли селективное

ПКШ, с помощью классического дистального СРА или, при технических затруднениях мобилизации селезеночной вены, посредством разработанного нами менее травматичного и легче выполняемого СРА «бок в бок» и Н-типа с перевязкой проксимального отдела селезеночной вены, сразу поле анастомоза.

Помимо выбора вида ПКА и типа ПКШ, в последние годы нами разработан алгоритм обследования больных ЦП для ПКШ. Вначале производится отбор пациентов, которые не имеют противопоказаний к выполнению портосистемного шунтирования на основании клинико-лабораторных данных, изучения показателей центральной гемодинамики и неврологического статуса больных. Затем с помощью абдоминального ультразвукового исследования и трехмерной реконструкции КТ-изображений сосудов портальной и кавальной систем определяются дополнительные факторы, имеющие важное прогностическое значение. На третьем этапе окончательно уточняется тип и объем хирургического вмешательства в зависимости от интраоперационных данных.

Проведенная работа позволила значительно улучшить непосредственные и отдаленные результаты ПКШ у больных ЦП. Так, за последние 20 лет в раннем послеоперационном периоде частота развития панкреатита снизилась с 12% до 0, тромбоза ПКА с 12 до 2%, рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений с 14 до 7%, острой печеночной недостаточности с 11 до 3%, энцефалопатии с 18 до 2%. Отмечено значительное снижение послеоперационной летальности с 22 до 2,5%,

В отдаленном периоде на первом этапе работы мы получили неудовлетворительные результаты у 37% наблюдаемых больных, причиной которых было быстрое прогрессирование патологического процесса в печени, развитие печеночной недостаточности и тяжёлой энцефалопатии, при этом, 27% пациентов умерли в течение первых 2-х лет.

После уточнения критериев отбора больных к шунтирующим операциям, усовершенствования техники выполнения хирургических вмешательств и определения оптимальных видов ПКА, а также уточнения диеты и медикаментозной поддержки в послеоперационном периоде количество неудовлетворительных результатов снизилось до 7%, а выживаемость по годам увеличилась в 3 раза.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Лукоянова Г.М., Обрядов В.П., Мухин А.С., Цирдава Г.Ю., Рожденкин А.Е., Отдельнов Л.А.
ФГБУ «Нижегородский научно-исследовательский институт детской гастроэнтерологии» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России, Нижний Новгород, Россия

Радикальным способом снижения портального давления в системе воротной вены при ее блокаде и предупреждения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является портосистемное шунтирование.

Показаниями к хирургическому лечению служат кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка и высокой степени риска их возникновения.

Материалы и методы. В отделении хирургии прооперировано 102 больных в возрасте от 2 до 18 лет с портальной гипертензией, причиной которой у 89 детей была патология воротной вены, у 13 – цирроз печени. Длительность заболевания составила от 6 до 12 лет. Пищеводно-желудочные кровотечения имели место у 79 (77,4%) больных детей. У третьей части из них они были повторными, эпизоды геморрагий наблюдали трижды в 12,2% случаев. У 23 (22,5%) детей кровотечений не было, но существовала угроза их.

Результаты. Из декомпериссивных сосудистых анастомозов предпочтение отдавали спленоренальному (СРА) или спленокавальному (СКА), как наиболее физиологичным.

Мезентерикокавальный Н-шунт использовали в тех случаях, когда сосуды верхнебрыжеечной вены не позволяли сформировать анастомоз между ней и нижней полой веной. Н-шунтирование чаще применяли при повторных операциях после ранее удаленной селезенки и у детей до 5 лет из-за малого диаметра сосудов.

СРА чаще всего формируют по типу конец в бок. Однако у детей диаметр селезеночной вены часто бывает недостаточным для наложения хорошо проходимого соустья, что увеличивает риск тромбоза и снижает адекватность сброса. Мы применяем боковые терминальные анастомозы в собственной модификации.

Наряду с шунтирующими операциями применяют эндоскопическое склерозирование вен пищевода, как с целью остановки кровотечения, так и с целью профилактики кровотечений.

Эндоскопическое склерозирование было проведено у 23 больных, у 18 из них оно было проведено 3% тромбоваром. У 6 больных склерозирование проведено с целью остановки кровотечения,

у остальных – с целью его профилактики. Всего проведено 24 сеанса, 3 больным склерозирование производилось дважды.

У 5 больных склерозирование выполнено по методике foam-form. С этой целью использовали 1% этоксисклерол, смешивая его с воздухом в соотношении 1:3 до получения пенной субстанции. Преимуществом данной методики является то, что полученная субстанция распространяется по пораженным венам мгновенно во все стороны, убирая большой объем крови и воздействуя на большую площадь пораженных сосудов. После данной методики рецидивов кровотечений не наблюдалось в течение двух лет.

После операции все больные обследуются через 6 месяцев и затем ежегодно в течение 5 лет, в последующем индивидуально, что позволяет своевременно выявить рецидив варикозного расширения вен и, с целью профилактики кровотечений, произвести склерозирование варикозных узлов.

Заключение. Комбинированное лечение, включающее портокавальное шунтирование и эндоскопическое склерозирование вен пищевода, улучшает результаты лечения портальной гипертензии у детей.

ФАКТОРЫ РИСКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ ОПЕРАЦИЙ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г.
ФГБНУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия

Системные исследования трофического гомеокинеза и результатов полостных абдоминальных вмешательств у 300 пациентов с циррозом печени и портальной гипертензией, из которых 163 больным были выполнены различные виды портокавального шунтирования, позволили выделить основные факторы риска на до- и интраоперационном этапах их клинической курации, влияющие на развитие осложнений и летальных исходов. К дооперационным факторам риска мы относим: исходный уровень компенсации функционального состояния печени; объективность оценки резервного потенциала организма; уровень компенсации сердечной деятельности; исходный уровень объемного воротного кровотока. К интраоперационным факторам риска мы относим: выбор типа и вида шунтирующей операции, соответствующих уровню компенсации заболевания и особенностям интраоперационной ситуации; степень редукции воротного кровотока; адекватность анестезиологического пособия; техническое обеспечение и травматичность вмешательства. Общепризнанным фактором, определяющим ближайшие и отдаленные результаты операций портокавального шунтирования считается тяжесть гепатодепрессии по шкале Child-Pugh. Однако данная система обладает целым рядом недостатков. К ним следует отнести: субъективный характер оценки отдельных параметров (асцит, печеночная энцефалопатия); неравномерное и не точное распределение пациентов на три группы по уровню компенсации заболевания, произведенное эмпирически; отсутствие возможности учитывать характер и выраженность гемодинамических нарушений; необоснованную замену параметра, характеризующего нутритивный статус и использовавшегося в шкале Child-Turcotta.

С целью повышения объективности предоперационной оценки тяжести течения и степени компенсации заболевания выделены 5 клинических групп больных, разработана система оценки их состояния и алгоритм выбора метода хирургического лечения. Это позволило объективно оценить резервы весьма разнородной по степени компенсации печеночной недостаточности группы «В», а также, выделить промежуточную группу больных (с начальными формами декомпенсации) между пациентами, соответствующих функциональным классам «В» и «С». Этот подход делает более логичным обоснование применения некоторых малоинвазивных вмешательств (в частности, TIPS) у больных, которых ранее относили к пациентам с декомпенсированным течением заболевания.

Накопление опыта выполнения ПКСА является важным инструментом минимизации условий технического порядка (интраоперационная кровопотеря, обширность повреждения тканей, техника выделения сосудов, профилактика массивной лимфореи, исключение травматизации поджелудочной железы и т.д.), определяющих травматичность хирургического вмешательства. На всех этапах сопровождения пациентов следует учитывать факторы, препятствующие дезорганизации трофического гомеокинеза, играющего важную роль в патогенезе неблагоприятных исходов шунтирующих операций.

Наш опыт свидетельствует о том, что наиболее радикальным методом коррекции повышенного

портального давления и профилактики рецидивов гастроэзофагеальных кровотечений является портокавальное шунтирование. Предпочтительными являются селективные и парциальные декомпрессивные сосудистые анастомозы, сохраняющие проградный кровоток к печени, обеспечивающие низкую частоту послеоперационной энцефалопатии и прогрессирования печеночной недостаточности, что способствует снижению частоты послеоперационных осложнений и увеличению показателя выживаемости больных циррозом печени.

Выбор метода хирургической коррекции портальной гипертензии с целью профилактики пищеводно-желудочного кровотечения носит многофакторный характер с учетом множества условий клинического течения заболевания и возможностей лечебного учреждения, но с обязательным соблюдением всех векторов, определяющих долгосрочную выживаемость больных циррозом печени.

ВЫБОР СПОСОБА ГЕМОСТАЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ЖЕЛУДКА У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Маткулиев У.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Нормухамедов С.Г., Махмудов Г.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оптимизировать подходы выполнения эндоскопических вмешательств при кровотечениях из ВРВЖ у больных с портальной гипертензией.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 57 пациентов с ВРВЖ. 1-й тип (GOV-1) был выявлен у 19 (33,3%) пациентов, 2-й тип (GOV-2) – у 13 (22,8%), сочетанное поражение малой и большой кривизны (1 и 2 тип) – у 23 (40,4%) больных, изолированное поражение дна желудка (IGV-1) – в 2 (3,5%) случаях. Активное кровотечение отмечено в 9 наблюдениях, признаки остановившегося кровотечения выявлены в 17 случаях, больные обращались в плановом порядке после первого или второго эпизода кровотечения - в 31. Всем пациентам выполнены эндоскопические методы гемостаза: микропенная склеротерапия – в 13 случаях, эндоскопическое лигирование ВРВЖ по разработанной нами методики – в 42, комбинация методов лигирования и микропенной склеротерапии – в 2.

Результаты. На высоте кровотечения эндоскопическая склеротерапия в экстренном порядке произведено у 5 больных, после остановки кровотечения и стабилизации состояния – у 8. Рецидив кровотечения возник у 4 пациентов после экстренной склеротерапии и у 3 после отсроченной склеротерапии. Всем больным с рецидивом кровотечения произведены разобщающие открытые операции. Летальность в группе больных с рецидивом составила 71,4%.

Эндоскопическое лигирование на высоте кровотечения произведено в 4 случаях, в отсроченном или плановом порядке – 40 пациентам. В 2 наблюдениях лигирование дополнено микропенной паравазальной склеротерапией. Лигирование на высоте кровотечения является очень сложной процедурой в связи плохой визуализацией, но высокоэффективной манипуляцией (гемостаз достигнут в трех случаях). В одном случая больной взят на открытую операцию в связи продолжающимся кровотечением. Среди осложнений после лигирование ВРВЖ наблюдали перфорацию стенки желудка в одном случае. Среди пациентов, которым лигирование произведено отсроченном или плановом порядке, только в 2 случаях наблюдали рецидив кровотечения, причиной которого явилось соскальзывание лигатуры из варикозной вены. В 1 наблюдении кровотечение остановлено склеротерапией, в другом – выполнено разобщение гастроэзофагеального коллектора оперативным способом. Методы эндоскопической остановки кровотечения путем лигирования оказались эффективным у 42 (95,4%) больных. Летальность после эндоскопического лигирования отмечено в 2 (4,5%) наблюдениях от прогрессирования печеночной недостаточности. Стойкая и длительная эрадикация ВРВПЖ достигнута у 38 (90,4%) пациентов. У 4 (8,6%) больных возник рецидив кровотечения в сроки от 1 до 2 лет.

Заключение. Эндоскопическое лигирование имеет свое место среди методов гемостаза при кровотечениях из ВРВЖ. Как показали наши результаты, рецидив кровотечения после склеротерапии очень высок, что подчеркивает необходимость применения лигирующих метод. Повторные сеансы эндоскопических вмешательств на ВРВПЖ и динамическое их наблюдение позволяет своевременно выполнить профилактику кровотечения из ВРВПЖ и добиться эрадикации на длительное время, что позволяет долгое время больным оставаться в листе ожидания на трансплантацию печени.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ПОВТОРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Маткулиев У.И., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Имамов А.А., Джалилов А.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Россия

Цель исследования: определить прогностические критерии повторных кровотечений у больных с ПГ, осложненной кровотечением из ВРВПЖ.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 132 пациентов с кровотечением из ВРВПЖ при ВПГ. Возраст пациентов был в пределах от 15 до 81 лет. Всем больным выполняли эндоскопический метод диагностики. При поступлении тяжелое состояние, связанное с массивным кровотечением было выявлено у 93 (68,3%) пациентов, средней тяжести - у 39 (31,7%) больных. Всем пациентам на раннем госпитальном этапе проводилась только консервативные методы гемостаза, установка зонда обтуратора и катетеризация подключичной вены для проведения инфузионной терапии, измерения центрального венозного давления (ЦВД). Пациенты (n=25) с правожелудочковой недостаточностью и сердечно-легочной недостаточностью, синдромом Бадда Киари в данное исследование не включены.

Результаты. При оценке результатов эндоскопической диагностики у 71 (66,3%) пациентов установлено ВРВ пищевода, ВРВ пищевода и желудка - у 28 (26,1%), изолированные ВРВ желудка - у 8 (2,5%). Активное кровотечение отмечалось у 79,4% больных. Средний показатель ЦВД при поступлении составил 3,7±1,22 мм. вод. ст.

На раннем госпитальном этапе (1-7 сутки) у 78 (72,9%) пациентов отмечено повторное кровотечение из ВРВПЖ на фоне зонда обтуратора или после ее удаления: на 1-е сутки - у 11 больных, на 2-е – у 19, на 3-е – у 23, на 4-5-е – у 17 и на 6-7-е – у 7 пациентов.

Проанализированы показатели ЦВД в раннем госпитальном этапе у больных с рецидивным кровотечением из ВРВПЖ. Исследование показало, что у пациентов наблюдалось постепенное повышение и стабильное сохранение высоких показателей ЦВД. Уровня ЦВД после интенсивных мероприятий составил: через 12 часов 41±7,3 мм. вод. ст., через 24 – 83±15,1 мм. вод. ст., на 2-е сутки – 119±10,3 мм. вод. ст., на 3-е – 125±18,4 мм. вод. ст., на 4-е – 122±9,7 мм. вод. ст., на 5-е – 128±14,9 мм. вод. ст и на 6-7е сутки – 118±17,4 мм. вод. ст. В группе больных без рецидива кровотечения, отмечено достоверно низкие показатели ЦВД в раннем госпитальном периоде. Анализ результатов показали, что 87,8% рецидив кровотечения наблюдался на фоне высокого ЦВД.

Заключение. Продемонстрирована прямая корреляционная связь между уровнем ЦВД и случаями повторного кровотечения из ВРВПЖ. Контроль уровня ЦВД позволяет предотвратить возникновение повторных кровотечений из ВРВПЖ при портальной гипертензии и подготовить больного к отсроченным или плановым вмешательствам с целью профилактики кровотечения. Контроль и снижение ЦВД приводит к уменьшению гидродинамического сопротивления и повышению скоростного кровотока по коллатеральным венам и позволяет уменьшить венозный стаз подслизистых вен пищевода и желудка, что является ведущей причиной повторных кровотечений из ВРВПЖ.

40 – ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г. Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 1976-2015 гг различные варианты портосистемного шунтирования (ПСШ) выполнены у 925 пациентов с портальной гипертензией (ПГ). Этиологическим фактором ПГ в 867 (94,3%) случаях был цирроз печени (ЦП), у 58 (5,7%) пациентов внепеченочная форма ПГ. Средний возраст больных составил – 28,5±0,42лет. Женщин было 398 (43%), мужчин – 527 (57%).

У 483 (52,2%) больных в анамнезе имели место кровотечения из ВРВПЖ, из них - у 229 (24,7%) - однократное и у 254 (27,4%) - многократное. Согласно классификации Child-Pugh (1973) к функциональному классу «А» отнесены 225 больных (24,3%), к классу «В» - 655 (70,8%) и к классу «С» - 45 (4,9%).

В структуре шунтирующих операций дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) составил 42,2% (409 пациента); проксимальный спленоренальный анастомоз со спленэктомией – 17,6%

(163); латеро-латеральный спленоренальный анастомоз – 12,2% (113); спленосупраренальный анастомоз – 12,2% (113); Н-образный спленоренальный анастомоз – 8,0% (74).

Одним из тяжелых послеоперационных осложнений у больных после центральных ПСШ является развитие печеночной недостаточности. На этапе внедрения отмечена самая высокая частота этого осложнения, что связано с освоением методики и включением в эту группу пациентов функционального класса «С» по Child-Pugh. В настоящий период достигнуты наиболее низкие показатели послеоперационных осложнений, в частности печеночная недостаточность – 8,8%, тромбоз анастомоза – 2,4% и ранний рецидив кровотечения из ВРВПЖ – 2,7%.

Конечно, указанная группа осложнений имеет принципиальное значение и в отдаленный период наблюдения, однако уже по ближайшим результатам можно констатировать значительное улучшение качества хирургической коррекции ПГ путем индивидуального подхода к типу шунтирования и, при необходимости, формировании парциального сброса, позволяющего сохранить на приемлемом уровне объем остаточного гепатопетального кровотока.

Что касается селективного шунтирования, то у этой группы больных частота развития специфических осложнений в настоящий период снижена до 7,7%, 2,3% и 4,3% соответственно. Частота кровотечений из ВРВПЖ после селективного шунтирования оказалась выше, чем в группе центральных анастомозов (4,3% против 2,7%).

В настоящий период на фоне профилактического шунтирования с сохранением гепатопетального кровотока частота летальности в ближайший послеоперационный период снизилась до 2,4% при центральном шунтировании и 3,7% при селективной декомпрессии.

В сроки через 2-3 месяца после ПСШ больным выполнялось контрольное эндоскопическое исследование для оценки эффективности декомпрессии.

Заключение. В настоящее время ПСШ может быть как временной мерой профилактики кровотечений из ВРВПЖ перед трансплантацией печени, так и окончательным методом лечения этой категории больных, в том числе в странах, где по разным причинам отсутствуют возможности для проведения радикального хирургического лечения ЦП.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Байбеков Р.Р.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Анализ качества жизни проведен у 248 больных циррозом печени (ЦП) после портосистемного шунтирования (ПСШ). Средний возраст больных на момент операции составил 28,4±4,7 лет. Селективный дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) был наложен у 135 (54,4%) пациентов, у остальных 113 выполнены различные варианты центрального шунтирования. Для оценки качества жизни использован специальный опросник, разработанный Z.M. Younossi с соавт. (1999) для пациентов с хроническими заболеваниями печени – The Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ), который включает 29 пунктов, распределенных по следующим 6 доменам: Абдоминальные симптомы, Усталость, Системные симптомы, Активность, Эмоциональное состояние и Беспокойство.

Особый интерес представляет анализ по оценке качества жизни до и после ПСШ. Мы проанализировали группу из 32 больных ЦП. Сводные результаты показали, что до шунтирования показатели оказались достоверно хуже, чем в ближайшие сроки после операции. Соответственно подобная оценка доказала эффективность этих вмешательств не только в плане профилактики кровотечения из ВРВПЖ, но и в субъективной оценке собственного здоровья. Так, если до операции средняя сумма баллов составила 114,1±10,4, то в сроки через 3 месяца после ПСШ – 127,5±12,7, что достоверно ($P<0,001$) отличалось от исходного показателя. В свою очередь к 6 месяцам наблюдения показатель качества жизни снизился до 122,4±13,2.

Для сравнения показателя качества жизни у больных ЦП после ПСШ в группу контроля было включено 50 больных, обследованных по такому же принципу. Исследования в общей группе из 248 больных показали, что в отличие контроля в ближайший период после ПСШ средний показатель по всем вопросам составил всего 4,4±0,05 балла. В дальнейшем достоверное снижение получено в сроки к 3 годам – 3,7±0,07 балла и к 5 годам – 3,2±0,10 балла.

Снижение относительного значения среднего балла существенно не отличалось по всем доменам (равномерное снижение кривых на 20,3-25,8%). Однако, их сопоставление по отношению к контролю было более выраженным, составив в

сроки более 5 лет наблюдения всего 41,0% к контролю по домену «беспокойство» и максимально 62,3% к контролю по домену «активность». Сравнительный анализ качества жизни по шкалам физического (домены: абдоминальные симптомы, усталость, системные симптомы, активность) и психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья (домены: эмоциональное состояние, беспокойство) показал, что прогрессивное ухудшение качества жизни больных после ПСШ также происходит к 3-5 годам наблюдения.

Прогрессирующий патологический процесс в печени способствует развитию функциональной неполноценности гепатоцитов, что в условиях адекватной декомпрессии является основной причиной фатального исхода заболевания. Независимо от способа декомпрессии в отдаленные сроки после ПСШ отмечается прогрессивное ухудшение показателя индекса качества жизни, при этом по шкале физического состояния вопросника CLDQ селективная декомпрессия отличалась меньшим значением по отношению к центральным анастомозам, а по шкале психологического состояния и субъективного восприятия своего здоровья выявлена противоположная картина с более высокими значениями после ДСРА (74,2±3,8% против 69,7±4,1% - в сроки 3 месяца и 49,2±5,7% против 46,6±5,3% - в сроки более 5 лет, P<0,001), свидетельствуя о менее выраженном проявлении синдрома печеночной энцефалопатии после селективной декомпрессии.

АНГИОАРХИТЕКТОНИКА И ГИСТОСТРУКТУРА СОСУДОВ СПЛЕНАЛЬНОГО И ЛЕВОГО РЕНАЛЬНОГО БАССЕЙНОВ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Байбеков И.М., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В сосудистой хирургии портальной гипертензии (ПГ) особое значение отводится вариантной анатомии сосудов спленопортального и левого ренального бассейнов, имеющей принципиальное значение в плане возможности наложения различного типа шунтирующих операций. Проведен анализ этих изменений и их влияние на возможность использования вен второго порядка, в частности супраренального сосуда, при планировании центральной декомпрессии воротной системы – спленосупраренального анастомоза.

Проведен морфологический анализ особенностей гистоструктуры вен портального и левого ренального бассейнов при циррозе печени (ЦП) с ПГ у 47 больных. В качестве контроля служили соответствующие вены, полученные во время аутопсий пациентов без признаков патологии гепатобилиарной системы и пищеварительного тракта.

Просвет сосудов при ПГ достоверно (P<0,05) был больше в отличие от группы контроля. Исключение составила только внутренняя яремная вена, у которой как по длине, так и по ширине просвета показатели не отличались от группы контроля. В свою очередь, как сосуды портального бассейна, так и левая почечная вена с ее притоками претерпевали изменения. Как и в норме прилегающая к поджелудочной железе часть селезеночной вены также была несколько толще, чем свободный участок, однако при ПГ эти изменения носили более выраженный характер. Толщина стенки левой почечной вены и при контроле и при ПГ не имела существенной разницы, что, по-видимому, было связано с большим просветом этого сосуда и первичными характерными изменениями только в длине и ширине просвета вены. В свою очередь притоки левой почечной вены, имеющие меньший макроскопический диаметр, в условиях ПГ испытывают большую нагрузку, что отразилось в достоверной разнице по толщине стенок, надпочечной и генитальной вен по сравнению с контролем.

Морфометрический анализ особенностей гистоструктуры вен портального и левого ренального бассейнов показал, что при ЦП воздействие ПГ не ограничивается только сосудистой стенкой портолиенального бассейна. За счет повышенной компенсаторной функциональной активности естественных коллатеральных портокавальных анастомозов, ПГ увеличивает гемодинамическую нагрузку на сопряженные с воротным руслом другие системы, в частности русло левой почечной вены. Это доказывает установленная достоверная разница с контролем по просвету и толщине стенок надпочечной и генитальной вен, а также отсутствие этих изменений в системе верхней полой вены.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСТАЛЬНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

В современной гепатологии у больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) портосистемное шунтирование остается в разряде приоритетных направлений профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Среди различных вариантов шунтирования наиболее оптимальным типом декомпрессии является селективное шунтирование – дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА).

Обобщая итоги 40-летнего опыта выполнения ДСРА, мы представляем результаты этих вмешательств в различные периоды развития хирургии ПГ в нашей стране. Анализ проведен в трех группах исследования: первая группа – этап внедрения портосистемного шунтирования (ПСШ) (1976-1992 гг); вторая группа – этап формирования специализированного подразделения хирургии ПГ в РСЦХ (1992-1998 гг); третья группа – этап совершенствования методики наложения ДСРА и расширения показаний к этому типу шунтирования (прецизионная техника, ограничение сброса по оригинальной методике при выраженном расширении селезеночной вены) (998-2015 гг). В исследование включено 409 больных с ПГ.

На этапе внедрения ПСШ удельный вес ДСРА составлял всего 19,2% (24 из 125), в остальных случаях были наложены центральные виды анастомозов. Во второй период доля ДСРА возросла до 24,0% (35 из 146). Настоящий период характеризуется доминированием селективных анастомозов, доля которых достигла 50,8% (350 из 689).

На фоне селективного типа шунтирования частота развития печеночной недостаточности и энцефалопатии была ниже, чем при центральных вариантах. При этом если на этапе внедрения ПСШ частота указанных осложнений достигала 25%, то в дальнейшем их частота снизилась до 14,3%, а в настоящий период на фоне возможностей консервативной терапии и строго индивидуализированного подхода к этому типу шунтирования до 7,7%. Частота раннего тромбоза анастомоза в настоящий период снижена до 2,3%, кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка до 4,3% и нарастания асцита на фоне селективной декомпрессии до 13,7%. Летальность на этапе внедрения достигала 33,3%, во второй период – 8,6%, в настоящее время частота фатальных исходов снизилась до 3,7%.

Таким образом, ДСРА в настоящий период выполняется более чем в 50% случаев, причем для старшей возрастной группы или в условиях низкого компенсаторного резерва гепатоцитов на фоне ЦП, этот тип шунтирования остается приоритетным способом декомпрессии воротного бассейна. Относительные противопоказания в плане высокого остаточного портального давления и соответственно риска кровотечения даже на фоне функционирующего шунта, а также нарастания асцитического синдрома, характерных для ближайшего периода после селективной декомпрессии, могут быть нивелированы включением в комплекс лечения специфических терапевтических мероприятий.

РЕЗУЛЬТАТЫ МОДИФИЦИРОВАННОГО СПОСОБА ТОТАЛЬНОГО РАЗОБЩЕНИЯ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО КОЛЛЕКТОРА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Жамилов Ж.Д., Нуритдинов У.С., Байбеков Р.Р.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Предельно напряженно, как показывает клинический опыт, складывается ситуация с больными циррозом печени (ЦП) с продолжающимся кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ), тяжесть состояния которых приходится критически взвешивать на переносимость полостной операции. Драматичность ситуации связана с тем, что значительная часть больных ЦП, с выставленными показаниями к оперативному лечению, не имеет для этого достаточного функционального резерва печени.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты модифицированной методики тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. К настоящему вре-

мени модифицированный вариант операции выполнен 73 больным с синдромом ПГ. У 36 больных причиной ПГ явился ЦП, у 30 больных диагностирована внепеченочная форма ПГ, ещё у 8 больных установлена смешанная форма ПГ. Мужчин было – 44 (60,3%), женщин – 29 (39,7%). Возраст больных варьировал в пределах от 13 до 65 лет, средний показатель составил 31,6±1,7 лет. В 53 случаях больные госпитализированы в плановом порядке, а 20 пациентов доставлены в экстренном порядке с клиникой гастроэзофагеального кровотечения.

Результаты. Отдаленный период прослежен у 46 больных с первичной методикой и у 66 пациентов с модифицированной техникой ТРГЭК. Рецидив кровотечений отмечен у 15,2% больных, причем в 6,5% на фоне анастомозита. Явления гастростаза выявлены у 3 из 46 пациентов. Явления печеночной недостаточности развились у 23,9% больных. На фоне указанных осложнений умерло 15,2% пациентов. В группе с модифицированной методикой кровотечение отмечено в 6,0% случаев. Кровотечение из эрозий в зоне лигатурной транссекции были остановлены консервативно. Летальность в отдаленные сроки наблюдения составила 7,6% (5 пациентов). Общая летальность за ближайший и отдаленный периоды в группах сравнения составила 22,2% и 16,4% соответственно.

Анализ выживаемости больных ЦП с ПГ после ТРГЭК показал, что самый низкий показатель выявлен в группах с крупноузловой цирротической трансформацией (медиана выживаемости – 24 месяца), у больных с кровотечением в анамнезе (медиана выживаемости – 36 месяцев) и с декомпенсацией по отечно-асцитическому синдрому до оперативного вмешательства (медиана выживаемости – 12 месяцев).

Заключение. Прерывание гастроэзофагеального венозного коллектора путем лигатурной транссекции на синтетическом протезе, в отличие от ранее предложенных методов ТРГЭК позволяет не только облегчить техническое выполнение операции, но и обеспечивает профилактику ранних послеоперационных осложнений, связанных с травматичностью предыдущих методик, а также грубых функциональных нарушений желудка в отдаленном периоде.

Усовершенствованная оригинальная технология ТРГЭК является перспективным оперативным пособием в условиях ургентной хирургии и при проведении плановых вмешательств у больных с синдромом ПГ подвергшихся повторному оперативному лечению, или же может явиться альтернативным портосистемному шунтированию методом, при невозможности выполнения последнего.

СПЛЕНОСУПРАРЕНАЛЬНЫЙ АНАСТОМОЗ В СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Спленосупраренальный анастомоз (ССРА) в хирургии портальной гипертензии у больных циррозом печени в нашем центре впервые был выполнен в 1992 году. На начало 2015 года произведено наложение 113 ССРА. Средний возраст всех больных составил – 26,9±9,8 лет.

Если рассматривать частоту наложения ССРА в зависимости от периода наблюдения, то его доля в структуре всех шунтирующих операций (925) составит 12,2%, а за период с момента его внедрения (1992-2015 гг) – 16,4%. Однако если учесть, что доля селективных анастомозов в настоящий период преобладает над центральными вариантами декомпрессии, то из всех выполненных за период с 1992 по 2015 гг центральных шунтов доля ССРА составит 31,7% (113 из 356), а за последние четыре года частота наложения этого типа анастомозов по отношению к другим центральным шунтам достигла 51,3%.

Анализ вероятности наложения ССРА при показаниях к центральной декомпрессии в зависимости от ангиоархитектоники сосудов лиенального и левого ренального бассейнов показал, что в зависимости от особенностей ангиоархитектоники селезеночной вены (форма и уровень по данным спленопортографии) оптимальные условия для наложения ССРА выявляются только в 60% случаев при высоком расположении сосуда (T-XII) и у 95,2-100% пациентов с низкой вариантной анатомией (L-I-II), в свою очередь в зависимости от диаметра надпочечниковой вены вероятность наложения ССРА составляет всего 64,1%, а наличие протяженного диастаза между анастомозируемыми сосудами или непригодность толщины венозной стенки снижает этот показатель до 51,3%. Так, из 86 пациентов, оперированных за 2007-2015 гг, ССРА удалось наложить только у 50 больных. Малый диаметр надпочечниковой вены являлся самым частым фактором отсутствия условий и выявлен в 35,9% (28 пациентов) случаев. Большой диастаз между селезеночной и почечной венами определен в 8 (10,3%) случаях. Еще у 2 (2,6%) больных

была не пригодна для анастомоза тонкая стенка надпочечниковой вены.

Соответственно полученным результатам, оптимальными условиями для наложения ССРА является совокупность следующих факторов: диаметр надпочечниковой вены 8 мм и более; отсутствие широкого диастаза между надпочечниковой и селезеночной венами; отсутствие острого угла впадения надпочечниковой вены в левую почечную вену и необходимости значительной транспозиции вставки с перегибом притока для создания соустья с селезеночной веной; допустимая толщина стенки надпочечниковой вены.

Как показал анализ результатов, портальное давление при «ложных» Н-образных анастомозах (ССРА) снижается на 27,6±4,7%, что характеризует этот вариант шунтирования как центральный парциальный тип декомпрессии. Из 113 больных с ССРА, прослеженных в отдаленном периоде, положительная динамика по степени варикозного расширения вен пищевода и кардии желудка отмечена у 81 (71,6%) пациента, а по протяженности варикоза у 66 (58,4%) больных. Аналогичные данные по регрессу вен получены в группе больных с применением «истинных» венозных вставок из внутренней яремной вены, но с несколько большим декомпрессивным эффектом (34,8±5,1%, $P<0,05$) и соответственно более высокой частотой специфических постшунтовых осложнений, что, при наличии оптимальных условий для использования притоков левой почечной вены, обуславливает приоритетное значение ССРА при необходимости центральной декомпрессии воротной системы.

ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Нартайлаков М.А., Абдеев Р.Р., Курбангулов И.Р., Логинов М.О., Чингизова Г.Н., Галиакберов А.Р.
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования: оценка возможностей хирургического (порто-кавальные анастомозы (ПКА), рентгенэндоваскулярного (трансъюгулярное порто-системное стент-шунтирование – TIPS) и радикального (ортотопическая трансплантация печени – ОТП) лечения больных с портальной гипертензией (ПГ).

Материалы и методы. За 20 лет (1995-2014 гг.) в РКБ им. Г.Г.Куватова прооперировано 249 больных с циррозами печени (ЦП) различной этиологии, осложненной ПГ. Им выполнены: с 1995 года лапаротомия с ПКА – у 125, с 2007 года TIPS – у 118, с 2013 года ОТП – у 6 больных.

Результаты. Из вариантов ПКА выполнены: проксимальное спленоренальное шунтирование со спленэктомией – в 39, мезентерико-кавальное шунтирование конец в бок – в 24, Н-образное с аутовенозной вставкой или сосудистым протезом – в 44, умбилико-кавальное шунтирование – в 3, прямое Н-образное порто-кавальное шунтирование с аутовенозной вставкой или сосудистым протезом в 15 случаях. После всех видов ПКШ умерли: в ранние сроки – 22 (17,6%) больных, в отдаленные сроки – еще 30 (24,8%) от прогрессирования ЦП.

Из 118 попыток TIPS оказалась успешной в 111 (94,1%) случаях, в 13 (11%) - неэффективным, хотя у 6 из них при повторной госпитализации процедуру удалось выполнить. Тромбоз шунта наступил у 15 (13,5 %) больных, в том числу в ранние сроки - у 2, через 1-2 мес – у 2, спустя 6-12 мес – у 11. У 9 больных с тромбозом шунта выполнено 11 попыток реканализации, оказавшейся эффективной у 6. После TIPS умерло всего 22 (19,8%) больных: в ранние сроки – 2 (1,8%) от прогрессирования печеночной недостаточности, в отдаленные сроки – 20 (18,0%) от прогрессирования ЦП. 2 больным после TIPS в отдаленные сроки выполнена ОТП.

Из 6 ОТП умерла 1 пациентка (16,7%) на 2-е сутки после операции от отека легких.

Заключение. В лечении больных с такой тяжелой патологией, как ЦП с ПГ, успешно могут быть применены, как ПКА и TIPS, так и ОТП.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

Поршенников И.А., Старостин С.А., Быков А.Ю., Павлик В.Н., Карташов А.С., Щёкина Е.Е., Коробейникова М.А., Юшина Е.Г
ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», Новосибирск, Россия

В период с 2010 по 2014 гг.в территориальный лист ожидания (ЛО) ортотопической трансплантации печени (ОТП) были включены 165 потенциальных реципиентов. 29 (17,6%) из них умерли до ОТП, при этом кровотечение из варикозно расширенных вен (ВРВ) гастроэзофагального коллектора явилось причиной смерти 4 больных, что составило 13,8% в структуре летальности в ЛО. 53 (32,1%) реципиентам выполнены 56 ОТП (в том числе 3 ретрансплантации). На момент включения в ЛО ВРВ, требовавшее использования эндоскопических методов профилактики кровотечений, имело место у 84 (50,9%), а кровотечения из ВРВ в анамнезе до начала использования этапных процедур лигирования или склеротерапии – у 50 (30,3%) пациентов. Многократные рецидивы кровотечений у 5 больных (3,0% от общего числа и 6,0% в группе, где использовались эндоскопические процедуры) на фоне эндоскопической коррекции явились показанием к портосистемному шунтированию до ОТП.

Таким образом, 5 потенциальным реципиентам выполнено парциальное портосистемное шунтирование с использованием ePTFE-протезов IMPRA Carboflo flex диаметром 8 мм. У 3 (60% в группе шунтированных, здесь и далее) больных шунты имплантированы в мезокавальную, у 2 (40%) – в спленоренальную позицию. На момент шунтирования класс печеночной недостаточности Child-Pugh B имел место у 2 (40%), Child-Pugh C – у 3 (60%). У всех зафиксирована депрессия портосистемного градиента (в среднем на 13,4±4,94 мм рт. ст.) и редукция ВРВ (полная либо до степеней, не требующих коррекции). Все пациенты живы, тромбозов шунтов в отдаленном периоде не зафиксировано, класс печеночной недостаточности в ближайшем послеоперационном периоде не изменился ни у одного пациента. 3 (60%) пациентам с функционирующими мезокавальными шунтами и 1 (20%) с функционирующим спленоренальным шунтов выполнены ОТП. Шунты были достаточно просто идентифицированы и разобщены перед портальной реперфузией, технических сложностей при гепатэктомии, связанных с наличием шунтов не было. Во всех случаях ОТП выполнена с сохранением ретропеченочного отдела нижней полой вены без вено-венозного обхода с кавальной реконструкцией по типу «конец в бок» или «piggy back». У 1 реципиента с внепеченочной окклюзией воротной вены портальная реконструкция выполнена с использованием венозного аллографта в позиции «верхняя брыжеечная вена реципиента – воротная вена трансплантата». Актуальный срок после ОТП составляет 1305, 893, 792 и 45 дней, признаков дисфункции трансплантатов нет.

Необходимо отметить, что при ведении пациентов с портальной гипертензией в ЛО мы придерживаемся максимально консервативной тактики, используя медикаментозные и эндоскопические методы профилактики кровотечений из ВРВ. Портосистемное шунтирование должно выполняться лишь у ограниченной группы пациентов при неэффективности консервативных методов профилактики кровотечений. При выборе варианта портальной декомпрессии мы стремились к шунтированию, которое не изменило бы класс печеночной недостаточность, не создало бы технических проблем при выполнении ОТП и обладало бы хорошими результатами отдаленной проходимости графта. Мы полагаем, что Н-образное мезокавальное либо Н-образное спленоренальное шунтирование наиболее удовлетворяет этим критериям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рахимов Б.М., Галкин И.В., Колесников В.В., Соловьев А.В., Шиворова О.И.
ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница №5», Тольятти, Россия

Наиболее тяжелым осложнением цирроза печени и портальной гипертензии остается пищеводно-желудочные кровотечения, приводящие к развитию печеночной недостаточности и летальному исходу.

Цель исследования ретроспективная оценка результатов хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии.

Материал и методы. За последние 10 лет

находилось под наблюдением и пролечены 384 пациента с циррозом печени и портальной гипертензией. Мужчин было – 291 (75,8%), женщин – 93 (24,2%). Средний возраст - 49,2±1,7. Все больные поступили по экстренным показаниям. В первые 6 часов после начала кровотечения - 136 больных, в течение 24 часов - 49. Позже 24 часов поступили – 6 больных. 19 больных поступили с признаками состоявшегося кровотечения. Основным методом диагностики была фиброэзофагогастродуоденоскопия. Определяли HB, Эр, Ht, биохимические анализы, общий анализ мочи. По классификации Чайльда в стадии А поступили - 78 больных, в стадии В – 141 и в стадии С – 165 пациентов. Лечение начинали с консервативных мероприятий: при тяжелой или средней степени кровопотери больные госпитализировались в реанимационное отделение, где им проводили все необходимые лечебно-диагностические мероприятия. Консервативная терапия включала: установку зонда Блекмора, инфузионно-трансфузионную и медикаментозную терапию. В экстренном порядке оперировано 296 больных: прошивание варикозных вен пищевода циркулярным сшивающим аппаратом – 26 пациентов, прошивание вен пищевода и кардии в модификации М.Д.Пациора – 270 пациентов. В плановом порядке с угрозой рецидива кровотечения оперировано 88 пациентов: операция Сигиура – 47, дистальный спленоренальный анастомоз – 8, проксимальный спленоренальный анастомоз – 28, мезентерикокавальный «Н» образный анастомоз – 5 больных.

Результаты. В группе экстренно оперированных больных умерло 66 (23%) человек. В группе больных оперированных планово на 88 операций умерло 6 (6,8%) пациентов. При оценке смертности в зависимости от тяжести течения по Чайльду получены: общая летальность – 18,7%; при стадии А – 2,6%, стадии В – 14,1% и стадии С – 31%. После плановых операции кровотечение рецидивировало у 5 больных, 2 из них умерли.

Заключение. Основной операцией при портальной гипертензии, осложненной кровотечением, остаются различного вида разобщающие операции. Сравнительный анализ показывает преимущество плановых оперативных вмешательств у больных с портальной гипертензией имеющих риск возникновения, или рецидива кровотечений, которые при достаточной простоте дают удовлетворительные результаты.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Авдей Е.Л., Кирковский Л.В., Ефимов Д.Ю.
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска; Беларусь

Цель исследования: оценка ближайших и отдаленных результатов трансплантации печени при синдроме портальной гипертензии в Республике Беларусь.

Материалы и методы: В период с апреля 2008 по январь 2015 гг. в Республике Беларусь проведено 295 ортотопических трансплантаций печени (9 из которых ретрансплантации, 15 – трансплантации печени от живого родственного донора) пациентам в возрасте от 5 месяцев до 69 лет.

В ретроспективное исследование вошли 286 человека, которых разделили на две группы. Основная группа - 256 (89,5%) первичных трансплантаций, выполненных по поводу портальной гипертензии (внутрипеченочная форма – 250, при этом в 12 случаях имелось сочетание цирроза печени с тромбозом воротной вены, надпеченочная – 6). Группу сравнения составили 30 (10,5%) трансплантаций печени, проведенные по поводу фульминантной печеночной недостаточности (14), нерезектабильного альвеококкоза печени (6) и новообразований - 10).

Результаты. Основная и контрольные группы не различались по частоте сосудистых, билиарных и инфеекционных осложнений. Частота развития острого отторжения в сравниваемых группах отличалась и составила после трансплантации печени по поводу «цирротической» и надпеченочной портальной гипертензии 8,6% (22 из 256) и ассоциировались преимущественно с трансплантацией по поводу цирроза печени вирусного генеза, а в группе сравнения – 20% (6 из 30) (p=0,05). Расчетный показатель трехгодичной выживаемости пациентов после трансплантации по поводу портальной гипертензии составил 88,4 %, а в группе сравнения 90% (p=0,9)

Заключение. Трансплантация печени является радикальным и высокоэффективным методом лечения пациентов с синдромом портальной гипертензии. Наличие тромбоза воротной вены у данной группы пациентов не является противопоказанием для выполнения трансплантации печени.

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА И ДИФФУЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ТРАНСПЛАНТАТА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ARFI-ЭЛАСТОГРАФИИ

Рыхтик П.И., Рябова Е.Н., Муртазалиева М.С., Васенин С.А., Шкалова Л.В., Загайнов В.Е.
ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», Нижний Новгород, Россия

Длительная выживаемость трансплантата печени невозможна без адекватного мониторинга его функции. В отдалённые сроки после трансплантации печени (ТП) актуальной является оценка скорости развития диффузных изменений в паренхиме с применением неинвазивных методов диагностики.

Цель исследования: определение возможностей метода эластографии сдвиговой волны и допплерографии сосудов портальной системы в сопоставлении с данными пункционной биопсии при осуществлении мониторинга пациентов после ТП.

Материалы и методы. Обследовано 17 пациентов после ТП с применением метода ARFI-эластографии и допплерографии сосудов портальной системы. Женщин было 8 (47%), средний возраст 44,6±11 года; мужчин 9 (53%), средний возраст 40,5±15,3 лет.

Причиной ТП явился цирроз печени (ЦП) вирусной HCV-этиологии - 1 (5,9%) пациент, ЦП HBV+HCV-этиологии – 1 (5,9%), токсический ЦП – 1 (5,9%), сочетание токсического и вирусного ЦП – 1 (5,9%), аутоиммунный ЦП – 3 (17,5%), сочетание аутоиммунного и первичного билиарного ЦП – 1 (5,9%), первичный билиарный ЦП – 1 (5,9%), болезнь Вильсона-Коновалова – 1 (5,9%), криптогенный ЦП – 3 (17,5%), первичный склерозирующий холангит – 2 (11,8%), тотальный альвеококкоз печени – 2 (11,8%).

Результаты. В ходе обследования всем пациентам после ТП (в сроки от 6 месяцев до 6 лет) была выполнена ультразвуковая допплерография сосудов портальной системы и ARFI-эластография печени. В ходе УЗДГ сосудов портальной системы получены следующие данные: средняя систолическая скорость кровотока (ССК) по печёночной артерии 0,5±0,15 м/с, средняя скорость кровотока по воротной вене 0,26±0,08 м/с; средняя ССК по селезёночной артерии 0,6±0,21 м/с. Данные допплерографического исследования портальной системы больных после ТП соответствовали нормальным параметрам кровотока.

ARFI-эластография печени осуществлялась по стандартной методике с определением скорости сдвиговой волны (ССВ) в 5 различных точках паренхимы. При выполнении эластографиии ССВ у 11 (64,7%) пациентов составила 1,33±0,15 м/с, что соответствовало стадии F0-F1 фиброза печени по Metavir. У 4 (23,5%) больных была выявлена ССВ 1,8±0,12 м/с, что согласуется со стадией F2 фиброза печени. У 2 (11,8%) пациентов ССВ отмечена на уровне 2,5±0,11 м/с, что совпадает со стадией F3 фиброза.

Все случаи фиброза печени F2-F3 отмечены у больных с рецидивом вирусного гепатита С и развитием «de novo» вирусного гепатита В в трансплантированной печени с повышением уровня печёночных ферментов. Выраженный фиброз печени наблюдался также у больных в сроки свыше 5 лет после ТП и повышением массы тела.

Референтным методом для сравнения полученных результатов являлась чрескожная чреспечёночная пункционная биопсия печени под УЗ-контролем, выполняемая через 1-2 суток после проведения эластографии. Пункционная биопсия печени была выполнена 4 (23,5%) пациентам. Морфологическое исследование ткани трансплантата во всех случаях подтвердило данные, полученные при ARFI-эластографии.

Выводы. ARFI-эластография может являться методом выбора неинвазивного подтверждения диагноза фиброза печени у трансплантированных пациентов и применима в комплексном мониторировании больных.

Наличие нормальных допплерографических показателей кровотока в сосудах портальной системы не исключает развитие выраженных диффузных изменений у пациентов после ТП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рябова Е.Н., Васенин С.А., Кукош В.М., Муртазалиева М.С., Загайнов В.Е.
ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр ФМБА России», Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: оценить отдалённые результаты портосистемного шунтирования (ПСШ) в декомпрессии портальной системы и профилактике кровотечений из варикозно-расширенных вен

пищевода и желудка (ВРВПЖ) с анализом возможности выполнения последующей ортотопической трансплантации печени (ОТП).

Материалы и методы. За период с 2002 по апрель 2015 гг. в ФБУЗ «ПОМЦ ФМБА России» операция ПСШ в различных модификациях выполнена 130 пациентам с циррозом печени (ЦП). Мужчин было 66 (50,8%) в возрасте от 15 до 65 лет (средний возраст 45,5±11,3 года); женщин - 64 (49,2%) в возрасте от 20 до 71 года (средний возраст 48,5±10,9 лет). В большинстве случаев причиной внутрипечёночной формы портальной гипертензии (ПГ) был криптогенный ЦП – 51 (39,2%) пациент, HCV ЦП – 42 (32,3%), HBV ЦП – 10 (7,7%), HCV+HBV ЦП – 5 (3,8%), первичный билиарный ЦП – 13 (10%), токсический ЦП – 8 (6,2%), аутоиммунный ЦП – 1 (0,8%).

Результаты. Спленоренальное шунтирование в различных модификациях выполнено у 100 (76,9%) пациентов, мезентерикоренальное – у 21 (16,2%), мезентерикокавальное – у 5 (3,9%), трансъюгулярное ПСШ – у 3 (2,3%) и умбилико-кавальное шунтирование – у 1 (0,7%).

Выживаемость, рассчитанная методом Каплана-Майера, для пациентов с ЦП перенёсших операцию ПСШ составила через 1 месяц – 90%, 1 год – 89,1%, 3 года – 76,1%, 5 лет – 74,6%. Эпизоды кровотечений из ВРВПЖ отмечены у 4 (3,1%) больных в течение первого года после операции, что свидетельствует о большом значении ПСШ в профилактике этого осложнения. При отсутствии рецидива кровотечений в течение первого года после ПСШ – в дальнейшем геморрагий у пациентов не отмечалось.

ОТП осуществляется в нашем Центре с 2008 г. С 2007 г. ведётся лист ожидания (ЛО) на ОТП. Из 130 пациентов с ЦП после ПСШ внесено в ЛО 27 (20,8%) человек. Семерым из них в различные сроки после декомпрессии портальной системы выполнена ОТП, в том числе 2 от родственного донора. При этом в 5 случаях разобщения портосистемного анастомоза не производилось, какого-либо влияния на послеоперационный период отмечено не было. В 1 случае ОТП выполнена после трансъюгулярного ПСШ и в 1 случае было осуществлено разобщение портосистемного шунта в сочетании с перевязкой селезёночной артерии с целью восстановления исходного портального кровотока, профилактики тромбоза воротной вены и развития steal-синдрома.

Выводы. В условиях длительного нахождения пациента в ЛО на ОТП, связанного с дефицитом донорских органов, ПСШ является операцией выбора, позволяющей предотвратить развитие фатальных кровотечений из ВРВПЖ и увеличить продолжительность жизни больного с ЦП, являясь «мостом» для ОТП.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИИ ДИСТАЛЬНОГО СПЛЕНОРЕНАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Сипливый В.А., Евтушенко Д.В., Евтушенко А.В., Бызов Д.В.
Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Цель исследования: изучение отдаленных результатов операции дистального спленоренального шунтирования (ДСРШ) у больных с циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Изучены отдаленные результаты операции ДСРШ по W.D. Warren (1967) в сроки от 1 года до 10 лет у 53 больных с ЦП. В работе использовали классификацию ЦП по Бересневу А.В. (1981). Показанием к операции у 13 больных был синдром гиперспленизма, у 9 – кровотечение из варикозно - расширенных вен пищевода и желудка (у 3 их них – сочетание кровотечения и асцита), у 31 – асцит. В стадии компенсации оперированы 13 пациентов, сосудистой декомпенсации – 6, паренхиматозной – 31, паренхиматозно – сосудистой – 3. При изучении отдаленных результатов оценивали летальность в послеоперационном периоде, состояние больных и их трудоспособность, рецидивы кровотечения из варикозно – измененных вен пищевода, состояние вен пищевода, проходимость анастомоза, функциональное состояние печени. Специальное обследование включало определение показателей белкового и пигментного обмена, активности цитолитических ферментов печени, исследование свертывающей системы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости с определением портального кровотока.

Для оценки эффективности операции ДСРШ у больных с ЦП в отдаленные сроки определяли показатели выживаемости – соотношение числа больных, переживших установленный период, и числа больных, взятых под наблюдение в начале исследование.

Результаты. В течении первого года живы 90,6% оперированных больных, 3 лет – 62,5%, 5 лет – 51,2%, 10 лет – 29%. Двое больных живы более 20 лет. Наиболее высокая летальность больных с ЦП отмечена в первые 2 года после операции ДСРШ.

Проведенный анализ показал, что показатели выживаемости больных после операции ДСРШ зависели от стадии ЦП.

В течение первого года наименьшие показатели выживаемости (50%) были у больных, оперированных в стадии паренхиматозно – сосудистой декомпенсации. В других стадиях они оказались практическими одинаковыми – 85,7% - 90,3%. В сроки до 3 лет различия показателей выживаемости в зависимости от стадии болезни были более существенными. В стадии компенсации показатели выживаемости составили 73,3%, паренхиматозной декомпенсации – 71%, сосудистой декомпенсации – 85,7%, 5 лет – соответственно 66,7, 51,6 и 85,7%. Все больные, оперированные в стадии паренхиматозно – сосудистой декомпенсации, умерли в сроки до 2 лет после вмешательства.

Следует отметить высокие (42,8%) показатели выживаемости больных с ЦП, оперированных в стадии сосудистой декомпенсации, которые прожили более 10 лет после операции. Показатели выживаемости в сроки до 10 лет больных, оперированных в стадии компенсации, составили 33,3%, паренхиматозной декомпенсации – 6,5%. В тоже время при анализе результатов, полученных в сроки наблюдения до 10 лет, следует принимать во внимание небольшое число больных в группах сравнения (более 10 лет живут 9 пациентов, 5 из них – оперированы в стадии компенсации, 3 – сосудистой декомпенсации, 1 – паренхиматозной декомпенсации).

При анализе отдаленных результатов операции ДСРШ в зависимости от морфологических особенностей ЦП (Сипливый В.А. и соавт., 2004г.) наилучшие результаты отмечены у больных с ЦП типа А. Все 10 больных жили в течение 5 лет. При ЦП типа В в течение 3 лет жили 56% больных, 5 лет – 48%. При ЦП типа С в течение 1 года после операции ДСРШ жил один больной.

Выводы. Отдаленные результаты операции ДСРШ зависят от характера осложнений ЦП до операции: наилучшие показатели отмечены у больных, у которых возникло кровотечение из варикозно – измененных вен пищевода и желудка без равития асцита, и у больных с синдромом гиперспленизма.

Морфологические изменения в печени являются основным фактором, определяющим отдаленные результаты операции ДСРШ у больных с ЦП.

АНГИОГРАФИЯ В ВЫБОРЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сонис А.Г., Сухоруков В.В., Колесник И.В., Грачев Б.Д.
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Четкое представление о сосудистой анатомии бассейна воротной вены очень важно при выборе способа оперативного лечения больных с синдромом портальной гипертензии (ПГ).

В период 2010-2014 гг. было оперировано 97 пациентов с данной патологией. Всем им перед основным вмешательством выполняли возвратную спленопортографию, по показаниям – мезентерикопортографию. При печеночной форме ПГ (79 (81,4%) больных) это исследование позволяло исключить вепеченочнную ПГ, оценить состояние естественных портокавальных анастомозов, определить показания к эмболизации вен пищевода после наложения TIPSS. При внепеченочной форме ПГ (18 (18,6%) больных) перед исследованием ставились задачи определить локализацию, характер и степень поражения воротной вены и ее ветвей, а также оценить состояние внутрипеченочного венозного русла. При сохраненном пути оттока рассматривался вопрос о реконструкции воротной вены.

При печеночной ПГ предпочтение отдавали выполнению TIPSS (36 больных). В ходе вмешательства выполнялась прямая портография, по показаниям – ангиография селезеночной и верхней брыжеечной вен. У двух больных на фоне цирроза печени был выявлен нераспознанный ранее пристеночный тромбоз воротной вены. Таким образом, чувствительность возвратной спленопортографии составила 94%, а специфичность 100%. Дефекты дооперационной диагностики не повлияли на интраоперационную тактику.

При внепеченочной ПГ выполняли различные варианты операций из широкого лапаротомного доступа. Всем больным выполнялась прямая трансмезентериальная портография. По ее результатам нераспознанное ранее посттромботическое нарушение внутрипеченочного кровотока было обнаружено у 4 больных, реканализация воротной вены, диагностированная по данным возвратной спленопортографии у 3 больныъ не подтвердилась.

Это существенно повлияло на интраоперационную тактику. Из 10 планируемых реконструкции воротной вены удалось выполнить только 6. Большинству остальных больных были сформированы парциальные портокавальные анастомозов (11 больных). У 1 больной операция была ограничена азигопортальной дисконнекцией.

Таким образом, при внепеченочной ПГ чувствительность метода составила 61%, а специфичность 83%.

Полученные данные указывают на актуальность поиска методов обследования больных с внепеченочной ПГ. Необходимы новые способы визуализации сосудистого русла и изучение возможностей выполнения прямой портографии до этапа основной операции.

ДИСФУНКЦИИ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО ШУНТА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Сонис А.Г., Сухоруков В.В., Столяров Е.А., Грачев Б.Д., Колесник И.В.
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

Печеночная форма портальной гипертензии встречается у 80-92% больных с этим видом патологии и осложняет течение цирроза печени у 40-70% больных. Пищеводные кровотечения, являющиеся следствием синдрома портальной гипертензии остаются основной причиной смерти больных циррозом печени.

За исключением трансплантации печени, одним из основных методов оперативного лечения печеночной формы портальной гипертензии является операция чрезяремного чрезпеченочного портосистемного шунтирования (TIPSS), которая надежно профилактирует кровотечения при условии хорошего функционирования шунта.

Материалы и методы. За период 2012-2014 гг. в хирургическом отделении №1 клиники пропедевтической хирургии, отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Клиник СамГМУ, операция TIPSS выполнена 35 пациентам с циррозом печени вирусного генеза. Мужчин было 24 (68,6%); женщин – 11 (31,4%). Средний возраст ситавил 45,4±6,2 лет. Класс В (Child-Pugh) был у 32, класс С – у 3 больных. Шунтирование выполнялось сетчатыми беспокровными артериальными стентами с раскрытием от 7 до 9 мм. Умер один больной с циррозом печени класса С от печеночной недостаточности. Таким образом, анализу подвергнуты 34 наблюдения. Отдаленные результаты исследованы у всех больных в сроки от 6 мес. до 2,5 лет.

Основным методом диагностики дисфункции шунта являлось дуплексное сканирование в динамике, результаты которого подтверждали данными чрезяремной шунтографии. При этом сразу принимали решение о необходимости и возможности рентгеноинтервенционного устранения дисфункции.

Результаты. В раннем послеоперационном периоде (до выписки из стационара после выполнения TIPSS) дисфункция шунта зафиксирована у 7 пациентов. У трех из них манифестация сопровождалась рецидивом пищеводного кровотечения, у одного – быстрым накоплением асцита. Данные УЗДГ и шунтографии как правило совпадали. У 5 пациентов диагностирован полный, а у 2 - неполный, но гемодинамически значимый тромбоз шунта. У всех больных имелась депрессия плазменного гемостаза за счет печеночноклеточной недостаточности. Антикоагулянтная терапия им не проводилась.

Основным методом устранения тромбоза шунта явилась баллонная ангиопластика, которая оказалась эффективной у 5 больных. В комплексе с оперативным вмешательством проводилась антикоагулянтная и тромболитическая терапия. У двух больных тромбоз рецидивировал, проводились повторные ангиопластики, реконструкция "стент в стент". В итоге оба больных были выписаны с тромбированными шунтами.

В сроки от 1 до 6 месяцев дисфункции шунтов не зафиксировано. В срок от 6 мес до 2,5 лет дисфункция шунта зафиксирована у 5 больных. Попытки баллонной ангиопластики оказались неэффективны. Им выполнено рестентирование "стент в стент" с хорошим гемодинамическим эффектом. Развитие дисфункции шунта в отдаленном периоде мы связываем с прорастанием паренхимы печени в ячейки беспокровного стента.

Заключение. Проблема профилактики и лечения дисфункции шунта после выполнения TIPSS далека от разрешения. Перспективы улучшения результатов мы видим в совершенствовании техники вмешательства и использовании покровных стентов.

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Старостин С.А., Радкевич Р.А., Довгулев К.А., Верхолаз К.В.
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №2, Новосибирск, Россия

Изучен опыт работы 1 хирургического отделения 2 городской клинической больницы скорой помощи. Стационар ведет прием больных ежедневно и рассчитан на оказание неотложной помощи примерно 350 тысяч городских жителей.

Материалы и методы. В сроки с 2012 по 2014 гг. изучен опыт применения эндоскопического лигирования вен пищевода при синдроме портальной гипертензии. В группу вошло 44 человека (в реальности больных было больше, но техническая ситуация не позволила провести манипуляцию всем поступавшим). У всех больных причиной синдрома был цирроз печени (стадия В и С по Чайлд-Пью). Женщин и мужчин было поровну – по 22 человека. Возраст больных варьировал в пределах от 25 до 80 лет (средний показатель 51 год). Диагноз цирроза подтверждали по данным УЗИ и/или МСКТ брюшной полости. Все больные поступали по поводу кровотечения - продолжающегося или свершившегося. При поступлении проводили остановку кровотечения зондом Блекмора. Зонд устанавливали на двое суток, после его удаления проводили эндоскопические манипуляции. Использовали эндоскоп «Olympus GIF-30», для лигирования вен применяли латексные кольца фирмы «COOCE». За сеанс устанавливали от 3до 10 колец (средняя цифра 7). При нестабильном гемостазе дополнительно проводили склерозирование паравазально раствором этилового спирта в 7 случаях.

Результаты. В 5 случаях в первые трое суток кровотечение рецидивировало, что требовало дополнительного эндоскопического лигирования.

Через 2-3 месяца после первого лигирования и в течение 1 года по поводу рецидива кровотечения один больной поступил 4 раза, один 3 раза и четверо по 2 раза. 13 лигированы повторно. Осложнений, связанных с манипуляцией не отмечено.

Общая летальность в группе с циррозами печени составила 51%.

Выводы. Эндоскопическое лигирование вен пищевода у больных с синдромом портальной гипертензии является относительно несложным, удовлетворительно переносится больными и позволяет снизить частоту рецидивов кровотечений в условиях стационара скорой помощи.

ТРАНСЪЮГУЛЯРНЫЙ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫЙ ПОРТОКАВАЛЬНЫЙ ШУНТ (TIPS) КАК ЭТАП ПОДГОТОВКИ К ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А.
ФГБУ Российский научный центр рентгенохирургических технологий Минздрава Росии, Санкт-Петербург

В нашей стране некоторые клиники имеют опыт TIPS более чем у 100 больных, однако сообщения о целенаправленном применении этой процедуры у пациентов, стоящих на листе ожидания ортотопической трансплантации печени (ОТП), отсутствуют.

Материалы и методы. Располагаем опытом TIPS у 20 больных, находившихся на листе ожидания ОТП. Показанием к TIPS у 18 из них был крайне высокий риск рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВ), у 2 – диуретикорезистентный асцит более 10 л/нед.

TIPS выполняли по стандартной методике под нейролептаналгезией с помощью набора инструментов TIPSS-200 (Cook, США). В 1 случае использовали отечественный стент из нитиноловой мононити, в 6 самораспрaвляющийся металлический стент S.M.A.R.T. Control (Cordis), в 13 стент-графт VIATORR (Gore). У 12 больных дополнительно выполняли склероэмболизацию ВРВ.

Результаты. На контрольных ангиограммах во всех случаях после наложения TIPS наблюдался отчетливый интенсивный кровоток по шунту из воротной в нижнюю полую вену, отсутствие заполнения ВРВ. Измерения давления показали снижение порто-венозного градиента в 2-3 раза (до 9-12 мм рт.ст.).

Появления или нарастания энцефалопатии после TIPS не было. К настоящему времени умерли 6 пациентов, из них 3 от рецидива ВРВ через 2, 12 и 24 мес. В 2 наблюдениях имело место прогрессирование печеночной недостаточности без повторных кровотечений из ВРВ и асцита; пациенты погиб через 5 и 8 мес., не дождавшись донорского

органа. Еще одна пациентка умерла вне пределов клиники через 1 мес. от сепсиса.

У 6 больных успешно выполнена ОТП в сроки от 1 до 36 мес. после TIPS. За этот период кровотечений из ВРВ, нарастания асцита не было. Контрольное УЗИ с дуплексным сканирование в динамике свидетельствовали о хорошем функционировании анастомоза. На операции он во всех случаях был проходим, без признаков стеноза или тромбоза; стенты в некоторых участках были покрыты «неоинтимой». Находятся на листе ожидания в течение 5-36 мес. 8 пациентов.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что TIPS у больных с выраженной портальной гипертензией можно рассматривать как «мостик» к ОТП.

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Фомин П.Д., Козлов С.Н.
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина

Введение. Перестройка сосудистого русла при портальной гипертензии характеризуется совокупностью гемодинамических изменений в сосудах портального бассейна и является проявлениями гипердинамического типа перестройки спланхнического кровотока. Портальная гипертензия (ПГ) при диффузных заболеваниях печени (ДЗП) является основной причиной жизнеугрожающих осложнений, прогнозирование и профилактика которых представляется актуальной проблемой современной гепатологии. Проведен сравнительный анализ состояние венозного бассейна портальной системы у пациентов с и без проявлений ПГ с целью выявления вероятных прогностических факторов риска развития осложнений.

Материалы и методы. Проанализированы некоторые показатели портальной гемодинамики 72 пациентов трех клинических групп: 1 гр. (17 (23,6%) больных– добровольцы без диагностированных заболеваний печени (ПГ 0); 2 гр. (24 (33,3%) больных) – с диффузными заболеваниями печени без манифестных клинических проявлений ПГ (или ПГ 1 по Е.С. Рысс (1988); 3 гр. (31 (43,1%) больной) - с проявлениями осложненной ПГ (асцит, варикозное кровотечение или ПГ 2-4). Дуплексное сканирование (в режимах цветового доплеровского картирования и импульсной допплерографии) проводили на аппарате Toshiba по единому протоколу одним оператором с определением линейной скорости в селезеночной вене (ЛССВ) и воротной вене (ЛСВВ) (табл. 1).

Результаты. Выявлено достоверное возрастание среднего значения ЛССВ 2 группы без снижения среднего значения ЛСВВ (табл. 1). По мере прогресса заболевания (нарастания степени фиброза и др. факторов) существенно снижается пропускная способность печени (об этом свидетельствует снижение ЛСВВ в 3 группе ($p<0.05$). В то же время, отмечено существенное повышение линейной скорости крови по СВ. Соотношение ЛСВВ/ЛССВ в 1 группе составило 1,52, в 2 группе - 1,13, в группе 3 – 0,85. Таким образом, отчетливо прослеживается тенденция «выравнивания» во 2-й группе и «перекреста» значений ЛССВ и ЛСВВ в 3-й. На наш взгляд, это обусловлено как возрастанием доли объемного венозного кровотока селезеночной вены в общем портальном кровотоке по мере этапного развития портальной гипертензии при ДЗП.

Выводы. 1. Показатели линейной скорости СВ и ВВ имеют существенные отличия у пациентов с ДЗП и могут рассматриваться в качестве скрининговых исследований для оценки стадии (степени) ПГ и дифференциальной диагностики.

2. Определение ЛССВ и ЛСВВ дополняют клиническую классификацию Е.С. Рысс (1988) и позволяют объективизировать стадирование ПГ при ДЗП.

3. Пациенты с ДЗП при соотношением ЛССВ/ЛСВВ менее 1 входят в зону риска развития осложнений портальной гипертензии в виде асцита и (или) варикозного кровотечения.

Таблица 1. **Показатели линейной скорости в селезеночной и воротной вене в клинических группах по данным дуплексного сканирования**

Показатели	***1 группа (n=17)***	***2 группа (n=24)***	***3 группа (n=31)***
ЛССВ, см/с, (M±SD)	22,7±10,37	30,11±9,03*	32,3±11,48
ЛСВВ, см/с, (M±SD)	34,6±9,41	34,2±9,51	27,5±12,14*

*Примечание: M- среднее значение, SD-среднеквадратичное отклонение, * - p<0,05.*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ОБЪЕМНОГО КРОВОТОКА СЕЛЕЗЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ РЕДУКЦИОННОЙ ЭМБОЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Фомин П.Д., Козлов С.Н., Шаповалюк В.В., Марченко В.О.
Кафедра хирургии №3 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Киев, Украина
Киевский городской центр неотложной помощи при желудочно-кишечных кровотечениях (12 КГКБ), Киев, Украина

Миниинвазивные рентгеноэндоваскулярные хирургические вмешательства (РЭХВ) в виде эмболизации ветвей чревного ствола зарекомендовали себя безопасным и эффективным методом коррекции избыточного портального давления у больных с портальной гипертензией (ПГ) и все чаще применяются в клинической практике. В клинике Киевского городского центра неотложной помощи больным с острыми желудочно-кишечными кровотечениями за период 2008-2014 гг. выполнено 85 РЭХВ в виде эмболизации селезеночной артерии (ЭСА) у 82 пациентов. Однако, в доступной литературе практически не отражены варианты послеоперационного периода и в частности, причины восстановления объемного кровотока в бассейне селезеночной артерии (ОКСА) после выполнения РЭХВ.

Проанализированы частота, которая составила 6,1% (5 из 82), варианты и основные причины восстановления ОКСА после выполнения парциальной редукционной ЭСА. В 3 случаях восстановление ОКСА сопровождалось клиническими проявлениями осложненной ПГ в виде эпизодов рецидивирующего варикозного кровотечения, асцита и спленомегалии, возобновившихся спустя 12 мес после РЭХВ. В 2 случаях оно не сопровождалось клиническим проявлениями, а было выявлено при контрольном дуплексном сканировании и МСКТ-исследовании.

Основными причинами восстановления были: неоангиогенез с развитием коллатерального артериального кровоснабжения селезенки из бассейна собственно СА (1), верхнебрыжеечной артерии (1) и гастродуоденальной артерии (1); полное смещение окклюдера из первоначальной зоны установки в бифуркации СА в просвет верхнедолевой артерии с расширением нижнедолевой артерии (1), образование аневризмы СА в зоне установки (1). Необходимо отметить, что во всех случаях (5) имело место несоблюдение предписанной комплексной гипотензивной терапии у пациентов с сопутствующей ГБ 1-2 ст. Лечебная тактика при возникновении реканализации зависела от гемодинамических показателей объемного кровотока («гемодинамической значимости»), что определяло вариант последующей коррекции. В 2 случаях, при выявлении незначительного, до 0,5 л/мин, увеличения ОКСА (без клинических проявлений осложнений ПГ) была произведена медикаментозная коррекция - увеличена дозы и кратность приема неселективных бета-блокаторов. В остальных случаях (3), когда прирост ОКСА после достигнутых безопасных уровней составил от 0,5 до 1,0 л/мин – повторное РЭХВ и дополнительная эмболизация сегментами спирали типа Гиантурко. Во всех случаях достигнут положительный стойкий гемодинамический и клинический эффект (отсутствие симптомов и осложнений ПГ в течение 12 мес.).

Анализ полученных данных позволил сделать вывод о необходимости тщательного диспансерного сопровождения больных с выполнением контрольного дуплексного сканирования и МСКТ-исследования для оценки результатов выполнения РЭХВ. Наличие сопутствующей патологии сердечно-сосудистой патологии в виде гипертонической болезни необходимо учитывать при разработке программы послеоперационного ведения пациентов с осложненной портальной гипертензией. При восстановлении ОКСА выбор оптимального метода коррекции определяется степенью гемодинамических нарушений.

ТАКТИКА К ЛЕЧЕНИЮ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПИЩЕВОДНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Холматов П.К. Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали инб Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с портальной гипертензией с угрозой или состоявшимся кровотечением из варикозно - расширенных вен пищевода (ВРВП).

Материалы и методы. Проанализированы результаты применения эндоскопических методов

лечения, а также профилактики кровотечений из ВРВП в сочетании выполнения портокавальных шунтов (ПКШ) по поводу ПГ различной этиологии за период 1989-2014 гг. За это время проведено лечение у 276 пациентов с ПГ, при этом циррозы печени вирусной этиологии составили у (232) пациентов Эндоскопические методы (склеротерапия, эндолигирование ВРВП) в экстренном порядке применены у 42 больных, в плановом порядке (с целью профилактики пищеводных кровотечений) - у 91 больных. Все пациенты были распределены согласно классификации Чайлду-Пью.

Для профилактики первичного и рецидивного кровотечения из ВРВП II-III степеней выполнены 81 портокавальных шунтирующих операции (ПКШ), в том числе, дистальный спленоренальный анастомоз - у 24, проксимальный - у 15, мезентерикокавальный - у 8, ПКШ – Н типа выполнено в 34 случаях синтетическими протезами (Gore-Tex - 24, Витафлон – 10).

Результаты. Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из ВРВП достигнут у 37 (88,1%) из 40 больных, из 6 случаев рецидив кровотечения было у 4 больных, при этом гемостаз достигнут повторным сеансом эндолигирования, у 2 больных гемостаз достигнут с использованием зонда обтуратора Сенгстакен- Блэкмора. При профилактическом применении эндоскопических методов у 91 больных кровотечение из ВРВП развилось у 6 (6,6%) несмотря на эндоскопический гемостаз. При выполнении ПКШ, кровотечение развилось у 4 (5,8%) больных связанное с тромбозом портокавального шунта, который был диагностирован по данным выполненной ультразвуковой допплерографии.

Выводы. Таким образом, для профилактики и лечения кровотечений из ВРВП эффективны эндоскопические методы гемостаза, а также выполнение портокавальных парциальных шунтирующих операции.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хоронько Ю.В., Дударев С.И.
ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Введение. Прогнозирование течения таких осложнений портальной гипертензии (ПГ), как пищеводно-желудочные варикозные кровотечения (ПЖВК), гепаторенальный синдром (ГРС), кома в итоге прогрессирования печеночной энцефалопатии, а также исходов портосистемных шунтирований (ПСШ) базируется на системах Child-Pugh (ChP) и MELD. У пациентов с ПЖВК и ГРС они лишаются своих достоинств, так как не учитывают ряд параметров, изменение которых характерно для данных состояний.

Цель исследования: разработка прогностической системы оценки жизнеугрожающих осложнений ПГ цирротического генеза и риска планируемого ПСШ.

Материалы и методы. В хирургической клинике РостГМУ в 2007-15 гг. операции трансъюгулярного внутрипеченочного ПСШ (TIPS/ТИПС) подверглись 155 больных, показанием к которой был ПЖВК у 117 больных, рефрактерный к лечебным мероприятиям асцит - у 38, сопровождавшийся в 16 случаях ГРС 2 типа. Среди больных с острыми (7) и состоявшимися (110) варикозными геморрагиями асцит был у 22 человек, из которых у 8 диагностирован ГРС. Руководствуясь целью исследования, проанализировано течение заболевания у наиболее тяжелого контингента, а именно, у больных с ПЖВК. Мужчин было 73 (62,4%), женщин – 44 (37,6%). Средний возраст - 48,6±7,1 лет. Кровотечения в недавнем анамнезе были у 76 (65,0%), при этом 45 (38,5%) пациентов перенесли 2 и больше эпизодов геморрагий.

Результаты. Разработанный способ прогнозирования (Патент РФ №2492479) основан на оценке следующих показателей: длительность терапии диуретиками (в месяцах), эпизоды кровотечений в анамнезе (количество), уровни билирубина (мкмоль/л), калия плазмы (ммоль/л), гемоглобина (г/л) и креатинина (мкмоль/л). Клинико-лабораторные показатели, позволившие в упорядоченной совокупности оценить риск осложнений и прогноз операции TIPS/ТИПС, были избраны на основании проведенного исследования. Так, длительность терапии диуретиками объективно отражает резистентность асцита, количество эпизодов ПЖВК - адаптационные возможности пациента, уровень билирубина - экскреторную и метаболическую составляющие функции печени, уровень калия плазмы, будучи предиктором ГРС, - функцию почек, количество гемоглобина по истечении 7-14 дней после геморрагии - компенсаторные возможности системы кроветворения, уровень креатинина - ключевой показатель развития ГРС. Показателям присваиваются баллы от 0 до 4 и по их сумме определяется риск осложнения или исхода предстоящего ПСШ. Группа риска В (низкий

риск) – менее 8 баллов, группа C (средний) - 8-11, группа D (высокий) - 12-17. Вероятность успешного исхода операции TIPS/ТИПС в группе B высокая. В группе C – средняя и проведение интенсивной терапии позволяет перевести часть больных в группу B. При попадании пациента в группу D прогноз успеха операции негативный, необходима интенсивная терапия до стабилизации состояния. По этой методике был рассчитан прогноз для 103 больных, из них у 67 человек была установлена группа риска B, у 22 пациентов - C и у 14 больных - D. Последующее оперативное лечение и катамнестическое наблюдение подтвердило применимость прогностической системы.

Заключение. Существующие методики ChP и MELD имеют существенный недостаток - их эффективность заметно снижается при ВПЖК. Стратификация пациентов в группы риска (низкого, умеренного, высокого) позволяет проводить дифференцированную интенсивную терапию и предоперационную подготовку, способствующую снижению риска предстоящего вмешательства.

ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНЫХ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Хоронько Ю.В., Бликян А.В.
ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия

Актуальность. Усугубление энцефалопатии (ЭП) после порто-системных шунтирований (ПСШ) у больных с портальной гипертензией (ПГ) относится к числу ожидаемых и частых осложнений при вмешательствах подобного рода. Это отнюдь не может быть основанием для отказа от ПСШ, так как сохранение ПГ является причиной развития жизнеугрожающих состояний.

Цель исследования: разработать алгоритм применения профилактических и лечебных мероприятий, позволяющих предотвратить усугубление ЭП и повысить эффективность ее лечения после ПСШ при осложненной ПГ цирротического генеза.

Материалы и методы. В хирургической клинике РостГМУ в 2007-15 гг. операции трансъюгулярного внутрипеченочного ПСШ - TIPS/ТИПС, - подвергнуты 155 больных. Показаниями к вмешательству стали: варикозные пищеводно-желудочные кровотечения (у 117 пациентов) и рефрактерный к медикаментозным мероприятиям асцит (еще у 38). В ряде случаев печеночная ЭП выявлялась до операции: у 14 больных (9,0%) была установлена I стадия. С 2009 г. проводится углубленное обследование пациентов в контексте выявления латентной ЭП, которая среди 97 пациентов с помощью комплекса психометрических тестов была диагностирована у 52 (53,6%).

В зависимости от примененных методов лечения ЭП больные были распределены в две группы наблюдений. В I группу (контрольную) включены 58 пациентов, оперированных в 2007-2009 гг. (ретроспективное исследование). Это был этап освоения методики TIPS/ТИПС, когда мероприятия по профилактике и лечению ЭП не проводились целенаправленно. Во II группу вошли 97 пациентов, оперированных в 2009-15 гг., которым на этапе предоперационной подготовки и в раннем послеоперационном периоде проводилась терапия, включавшая применение лактулозы, неабсорбируемых антибиотиков группы рифаксимина (до 1200 мг/сутки), L-орнитин-L-аспартата (с индивидуальным подбором дозы и способа введения).

Результаты. Проанализировано течение послеоперационного периода в двух группах клинических наблюдений в контексте развивающейся ЭП. Установлено, что в 30-дневный срок после операции TIPS/ТИПС значимое усугубление ЭП (от латентной до I стадии и от I стадии до II) в I (контрольной) группе произошло у 17 (29,3%) больных, а во II – у 12 (12,4%). В I группе случаях в 2 (3,4%) послеоперационная ЭП была ярко манифестирована: в одном - соответствовала III стадии, а во втором сопровождалась нарушениями сознания до уровня комы (IV стадия). Этим больным потребовалось проведение лечебных мероприятий в условиях палаты интенсивной терапии, увенчавшихся успехом. В ряде случаев (4 и 3, соответственно группам) эпизоды прогрессирования ЭП были отмечены в сроки до истечения первого года, а у одной из пациенток – через 3,5 года после операции. У всех больных развитие данного осложнения удалось медикаментозно купировать.

Прибегнуть к эндоваскулярной редукции внутрипеченочного порто-системного шунта не пришлось ни в одном случае.

Заключение. Так как ПСШ (операция TIPS/ТИПС) является фактором, провоцирующим усугубление ЭП, одно лишь предположение об этом должно быть достаточным основанием для проведения комплекса лечебных мероприятий. Обеспечение ежедневного стула, диетические мероприятия, применение лактулозы (per os и в клизмах), неасорбируемых антибиотиков группы рифаксимина, препаратов L-орнитин-L-аспартата, - обязательные компоненты данного комплекса. Благодаря его применению удалось уменьшить частоту и выраженность эпизодов усугубления ЭП после ПСШ, предпринимаемых по поводу осложненной ПГ.

ОСОБЕННОСТИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ, ОБСЛЕДОВАНИЯ И ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ СИНДРОМЕ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Щерба А.Е., Коротков С.В., Юрлевич Д.И.,Федорук А.М.,Руммо О.О.
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска; Беларусь

Введение. Трансплантация печени (ТП) является высокоэффективным способом лечения пациентов с терминальной стадией заболеваний печени и по данным ELTR.org в 57% выполняется при циррозе печени (ЦП) с синдромом портальнойгипертензии (СПГ). Показание к ТП у пациента с ЦП складывается из факторов ведущих к высокому риску летального исхода: рецидивирующие кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, печеночная энцефалопатия, диуретикорезистентный асцит, спонтанный бактериальный перитонит, гепаторенальный синдром (ГРС), ГЦР, низкий физический и питательный статус. Шкалы Child и MELD стандартно используются для объективизации и приоритизации показаний к ТП однако не отражают ряд рисков обусловленных СПГ. Более того, выраженные проявления и осложнения СПГ влияют на послеоперационное течение (асцит, почечная дисфункция, парез кишечника, SFSS) и ведение пациента (возмещение потерь, диализ) и поэтому требуют предоперационной коррекции (TIPS), диагностики (выявление шунтов, тромбоза воротной вены) и изменения интраоперационной тактики.

Цель исследования: показать особенностиопределения показаний, обследования и технических аспектовоперации трансплантации печени при синдроме портальной гипертензии.

Материалы и методы. С 2008 по май 2015 гг. в центре выполнено 327 трансплантаций печени с госпитальной летальностью 6,1% (20/327). При сравнимом балле MELD приоритет отдавался пациентам с осложнениями СПГ и кахексией. В протокол обследования всех пациентов перед ТП входила МСКТ с целью выявления/исключения тромбоза воротной вены (ВВ) и значимых (10 мм и более) порто-системных шунтов (коронарный, спонтанный сплено-ренальный, мезентерикоподвздошный). Абсолютным противопоказанием к ТП считали тромбоз ВВ grade III-IV по Yerdel (Transpl. 2000) при отсутствии спонтанного спленоренального шунта. TIPS перед ТП устанавливали по поводу ГРС, рецидивирующих кровотечений и/или неокклюзионного тромбоза ВВ. Интраоперационная тактика включала идентификацию спонтанных порто-системных шунтов, определение вида венозной реваскуляризации трансплантата с или без эверсионной тромбэктомии, оценку портального кровотока и решение о его модуляции.

Результаты. TIPS в разные сроки перед ТП по поводу ГРС II типа, рецидивирующих кровотечений и/или неокклюзиоонного тромбоза ВВ (grade I-II по Yerdel) былустановлен у 19 пациентов. Ни в одном случае стент неосложнил выполнение ТП. В п/о периоде эти пациенты имели достоверно лучшую функцию почек, чем пациенты с ГРС без TIPS до ТП. Значимые спонтанные порто-системные шунты при МСКТ были выявлены у 45 (13,7%) пациентов. Эверсионная тромбэктомия и порто-портальная венозная реваскуляризация была выполнена у 13 пациентов. Каво-портальная транспозиция выполнена в 4 случаях у детей. Ренопоратльная транспозиция выполнена в 2 случаях. В 1 случае jump-graft от верхней брыжеечной вены. Целью интраоперационного УЗ-контроля была оценка линейного (норма 40-60 см/сек) и удельного портального кровотока (норма 120-200 мл/мин/100 г). Лигирование спонтанных порто-системных шунтов было выполнено во всех кроме 2 случаев с высокими показателями портальной гемодинамики после реперфузии. В результате принятой тактики не было ранней дисфункции трансплантата по причине гипо- или гиперперфузии. 2 случая интраоперационного ретромбоза были устранены экстренным стентированием ВВ. Наиболее частым проявлением тяжелой СПГ после лигирования порто-системных шунтов был персистирующий до 2 недель асцит.

Заключение. Системный и мультидисциплинарный подход к учету и коррекции тяжелых проявлений и осложнений СПГ на всех этапах организации трансплантации печени является залогом успеха оказания помощи данной категории больных.

РЕНТГЕНОЭНДОВАСКУЛЯРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Юрлевич Д.И., Руммо О.О., Щерба А.Е., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Лабунец З.В., Кирковский Л.В.
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска; Беларусь

Рентгеноэндоваскулярные технологии являются новым, эффективным и весьма перспективным методом, как предоперационной подготовки, так и консервативной терапии больных с гепатобиллиарной патологией.

Цель исследования: показать возможности рентгеноэндоваскулярных методик в предоперационной подготовке пациентов в центре гепатобиллиарной хирургии.

Материалы и методы. В качестве методов предоперационной подготовки используются: химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) при ГЦР и колоректальных mts; эмболизация ветвей воротной вены (PVE) – при ХЦК и TIPS при сочетанной патологии (цирроз печени+ГЦР).

В период с сентября 2010 г. по настоящее время в УЗ «9-я ГКБ» г. Минска 57 больным было выполнено 79 процедур ХЭПА, с использованием ПВА эмболов, нагруженных 50 мг доксирубицина. Женщин бвло 21%, мужчин - 79%, средний возраст мужчин – 51 год, женщин – 54 год. Этиология: ГЦР – 55, карциноид ПЖ с mts в печень – 1, карциноид легкого с mts в печень – 1. Класс тяжести Child-Pugh: A – 2 (3,5%), B – 15 (26,3%), C – 40 (70,2%).

С целью предоперационной подготовки 30 пациентам была выполнена эмболизация правой ветви воротной вены (женщин – 91,6%, мужчин - 8.4%, возраст 53 года (44-61). Этиология: ХЦК - 5 паразитарные поражения - 4, mts - 2, доброкачественные опухоли - 2. Для доступа в воротную систему использовалась минилапаротомия в правой подвздошной области, с выделением и катетеризацией v. ileocolica в брыжейке илеоцекального угла.

Было выполнено 83 операций TIPS. Мужчин было 54 (64.6%), женщин 29 (35.4%), средний возраст составил 46,4 лет (23-66). Класс тяжести Child-Pugh: C - 61, B - 21, A - 1. Этиология: ПБЦ - 2, хронический вирусный гепатит - 37, криптогенный - 4, алкоголь - 40.

Результаты. Госпитальной летальности после химиоэмболизации не было. У 27% пациентов (10 человек) ХЭПА позволила выполнить радикальную операцию (резекцию). 16 больным после химиоэмболизации (1-3 процедуры) была выполнена ортотопическая трансплантация печени (ОТП), 1 пациенту ХЭПА осуществлялась после ОТП.

После PVE 18 пациентам в дальнейшем было отказано в резекции вследствие прогрессирования процесса или недостаточного прироста паренхимы печени, 12 (40%) была выполнена резекция. Прирост объема печеночной ткани составил 9% (8;11%). Длительность обширных резекций печени без предварительной эмболизации, 420 (360; 540) мин, и после эмболизации, 420 (360; 420) мин, была сравнима (p=0,89). Интраоперационная кровопотеря при резекции после эмболизации, 500 (300; 650) мл, и без нее 400 (300; 800) мл, была сопоставима (p=0,77).

После TIPS 19 пациентам выполнена трансплантация печени, в среднем через 9 месяцев (2-14 месяцев). В сравнении, с 68 пациентами кто перенес ОТП с гепаторенальным синдромом без TIPS, нуждались в почечно-заместительной терапии (RRT) 1 из 14 после TIPS vs 26 из 68 без TIPS (Fisher test, two-tailed p=0,050). Не было смертности в листе ожидания.

Выводы. Рентгеноэндоваскулярные технологии являются неотъемлемым методом предоперационной подготовки в современном центре гепатобиллиарной и висцеральной хирургии.

III. ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ И РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОМ РАКЕ. ЦИРРОЗ ПЕЧЕНИ - ПРОТИВОПОКАЗАНИЕ?

Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Ванькович А.Н.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Цель исследования: анализ ближайших результатов и безопасности выполнения лапароскопических и робот-ассистирвоанных резекций печени у пациентов с гепатоцеллюлярном раке (ГЦК) на фоне цирроза печени (ЦП).

Материалы и методы. За период с 2010 по 2014 г.г. авторами было выполнено 7 лапароскопических и 4 робот-ассистированных резекций печени у пациентов с ГЦК на фоне ЦП Child-Pugh A. Применяли различные техники операции в зависимости от объема вмешательства, характера и локализации патологического процесса.

Результаты. Средняя кровопотеря составила 250 мл. Конверсия была выполнена в одном случае на последнем этапе операции-для адекватного гемостаза на поверхности среза печени из субсегментарных ветвей печеночных вен. У одной пациентки после резекции 6 сегмента печени сохранялся длительный асцит (в течение 3 недель), который был купирован введением альбумина и диуретиков. У одного больного развился абсцесс подпеченочного пространства, который был дренирован под ультразвуковым контролем и купирован к 12 суткам послеоперационного периода. Летальных исходов не было.

Заключение. Лапароскопические и робот-ассистированные резекции печени при гепатоцеллюлярном раке на фоне цирроза печени выполнимы безопасно для пациента и с минимальной кровопотерей. Техника операции, а также детализация интрапоперационных условий, при которых возможно выполнять минимально инвазивные резекции печени, требует дальнейшего изучения.

СКРИНИНГОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У., Исраилова М.Х.
Национальный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Первичный рак печени в структуре онкологической заболеваемости занимает 6 место среди всех регистрируемых случаев рака – 5,7%, из кото8рых 90% первичного рака печени составляет гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) занимая ведущее место среди злокачественных опухолей печени у взрослых.

В 1989 г. охарактеризован вирус гепатита С (HCV). Антитела к HCV обнаруживаются от 20 до 75% у больных ГЦК. Вирус гепатита «С» (ВГС) обозначен, как канцерогенный фактор 1 класса экспертами Международного агентства по изучению рака в Лионе. Риск развития ГЦР у инфицированных ВГС повышен более чем в 12 раз и годичный риск варьирует в пределах от 2,5 до 8,9%.

В 1994 г. Международное агентство по изучению рака в Лионе официально зарегистрировало вирус гепатита «В» как для людей канцерогенный фактор.

Также еще в тридцатых годах было обращено внимание на связь цирроза печени и ГЦК.

В настоящее время ГЦК является ведущей причиной смерти среди пациентов с циррозом печени, а скорость заболеваемости ГЦК продолжает расти. Наиболее значимыми приемами диагностики как первичного, так и метастатического рака печени являются различные методики ультразвукового исследования. Особенно значимым в дифференциальной диагностике с неопухолевыми образованиями печени является дуплексное сканирование в режиме цветового допплеровского картирования, энергии отражённого доплеровского сигнала и импульсной допплерографии, МСКТ, МРТ, ангиография.

Цель исследования: оценить скрининговые возможности ультразвукового исследования (УЗИ) в выявлении ГЦК и дать сравнительную характеристику чувствительности и специфичности КТ и МРТ.

Материалы и методы. В НЦХП и ЖВП за период с 2004 по 2014 гг. наблюдался и проходил лечение 321 пациент с диффузным поражением печени. Гепатит «С» был выявлен у 143 (44,5%) больных, гепатит «В» - у 97 (20,2%), цирроз печени - у 81 (25,2%) больного. Цирроз печени из 81 пациента у 31 на фоне гепатита «С», гепатита «В» - 15, гепатита «В» + «Дельта» - 13, алкогольной этиологии - 19, неизвестной этиологии - 3).

Всем пациентам в обязательном порядке производили УЗИ печени и у 15 пациентов была выявлена ГЦК: в группе гепатита «С» - 6, в группе гепатита «В» - 4, в группе цирроз печени - 5. Для уточнения диагноза всем пациентам выполняли МСКТ и МРТ с контрастированием.

Результаты. Размеры опухолей варьировали в пределах 1,5 до 11 см.

Показатели чувствительности и специфичности лучевых методов исследования в выявлении ГЦК: УЗИ: чувствительность - 92%, специфичность - 69%; МСКТ: чувствительность - 97%, специфичность - 82%; МРТ: чувствительность - 100%, специфичность - 89%

Соотношение стоимости обследования УЗИ, МСКТ, МРТ составило 1 - 6 – 11 соответственно.

Анализ исследований показал, что УЗИ является очень чувствительным методом обнаружения опухолевых образований в печени размерами более 1,5 см, а незначительный проигрыш в специфичности по сравнению с МСКТ и МРТ компенсируется значительным выигрышем в экономическом плане.

Заключение. Программы скрининга ГЦК и наблюдения за пациентами из групп риска улучшают показатели эффективности лечения. Раннее выявление ГЦК имеет первостепенное значение для улучшения результатов лечения и наблюдения. Целесообразность ультросонографии для скринингового обследования пациентов с циррозом печени, а также с длительно текущим гепатитом В и С в силу технико-экономических показателей (выигрыш в экономическом плане, повсеместная доступность, высокая чувствительность и специфичность в некоторых ситуациях сравнимая с КТ и МРТ) не оставляет сомнений.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В РЕЖИМЕ ДУПЛЕКСНОГО СКАНИРОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У.
Национальный центр хирургии печени и желчевыводящих путей МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

По данным ВОЗ, в развитых странах в 2012 г. смертность от ГЦК стоит на третьем месте (9,1%), уступая первенство раку легких (18,0%) и желудка (9,7%). Частота возникновения прямо коррелирует с распространенностью вируса гепатита В и С. Риск развития ГЦК выше более чем в 100 раз у носителей вируса гепатита В, а у лиц, инфицированных вирусом гепатита С риск повышен более чем в 12 раз.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) традиционно рассматривается как скрининговый метод в диагностике очагового поражения печени. Однако, возможности УЗИ в В-режиме при диагностике образований печени имеют определенные ограничения. Внедрение дуплексного и триплексного сканирования значительно расширило диагностические возможности ультразвукового исследования благодаря качественной оценке ангиоархитектоники очага и перинодулярной зоны, а также количественной оценке скоростных и спектральных характеристик кровотока в опухолях.

Цель исследования: выявление критериев, улучшающих возможности УЗИ, в диагностике и прогнозировании течения ГЦК.

Материалы и методы. В НЦХП и ЖВП обследовано 45 пациентов: с ГЦК (основная группа) – 15 (33,3%) пациентов, без нарушений со стороны печени (контрроольная группа) – 30 (66,7%) пациентов. Возраст пациентов варьировал в прпеделах от 23 до 72 лет. Основным методом диагностики гемодинамических показателей печени было УЗИ с дуплексным сканированием (ДС) в режимах цветового допплеровского картирования (ЦДК), энергии отражения доплеровского сигнала (ЭОДС) и импульсной допплерографии (ИД).

Исследования выполняли на ультразвуковой системе "Mindray DC N-7". Обследование включало: исследование в В-режиме с оценкой эхоструктуры печени; ДС магистральных сосудов печени (воротной вены и ее долевых ветвей, собственной печеночной артерии и её долевых ветвей, печеночных вен).

Количественные параметры оценки включали: максимальную линейную скорость кровотока (ЛСК), усредненную максимальную скорость объемного кровотока, печеночно-портальное отношение (ППО), а для артерий дополнительно индекс

резистентности (ИР). Для оценки низкоскоростных потоков использовался режим ЭОДС.

Результаты. Размеры опухолей варьировали в пределах от 3,5 до 11 см.

В В-режиме производили оценку диаметра сосудов, характер взаимодействия опухоли с окружающими органными и неопластическими сосудистыми структурами, наличие тромбов в венах системы воротной. По данным дуплексного сканирования оценивали проходимость сосудов, изучали качественные и количественные характеристики кровотока по магистральныи артериям и венам печени.

Диаметр печеночной артерии в группе ГЦК в среднем составил 6,5±1,5 мм, а в контрольной группе 5,5±0,5мм. Максимальная ЛСК в группе ГЦК варьировала в пределах от 71 до 89 см/с и ИР — 0.51 ±0.23, а в контрольной группе максимальная ЛСК составила 48±20 см/с.

Проведено сравнение значений ППО у пациентов двух групп. В группе ГЦК у пациентов с опухолями более 6 см наблюдали увеличение ППО до 0,39 – 0,43, что расценивалось как феномен артериализациии печеночного кровотока.

Внутриопухолевый кровоток смешанного типа с преобладанием артериального компонента отмечался у пациентов с ГЦК в 11 (73,3 %) наблюдениях.

Заключение. Расширение печеночной артерии, изменение индекса резистентности и печеночно-портального отношения может оказаться ключевым признаком повышающим специфичность УЗИ в диагностике ГЦК и сбор доказательных данных по данному направлению представляется перспективным.

THERAPEUTIC EFFECT OF TRANSCATHETER ARTERIAL EMBOLIZATION FOR HYPERVASCULAR HEPATOCELLULAR CARCINOMA: WEB-BASED MULTICENTER ANALYSIS

Baik J.H., Song K.S., Han J.K., Choo S.W., Park S., Kong H.J., Shin S., Lee K.H., Kim J.K.
Korean Society of Interventional Radiology
Department of Radiology, St. Vincent's Hospital, The Catholic University of Korea
Department of Radiology, St. Paul's Hospital, The Catholic University of Korea
Department of Radiology, Seoul National University Hospital
Department of Radiology and Center for Imaging Science, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine
The Korea Central Cancer Registry
Department of Radiology, Severance Hospital, College of Medicine, Yonsei University
Department of Radiology and Research Institute of Medical Science, Chonnam National University Medical School

Purpose: To evaluate the therapeutic effect of transcatheter arterial embolization (TAE) as a first treatment course for hypervascular hepatocellular carcinoma (HCC), using nationwide web-based multicenter data in Korea.

Materials and Methods. Eight hundred eighty eight HCC patients who were registered in the internet homepage of primary liver cancer registry (www.plcr.or.kr) from August 2003 to August 2005 were enrolled in this study, and they were investigated till February 2007. The patients were divided into three groups according to the following treatments after first TAE; TAE only, TAE + SL (any surgical resection, transplantation or percutaneous ablation followed), TAE + RC (any radiation therapy or chemotherapy followed). The clinical and tumor characteristics, embolization factors and survival periods were analyzed.

Results. The 5-year survival rates of the groups of TAE only, TAE + SL and TAE + RC were 21.6%, 57.4%, and 13.1%, respectively. In all cases and in the TAE only group, more selective and complete embolization increased survival rates. There were tendencies that as smaller tumor and the tumor in earlier stage, more selective and complete embolizations were performed in the TAE only group, and independent prognostic factors of this group were Child-Pugh classification, tumor size and Modified 4th UICC stage.

Conclusion. This study is the first nationwide multicenter analysis for TAE using an online registration system in Korea. Selective and complete TAE increases patient's survival, and decisive combined treatment after TAE such as surgical resection, transplantation or percutaneous ablation increases patient's survival.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ РАКЕ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Гранов Д.А., Боровик В.В., Поликарпов А.А.,
ФГБУ Российский научный центр рентгенохирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Введение. Лечение больных с гепатоцеллюлярной карциномой (ГЦК) на фоне цирроза остается актуальной задачей современной медицины. Выполнение радикальных обширных резекций невозможно, проявления цирроза прогрессируют, а дефицит донорских органов не позволяет радикально помочь всем больным в листе ожидания.

Поэтому крайне важным является сопровождение пациентов, направленное на сдерживание роста опухоли на фоне цирротической трансформации паренхимы.

Цель исследования: показать результаты лечения больных с ГЦК на фоне цирроза.

Материалы и методы. В период с 1998 по 2015 г в РНЦРХТ выполнены 150 ортотопических трансплантаций печени (ОТП), из них по поводу ГЦК на фоне цирроза 13 (9%) случаях. В 4 наблюдениях отмечен акцидентальный характер опухоли. С целью локального контроля опухолевого роста у 7 пациентов в листе ожидания выполнялась суперселективная масляная химиоэмболизация печеночной артерии (МХЭПА) суспензией доксорубицина (20-60 мг) и липиодола (5-10 мл) с окклюзией питающих артерий. Число процедур варьировало от 1 до 5. В последующем у 4 больных выполнили радиочастотную аблацию (РЧА) очага в печени. Сроки нахождения в листе ожидания составили от 2 до 13 мес.

Результаты. В настоящее время живы 8 пациентов в сроки от 1 до 96 мес. В четырёх случаях отмечено прогрессирование гепатоцеллюлярной карциномы. Пациентке с метастазами в лёгкие проведены 8 курсов системной химиотерапии доксорубицином с добавление таргетных препаратов; больной с диагностированным внутрибрюшным рецидивом выполнена операция по удалению опухоли.

Больная с фиброламеллярной формой ГЦК и объёмом поражения печени вне Миланских критериев погибла от генерализации заболевания через 19 мес. Пациент с гепатоцеллюлярной карциномой, перенесший до ОТП 3 курса МХЭПА со значимым уменьшением 3 опухолевых узлов до размеров 3 см, умер через 4 мес. после пересадки от рецидива в трансплантате. Неадекватный кровоток по печёночной артерии с развитием некротического холангита привел к смерти 1 больного через 8 мес. после ОТП, признаков возврата заболевания не было. Пациентка с внутрибрюшным рецидивом погибла от генерализации опухоли через 58 мес после ОТП. В последнем наблюдении со случайно выявленной гепатоцеллюлярной карциномой на фоне цирроза реципиентка погибла от сепсиса через 15 сут после ОТП. Следует отметить уменьшение размеров опухоли после МХЭПА в 6 наблюдениях; при дополнении РЧА имелся суб- и тотальный некроз узлов, что позволило продлить пребывание больных в листе ожидания без прогрессирования опухоли.

Заключение. ОТП является адекватным методом лечения больных с ГЦК на фоне цирроза (в пределах Миланских критериев). Проведение селективной МХЭПА у пациентов в листе ожидания замедляет прогрессирование ГЦК, позволяет дожить до ОТП.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПЕЧЕНИ СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С ЦИРРОЗОМ

Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А., Худоеров С.С., Нематов О.Н., Туйев Х.Н.
Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения первичного рака печени развившегося на фоне цирроза.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2014 г.г. в отделении абдоминальной хирургии по поводу первичного рака печени, развившегося на фоне цирроза в стадии T2-3N0-1M0, 67 больным произведены радикальные операции. При оценке функционального резерва печени ориентировались на радионуклидные и биохимические исследования. По классификации K. Okuda (1984) у всех больных была печеночно-клеточная функция 1 стадии. Объём оперативного виешательства: право- и левосторонняя гемигепатэктомия – 18 (26,8%) (10 и 8 больных соответственно); бисегментэктомия – 29 (43,3%); сегментэктомия – 20 (29,8%) больным. Возраст больных варьировал в пределах от 39 до 62 лет. Мужчин было 43 (64,2%), женщин – 24 (35,8%). Опухоль локализовалась в правой доле печени у 42 (62,7%) больных, в левой

доле - у 25 (37,3%) больных. Узловая форма роста опухоли обнаружена у 55 (82,1%) больных, массивная - у 12 (17,9%). Морфологическая верификация образований: гепатоцеллюлярная карцинома - у 59 (88,0%) больных, холангиоцеллюлярная карцинома - у 2 (2,9%) больных.

Результаты. В послеоперационном периоде у 23 (34,3%) больных развились осложнения разного рода. Среди них наиболее грозным являлась печеночная недостаточность, которая развилась у 4 больных после правосторонней гемигепатэктомии. Экссудативный плеврит развился у 12 больных, кровотечение из ложа опухоли - у 3, желчетечение - у 2 больных, бронхопневмония - у 1 больного и тромбоэмболии легочной артерии - у 1 больного. В послеоперационном периоде умерли 3 (4,5%) больных (1 больной на 3 сутки после операции от тромбоэмболия легочной артерии, и еще 2 больных от нарастающей печеночной недостаточности. Осложнения были ликвидированы малоинвазивным хирургическим и консервативными методами. Экссудативную жидкость плевральной полости эвакуировали с помощью торакоцентеза, кровоистечение прекращались в течение 3-4 дней на фоне гемостатической терапии. желчеистечение от 9 до 17 дней. Повторные хирургические вмешательства не производились.

Выводы. Активная хирургическая тактика при раке печени сочетающегося с циррозом печени оправдана. Послеоперационные осложнения прямо пропорциональны не только объему резекции, но и зависят от степени развития цирроза печени. Осложнения больше имеют специфический характер, которые при адекватном лечении устранимы консервативным путём.

РЕГИОНАРНАЯ ТЕРАПИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОГО ГЕПАТОЦЕЛЛЯРНОГО РАКА

Долгих Р.Н., Манюхин А.А., Филиппов А.В.
ФГБУ "3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского" Минобороны России, Красногорск, Россия

Трансартериальная химиоэмболизация является наиболее действенным вариантом регионарной терапии у больных с нерезектабельным гепатоцеллюлярным раком. Этот метод объединяет введение химиопрепарата с обструкцией артерии, питающей опухоль. Более чем у 50% пациентов наблюдается объективный ответ (обширный некроз опухоли), ведущий к улучшению выживаемости. Приводим *клиническое наблюдение*.

Больная Н., 1944 года рождения госпитализирована в августе 2012 года в плановом порядке для дополнительного обследования, в связи с выявленным по данным УЗИ объемного образования печени. При госпитализации предъявляла жалобы на чувство тяжести, дискомфорта в правом подреберье. По данным МРТ: асцит, гепатоспленомегалия с признаками портальной гипертензии. В правой доле многоузловое мягкотканное образование неоднородной структуры размером 25,0х12,0 см с инвазией в правую почку и не исключено в тело поджелудочной железы, желудок и толстую кишку. Деформация сосудистого пучка ворот печени с наличием увеличенных лимфоузлов. Не исключался тромбоз воротной вены. Выполнена биопсия опухоли правой доли печени под контролем УЗИ. Гистологическое исследование: очагово некротизированная опухоль малодифференцированного рака, возможно, гепатоцеллюлярного. При фиброгастродуоденоскопии с биопсией подтверждена инвазия опухоли в стенку желудка до слизистого слоя. Клинический диагноз: Гепатоцеллюлярный рак (SV-VIII) T4NxM1, 4В стадии. Асцит. 13.09.2012 г. выполнена масляная химиоэмболизация печеночной артерии (МХЭПА) 100 мг доксорубицина с 10 мл липиодола. Последовательно проведено 4 цикла внутриартериальной химиоэмболизации с интервалами между курсами 3 месяца, а также уменьшением дозы доксорубицина до 50 мг в последние 2 курса и использованием микросфер DC Beed 500-700. Параллельно с 30.10.2012 года начата химиотерапия по схеме XELOX, проведено 6 курсов. При контрольном МР-исследовании по сравнению с данными от 2012 года отмечается уменьшение в размерах ранее выявленного в правой доле объемного образования до 3,9 х 2,9 см, на границе III и IV мягкотканный очаг до 1,3 см. Признаков распространения на соседние органы и структуры не выявлено. В настоящее время больная находится под наблюдением без признаков прогрессирования опухоли. При морфологическом контроле – признаков опухолевого роста не выявлено.

ДИАГНОСТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д., Косяк А.А., Гаврилов О.В., Панюшкин Д.В., Солдатенко Н.В., Смоленцев С.В., Колыванова М.В.
ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера Минздрава России, Пермь, Россия
Пермский центр хирургии печени, Пермь, Россия
ГБУЗ «Краевая медико-санитарная часть №1», г. Пермь, Россия

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) занимает шестое место в мире среди злокачественных новообразований. В 80% случаев заболевание диагностируется поздно. Резектабельность не превышает 10-20%. У 50-60% больных химиотерапия малоэффективна.

Цель исследования: ранняя диагностика и улучшение результатов лечения больных ГЦК.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2014 гг. в Пермском центре хирургии печени пролечено 34 пациента с ГЦК в возрасте от 24 до 77 лет. Средний возраст пациентов составил 55,6±7,8 лет. Мужчин было 13, женщин – 21. Размеры опухоли варьировали от 3 до 14 см в диаметре. Комплекс диагностических мероприятий включал в себя общие лабораторные исследования, определение антигенов HBV- и HCV-инфекции, АФП, оценку гемостаза и печеночной недостаточности, УЗИ, КТ (МРТ с примовистом), лапароскопию, биопсию опухоли печени. Резекция печени выполнена 5 пациентам: левосторонняя латеральная секторэктомия – 1, бисегментэктомия VI-VII – 1, атипичная резекция печени – 3. РЧА подвержены 23 пациента. Остальным 6 пациентам проводилась химиотерапия сорафенибом.

Результаты. После резекции печени в 1 (25%) случае послеоперационный период осложнился формированием поддиафрагмального абсцесса. У одной пациентки после левосторонней латеральной секторэктомии через 6 месяцев возник новый очаг ГЦК в S4b сегменте – выполнена резекция сегмента печени, еще через 8 месяцев у нее появились метастазы в забрюшинные лимфоузлы и лимфоузел гепатодуоденальной связки. Рецидивов и метастазирования опухоли у больных после РЧА не было. 7 пациентам выполнены повторные сеансы РЧА. Кумулятивная выживаемость после РЧА составила 88,2±7,9% за первый год наблюдения; 68,0±14,1% - за второй; 13,8±6,5% - за третий. Химиотерапия сорафенибом улучшила качество жизни неоперабельным больным, размеры опухоли у этой группы пациентов уменьшились, но незначительно, медиана общей выживаемости у них составила 10,7 мес.

Выводы. С целью ранней диагностики ГЦК необходимо скрининговое обследование - УЗИ печени, КТ (МРТ с примовистом) при выявлении очаговых образований печени, определение АФП. Хорошие результаты достигаются после радикального хирургического вмешательства и трансплантации печени. РЧА является альтернативой существующим хирургическим методам. Включение в терапию сорафениба позволяет улучшить качество и продолжительность жизни пациентов.

PROSPECTIVE STUDY OF TRANSCATHETER ARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION FOR UNRESECTABLE HEPATOCELLULAR CARCINOMA: AN ASIAN COOPERATIVE STUDY BETWEEN JAPAN AND KOREA

Ikeda M., Arai Y., Park S.J., Takeuchi Y., Anai H., Kim J.K., Inaba Y., Aramaki T., Kwon S.H., Yamamoto S., Okusaka T.
Japan Interventional Radiology in Oncology Study Group (JIVROSG), Japan
Korea Interventional Radiology in Oncology Study Group (KIVROSG), Korea

Purpose: To evaluate the safety and efficacy of transcatheter arterial chemoembolization used for the treatment of unresectable hepatocellular carcinoma (HCC) with an Asian cooperative prospective study between Japan and Korea.

Materials and Methods. Patients with unresectable HCC unsuitable for curative treatment or with no prior therapy for HCC were enrolled. The patients underwent transcatheter arterial chemoembolization with emulsion of Lipiodol and anthracycline agent, followed by embolization with gelatin sponge particles, which was repeated on an as-needed basis. The primary endpoint was 2-year survival rate, and the secondary endpoints were adverse events and response rate.

Results. The 2-year survival rate of 99 patients

was 75.0% (95% confidence interval, 65.2%–82.8%). The median time-to progression was 7.8 months, and the median overall survival period was 3.1 years. Of 99 patients, 42 (42%) achieved a complete response, and 31 (31%) had a partial response. The response rate was 73% using modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumors. The grade 3–4 toxicities included increased alanine aminotransferase level in 36%, increased aspartate aminotransferase level in 35%, thrombocytopenia in 12%, and abdominal pain in 4% of patients. All other toxicities were generally transient.

Conclusions. Asian transcatheter arterial chemoembolization demonstrated sufficient safety and reasonable efficacy as a standard treatment for unresectable HCC. These results could be useful as reference data for future trials of transcatheter arterial chemoembolization.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА КАТЕТЕРИЗАЦИИ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ ПРИ СЕЛЕКТИВНОЙ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Ищенко Р.В., Седаков И.Е.
Московский областной онкодиспансер, Москва, Россия
Донецкий областной онкологический центр, Донецк, Россия

Разработаны и внедрены в клиническую практику способы катетеризации печеночной артерии через правую желудочно-сальниковую артерию и (или) правую желудочную артерию, которые позволяют быстро и без риска кровотечения установить катетер при различных типах кровоснабжения печени для проведения селективной внутриартериальной химиотерапии.

После катетеризации собственной печеночной артерии выводят культю артерии с катетером через сформированный тоннель в круглой связке печени в контрапертурный прокол в правом подреберье и оставляют в таком состоянии на весь срок лечения, либо устанавливают подкожный артериальный порт.

Методика ангиостомии обеспечивают возможность транспорта противоопухолевых препаратов непосредственно к органу-мишени, а с другой стороны отграничивают препарированный артериальный сосуд от свободной брюшной полости.

Селективная внутриартериальная химиотерапия по описанному методу проведена у 326 пациентов с метастазами в печень колоректального рака. В процессе или после лечения осложнения возникли у 17 больных, что составляет 5,2%. При определении степени токсичности реакций была использована шкала NCI – CTC (1999 г.).

Предложенный метод лечения больных позволяет реализовать селективную внутриартериальную полихимиотерапию у больных с различными вариантами кровоснабжения печени. Целесообразно во всех случаях производить блочную лимфодиссекцию ворот печени с обнажением структур чревного ствола и холецистэктомией.

Предложенная последовательность действий при выполнении селективной внутриартериальной полихимиотерапии позволяет одновременно учитывать анатомические варианты, а также избегать возможных ошибок и осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ

Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Максимкулов Дж.М., Худоёров С.С., Улмасов Ф.Г.
Республиканский онкологический научный центр, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с первичным раком печени.

Материалы и методы. В абдоминальном отделении РОНЦ МЗ РУз за период 2006-2014 годы произведены 236 хирургических вмешательств по поводу первичного рака печени (ПРП). Основными методами верификации явились: компьютерная томография, ультрасонография и цветное картирование, пункционная биопсия с последующим морфологическим исследованием. По системе TNM выявлено: T2N0M0 – 40 (16,9%), T2N1M0 – 129 (54,6%), T3N1M0 – 67 (28,4%) больных. Опухолевой процесс локализовался у 133 (56,4%) больных в правой доле печени, 103 (43,6%) – в левой доле печени. При морфологическом исследовании опухолевого процесса установлено: гепатоцеллулярная карцинома у 176 (74,6%), холангиоцеллюлярная карцинома – у 38 (16,1%), злокачественная гемангиоэндотелиома – у 17 (7,2%), гемангиоперицитома – у 5 (2,1%) больных. Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 61 (26,8%), левосторонняя

гемигепатэктомия – у 66 (25,7%), трисегментэктомия у 39 (17,6%), бисегментэктомия у 43 (18,2%), сегментэктомия – у 16 (4,4%), парамедианная билобэктомия – у 11 (8,0%) больных.

Результаты. Анализ полученных результатов показал, что в раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 51 (21,6%) пациента, которые разделялись на локальные и общие. У 12 (5,1%) больных после правосторонней гемигепатэктомии имело место развитие печеночной недостаточности с последующей энцефалопатией и ренальной недостаточностью, у 9 (3,8%) – послеоперационная правосторонняя бронхопневмония. Среди локальных осложнений наиболее часто встречался желчный свищ – у 6 (2,5%) больных, кровотечение из культи оставшейся части печени – у 8 (3,4%) больных и экссудативный плеврит справа у 16 (6,8%). Следует отметить, что осложнения общего характера наиболее характерны для расширенных резекций печени, так как после гемигепатэктомии и парамедианной билобэктомии они встречались у 10 (4,2%) пациентов. А развитие желчного свища и кровотечения не имело корреляцию от объема хирургического вмешательства. Умерли 12 (5,1%%) пациентов. У 7 причиной летальности была острая гепаторенальная недостаточность с развитием тяжелой энцефалопатии. Причиной летальности у 4 (2,9%) больных был желчный перитонит у 1 (0,7%) – кровотечение из культи печени.

Отдаленные результаты прослеживали у 224 больных. Одногодичная летальность наблюдалась у 18 (17,6%) пациентов, одногодичная выживаемость составило 91,9%. Трехлетняя выживаемость наблюдалась у 63,3% больных, и 5-летняя у 39,4% больных. При изучении корреляции средней продолжительности жизни (СПЖ) в зависимости от вида операции, наиболее положительные показатели отмечены после гемигепатэктомии – 47,1+1,0 мес.

Рецидив заболевания установлен у 24 (10,2%) больных: у 20 после три- и бисегментэктомии, у 4 – после сегментэктомии.

Заключение. Выполнение радикальных хирургических вмешательств при злокачественных образованиях печени позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения, что выражается в увеличении СПЖ и общей 5-летней выживаемости.

АНАТОМИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЕЕ ОБЪЕМНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У.
АО «Республиканский Специализированный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Цель. Провести анализ частоты пострезекционной печёночной недостаточности в резекционной хирургии печени.

Материалы и методы. Работа основана на ретроспективном анализе проведенных исследований у 133 больных с различными образованиями в печени, оперированных в отделении хирургии печени и желчных путей и отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии имени акад. В.Вахидова за период с 1992 по 2014 гг. Все больные были распределены на две группы: контрольная группа охватила период с 1992 года по 2009 год (n=81), основная группа характеризуется внедрением новейших резекционных технологий и охватывает период с 2009 по 2014 годы (n=52). Основным показанием для операции были объемные образования в печени в 93,2% случаях (124/133), среди которых преобладали гемангиомы печени – 50,4% (67/133).

Результаты. Признаки печеночной недостаточности фиксировались нами преимущественно у больных, перенесших обширные резекции печени, так в контрольной группе ППН осложняла послеоперационый период в 10 случаях (23,3%), у 4 больных в виде умеренной ПН (9,3%), у 6 больных она проявлялась в виде клинически значимой выраженной печёночной недостаточности. В основной группе (n=33) ППН после обширных резекций печени имела место в 4 случаях (12,1%), у 2 больных проявления её были тяжелыми (6,1%). В группе пациентов, перенесших экономные резекции печени, признаки печеночной дисфункции или отсутствовали или наблюдались в минимальной степени. Лишь у 2 больных (2/38), оперированных на фоне диффузных изменений в печени, отмечены признаки умеренно выраженной печеночной недостаточности. Всего на 133 вмешательства, частота более или менее выраженной печёночной недостаточности, в наших наблюдениях, составила 12% (16/133). Основная доля этого осложнения приходилась на обширные резекции печени (14/16) и составила 87,5%

Заключение. Внедрение современных технологических средств в резекционную хирургию печени для снижения риска интраоперационной кровопотери в совокупности с разработанным тактическим алгоритмом профилактики и лечения функциональной недостаточности гепатоцитов позволило снизить частоту специфических пострезекционных осложнений с 22,2% до 9,6%, летальности с 4,9% до 1,9%.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова»
г.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 исследования: 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 колебался 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 исследования: объем интраоперационной кровопотери в среднем в первой группе составил 202,7±11,6 мл, тогда как во второй группе 512,5±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 наблюдался 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.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С., Каширский А.Г., Чернышова Н.В., Куркин А.В., Соколов А.Н.
ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия

Актуальность. Первичный рак печени занимает пятое место в структуре онкологической заболеваемости в мире (Напалков Н.П., 2004). Ежегодно от данного заболевания умирает более 1 млн человек (Патютко Ю.И., 2005).

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения пациентов с первичным раком печени.

Материалы и методы. В общехирургических отделениях №1 и №3 ВОКБ №1 с 2010 по 2014

гг. находились на лечении 35 пациентов (мужчин – 23, женщин – 12) в возрасте от 17 до 84 лет с диагнозом первичный рак печени. Распределение больных по стадиям заболевания составило: стадия I – 1 (2,9%), стадия II – 5 (14,3%), стадия III – 6 (17,1%), стадия IV – 23 (65,7%). Гистологически у 7 (20,0%) был выявлен смешанный (гепато-/холангиоцеллюлярный) рак, у 28 пациентов (80,0%) – гепатоцеллюлярная карцинома. При первом поступлении в стационар механическая желтуха была выявлена у 14 (40,0%), асцит – у 7 пациентов (20,0%), вследствие чего больным с механической желтухой первым этапом была выполнена холангио-/холецистостомия под УЗ-контролем для декомпрессии билиарного дерева, а пациентам с асцитом – дренирование брюшной полости под УЗ-контролем.

Результаты. Радикальное оперативное лечение было произведено 11 пациентам (31,4%): стадия I – резекция V, VI сегментов печени у 1 пациента; стадия II – двухсегментарные резекции печени у 2 больных, 2 правосторонние гемигепатэктомии; стадия III – 1 правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией IV сегмента, с регионарной лимфоаденэктомией и 1 левосторонняя гемигепатэктомия с пластикой правой ветви воротной вены (послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением, эвентрацией, местным желчным перитонитом, после чего пациент умер вследствие полиорганной недостаточности, отека мозга); стадия IV – 3 правосторонние гемигепатэктомии, у 1 пациента с пластикой левой ветви воротной вены и у 1 – с последующим наложением продольного панкреатоеюноанастомоза вследствие гипертензии вирсунгова протока, а также 1 левосторонняя гемигепатэктомия с пластикой правой печеночной артерии и правой ветви воротной вены.

Паллиативному оперативному лечению были подвергнуты 12 (34,3%) пациентов: стадия I – 1I (41х40 мм и 31х26 мм соответственно); стадии III, IV – 6 эксплоративных лапаротомий (2 больных умерло в раннем послеоперационном периоде вследствие прогрессирующей сердечно-легочной недостаточности и эндотоксического шока) и 5 селективных эндоваскулярных химиоэмболизаций афферентных ветвей гепатоцеллюлярной карциномы из систем левой или правой печеночных артерий (2 пациентов умерло в послеоперационном периоде по причине развившегося вследствие опухолевого тромбоза воротной вены синдрома портальной гипертензии, осложнившегося асцитом, варикозным расширением вен пищевода и кровотечением из них, печеночно-почечной недостаточностью).

Общая летальность составила 22,9% (8 пациентов из 35), а летальность после радикального хирургического лечения – 9,1% (1 больной из 11).

Выводы. Результаты хирургического лечения первичного рака печени зависит от топографии опухоли и ее своевременной диагностики. Использование сосудистой пластики у больных с распространенным процессом расширяет возможности хирургического лечения первичного рака печени. Радиочастотная абляция и эндоваскулярная химиоэмболизация показаны у неоперабельных пациентов или как предоперационное цитостатическое пособие.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНЫХ АРТЕРИЙ (ХЭПА) В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫМ РАКОМ (ГЦР) НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (ЦП)

Полехин А.С., Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А.
ФГБУ Российский научный центр рентгенохирургических технологий Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: изучить результаты ХЭПА в лечении пациентов с неоперабельным ГЦР на фоне ЦП.

Материалы и методы. Основу сообщения составляет опыт наблюдения 47 больных ГЦР на фоне ЦП, наблюдавшихся и получавших специальное противопухолевое лечение в ФГБУ РНЦРХТ с 2002 по 2015 гг. Распределение пациентов по Барселонской классификации- BCLC: A4 стадия- 16 (34%); B-27 (57%); C- 4 (9%) больных.

ХЭПА выполняли от 1 до 12 раз, в среднем 4 процедуры. При стадии "А" по вышеуказанной классификации, выполняли введение в собственную или долевые печеночные артерии химиомасляной суспензии Доксорубицина (10-50 мг) или Митомицина "С" (5-10мг) в 5-10 мл и сверхжидкого Липиодола, после чего выполняли окклюзию питающих опухолевых сосудов мелкими фрагментами гемостатической коллагеновой губки (n= 20). Однако в большинстве случаев (стадии В и С- 61%) химиомасляная суспензия или микросферы насыщенные Доксорубицином (20-50 мг) вводились непосредственно в опухолевые сосуды (n=27).

Оценку результатов лечения и динамики процесса, а также решение о повторных ХЭПА производили посредством контроля уровня АФП, МСКТ

и МРТ (с Примовистом), спустя 3-4 недели после процедуры. В зависимости от результатов обследований ХЭПА повторяли через 1-8 (в среднем 4.5) мес.

Результаты. Постэмболизационный синдром-боли в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, лихорадка наблюдали у 14 (29%)пациентов. Постпункционная ложная аневризма общей бедренной артерии - 1 (2%), абсцесс печени-1 (2%), усиление портальной гипертензии, проявшееся желудочно-кишечным кровотечением- 2 (4.2%). Летальный исход от нарастания печеночной недостаточности - 2 (4.2%).

Прогрессирование онкологического заболевания выявлено у 21 (41%) больного, прогрессирование цирроза печени у 9 (19%) больных. Все они умерли в сроки от 2 до 31 месяца, СПЖ составила 13 месяцев. В настоящее время живы 17 пациентов в сроки от 5 до 43 мес. (в среднем 22); продолжается их динамическое наблюдение и лечение. 1-2-3х летняя выживаемость составила 63%- 32 % и 14 %, соответственно.

Выводы. ХЭПА является одним из основных методов лечения пациентов с нерезектабельным ГРЦ на фоне ЦП. Данная методика является безопасной (10% осложнений, летальный исход- 2%) и увеличивает показатели выживаемости выживаемости.

ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Пышкин С.А., Маслов В.Г., Борисов Д.Л.
Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия
МБУЗ Городская клиническая больница №8, Челябинск, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Южно-уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Челябинск, Россия

Цель исслелдования: изучить частоту первичных злокачественных опухолей печени (ПЗОП) среди объемных поражений печени (ОПП) и оптимизировать диагностическую и лечебную тактику.

Материалы и методы. За 20 лет пролечено 1497 больных с ОПП. Злокачественных - 382, из них первичных - 186, метастатических – 196, доброкачественных более 5 см – 494 (гемангиома - 314, аденома – 117, фибронодулярная гиперплазия – 63), непаразитарные кисты печени - 366, эхинококк (гидатидозный и альвеолярный) - 189, абсцессы– 49; редкие ОПП (актиномикоз и др.) - 17. ПЗОП составили 12,4% от всех ОПП, 48,7% - от злокачественных. У большинства больных был гепатоцеллюлярный рак – 170, из них на фоне ЦП (HCV этиологии) – 34 (20%), холангиоцеллюлярный рак - 9, ангиосаркома - 2, карциноид – 3, шваннома – 1, лимфома -1. Возраст пациентов с ПЗОП варьировал от 34 до 79 лет, соотношение мужчин и женщин составило 2,5:1. У 87% пациентов наблюдался масс- эффект (чувство тяжести, дискомфорта в правом подреберье) и общая онкологическая симптоматика. В 13% случаев опухоль протекала бессимптомно и была диагностирована случайно. Для диагностики применяли: определение онкомаркеров (АФП, РЭА, СА-19-9), УЗИ (в т.ч. интраоперационное), СКТ или МРТ. Для исключения метастатического поражения печени проводилось посистемное обследование. При необходимости – лапароскопия (распространенность процесса в органе, диссеминация), биопсия опухоли (лапароскопическая или под контролем УЗИ). По показаниям проводили СКТ в "сосудистом" режиме или кавaграфию. В ряде случаев диагноз устанавливался интраоперационно: осмотр, пальпация, интраоперационное УЗИ, срочное гистологическое исследование. Оперировано 143 больных. Отказ от операции (28) был обусловлен билобарным поражением, диссеминацией опухоли, декомпенсацией цирроза (стадия В и С по Child) тяжелой сопутствующей патологией. Выполнены операции: гемигепатэктомия – 98 (в т.ч. 13 расширенных), три- би- сегментэктомия – 23, краевая резекция – 6, энуклеация – 3 (последние при циррозе), эксплоративная лапаротомия – 13.

Результаты. Важными диагностическими критериями ПЗОП являются: гиперваскулярные образования более 2 см, определяемые любыми двумя способами визуализации; образования 1-2 см, гиперваскулярные при исследовании любыми двумя методами визуализации. При соблюдении данных условий биопсию можно не проводить. Любое образование больше 2 см, даже гиповаскулярной структуры, должно рассматриваться как подозрительное на злокачественную опухоль. Показатель АФП выше 500 нг/мл с большей долей вероятности предполагает наличие ПЗОП. Дифференциальный диагноз чаще проводился с метастатическим поражением – 21%, аденомой – 14,5%, фибронодулярной гиперплазией печени – 4,2%.

Послеоперационные осложнения диагностированы в 34% случаев. Чаще в структуре осложнений встречались печеночная недостаточность и реактивные плевриты. Интраоперационная летальность составила 0,7%, послеоперационная- 2,3%. Послеоперационные осложнения, требующие релапаротомии, выявлены в 1,5% случаев.

Выводы. Первичные злокачественные опухоли печени были в 12,4% среди пролеченных больных с ОПП. Важным признаком, подтверждающим злокачественность ОПП, является гиперваскуляризация (при УЗИ, СКТ). В настоящее время резекции печени остаются одним из основных методов в лечении больных этой категории. Перспективным представляется эффективная лекарственная терапия (химио-, иммуно-, таргетная терапия) в комбинации с хирургическим лечением.

ТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Авдей Е.Л., Кирковский Л.В., Ефимов Д.Ю.
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я Городская клиническая больница» г. Минска, Беларусь

В последнее десятилетие в Республике Беларусь отмечается рост заболеваемости гепатоцеллюлярным и холангиоцеллюлярным раком. При этом, существует необходимость в поиске новых подходов к хирургическому лечению данной группы заболеваний.

Цель исследования: оценка результатов применения трансплантационных технологий в лечении злокачественных опухолей печени и желчевыводящих протоков, в частности, гепатоцеллюлярного рака.

Материалы и методы. В исследование включены 295 трансплантаций и 292 резекции печени, выполненных на базе УЗ «9-я ГКБ» г. Минска в период с 01.01.2008г. по 01.01.2015г. Из них 40 ортотопические трансплантации печени выполнены по поводу злокачественных новообразований (29 из них (72,5%) произведены по поводу гепатоцеллюлярной карциномы на фоне терминальной стадии цирроза печени, 2 (5%) – при сочетании гепатоцеллюлярного рака и холангиокарциномы, 2 (5%) - опухоли Клацкина, 2 (5%) – гепатобластомы (1 пациент), в 4 (10%) случаях была выявлена эпителеоидгемангеоэндотелиома печени и в 1 (2,5%) – метастазы карциноида поджелудочной железы). Разнообразные варианты резекций нижней полой вены, а также печеночных вен, ветвей воротной вены и собственной печеночной артерии были произведены во время выполнения 38 (19,9%) обширных резекций печени по поводу злокачественных новообразований. В 8 (21,1%) случаях произведена резекция нижней полой вены (в 7 из них с последующим протезированием), в 1 (2,6%) резекция и протезирование правой печеночной вены вследствие выполненной ранее левосторонней гемигепатэктомии. При этом, ввиду распространенности опухолевого процесса во время 3 расширенных гемигепатэктомий с резекцией и протезированием нижней полой вены была применена тотальная сосудистая изоляция с последующей гипотермической консервацией печени. В 29 (76,3%) случаях при проведении расширенных гемигепатэтомий были выполнены резекция воротной вены, которая в 2 случаях сочеталась с резекцией собственной печеночной артерии.

Результаты. 1 и 3-х летняя выживаемость пациентов, перенесших трансплантацию печени по поводу гепатоцеллюлярной карциномы, возникшей на фоне цирроза печени, составила 82,8% и 65% соответственно.При этом, в тех случаях, когда нам удалось добиться продолжительной безрецидивной выживаемости пациентов, на дотрансплантационном этапе применяли химиоэмболизацию или микроволновую абляцию опухолевых узлов и добивались существенного снижения уровня альфа-фетопротеина. Частота послеоперационных осложнений, выживаемость и госпитальная летальность статистически значимо не различались в группе обширных резекций печени с использованием трансплантационных технологий и группе стандартных обширных резекций.

Заключение. Применение трансплантационных технологий в лечении гепатоцеллюлярного рака позволяет увеличить выживаемость, а также улучшить качество жизни пациентов, для которых на данный момент другого метода лечения не существует. При этом, данные вмешательства возможно выполнять безопасно и с небольшим количеством послеоперационных осложнений.

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ ТРАНСАРТЕРИАЛЬНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ

Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Дуйсебеков М.К., Муканова Ш.А., Орманов Б.К.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Введение. Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) занимает пятое место в структуре всех злокачественных опухолей, а среди злокачественных новообразований печени на ее долю приходится до 90%. Прогноз при данном заболевании весьма неблагоприятен, около 15-20% пациентов выживают в течение 1 года после установленного диагноза.

Цель исследования: анализ и оценка непосредственных результатов трансартериальной – химиоэмболизации (ТАХЭ) при опухолях печени.

Материалы и методы. Первая трансартериальная химиоэмболизация в АО «ННЦХ им. А.Н. Сызганова» была проведена в августе 2013 г. С тех пор, в центре всего проведено еще 23 подобные операции. Во всех случаях, ТАХЭ проводили пациентам с циррозом печени классов В и С по Child-Turcotte-Pugh и нерезектабельной гепатоцеллюлярной карциномой. В качестве эмболов, использовались микросферы, насыщенные доксорубицином (максимальная доза: 150 мг, 100-300 мкм). При проведении эндоваскулярных вмешательств хирурги использовали два основных типа доступа: катетеризация бедренной артерии по Сельдингеру, или же доступ через плечевую артерию, под местным инфильтративным обезболиванием.

Результаты. Технически процедура прошла успешно в 100% случаев: в результате всех проведенных процедур была достигнута полная деваскуляризация опухолей. Послеоперационное наблюдение пациентов включало динамические лабораторные тесты, а также, компьютерную томографию с болюсным усилением, через 1, 2 и 3 месяца после операции.

В 16 (66,7%) случаях, отмечался частичный регресс опухолевого очага. В 8 (33,3%) случаях, регресса не было, поэтому, были проведены повторные курсы химиоэмболизации с межкурсовым интервалом 2 месяца. Серьёзных осложнений, связанных непосредственно с проведением манипуляции, отмечено не было. Во всех случаях отмечался постэмболизационный болевой синдром. Контрольная компьютерная томография демонстрировала, что, хотя ни в одном случае не было достигнуто полного ответа опухоли, у 20 (83,3%) пациентов отмечалась частичная регрессия опухоли (до 50-70% от первоначальных размеров), а еще у 3 (12,5%) пациентов отмечалась стабилизация процесса (отсутствие роста образования). Еще в 1 (4,2%) случае пациентке, после проведения химиоэмболизации, была успешно выполнена центральной резекции печени (Sg IVa, IVb). На данный момент все пациенты, которым проводилась ТАХЭ, наблюдаются в динамике.

Выводы. В настоящее время трансартериальная химиоэмболизация считается ведущим методом терапии в лечении пациентов с неоперабельной гепатоцеллюлярной карциномой. Уникальные характеристики этой методики, в сочетании с минимальной инвазивностью процедуры, делают эту методику хорошим выбором в лечении пациентов, у которых ранее практически не было альтернативы.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ У БОЛЬНЫХ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОЙ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМОЙ И ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Серегин А.А., Загайнов Е.М., Зайцев А.И., Чичканова А.С., Загайнов В.Е.
ФБУЗ «Приволжский окружной медицинский центр» ФМБА России, Нижний Новгород, Россия

Цель исследования: определить эффективность рентгеноэндоваскулярной химиоэмболизации печеночной артерии при лечении нерезектабельной гепатоцеллюлярной карциномы.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2014 гг. химиоэмболизация печеночной артерии (ХЭПА) выполнена 315 пациентам с нерезектабельными опухолями печени. Среди них пациентов с гепатоцеллюлярной карциномой было 60 (19,0%). Женщин было 16, мужчин – 44. Средний возраст составил 57,3+7,3 года (от 24 до 92 лет).

Все больные были направлены на проведение ХЭПА мультидисциплинарным консилиумом. Показания к процедуре – неоперабельные пациенты из-за распространенности процесса или наличия цирроза печени, при отсутствии внепеченочных локализаций процесса. 60 пациентам выполнено 165 курсов ХЭПА. Каждый пациент получил от 1 до 9 процедур. ХЭПА проводили 1 раз в 2-3 месяца. После первого курса от дальнейшего лечения отказались 8 (13,3%) больных. Основная причина отказа – нежелание пациентов продолжать лече-

ние. Химиопрепарат выбора - доксорубицин или эпирубицин. В качестве носителя химиопрепарата применяли липиодол (Guerbet, Франция) – у 19 (31,6%) пациентов или насыщаемые гепасферы (Biospher Medical, Франция) – у 41 (68,4%). Средний койко-день был 6,3+ 1,1 (от 4 до 7 дней). Время наблюдения составило 4,3 года.

Результаты. Постэмболизационный синдром легкой и средней тяжести в виде тошноты, рвоты, субфебрильной температуры, умеренных болей в правом подреберье наблюдался у всех больных и был купирован медикаментозно в течение первых трех суток.

Из 165 процедур осложнения отмечены в 5 (3,0%) случаях, в том числе: деструктивный холецистит, явления панкреатита у 3 (1,8%). Некроз опухоли с абсцедированием – 2 (1,2%). Абсцессы купированы малоинвазивными дренированиями.

Летальность составила 3,3% (2 пациента) вследствие развившейся печеночной недостаточности у больных с циррозами.

Динамика опухолевого процесса оценивалась в соответствии с критериями RECIST. Положительная динамика в виде полного или частичного ответа отмечена у 36 (60,0%) пациентов. Из них полный некроз первичного очага, гистологически подтвержденный, наблюдался у 16 (44,4%). Стабилизация процесса достигнута у 9 (15%) пациентов. Прогрессия в виде увеличения первичного очага, появления дочерних очагов и/или диссеминации процесса в легкие или в другие органы зарегистрирована у 7 (11,7%) пациентов. Выживаемость составила 1 год - 50%, 2 года – 36,7%, 3 года – 16,7%, причем большая часть наблюдаемых пациентов умерли от осложнений цирроза печени.

Выводы. Химиоэмболизация печеночной артерии при гепатоцеллюлярном раке у нерезектабельных пациентов высокого риска является эффективным и относительно безопасным методом лечения (75% стабилизация и положительный ответ). Невысокий процент осложнений, низкая летальность и умеренно выраженная токсичность позволяют рекомендовать рентгеноэндоваскулярную артериальную химиоэмболизацию в качестве метода лечения неоперабельного гепатоцеллюлярного рака.

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Скипенко О.Г., Чекунов Д.А., Багмет Н.Н.
ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия.

Актуальность. Хирургическое лечение гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) остается приоритетным, однако выявление заболевания преимущественно на поздних стадиях и возникновение болезни на фоне скомпроментированной печени с неудовлетворительными функциональными показателями ограничивают возможности резекционного вмешательства. Наибольшая эффективность достигается при совместном участии в терапии ГЦР хирургов, трансплантологов, радиологов, химиотерапевтов и гепатологов.

Цель исследования: изучение результатов резекционной, локальной, трансартериальной, системной и комбинированной терапии пациентов с ГЦР.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения у 72 пациентов с ГЦР, которые были пролечены в период с 1991 по 2015 гг. Изучены основные демографические данные, онкологическая распространенность и состояние печени на момент начала лечения, объемы оперативного лечения, послеоперационные осложнения и выживаемость. В данной серии использованы следующие лечебные опции: резекционные вмешательства на печени (n = 38); трансартериальная терапия (n = 25); радиочастотная абляция (РЧА) (n = 4); таргетная терапия сорафенибом (n = 5). Среди перечисленных манипуляций комбинированное воздействие получал 21 пациент: резекция + трансартериальная терапия (n = 5); резекция + РЧА + таргетная терапия сорафенибом (n =2); резекция + адъювантная системная терапия (n =2); резекция + РЧА (n = 1); трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) в качестве «моста» к трансплантации (n =6); ТАХЭ + таргетная терапия сорафенибом (n = 3); ТАХЭ + РЧА (n = 1); эмболизация + таргетная терапия сорафенибом (n = 1).

Результаты. Цирроз печени присутствовал у 52,7% больных. 1,3% пациентов имели стадию BCLC 0; 30,5% - A; 27,7% - B; 40,2% - C. Отдаленные результаты изучены у 81,9% (1 – 107 мес.) больных. Специфические печеночные осложнения после операции возникли у 29,6% (желчная патология, печеночная недостаточность) пациентов. Госпитальная летальность - 3% (n = 1). После резекционных вмешательств и ТАХЭ в рамках монотерапии медиана выживаемости составила 24 (1-60) и 8 (1-19) мес., соответственно.

Заключение. ГЦР является тяжелым заболеванием с плохим прогнозом. Частое диагностирование заболевание на поздних стадиях и на фоне цирротически измененной печени требуют персонифицированного подхода с применением разных лечебных опций или их сочетания.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМПЛЕКСНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ

Трандофилов М.М., Рудакова М.Н., Шершнев О.Ф., Рябов К.Ю., Зинатулин Д.Р., Костырев С.В.
ГБУЗ Городская клиническая больница №57 ДЗ г. Москвы, Россия
ЛДП №1 ГБУЗ Городская клиническая больница №14 ДЗ г. Москвы, Россия
ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. Е.А. Евдокимова», Москва, Россия

Актуальность. Гепатоцеллюлярный рак – злокачественная первичная опухоль печени, происходящая из гепатоцитов, являющаяся шестой по частоте злокачественной опухолью вмире и занимает шестое место в структуре смертности среди всех опухолевых заболеваний человека.

Цель исслндования: показать результаты хирургического лечения больных с первичным раком печени.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2015 гг. в ГКБ № 14и ГКБ № 57, ЛДП № 1ДЗ г. Москвы наблюдали 76 больных с первичным раком печени. Возраст больных варьировал в пределах от 52 до 83 лет, средний возраст - 64,2 ±4,7 года, мужчин было 47 (61%), женщин - 29 (39%). Размеры опухолей варьировали в пределах оо 15 до 95 мм, количество узлов - от 1 до 5. Опухоль располагалась в правой доле печени у 43 (55%) больных, в левой - 32 (44,5%), билобарное поражение - 1 (1.5%). У данной категории больных гепатит В и С наблюдался в 35 случаях. При морфологическом исследовании в 62(82 %) случаях составил гепатоцеллюлярный рак, 15 (18 %) случаях холангиоцеллюлярный рак.

В ходе диагностического поиска активно применяли алгоритм Bruixetal. (2001), основанный на мониторинге изменений при динамических сонографических исследованиях и контроле уровня альфа-фетопротеина каждые 6 месяцев у пациентов групп риска по ГЦК. Биопсия позволяла морфологически верифицировать диагноз, тем самым подтвердив правомочность вышеприведенного алгоритма выявления ГЦК.

В ходе выработки тактики проводимого лечения мы руководствовались Барселонской классификацией ГЦК (1999) (BCLP).

Результаты. Резекции печени были выполнены нами у (29) пациентов (BCLP стадия 0 и А). Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия 5, правосторонняя гемигепатэктомия- 9; расширенная левосторонняя гемигепатэктомия 2, левосторонняя гемагепатэктомия–1, латеральная лобэктомия 4, удаление I сегмента печени - 1 , бисегментэктомия - 3, трисегментэктомия - 2.

Трансартериальная химиоэмболизация опухолей печени выполнена у 5 больных. В 3 случая при локализации опухоли в правой доли и в 2 при локализации в левой доле печени.

Радиочастотная абляция (РЧТА) опухолей печени была выполнена19 больным с использованием аппаратов для радиочастотной деструкцииELEKTROTOM HiTT® 106 "Германия"и Cool-tip фирмы Covidienмощностью 200 Ватт.

Микроволновая деструкция (МВА) опухоли в печени была выполнена13 больным. Был использован аппарат AveCureMWG881 мощностью 24 Ватт.

При применении обоих методик локального воздействия термическому разрушению подвергались метастатические опухоли от 0,5 до 3,0 см в диаметре. Контроль за эффективностью абляции проводился при помощи интраоперационного УЗИ – создание гиперэхогеного очага на месте опухоли. И в послеоперационном периоде по средствам: УЗИ, СКТ с контрастным усилением, контроля уровня α-фетопротеина и, при необходимости, цитологического исследования. Критерием эффективно выполненной радиочастотной абляции является снижение уровня α-фетопротеина до нормальных показателей, образование соединительнотканного рубца на месте опухоли.

Послеоперационная летальность составила 2,9%. Послеоперационные осложнения составили 26%.

Выживаемость больных после хирургического лечения составила: 1-годичная – 82%, 2-х летняя – 78%, 3-х летняя – 52%, 5-летная 25%.

Заключение. У больных с первичым раком печени с размером опухоли до 3 см возможно применение методов локального воздействия РЧТА и МВАна опухоль,у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и возрастных больных. Операций выбора является резекция печени и трансплантация печени.

ЗАВИСИМОСТЬ КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ОТ РАЗМЕРА УЗЛА

Туманова У.Н., Кармазановский Г.Г., Щеголев А.И.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: сравнительный компьютерно-томографический анализ показателей степени васкуляризации узлов гепатоцеллюлярного рака (ГЦР) в зависимости от их размера.

Материалы и методы. Обследовано 55 больных (34 мужчин и 21 женщины в возрасте 15-83 лет) ГЦР, находившихся на лечении в Институте хирургии им. А.В. Вишневского в 2007-2014 гг. На дооперационном этапе всем больным проводили мультиспиральную компьютерную томографию (КТ) с болюсным контрастным усилением на аппарате Philips Brilliance 64 CT. Анализировали три фазы: нативную, артериальную и венозную. На полученных КТ-сканах оценивали локализацию, размеры узлов, их границы и КТ характеристики плотности. На основании денситометрических показателей рассчитывали значения артериального и венозного приростов, а также КТ-показатель васкуляризации новообразования с учетом коэффициента разности концентраций притоков (КРКП).

Результаты. В зависимости от размеров все узлы ГЦР были разделены на три группы: малые – диаметром не более 5 см (17 узлов), средние - размером 5-10 см (24 узла) и большие - более 10 см в диаметре (23 узла). В результате денситометрического анализа ткани ГЦР в нативную фазу исследования установлено, что средние значения КТ-плотности практически не отличались в изученных группах. В артериальную фазу по сравнению с нативной наблюдалось значимое повышение средних значений КТ плотности во всех наблюдениях: прирост плотности составил от 90,4% (в узлах диаметром более 10 см) до 114,8% (в опухолях среднего размера). Значения КТ-плотности ткани ГЦР в венозную фазу исследования несколько возросли по сравнению с показателями артериальной фазы, особенно в малых узлах (на 13,8%). При этом средние значения КТ-плотности в узлах диаметром не более 5 см превышали показатели плотности опухолей среднего размера на 3,6%, а в больших новообразованиях – на 20,9%. Рассчитанные значения показателя васкуляризации имели наибольшие значения в узлах ГЦР среднего размера, где они превышали соответствующие значения в малых и больших узлах на 12,6% и 31,4% соответственно ($p<0,05$).

Заключение. Мультиспиральная компьютерная томография является эффективным методом оценки степени васкуляризации опухолевых узлов печени. Нами установлена зависимость степени васкуляризации улов ГЦР от их размера, максимальные значения показателя васкуляризации отмечались в опухолях диаметром 5-10 см, минимальные - в опухолях диаметром более 10 см.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ СЕМИОТИКА ПЕРВИЧНОГО ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Устинов Г.Г., Эйрих В.Р., Инговатова Г.М.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Цель исследования: уточнить ультразвуковую семиотику первичного гепатоцеллюлярного рака печени.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировали ультразвуковую картину гепатоцеллюлярного рака печени у 96 пациентов в возрасте от 34 до 79 лет. Преобладали мужчины - 57 (59,4%), женщин было 39 (40,6%). Диагноз у 37 (38,5%) больных был верифицирован путем пункции опухоли под ультразвуковой навигацией, у остальных - во время оперативного вмешательства.

Результаты. При УЗИ у 63 (65,6%) больных определяли увеличение размеров печени, изменение нормального расположения и деформация внутрипеченочных сосудов. Тканевая васкуляризация была повышена.

Гепатоцеллюлярная карцинома при УЗИ имела вид одного или нескольких узлов, характеризующихся почти такой же или несколько пониженной по сравнению с нормальной тканью печени, эхогенностью (эхонегативный ободок "хало" - Halo sign). Вокруг них наблюдали ободок ткани, отличающийся еще более низкой эхогенностью. Характерным было изменение внутрипеченочных сосу-

дов, которые изменяли свое направление и были извитыми. В отдельных случаях внутри опухоли отмечены участки неодинаковой акустической плотности. При УЗИ у 19 (19,8%) больных в центральной части опухоли имелся эхонегативный участок, образованной полостью распада. У 28 (29,2%) по периферии опухоль имела широкую кольцевидную, без четких границ пониженной эхогенности полоску, обусловленной перифокальной инфильтрацией и реактивным отеком паренхимы печени.

В зависимости от УЗ-картины условно можно выделить ряд ультразвуковых форм гепатоцеллюлярной опухоли. У 32 (33,3%) пациентов при УЗИ опухоль мало отличалась по эхогенности от паренхимы печени, по периферии имелась незначительная зона пониженной эхогенности. Наиболее часто (44,8%) лоцировалось несколько узлов более высокой эхогенности, чем окружающая ткань печени, с хорошо очерченными неровными контурами и негомогенной внутренней структурой. Диффузную форму гепатоцеллюлярной карциномы наблюдали у 21 (21,9%) больного. У 19 из них опухоль развилась на фоне цирроза печени. При этом опухоль лоцировалась в виде множественных, четко неотделяемых друг от друга мелких узлов. Уровень эхосигнала их повышен, что являлось дифференциально диагностическим критерием от узлов регенерации. Большие узловые опухоли диаметром 6-12 см выявлены у 11 (12,2%) пациентов. Их особенность при УЗИ была своеобразная слоистость внутреннего строения. Верхняя часть узла, как правило, более эхопозитивная, чем нижняя, что объясняется постепенным затуханием ультразвуковых волн в образовании повышенной плотности.

Заключение. УЗИ является наиболее доступным скрининговым методом визуализации гепатоцеллюлярной опухоли, которое для верификации диагноза по показаниям может быть дополнено пункционной биопсией под контролем УЗИ.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕПАТОБЛАСТОМ

Филин А.В., Бурмистров Д.С., Варфоломеева С.Р., Качанов Д.Ю., Ховрин В.В., Крыжановская Е.Ю., Морозова М.М., Метелин А.В., Дымова О.В.
ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия
Федеральный научный клинический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева, Москва, Россия

В период с апреля 2008 по май 2015 гг. в отделении пересадки печени ФГБНУ РНЦХ им. акад. Б.В. Петровского прооперировано 62 ребенка с очаговыми поражениями печени. На долю гепатобластом пришлось 70,9% (n=44). Возраст детей, прооперированных по поводу гепатобластомы, варьировал от 3,4 до 175,3 месяцев (медиана - 20,7, 25-й и 75-й квартили – 13,28 – 35,63 месяцев). Пациенты с гепатобластомами классифицированы по системе PRETEXT: PRETEXT I – 4,5% (n = 2), PRETEXT II – 20,5 % (n = 9), PRETEXT III - 52,3 % (n = 23), PRETEXT IV – 22,7% (n = 10). У 88,6% (n = 39) пациентов выполнены анатомические резекции и у 11,4% (n = 5) – трансплантации фрагментов печени от живых родственных доноров (трансплантации левого латерального сектора - 4, правой доли печени - 1). В 63,6% наблюдений произведены расширенные гемигепатэктомии и билатеральные резекции. В связи с наличием дистанционных метастазов в 3 наблюдениях (11,4%) выполнены оперативные вмешательства на легких. Неоадъювантная химиотерапия проведена у 95,5% (n = 42) пациентов. Госпитальная летальность составила 2,3% (1 наблюдение). Три пациента (6,8%) умерли в течение первого года после операции: два – на 3 и 8 месяцы, в связи с развитием инфекционных осложнений после трансплантации на фоне иммуносупрессивной терапии и адьювантной химиотерапии, и один – на 8 месяце, в связи с массивной тромбоэмболией легочной артерии во время операции по поводу рецидива опухоли. На момент написания тезисов живы 40 пациентов в сроки от 1 до 85 месяцев. Одному пациенту через 11,5 месяцев после левосторонней гемигепатэктомии выполнена повторная резекция в связи с рецидивом опухоли и одному пациенту через 12,5 и 30 месяцев после трансплантации – удаление дистанционных метастазов. Актуарная выживаемость (общая/безрецидивная) всех пациентов с гепатобластомами составила, соответветственно: 1 год - 0,89±0,04/0,77±0,07, 3 года - 0,89±0,04/0,77±0,07, 5 лет - 0,89±0,04/0,77±0,07. У пациентов после резекции печени аналогичные показатели составили: 1 год - 0,91±0,04/0,81±0,06, 3 года - 0,91±0,04/0,81±,06, 5 лет - 0,91±0,04/0,81±0,06.

Высокие показатели выживаемости при комбинированном лечении гепатобластом демонстрируют широкие возможности выполнения как резекций, так и трансплантаций печени. Все пациенты с PRETEXT III и IV требуют первичной консультации в трансплантологических отделениях с оказанием первичной хирургической помощи на их базе.

РОЛЬ ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М., Бутаев Л.А.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Россия

Цель исследования: изучить эффективность эндоваскулярных вмешательств в лечении злокачественных опухолей печени в зависимости от особенностей их кровоснабжения.

Материалы и методы. Проанализировано результаты лечения 84 больных с первичным раком печени. Лечебный алгоритм при опухолях печени заключается в следующем. При операбельной опухоли проводилось химиоэмболизация печеночной артерии с эмболизацией ветвей воротной вены с последующим выполнением радикальной операции. При неоперабельной опухоли тактика зависела от ангиографической картины – при гипервасулярном образовании выполняли химиоэмболизацию печеночной артерии, а при гиповаскулярном образовании – химиоинфузию.

Результаты. В 8 (9,6%) случаях ситуация расценена как резектабельная – произведена гемигепатэктомия. При этом у 6 больных с опухолями печени произведена химиоэмболизация правой ветви печеночной артерии с целью уменьшения объема поражения. В двух случаях осуществлена эндоваскулярная окклюзия секторальных сосудов левой и правой ветвей воротной вены в соответствии с локализацией опухоли.

В нерезектабельных случаях применяли эндоваскулярные методы лечения. При этом объем вмешательств определяется степенью васкуляризации образования и длительностью задержки контрастного вещества в паренхиматозный фазе. Так, злокачественные образования печени были гиперваскулярными в 53 (63,0%) наблюдениях. Выраженная патологическая гиперваскуляризация была характерна для гепатоцеллюлярного рака. В этих случаях производилась химиоэмболизация печеночной артерии. Умеренная васкуляризация и гиповаскуляризация обнаружена у 23 (27,4%). Она была характерна для холангиокарциномы. В этих случаях осуществлялась химиоинфузия в печеночную артерию или воротную вену.

Результат эндоваскулярных вмешательств оценивали согласно рекомендации ВОЗ (1978) через 25-30 дней после окончании терапии: полный ответ – исчезновения признаков опухоли в течении 1 месяца или более; частичная регрессия – уменьшение размера опухолей более чем на 50% от первоначального объема; стабилизация – менее выраженное или отсутствие увеличения новообразования; прогрессирования – увеличение размеров опухоли или появление новых злокачественных узлов в печени или других органах.

При химиоэмболизации полный ответ наблюдался ни у одного пациента, частичная регрессия достигнута в 62,3% случаев, стабилизация – 28,3% больных. Продолжительность жизни составило, в среднем, 19,1±5,7 месяцев. Химиоинфузия уступает по эффективности масляной эмболизации. Так, частичный клинический эффект достигнут в 26,0%, стабилизация – у 39,1% больных, соответственно. Продолжительность жизни составила, в среднем, 8,4±2,5 месяцев.

Заключение. Рентгенэндоваскулярные вмешательства играют важную роль в лечении злокачественных опухолей печени. Комбинированный подход к лечению злокачественных новообразований позволяет расширить возможности оказания помощи больным и добиться улучшения отдаленных результатов.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЫ

Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Тетерин Г.В.
ГБУЗ НСО городская клиническая больница №11, Новосибирск, Россия
ГБОУ МВПО Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия

Гепатоцеллюлярная карцинома (ГЦК) все более завоевывает позиции в структуре абдоминальной онкологии. Особенно настораживает высокий уровень запущенности. По нашим данным, до 58%.

Цель исследования: оценить опыт хирургического лечения ПРП.

Факторы, влияющие на выбор тактики лечения при ГЦК: наличие гепатитов В, С и цирроза, наличие механической желтухи, связь с магистральными венами, поражение соседних структур, размеры опухоли, поражение региональных лимфоузлов. Критерии неоперабельности: остающаяся чапсть печени менее 30%, поражение устьев 3-х основных печеночных вен, поражение более 6 сегментов, класс по Child-Pugh B или C.

Материалы и методы. За последние 10 лет

в клинике находились на лечении по поводу ГЦК 145 пациентов. Оперирован 61 больной в возрасте от 32 до 74 лет. Женщин было 21 (34,4%), мужчин – 40 (65,6%). Локализация в левой половине печени у 15, правой 41. Билобарное поражение у 5. Предпочитаем воротный метод резекции печени. Выполнено правосторонних гемигепатэктомий – 18, расширенных проавосторонних – 12, левосторонних гемигепатэктомий – 12, расширенных левосторонних – 6, при циррозе печени выполнено сегментэктомий – 4, бисегментэктомий – 9.

Результаты. Осложнений в виде жидкостных скоплений 12, длительного (более 2 недель подтекания желчи – 6. Умерло после операций 3 пациентов. Причины смерти: ТЭЛА - у 2-х больный, адреналовая недостаточность – у 1. В сроки до 1 года выживаемость 78 %, 5 лет и более 64%.

Выводы.Резекция печени – основной метод хирургического лечения ГЦК. Главный фактор – граница резекции не менее 5 см от края опухоли.

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Чекунов Д.А., Поляков Р.С., Багмет Н.Н., Скипенко О.Г.
ФГБУ «Российский научный центр хирургии им. акад. Б.В. Петровского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Трансартериальная химиоэмболизация (ТАХЭ) печени является методом выбора при промежуточной стадии гепатоцеллюлярного рака (ГЦР), которая встречается наиболее часто. Остаются открытыми вопросы, касающиеся режимов выполнения манипуляции и целесообразности лечения в сочетании с другими терапевтическими опциями.

Цель исследования: оценить эффективность различных режимов выполнения ТАХЭ в рамках самостоятельной или комбинированной терапии.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы результаты лечения 29 пациентов с ГЦР, которым были произведены ТАХЭ в период с 2006 по 2015 гг. Изучены основные демографические данные, онкологическая распространенность и состояние печени на момент начала лечения, режимы вмешательства, послеманипуляционные осложнения и выживаемость. В нашей серии пациенты получили ТАХЭ как монотерапию (n = 15); в рамках bridge therapy (n = 6); в комбинации с резекцией печени (n = 4); ТАХЭ + таргетная терапия сорафенибом (n = 3); ТАХЭ + радиочастотная абляция (n = 1).

Результаты. Всего было выполнено 48 сеансов химиоэмболизации: по 44,9% больных получили один и два сеанса; три процедуры перенесли 10,2% пациентов. Средний промежуток между сеансами равнялся 76,2 ± 116,2 (8 – 139) суток. Постэмболизационный синдром (повышение температуры тела, тошнота, боль) наблюдали в 14,5% случаев после 1 этапа, в 30,7% и 33,3% после 2 и 3 этапов, соответственно. Госпитальная летальность - 0% Прослеженность отдаленных результатов оценена у 93,1% больных. Медиана выживаемости после ТАХЭ в рамках монотерапии составила 8 (1-19) мес. Средний период ожидания трансплантации печени в группе пациентов bridge therapy составил 8,5 ± 7,5 (1 – 20) мес.

Заключение. ТАХЭ является эффективной методикой лечения у пациентов с нерезектабельным ГЦР. Комбинированная терапия с применением ТАХЭ позволяет усилить воздействие на опухолевую ткань, а осуществление манипуляции перед трансплантацией печени снижает риск прогрессии заболевания в листе ожидания. С учетом невысокого уровня доказательности методики необходимы дальнейшие исследования в этой области.

ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОЙ КАРЦИНОМЕ: КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД ОСНОВАННЫЙ НА КРИТЕРИЯХ BCLC, «UP-TO-7»/TTV И РАБОЧЕЙ ГРУППЫ EHCLTSG

Щерба А.Е., Юрлевич Д.И., Коротков С.В., Федорук А.М.,Руммо О.О.
Республиканский научно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница» г. Минска, Беларусь

В настоящее время известны четыре основных подхода в лечении гепатоцеллюлярной карциномы (ГЦК), каждый из которых может быть адаптирован к стадии, медицинскому и физическому

статусу пациента:резекция печени, трансплантация печени (ТП), локорегиональная терапия, ЛРТ, (термоаблация, ХЭПА, внутрипеченочная радиоэмболизация) исистемная терапия мультикиназными ингибиторами. Барселонские критерии предлагают наиболее систематический и эффективный подход к пациенту с ГЦК. При этом группа BCBCL-B является наиболее сложной для выбора тактики так как представлена разнородными по морфологическому признаку и прогнозу ГЦК. Для оптимизации ведения пациентов в BCLC-B предложены подходы, основанные на суммарном объеме опухоли, TTV, (университет Альберта, C. Toso, Liver Transpl. 2008), критериях «Up-to-7» (Bolondi Semin. Liver Dis. 2012), учете уровня АФП (балл NIACE, Adhoute AASLD 2014) и радиологического и серологического ответа на ЛРТ (Quirini Lai, Liver Transpl. 2013). С конца 2013 г. в нашем Центре введен экспериментальный протокол на основе стратификации по BCLC и ЛРТ пациентам BCLC-B в или маргинально за критериями «Up-to-7» и TTV и последующей ТП в случае радиологического и серологического ответа.

Цель исследования: показать опыт комбинированного подхода к ТП при ГЦР основанного на критериях BCLC и рабочей группы EHCLTSG.

Материалы и методы. В период с 2008 по май 2015 гг. в центре выполнено 327 трансплантаций печени с госпитальной летальностью 6,1% (20/327). Среди всех показаний к ТП новообразования составили 13,4% (44/327). ГЦК послужила показанием к ТП в 37 случаях, 11,3% всех ТП и 84% всех новообразований. Диагностика ГЦК выполнялась морфологически при компенсированном ЦП без асцита или, чаще, критериях LIRADS и уровне АФП. ТП не рассматривалась как вариант лечения при макроваскулярной инвазии; массивной форме ГЦК; мультифокальном билобарном поражении более 7 очагов; при BCLC-C и D. Кандидатами на ТП рассматривались все пациенты BCLC-A, которым выполняли DEB-ХЭПА или МВА как «мост» кТП. Пациентам с критериях Milan с Child C выполняли TIPS для обеспечения последующей DEB-ХЭПА как «мост» к ТП или первичная ТП при невозможности выполнения ЛРТ. Кандидатами на ТП в случае радиологического и серологического ответа на ЛРТ рассматривались пациенты BCLC-B (за пределами Milan/UCSF), но в пределах «Up-to-7»/TTV.

Результаты. В критериях Milan/UCSF, экстраMilan/UCSF и BCLC-B по протоколу EHCLTSGТП была выполнена 24, 7 и 6 пациентам соответственно. Частота ХЭПА/МВА в режиме «моста» к ТП, прогрессии в листе ожидания и рецидива после ТП в этих трех группах составили (54%, 12,5%, 8,3%); (42%, 57,1%, 85,7) и (100%, 0, 0) соответственно. Медиана безрецидивной выживаемости, общая и канцер-ассоциированная летальность в этих трех группах составили (30 мес, 16,6%, 0); (12 мес, 57,1%, 57,1%) и (равная сроку после ТП, 0, 0) соответственно.

Заключение. Выживаемость пациента с ГЦР зависит от онкологичекого прогноза и функционального резерва печени. Трансплантация печени – радикальный и эффективный вид лечения ГЦР на фоне ЦП.Milan и UCSF – ориентированные критерии обеспечивают наилучший результат. Тактика «ориентированная на ответ» в контексте системы BCLC обеспечивают как эффективный «мост» к ТП так и расширяет пул кандидатов на ТП.

IV. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Благитко Е.М., Толстых Г.Н., Добров С.Д., Полякевич А.С.
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет, Минздрава России, Новосибирск, Россия
ГБУЗ Новосибирская областная клиническая больница, Новосибирск, Россия

Цель исследования: изучить результаты лечения при нейроэндокринных опухолях (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ).

Материалы и методы. Наблюдали 67 пациентов с НЭО ПЖ. Мужчин – 27 (40,3%), женщин – 40 (59,7%). Возраст больных варьировал в пределах от 15 до 72 лет. Диаметр опухолей - от 1 до 8 см. Функционирующие – у 41 (61,2%), нефункционирующие – у 26 (38,8%) человек. Доброкачественные НЭО – у 39 (58,2%), высокодифференцированные карциномы – у 14 (20,9%), низкодифференцированные – у 14 (20,9%)пациентов. Локализация опухолей в ПЖ: головка – у 17, тело – у 9, хвост – у 32, тело и хвост – у 9 человек. Морфологическая верификация опухолей функционирующих опухолей: инсулинома - у 28 (68,3%) больных, гастринома – у 12 (29,3%), глюкагонома – у 1 (2,45%)пациентки.

Результаты. Диагностика опухолей основывалась на клинической картине, данных УЗИ, МРТ, КТ, ФГДС и эндоУЗИ, а при функционирующих НЭО – на специфических маркерах. В последние годы всем пациентам выполняется ИГХ-исследование удаленных препаратов. Оперированы 66 пациентов, объем оперативного вмешательства: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) - 15, дистальная резекция ПЖ – 22, энуклеация – 22, криодеструкция – 2, многоэтапные операции – 5 человек. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 6 человек. Умерло 4 человека.

С инсулиномами оперировано 27 человек: энуклеация – у 20, резекция ПЖ – у 5, криодеструкция – у 2. Одна пациентка оперирована дважды. У 26 опухоль была доброкачественной, у 1 – злокачественной. 2 пациентов умерли после операции. У 2 человек впоследствии возник сахарный диабет. После криодеструкции рецидива не отмечено.

С гастриномами оперировано 12 человек. 8 из них ранее были оперированы в других учреждениях по поводу осложненных форм язвенной болезни. 3 поступили с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 1 пациентка, которой ранее в нашей клинике была выполнена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру и энуклеация 3 аденом хвоста ПЖ, поступила с пептической язвой гастроеюноанастомоза. Гастрэктомия выполнена 6 больным (двум из них удалены опухоли, располагающиеся в ПЖ и в забрюшинном пространстве), дистальная резекция ПЖ со спленэктомией - 2, энуклеация аденом - 2, дистальная резекция ПЖ, а впоследствии, в связи с рецидивом, ПДР - 1. 1 пациентке с пептической язвой на протяжении 25 лет четырежды удаляли рецидивы гастриномы в различных отделах ПЖ. После операции умерло 2 больных.

Пациентке с глюкагономой выполнена ПДР.

Заключение. Наибольшие трудности при функционирующих НЭО отмечены при интраоперационном определении их локализации, в связи с чем показано проведение интраоперационного УЗИ. При доброкачественных функционирующих НЭО ПЖ при интактном Вирсунговом протоке считаем адекватным вмешательством энуклеацию опухоли. При вовлечении протока показана резекция ПЖ. При злокачественных опухолях головки показана ПДР. При наличии метастазов в печени – одномоментная резекция печени. При злокачественных НЭО ПЖ, местно распространенных или с метастазами в печень, в отличие от протоковых аденокарцином, показана более агрессивная хирургическая тактика в связи с лучшими отдаленными результатами.

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА

Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э.
Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ) выявляют редко, они составляют до 0,5-1 % от всех опухолей ПЖ. Среди НЭО ПЖ инсулинома составляет 55-60 %. В настоящее время интерес к НЭО ПЖ значительно возрос, что связано с совершенствованием и разработкой новых методов диагностики и лечения.

Цель исследования: совершенствование алгоритма диагностики и лечения НЭО ПЖ.

Материалы и методы. В работе представлен анализ лечения 4 больных с НЭО ПЖ. Возраст больных варьировал от 24 до 63 лет. Женщин – 3 (75,0%), мужчин – 1 (25,0%).

Применены следующие инструментальные методы исследования: УЗИ, ЭРХПГ, мультидетекторная (64-срезовая) спиральная компьютерная томография (МСКТ) с 3D реконструкцией, магнитно-резонансная томография (МРТ). Проводилb иммуногистохимическое исследование, определение гормонального профиля, электронная микроскопия.

Результаты. У 2 больных с опухолью головки ПЖ произведена панкреатодуоденальная резекция (ПДР): в дооперационном периоде механической желтухи, признаков дуоденальной непроходимости у данной группы больных не наблюдалось, выполненная МСКТ позволила поставить диагноз опухоли головки ПЖ и выставить показания к оперативному вмешательству. У 1 больной с опухолью головки и тела ПЖ – выполнена тотальная панкреатэктомия, при этом в послеоперационном периоде сахар крови колебался от 8,0 до 10,5 ммоль/л на фоне приема 24 ЕД пролонгированного и 8 ЕД короткого действия инсулина. У данных больных, перенесших ПДР и тотальную панкреатэктомию, выполненное иммуногистохимическое исследование и электронная микроскопия в послеоперационном периоде позволили выявить нейроэндокринный характер опухоли.

У 1 пациентки с опухолью тела ПЖ наблюдалась триада Уиппла, характерная для инсулиномы: приступы спонтанной гипогликемии натощак; падение во время приступа уровня сахара крови; купирование приступа введением глюкозы. Выполненная МСКТ подтвердила наличие опухоли до 1 см, расположенной по верхнему контуру тела ПЖ. Произведено удаление опухоли (энуклеация) ПЖ, при иммуногистохимическом исследовании подтвержден нейроэндокринный (инсулинома) характер опухоли. После оперативного вмешательства у пациентки нормализовался уровень сахара в крови, прекратились приступы гипокликемии. Следует отметить, что при расположении инсулиномы в толще паренхимы тела ПЖ, поблизости вирсунгового протока, для предотвращения его повреждения, альтернативой энуклеации опухоли является дистальная резекция ПЖ. При лечении нейроэндокринных опухолей в послеоперационном периоде с целью профилактики послеоперационного панкреатита и развития панкреатического свища применялись препараты сандостатина с переходом на сандостатин Лар в дозировке 10-30 мг 1 раз в месяц.

Заключение. Диагностика и лечение НЭО ПЖ является сложной задачей, требующей совместного участия хирурга, онколога, патогистолога, эндокринолога и химиотерапевта.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫМИ КАРЦИНОМАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гранов Д.А., Павловский А.В., Попов С.А., Поликарпов А.А., Моисеенко В.Е.
ФБГУ «Российский научный центр радиологии и хирургических технологий» Минздрава России, Санкт-Петербург, России

Цель исследования: оценить результаты комбинированного лечения пациентов с местнораспространенным и метастатическим нейроэндокринным раком поджелудочной железы, пролеченных на базе РНЦ РХТ МЗ РФ.

Материалы и методы. В период с 2005 по 2014 год наблюдались и получали комплексное лечение 49 больных нейроэндокринным раком поджелудочной железы. Из них 77,6% пациентов (n=38) пролечено за период с 2010 по 2014 годы. В 59,2% случаев имело место синхронное метастатическое поражение печени. Противоопухолевое лечение с хирургическим удалением первичного очага выполнено в 73,5% случаев (n=36). Части больных, имеющих метастазы в печени, проводилась периоперационная внутриартериальная хи-

миоэмболизация, а хирургическое удаление опухоли поджелудочной железы дополнено радиочастотной или микроволновой аблацией вторичных изменений, анатомическими резекциями печени. При проведении внутриартериальной химиоинфузии применялись схемы с 5-фторурацилом, доксорубицином, стрептозотоцином, этопозидом, гемзаром, элоксатином. Только в случаях локализованной опухоли имеющей невысокую пролиферативную активность (индекс ki 67 менее 20%), без признаков инвазии в окружающие структуры (n=10) не проводилась нео- и адъювантная внутриартериальная химиотерапия.

Результаты. За период с 2005 по 2014 годы хирургические вмешательства с удалением нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы составили 14,8% от числа всех резекций поджелудочной железы (n=243), выполненных в РНЦ РХТ по поводу злокачественного поражения. Умерло 3 (8,3%) из 36 оперированных больных в сроки от 8 до 29 суток после расширенных травматичных вмешательств от крупноочагового панкреонекроза, тромбоэмболии крупных ветвей легочной артерии, сепсиса. Тяжелые осложнения хирургических вмешательств выявлены у 14 (38,9%) пациентов, релапаротомия выполнена 5 (13,9%) больным. У всех оперированных больных с низкодифференцированными опухолями имелись признаки периневрального роста, отсутствие эффекта от специфической лекарственной терапии, даже после удаления первичного новообразования, что сопровождалось низкими показателями отдаленной выживаемости. В настоящее время большинство прооперированных больных - 85,2% (n=23) высоко- и умереннодифференцированными карциномами поджелудочной железы живут без признаков прогрессирования в срок от 5 до 119 месяцев.

Заключение. Комбинированное лечение, включающее в себя агрессивный хирургический подход и периоперационную внутриартериальную химиотерапию у больных высоко-, и умереннодифференцированными нейроэндокринными карциномами поджелудочной железы, позволяет достичь хороших отдаленных результатов, даже при наличии отдаленных метастазов. Такие травматичные операции несут в себе высокие риски тяжелых осложнений, что требует активных профилактических мероприятий и более интенсивного наблюдения за пациентами в раннем послеоперационном периоде.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФИЛЯ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА КЛИНИЧЕСКИ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гуревич Л.Е.[1], Егоров А.В.[2], Бритвин Т.А.[1], Корсакова Н.А.[1], Васильев И.А.[2]
[1]ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия
[2]ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

В мире почти половину нейроэндокринных опухолей (НЭО) до сих пор выявляют на поздней стадии, когда у пациентов уже имеются регионарные и/или отдаленные метастазы. Это особенно относится к клинически нефункционирующим НЭО поджелудочной железы (НФ НЭО ПЖ), которые долгое время растут бессимптомно. Опыт показывает, что у некоторых пациентов с НФ НЭО ПЖ гиперфункциональные синдромы могут развиваться на поздних стадиях заболевания, когда опухоль достигает значительных размеров и часто уже дает метастазы.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического течения, морфологических и иммунофенотипических особенностей 110 клинически нефункционирующих НЭО ПЖ у 74 (67,3%) женщин и 36 (32,7%) мужчины (2,2 : 1). Иммуногистохимическим (ИГХ) методом с помощью спектра гормонов (инсулина, глюкагона, соматостатина, гастрина, панкреатического полипептида, АКТГ, кальцитонина) в опухолях определяли гормональную секрецию, а для разделения опухолей на группы по степени их злокачественности (Grade) вычисляли средний индекс пролиферации опухолевых клеток I-Ki67. Это позволило разделить опухоли в соответствии с классификацией ВОЗ (2010) на высокодифференцированные НЭО Grade 1 и 2 (ВД НЭО) с I-Ki67 – 0-3% и от 3-20% соответственно, и низкодифференцированные нейроэндокринные карциномы (НД НЭК) Grade 3 – с I-Ki67 более 20%.

Результаты. Большинство клинически нефункционирующих опухолей составили НЭО Grade 2 - 60,9% (67 сл.), в 25,5% (28сл.) у пациентов были опухоли G1, в 13,6% (15 сл.) - G3. У 43 пациентов(39,1%) метастазы в печень, лимфатические узлы и/или другие органы и ткани (кости, яичники, желудок и другие) были выявлены уже на момент диагностики или в течение 1-6 лет на-

блюдения (если их судьбу удавалось проследить). Метастазы были обнаружены у 7,1% пациентов с НЭО G1 (2/28) у 40,3% с G2 (27/67) и у 86,7% с G3 (13/15).

3 из 15 НД НЭК G3 впервые были обнаружены на аутопсии, 4 умерли от прогрессирования болезни в течение 1-4 лет после операции, 2 живы в течение 2 и 8 лет, судьба остальных неизвестна.

При ИГХ исследовании в 43 (39,1%) случаях была выявлена преимущественная секреция следующих гормонов: глюкагона - в 17 опухолях, гастрина - в 7, несколько разных гормонов - в 6, соматостатина - в 4, панкреатического полипептида - в 4, АКТГ - в 3, кальцитонина – в 2. В остальных 67 случаях тип секретируемого гормона установить не удалось.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что клинически нефункционирующие НЭО ПЖ чаще встречаются у женщин и, как минимум, в 39% случаев у них на момент диагностики или в следующие несколько лет выявляются метастазы.

Степень злокачественности опухоли (Grade) является важным фактором прогноза клинического течения заболевания, а опухоли Grade 2 можно выделить в группу риска с высоким потенциалом метастазирования.

Большое число клинически нефункционирующих опухолей секретируют различные гормоны, что позволяет по увеличению уровня этих гормонов и общего маркера нейроэндокринной дифференцировки в сыворотке поставить диагноз на более ранних стадиях опухолевого роста.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ К СОМАТОСТАТИНУ 2,3 И 5 ТИПА В НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А., Егоров А.В., Бритвин Т.А., Кузовлева Е, Васильев И.А.
ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Соматостатин (СТ) - мультифункциональный эндокринный модулятор, регулирующий пролиферативную активность клеток, секрецию гормонов, нейропептидов, цитокинов и факторов роста. Его действие осуществляется путем связывания с клеточными мишенями на поверхности клеток - рецепторами к соматостатину (ССР) 5 типов – ССР-1-5, которые впервые описал J.C. Reubi в 1998 году. Клиническое применение нативного СТ ограничивается коротким сроком его жизни, поэтому на практике используются его синтетические аналоги, образующие прочные связи с ССР. Эти аналоги применяются в первой линии терапии злокачественных и неоперабельных нейроэндокринных опухолей (НЭО), что позволяет существенно снизить гиперфункциональные симптомы, стабилизировать рост и/или замедлить прогрессирование. Большинство НЭО экспрессируют ССР-2, с которыми преимущественно связываются аналоги СТ, но часть из них, в том числе опухоли поджелудочной железы (ПЖ) нечувствительны к подобной терапии.

Материалы и методы. С помощью иммуногистохимического (ИГХ) метода на парафиновых срезах определяли экспрессию ССР-2,3 и 5 типов в 167 НЭО ПЖ, из них 71 инсулинома, 7 гастринома, по 2 соматостатиномы и АКТГ-омы (с эктопическим синдромом Кушинга) и 85 нефункционирующих опухолей. Использовали антитела к рецепторам к соматостатину 2 и 5 типа (моноклональные кроличьи, клоны ID-EPR3340 ID-UMB4, Эпитомикс, США) и 3 типа (поликлональные, Thermo Scientific, USA). Анализ экспрессии рецепторов проводили по методу Volante M. и соавт. (2007): мембранную для ССР-2 и 5 и мембранно–цитоплазматическую - для ССР-3. Значимой считали реакцию 2+ и 3+ (в 50-75 и 75-100% опухолевых клетках).

Результаты. Проведен сравнительный анализ экспрессии ССР в высокодифференцированных (ВД) функционирующих и нефункционирующих НЭОПЖ, Grade 1, и в ВД НЭОПЖ G1,2 и низкодифференцированных нейроэндокринных карциномах (НД НЭК-ПЖ, G3). В классификации НЭОПЖ (ВОЗ, 2010 г) группа НЭО, G2 слишком велика и объединяет опухоли с индексом пролиферации Ki67=2-20%, которые очень отличаются по клиническому течению и прогнозу. Поэтому мы разделили группу ВД-НЭО, G2 на 2 подгруппы: G2А (Ki67=3-10%) и G2Б (Ki67=10-20%).

Были сделаны следующие заключения.

1. Исследование экспрессии ССР в НЭОПЖ разной функциональной активности показало, что в нефункционирующих опухолях G1 ССР-2 и 5 выявляются чаще (67,9 и 31,6%), чем в инсулиномах (48,5 и 26,5%). ССР-3, напротив, чаще встречаются

в инсулиномах, чем в нефункционирующих опухолях (44,4% и 19,4%, соответственно).

2. На втором этапе исследовали экспрессию рецепторов в НЭО ПЖ разной степени злокачественности. ССР-2 выявляли в НЭО G1 (n=38), G2A (n=61), G2B (n=15) и НЭК G3 (n=16) в 64,9%, 59%, 73,3% и 75,2% опухолей; ССР-3 - в 20%, 36%, 16,7% и 33,3%; ССР-5 - в 36,8%, 35,6%, 26,7% и 37,5%, соответственно. Таким образом, было обнаружено, что при увеличении злокачественного потенциала НЭО ПЖ (в группах ВД-НЭО G2B и НЭК G3) увеличивается, а не уменьшается, как считалось раньше, пропорция ССР-2-позитивных опухолей.

Заключение. Определение статуса ССР каждой НЭО ПЖ до начала лечения пациентов позволяет оперативно разработать оптимальные схемы терапии и прогнозировать эффект от лечения аналогами СТ.

БЕЗОПУХОЛЕВАЯ ФОРМА ПАНКРЕАТОГЕННОЙ ГИПОГЛИКЕМИИ

Егоров А.В., Гуревич Л.Е., Васильев И.А., Лежинский Д.В.
Факультетская хирургическая клиника им. Н.Н. Бурденко ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Первый случай безопухолевой формы панкреатогенной гипогликемии был описан Sandler и соавт. в 1975 году. В настоящее время по данным литературы имеется менее 100 наблюдений, что составляет по разным данным 0,5-7% органического гиперинсулинизма взрослых.

Цель исследования: представить опыт лечения безопухолевой формы панкреатогенной гипогликемии.

Материалы и методы. В период с 1990 по 2015 гг. в факультетской хирургической клинике им. Н.Н. Бурденко Первого московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова 220 пациентов находились на лечении по поводу органического гиперинсулинизма. У 15 пациентов была выявлена безопухолевая форма органического гиперинсулинизма на фоне незидиобластоза ткани поджелудочной железы. Обследование таких пациентов обязательно включало проведение пробы с голоданием, ЭндоУЗИ, суперселективную ангиографию с артериально-стимулированным забором крови на инсулин и С-пептид.

Результаты. Из 15 пациентов 14 были оперированы. Дистальная гемипанкреатэктомия была выполнена двенадцати. Двум больным была выполнена дистальная субтотальная резекция железы. Через год и более после операции в шести наблюдениях возник рецидив гипогликемии, в трёх - развился сахарный диабет. Одна пациентка не была оперирована, проводится консервативная терапия пролонгированными аналогами соматостатина в дозировке 20 мг с положительным эффектом. Попытка назначения аналогов соматостатина еще двум больным привела к усугублению гипогликемии.

Безопухолевая форма панкреатогенного гиперинсулинизма у взрослых является, как правило, крайне редким заболеванием, патогенез которого не изучен. Причиной гипогликемии является гиперплазия β-клеток поджелудочной железы, которая может быть диффузной или фокальной. Для дифференцировки вышеуказанных форм необходимо применение артериально-стимулированного забора крови из печеночных вен после внутриартериальной стимуляции различных отделов поджелудочной железы для определения уровня иммунореактивного инсулина и с-пептида. Консервативное лечение этой группы пациентов основано на применении синтетических аналогов соматостатина и препаратов, снижающих уровень инсулина, а в случае фокальной формы β-клеточной гиперплазии обосновано применение резекционных методик. Тем не менее, высокая частота рецидива гипогликемии после операции не позволяет выделить оптимальный метод хирургического лечения. Альтернативой является тотальная или субтотальная панкреатэктомия, неизбежно приводящая к сахарному диабету. С другой стороны возможность применения синтетических аналогов соматостатина также ограничена у пациентов с безопухолевой формой панкреатогенного гиперинсулинизма из-за возможного усиления гипогликемии при назначении этой группы препаратов.

Заключение. Безопухолевая форма панкреатогенного гиперинсулинизма у взрослых требует индивидуального подхода в диагностике и выборе тактики лечения, что возможно при использовании артериально стимулированного забора крови. Полученные результаты как консервативного, так и оперативного лечения нельзя считать удовлетворительными из-за высокой частоты рецидивов гипогликемии.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОЙ МИКРОВОЛНОВОЙ АБЛЯЦИИ ИНСУЛИНПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ

Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Парнова В.А., Васильев И.А., Казмин Л.Д., Цой Л.В., Юриченко Ю.Ю.
Факультетская хирургическая клиника им. Н.Н. Бурденко ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Представлен первый опыт применения чрескожной микроволновой абляции (МВА) в лечении инсулиномы головки поджелудочной железы.

Клиническое наблюдение. Больной Р. 81 года поступил в клинику в сентябре 2014 г. с диагнозом: органический гиперинсулинизм. Инсулинома головки поджелудочной железы. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный панкреатит. Вирсунголитиаз. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2000 г). Энцефалопатия смешанного генеза (дисметаболическая, дисциркуляторная). Стеноз левой внутренней сонной артерии (85%). Ожирение 3 степени.

У пациента наблюдали клинику гипогликемической болезни (триада Уиппла), которая впервые возникла в 2009 г. Частота приступов сначала раз в полгода, с августа 2014 г. ухудшение состояния - эпизоды потери сознания ежедневные, за неделю до госпитализации - каждые 4-5 часов.

Гормональный статус: повышение уровня инсулина и С-пептида в 2 и 3,4 раза соответственно. Пролактин, кортизол, парат-гормон, гастрин - в пределах нормы.

При УЗИ и МСКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: в головке поджелудочной железы ближе к крючковидному отростку выявлено гипоэхогенное (гиподенсное) образование с четкими контурами, около 24 мм в диаметре, прилежащее к двенадцатиперстной кишке, интенсивно накапливающее контрастный препарат в артериальную фазу исследования. Панкреатический проток на расстоянии 5 мм от опухоли.

Учитывая, тяжелое течение гипогликемической болезни, по жизненным показаниям пацинту необходимо хирургическое лечение. Однако, принимая во внимание сопутствующие заболевания оперативное лечение - энуклеация образования традиционным способом (лапаротомия или лапароскопия) связано с крайне высоким риском.

18.09.2014 г. выполнили чрескожную МВА инсулиномы головки поджелудочной железы под УЗ-контролем. Использовали систему МВА- Ave Cure 881 фирмы MedWaves США, зонд 14G при температуре 120 °С с экспозицией 5 минут.

Во время процедуры определяли уровень инсулина и С-пептида. Через 5 мин после МВА подъем уровня инсулина и С-пептида в 3,7и 2,5 раза соответственно; через 20 мин уровень инсулина снизился в 3,5 р а С-пептида в 2,6раза.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Показатели гликемии - от 4 ммоль/л до 7 ммоль/л. Через сутки при МСКТ органов брюшной полости образование в головке поджелудочной железы прежних размеров, с признаком распада в центре. Главный панкреатический проток сохранен. На 4 сутки при УЗИ - в головке поджелудочной железы гипоэхогенное образование с четкими контурами, размерами 3,5х2,4см (зона абляции). В других отделах патологических изменений не выявлено. На 6 сутки при УЗИ отмечали уменьшение в размерах зоны абляции (2,6х1,5 см).

В послеоперационном периоде гипогликемических состояний не было и на 7 сутки пациент был выписан.

Через три недели по поводу критического стеноза левой внутренней сонной артерии произведена картотидная эндартерэктомия. В послеоперационном периоде уровень глюкозы крови 4-6 ммоль/л. На 6 сутки после операции развился инфаркт миокарда, и через сутки exitus letalis. Причина смерти – острый инфаркт, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

На макропрепарате поджелудочной железы определяется опухоль с зоной некроза, рубцовая соединительной ткань, замещающей паренхиму поджелудочной железы, стенка двенадцатиперстной кишки сохранена.

Заключение. МВА достаточно перспективный и эффективный метод деструкции гормонально-активных опухолей поджелудочной железы с целью контроля гормонального синдрома, если имеется высокий риск при выполнении лапароскопических или традиционных оперативных вмешательств. Однако критерии безопасности и радикализм в настоящее время требуют изучения.

ЭВОЛЮЦИЯ АЛГОРИТМА ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГОРМОНАЛЬНО АКТИВНЫХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Фоминых Е.В., Васильев И.А., Парнова В.А., Лежинский Д.В.

Факультетская хирургическая клиника им. Н.Н. Бурденко ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. При гормонально-активных нейроэндокринных неоплазиях поджелудочной железы часто возникают трудности в локализации первичной опухоли, несмотря на широкий арсенал методов инструментальной диагностики.

Цель исследования: отразить основные подходы и тенденции инструментального поиска гормонально активных образований.

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии им. Н.Н. Бурденко Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова с 1990 по 2015 гг. обследовано и оперировано 255 пациентов с гормонально-активными нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. Для топической диагностики использовались следующие исследования: трансабдоминальное ультразвуковое исследование, эндоскопическое ультразвуковое исследование, мультиспиральная компьютерная томография. С 1994 г. для выявления гормонально-активных опухолей поджелудочной железы и их дифференцировки с нефункционирующими применяется суперселективная ангиография с артериально-стимулированным забором крови (АСЗК).

Интраоперационные методы включали ревизию после адекватной мобилизации поджелудочной железы и интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ).

За указанный период времени произошли изменения в подходах к топической диагностике образований поджелудочной железы, обусловленные прогрессом существующих методик и появлением новых. Для оценки изменений мы проанализировали три временных интервала.

Первый: до 2000 г., так как до этого времени ЭндоУЗИ было недоступно, а наиболее информативным методом являлось ангиографическое исследование, сочетанное с АСЗК. До 1999 г. компьютерную томографию проводили без внутривенного контрастирования. В последующем для диагностики стали использовать аппарат спиральной компьютерной томографии четвертого поколения типа CT-max.

Второй: период с 2000 до 2008 гг., добавил в арсенал дооперационной диагностики ЭндоУЗИ и мультиспиральный компьютерный томограф “Aquillion” (Toshiba, Япония), позволявший эффективнее проводить полноценное трехфазное исследование.

Третий: период с 2009 г. по настоящее время выделен в связи с тем, что обследование пациентов с НЭО поджелудочной железы на предмет выявления опухоли стало проводиться более стандартизовано, предпочтение отдавалось неинвазивным методам дооперационного обследования.

Результаты. На дооперационном этапе локализовать все опухоли поджелудочной железы не удалось у 12 из 255 пациентов, из которых у двух установка топического диагноза оказалась невозможна даже интраоперационно, что потребовало повторной операции после дообследования. За анализируемый промежуток времени отмечено увеличение чувствительности УЗИ с 41% до 70%, частота выявления опухолей при компьютерном исследовании выросла с 18% до 71%. Чувствительность ЭндоУЗИ увеличилась с 74% до 82%. В настоящее время при единичных образованиях поджелудочной железы информативность данного метода составляет 98%. Накопленный опыт ЭндоУЗИ и повышение чувствительности КТ, а также опыт более 150 исследований АСЗК, выполненных с 1994г позволяет нам аргументировано определять показания к данной процедуре. Если ранее это был ведущий метод, то с 2009 года АСЗК стали применять только при множественных опухолях поджелудочной железы для выявления гормонально активных НЭО. Процент же выявления образований при ИОУЗИ остался на том же уровне во всех группах.

Заключение. За анализируемые 25 лет появился новый «золотой» стандарт исследования поджелудочной железы – ЭндоУЗИ, крайне перстпективным является применение МСКТ, произошло сужение показаний к АСЗК, который и по сей день не утратил своей актуальности в наиболее сложных диагностических ситуациях.

ТОТАЛЬНАЯ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Егоров В.И., Егоров А.В., Петров Р.В., Васильев И. А.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5 ДЗ г. Москвы, рОССИЯ
ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Тотальная дуоденопанкреатэктомия - редкое вмешательство при нейроэндокринных опухолях (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ).

Цель исследования: определить показания для выполнения и эффективность ТДПЭ при НЭО.

Материалы и методы. Анализ литературных данных о больших сериях пациентов, оперированных по поводу НЭО, а также четырех собственных клинических наблюдений.

Результаты. Анализ литературных данных показал, что ТДПЭ составляет 5-7% от всех операций при НЭО ПЖ. Основными показаниями являются:

1. большие, обычно нефункционирующие НЭО ПЖ, вовлекающие более двух отделов ПЖ, иногда с сосудистой инвазией;

2. множественные, чаще нефункционирующие НЭО, размерами больше 2 см, во всех отделах поджелудочной железы, обычно у пациентов, страдающих синдромом множественной эндокринной неоплазии 1 типа (МЭН-1);

3. наличие НЭО в ПЖ при злокачественной опухоли дуоденопанкреатической зоны.

Представлены четыре случая нефункционирующих НЭО ПЖ, относящихся ко 2 и 3 группам, на примере которых иллюстрированы показания к ТДПЭ при НЭО и ее результаты. Периоперационной летальности не было. Операция эффективно устраняла симптомы заболевания. Не отмечено случаев смерти от гипогликемии или декомпенсации сахарного диабета. Отмечены особенности компенсации экзокринной недостаточности в России, которые необходимо учитывать, обсуждая предполагаемое вмешательство. Отдаленные метастазы, после операции, могут эффективно лечиться системной или внутриартериальной химиотерапией.

Заключение. При наличии показаний, ТДПЭ является эффективным средством лечения НЭО ПЖ. Непосредственные (уровень осложнений и летальность) и отдаленные результаты (выживаемость) ее применения не отличаются от результатов менее обширных резекций ПЖ.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ НЕОПЛАЗИЙ МАЛЫХ РАЗМЕРОВ

Коваленко З.А., Кочатков А.В., Козырин И.А., Лядов В.К.
ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава России, осква, Россия

Введение. Нефункционирующие нейроэндокринные неоплазии (нфНЭН) редкая форма опухолей поджелудочной железы. В настоящее время однозначная доказательная лечебная тактика при нфНЭН малых размеров (до 2 см) не определена. Возможные варианты лечебных подходов – хирургическое лечение (анатомическая резекция поджелудочной железы либо энуклеация опухоли), динамическое наблюдение. Принятие решение о варианте лечения исходит из размеров опухоли, лучевой семиотики и коморбидности пациента. Представляем наш опыт хирургического лечения нфНЭН малых размеров.

Материалы и методы. В клинике хирургии и онкологии ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» М3 РФ в период с января 2011 по апрель 2015 гг. выполнено 150 резекционных вмешательств на поджелудочной железе по поводу периамуплярных опухолей и опухолей поджелудочной железы. 3 (2%) пациента оперировано по поводу нфНЭН. Все больные женского пола, в возрасте от 33 до 78 лет. Во всех наблюдения нфНЭН были спорадическими, не связанными с наследственными синдромами. 1 больной выполнена панкреатодуоденальная резекция, 2-м – энуклеация опухоли.

Результаты. Послеоперационные осложнений развились у 2 из 3 пациенток. В обоих случаях отмечено формирование послеоперационной панкреатической фистулы (класс А и класса С соответственно). Летальных исходов не было. Во всех случаях при патогистологическом исследовании максимальный размер опухоли не превышал 2 см, а патогистологическое стадирование определялось как T1N0M0 G1. Адъювантную терапию пациентки не получали. При контрольном обследовании через 3 года от момента операции – данных

за прогрессирование заболевания не получено ни в одном из наблюдений.

Заключение. нфНЭН – редкий тип опухолей поджелудочной железы с потенциально хорошим клиническим прогнозом. Хирургическое лечение нфНЭН представляется оправданной процедурой с точки зрения оптимальных отдаленных результатов. В тоже время, у группы пациентов низкого риска (по данным дооперационной КТ и МТ семиотики), либо пациентов с компрометированным коморбидным статусом, тактика динамического наблюдения также представляется оправданной.

ПРОБЛЕМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИХ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ И ЭКЗОКРИННОГО РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Коханенко Н.Ю.[1], Артемьева Н.Н.[1], Черемисин В.М.[2], Павелец К.В.[1,3], Ширяев Ю.Н.[1,3], Радионов Ю.В.[1], Антонов Н.Н.[3,4], Корякина Т.В.[2,3], Борисова Н.Ю.[1]

[1]Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

[2]Кафедра онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии медицинского факультета ГБОУ ВПО Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург, Россия

[3]СПб ГУЗ «Городская Мариинская больница», Санкт-Петербург, Россия

[4]Кафедра патологической анатомии ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

За последние 20 лет под нашим наблюдением находились 72 больных нейроэндокринной опухолью поджелудочной железы (НЭО ПЖ), у 59 (81,9%) из них опухоли были гормонально неактивны (основная группа исследования). Контрольную группу составили 107 пациентов, у которых была выполнена резекция ПЖ по поводу экзокринного рака (ЭР) ПЖ. При НЭО в теле и хвосте ПЖ опухоль локализовалась у 37 (62,7%) больных, в головке – у 22 (37,3%). При ЭР опухоль находилась в головке ПЖ у 94 (87,9%) пациентов, в теле и хвосте – у 13 (12,1%).

Был проведен сравнительный анализ частоты основных клинических симптомов, лабораторных, инструментальных, гистологических и интраоперационных признаков у этих больных.

Из всех ультразвуковых и КТ-признаков наиболее значимыми в дифференциальной диагностике, по нашим данным, явились: изменение ткани ПЖ в непораженных ее отделах (64,7% и 14,5%), расширение внутрипеченочных желчных протоков (82,6% и 31,9%), гиперваскуляризация опухоли (4,9% и 27,3%). Все эти признаки, как показывают цифры, не очень доказательны.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТИАБ) под контролем УЗИ была выполнена 24 больным при НЭО и 59 – при ЭР ПЖ. Опухолевые клетки, по данным ТИАБ, были обнаружены лишь у 81,5% больных раком ПЖ. А судить о степени злокачественности НЭО ПЖ на основании цитологического исследования было невозможно. Ложноположительных результатов при НЭО не было. Специфичность метода составила 100%.

При интраоперационной (ИО) ревизии ПЖ трудно отличить НЭО от ЭР на основании визуальных и пальпаторных данных, особенно если опухоль расположена в толще железы. С такими трудностями мы столкнулись у 11 пациентов (18,6%) при НЭО и у 15 (14,0%) – при экзокринном раке ПЖ.

В сложных диагностических случаях применяем интраоперационную аспирационную биопсию (ИО ТИАБ).

Инцизионная биопсия опухоли была выполнена у 42 оперированных.

ИО УЗИ применили в 12 диагностически неясных случаях, когда опухоль располагалась в толще ПЖ.

Когда опухоль, особенно небольшая (до 2,5 см), расположена в толще ПЖ, никогда нет уверенности, что это не рак или злокачественная НЭО. Таких наблюдений у нас было 37. Во всех случаях была выполнена резекция ПЖ. ЭР ПЖ был выявлен у 21 (56,8%) пациентов этой подгруппы, причем у трети больных – только после планового гистологического исследования. В 9 (24,3%) случаях была обнаружена злокачественная НЭО. Поэтому мы придерживаемся правила: если нельзя исключить злокачественный характер опухоли – следует выполнять резекцию ПЖ по онкологическим стандартам.

ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНСУЛИНОМАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Красильников Д.М., Петров С.В., Бареева Л.Т., Малова И.И., Миргасимова Д.М., Имамова А.М.
ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань. Россия

Цель исследования: определить алгоритм диагностики и оптимальные методы лечения у больных с инсулиномами поджелудочной железы.

Материалы и методы. В клинике хирургии №1 с 2005 по 2014 гг. находились на стационарном лечении 30 пациентов с инсулиномой поджелудочной железы. При благоприятном течении заболевания, эффективном использовании лечебных мер по профилактике гипогликемического приступа, 7 пациентам проводилась консервативная терапия, 23 - произведены оперативные вмешательства. Возраст больных варьировал в пределах от 34 до 72 лет, женщин было 26 (86,7%), мужчин - 4 (13,3%). Все пациенты поступили из медицинских учреждений Республики Татарстан и г. Казани. Своевременно диагноз при появлении первичных симптомов заболевания не был поставлен ни одном случае и больным длительное время проводилось консервативное лечение у терапевтов, невропатологов, психиатров. Диагностика заболевания была сложной и заключалась в изучении клинико-объективных данных, результатов лабораторных, лучевых методов исследований, эндоскопического УЗИ.

Результаты. 7 пациентам по разным причинам, в том числе в связи с неустановленной локализацией инсулиномы (2), отказом больных от предложенной операции (3) и эффективностью проводимого профилактического консервативного лечения (7) в условиях поликлиники осуществлялся динамический контроль общего состояния, результатов лабораторных исследований. Из оперированных больных, у 2 инсулинома была обнаружена в головке поджелудочной железы, в связи, с чем была произведена панкреатодуоденальная резекция. Иинсулинома располагалась в толще тела поджелудочной железы в 2 наблюдениях, в области хвоста поджелудочной железы - в 7. Больным были выполнены дистальные резекции поджелудочной железы со спленэктомией. У одной больной инсулинома во время операции не была обнаружена, отмечалось увеличение размеров тела и в большей степени хвоста поджелудочной железы, в связи, с чем произведена дистальная гемипанкреатэктомия. При гистологическом исследовании удаленного препарата установлена гиперплазия бета клеток поджелудочной железы и фиброз железы. В 12 наблюдениях инсулиномы располагались на поверхности поджелудочной железы и были удалены без резекции железы. После удаления инсулином, уже на операционном столе, показатели уровня сахара крови приходили к норме или были повышены. Морфологически у всех больных установлена инсулинома, соответствующая аденоме смешанного, трабекулярно-ацинарного строения. Ранние послеоперационные осложнения наблюдались у 5 пациентов, которые были устранены с использованием малоинвазивных вмешательств. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты прослежены у 25 больных, которые признаны как хорошие.

Заключение. Анализ результатов лечения больных с инсулиномами поджелудочной железы показал, что причиной поздней диагностики заболевания явилось отсутствие полноценного дооперационного обследования больных. Диагностическая программа включает в себя комплексное определение причин гипогликемии, выявление опухоли и определение её локализации. При установленном диагнозе методом выбора является хирургическое лечение, заключающееся в удалении инсулиномы, при возможности с сохранением поджелудочной железы. Консервативная терапия показана только у пациентов при отказе от операции и положительных результатах применения медикаментозного лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Краснов Л.М., Непомнящая С.Л., Русаков В.Ф., Земляной В.П., Воробьев С.Л., Лисицын А.А., Федоров Е.А.
Санкт-Петербургский клинический комплекс ФГБУ «Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
Кафедра факультетской хирургии им. И.И. Грекова ГБОУ ВПО Санкт-Петербургская медицинская академия им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Нейроэндокринные опухоли (НЭО) поджелудочной железы составляют менее 1% от всех злокачественных опухолей. Большинство из них являются гормонально активными и сопровождаются характерной клинической картиной. В 20—35% наблюдений развитие НЭО не сопровождается развитием гиперфункциональных синдромов. Большинство НЭО поджелудочной железы располагаются в головке железы (54%). В большинстве наблюдений опухоль является резектабельной. Операцией выбора чаще является органосохраняющая операция (энуклеация опухоли, проксимальная или дистальная резекция поджелудочной железы).

За период с 2008 по 2015 г. наблюдали 18 больных с НЭО поджелудочной железы (36,8% среди всех обследованных нами больных с НЭО различных локализаций). Среди них было 15 женщин в возрасте от 38 до 72 лет и 3 мужчин от 32 до 40 лет. Клинически нефункционирующие опухоли были у 4 больных, инсулиномы - у 6, гастриномы – у 3, карциноиды – у 2 , АКТГ-продуцирующие опухоли – у 1, синдром МЭН 1 типа выявлен у 2 больных, синдром фон Хиппеля-Линдау - 1. Лабораторная диагностика основывалась на выявлении повышеного уровня хромогранина А, NSE, 5-ГИУК, серотонина и его метаболитов в крови и в моче, инсулина, С-пептида, гастрина, гистамина и др. Топическая диагностика осуществлялась МСКТ с контрастированием, ПЭТ, СЦГ с In-111-октреотидом, сандостатином, МИБГ. Всего у 18 больных было обнаружено 27 НЭО. 8 из них располагались в головке, 8 в теле и 11 в хвосте поджелудочной железы. Инсулиномы и АКТГ-продуцирующие образования располагались в головке и теле железы, В хвосте преимущественно выявлялись нефункционирующие опухоли (7), гастринома (2) и глюкагонома (1). У 4 больных при первичном обращении опухоли имели метастазы в печени (карциноид-1, АКТГ-продуцирующая опухоль — 1, и нефункционирующие опухоли — 2). Оперированы были 11 больных (61,1%): 4 - выполнена панкреатодуоденальная резекция (в 1 случае — расширенно-комбинированная операция с резекцией сегмента печени и пластикой воротной вены), 5 — резекция тела и хвоста поджелудочной железы, 2 — энуклеация инсулином головки и тела в сочетании с дистальной резекцией железы. При наличии метастазов в печени диагноз подтверждали биопсией очагов. Во всех случаях выполняли иммуногистохимическое исследование, изучали экспрессию хромогранина А, синаптофизина, NSE, цитокератинов А1/А3, определяли индекс пролиферации Ki-67. Опухоли стадии GI — были в 4 случаях, GII — 6 наблюдений (в 3 — от 2 до 10%, в 3 — от 10 до 20%), GIII – у 1 больной). Больные со стадией GII с митотической активностью более 10%, в дальнейшем получали медикаментозное лечение аналогами соматостатина. Одна пациентка в течение года проходила радиоизотопное лечение с Lu-177 ODTA в Финляндии, на фоне которого отмечен регресс опухоли.

НЕФУНКЦИОНИРУЮЩИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НЕОПЛАЗИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Карельская Н.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Нейроэндокринные неоплазии (НЭН) - группа новообразований, происходящих из клеток диффузной нейроэндокринной системы. В 10-30% НЭН выявляются в составе синдромов множественной эндокринной неоплазии (синдром Вермера, фон Гиппеля-Линдау, фон Реклингхаузена). НЭН поджелудочной железы (ПЖ) подразделяют на две группы: функционирующие, которые ассоциированы с симптомами, вызванными эктопической секрецией гормонов; нефункционирующие, которые либо не секретируют биологически активные вещества, либо секретируют их, не вызывая клинической симптоматики. В 50-60% случаев НЭН являются нефункционирующими. Дифференциальная диагностика нейроэндокринного рака и протоковой

аденокарциномы представляет существенные трудности.

Основным методом лечения является хирургическое вмешательство. Оперативное лечение оправдано как в радикальном, так и паллиативном объеме.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных НЭН.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов хирургического лечения 33 больных с нефункционирующими НЭН, оперированных в 2000-2015 годах. В исследовании преобладали женщины - 76% (25 человек). Синдром множественной эндокринной неоплазии I типа выявлен у 9 (27%) больных. Нейроэндокринный рак (НЭН G3) обнаружен у 11 больных. Дооперационная дифференциальная диагностика нейроэндокринного рака и протоковой аденокарциномы осуществлялась на основании данных КТ и МРТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием и получением диффузионно-взвешенных изображений.

Дистальная резекция ПЖ произведена 14 больным (робот-ассистированная - 6, лапароскопически - 1), из них у 6 пациентов с НЭН G1-G2 сохранена селезёнка. Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция выполнена 12 больным (робот-ассистированная – 3). Энуклеация опухоли выполнена в 2 наблюдениях (робот-ассистированная -1), срединная резекция – 5 (робот-ассистированная – 2). При НЭН G1-G2 хирургические вмешательства не представляли технических затруднений, поскольку отсутствовали воспалительные инфильтративные и рубцовые изменения ПЖ и окружающих тканей. При нейроэндокринном раке операции выполнялись с соблюдением всех онкологических принципов хирургии.

Результаты. Длительность операций при миниинвазивных доступах превышала традиционные на 40 - 90 минут, при этом объем кровопотери был меньшим. Послеоперационный койко-день колебался от 9 до 45 дней. Наличие НЭН не приводило к значимому нарушению оттока панкреатического секрета, склерозированию паренхимы, в результате операции выполнялись при сохраненной экзокринной функции. Следствием этого послеоперационный панкреатит был основным осложнением операций – он возник у 14 больных. В результате панкреатита сформировались наружные панкреатические свищи (типа А по ISGPS - 9, типа В – 5), аррозионное кровотечение на фоне свищей возникло у 4 больных (тип С по ISGPS, гемостаз обеспечен эндоваскулярно). У 3 больных имел место послеоперационный гастростаз (тип В по ISGPS). Умер 1 больной после ПДР в связи с послеоперационным панкреонекрозом.

Выводы. Точная дифференциальная диагностика НЭН G 3 и протоковой аденокарциномы с метастатическим поражением печени позволяет выполнять циторедуктивные операции и продлить жизнь больным с НЭН. При хирургическом лечении НЭН могут быть использованы как традиционный, так и миниинвазивные способы выполнения операций. При опухолях классифицируемых как G1,G2 и размером не более 5 см целесообразно применение робот-ассистированного или лапароскопического вариантов. Миниинвазивные методики не позволяют избежать послеоперационных осложнений.

ОРГАНИЧЕСКИЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ОБОСНОВАНИЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Лысанюк М.В.
ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: определить современные возможности лабораторных и инструментальных методов обследования больных в дифференциальной диагностике основной формы органического гиперинсулинизма для определения тактики лечения.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 68 пациентов с органическим гиперинсулинизмом (ОГИ): инсулинома выявлена у 55 (80,9%) больных, гиперплазия ò-клеток островков Лангерганса – у 9 (13,2%), микроаденоматоз – у 4 (5,9%). Обследование больных ОГИ проводилось с применением гормональных (иммунореактивный инсулин, проинсулини, С-пептид, хромогранин А), функциональных (проба с голоданием), инструментальных (УЗИ, КТ, МРТ, ПЭТ, ангиография) и морфологических исследований (световая и электронная микроскопия, иммуногистохимия). Хирургическое лечение проведено 62 пациентам: всем больным инсулиномой и 7 пациентам безопухолевой формой ОГИ.

Результаты. Установлено, что особенности клинических проявлений не позволяют верифицировать форму ОГИ. Лабораторные методы исследований свидетельствуют об ОГИ с 92% чувствительностью, но также не позволяют определить его основную клиническую форму. Современные лучевые методики исследования не всегда обеспечивали дифференциальную диагностику формы ОГИ. Чувствительность УЗИ, МРТ, СКТ и ПЭТ в диагностике инсулиномы составила 56%, 72%, 75% и 25% соответственно. Применение ПЭТ це-

лесообразно только для оценки распространенности опухолевого процесса. Использование эндоскопического УЗИ повысило чувствительность в диагностике инсулиномы до 91%. Применение ангиографии с артериально-стимулированным забором крови у 4 больных, у которых неинвазивные методы диагностики были неинформативны, позволило определить форму ОГИ и локализовать инсулиному во всех случаях. Варианты оперативных вмешательств у больных инсулиномой включали: энуклеацию опухоли (31,7%), дистальную резекцию поджелудочной железы (43,3%), краевую резекцию поджелудочной железы (21,7%), срединную резекцию поджелудочной железы (3,3%). Применение интраоперационного УЗИ позволило локализовать инсулиному в поджелудочной железе и определить вариант оперативного вмешательства в 93% случаев. Установлено, что критериями, определяющими выбор варианта оперативного вмешательства у больных инсулиномой являются: особенности расположения опухоли в поджелудочной железе, их количество, признаки злокачественного роста, соотношение опухоли с протоковой системой и магистральными сосудами. При поверхностном расположении и небольших размерах инсулиномы рациональным вариантом операции является энуклеация опухоли. В случаях расположения опухоли в толще поджелудочной железы, рядом с селезёночными сосудами и главным панкреатическим протоком, а также множественных инсулиномах операцией выбора следует считать резекцию поджелудочной железы (дистальную, проксимальную). При наличии признаков злокачественного роста инсулиномы оперативное вмешательство выполняется в максимальном объеме с учетом общепризнанных онкологических принципов. Показанием к оперативному лечению у больных безопухолевой формой ОГИ была неэффективность консервативной терапии. Выполненная дистальная «слепая» резекция поджелудочной железы привела к рецидиву заболевания у 4 из 7 пациентов, что свидетельствует об отсутствии морфофункционального обоснования хирургического лечения у больных безопухолевыми формами ОГИ.

Заключение. Рациональное применение современных методов инструментальной диагностики позволяет дифференцировать основные формы ОГИ у подавляющего числа больных. Пациентам с инсулиномой показано оперативное лечение, выбор варианта которого определяется локализацией опухоли, их количеством, связью опухоли с протоковой системой и магистальными сосудами, распространенностью онкологического процесса. Методом выбора лечения больных неопухолевой формой ОГИ является консервативное лечение синтетическими аналогами соматостатина.

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ (НЭО) ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Маркович А.А.
ФГБНУ "Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность проблемы лекарственного лечения НЭО связана с ростом заболеваемости, частотой выявления распространенных опухолей и метастатического поражения (около 50% случаев). Ориентиром для выбора алгоритма лечения являются градации злокачественности НЭО (G1-3), которые характеризуются величиной митотического и пролиферативного индексов и определяют биологическое поведение опухоли. Также имеет значение гормональная и пептидная активность части НЭО, которая приводит к возникновению разнообразных синдромов и их осложнений. Наиболее эффективной лечебной тактикой для больных с НЭО является комплексный подход: радикальные и циторедуктивные операции, системное лекарственное воздействие, радионуклидная терапия и локальные методы, такие как химиоэмболизация, радиочастотная аблация. Большинство пациентов с НЭО нуждаются в поэтапном применении лекарственной терапии. Имеется широкий спектр препаратов системного действия: аналоги соматостатина, интерфероны, химиотерапия, таргетная терапия. Химиотерапия может использоваться при наличии первичной опухоли и/или метастазов умеренно- и низкодифференцированных НЭО с агрессивным течением, частота ответов 30-50%, в зависимости от схемы лечения. Используются препараты: стрептозотоцин (в России и Европе не зарегистрирован), 5-фторурацил, капецитабин, оксалиплатин, темозоломид, гемцитабин, доксорубицин, цисплатин, крбоплатин, этопозид. В настоящее время проходит клинические исследования отечественный препарат Араноза, который по предварительным данным имеет высокую противоопухолевую активность. Таргетные препараты применяются в качестве линии терапии при метастатических прогрессирующих высокодифференцированных НЭО поджелудочной железы. В исследованиях MDACC, RADIANT1-3 была показана высокая эффективность производного рапамицина эверолимуса (mTOR-

ингибитор) у больных с опухолями из островковых клеток поджелудочной железы (27%). В настоящее время эверолимус - стандарт лечения высокодифференцированных НЭО поджелудочной железы. Сунитиниб, низкомолекулярный ингибитор тирозинкиназ, также показал высокую антипролиферативную активность в нескольких международных рандомизированных исследованиях и был зарегистрирован для высокодифференцированных НЭО поджелудочной железы. Биотерапия аналогами соматостатина (АС) и α-интерферонами эффективна в отношении ассоциированных клинических синдромов, обусловленных гиперпродукцией гормонов и обладает доказанной эффективностью у 60% больных. Антипролиферативная активность АС (пролонгированные формы октреотида и ланреотида) была доказана в исследованиях PROMID и CLARINET, на основании которых были сняты ранее действующие ограничения по использованию АС только для симптоматической терапии. АС стали стандартом противоопухолевого лечения высокодифференцированных НЭО независимо от гормональной активности опухоли. Радионуклидная терапия эффективна для опухолей, у которых при сцинтиграфии рецепторов соматостатина определяется высокая степень поглощения (объективный ответ - 30-40%). Роль радионуклидной терапии должна быть определена в рандомизированных исследованиях. В России радионуклидная терапия не применяется. Из-за редкой встречаемости НЭО не все клиницисты имеют достаточный опыт и испытывают трудности в постановке диагноза и применении алгоритмов лечения. Поэтому важными являются принципы преемственности и мультидисциплинарного подхода в координации оказания специализированной помощи больным с НЭО, что позволяет достигнуть наилучших результатов лечения и значительно увеличивает продолжительность жизни больных.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МУЦИНОЗНЫХ И НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С РАЗЛИЧНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ

Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С., Каширский А.Г., Чернышова Н.В., Куркин А.В., Соколов А.Н.
ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж, Россия

Актуальность. Среди хирургов продолжает обсуждаться вопрос показаний к ограниченной или органосохраняющей резекции поджелудочной железы (ПЖ) и к необходимости применения расширенных оперативных вмешательств при муцинозных и нейроэндокринных опухолях (Klimstra D.S., Pitman M.B., 2009).

Цель исследования: сравнительная оценка вариантов оперативного лечения муцинозных и нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы с различным потенциалом злокачественности.

Материалы и методы. В общехирургических отделениях №1 и №3 ВОКБ №1 с 2010 по 2014 гг. находились на лечении 45 пациентов (мужчин – 24 (53,3%), женщин – 21 (46,7%) в возрасте от 21 до 84 лет с диагнозами, подтвержденными с помощью патолого-гистологического и иммуногистохимического исследований: муцинозная аденокарцинома ПЖ у 17 (37,8%), цистаденома ПЖ у 12 (26,7%), нейроэндокринная карцинома ПЖ у 11 (24,4%), нейроэндокринная опухоль ПЖ у 5 (11,1%) больных. Процент озлокачествления муцинозных опухолей ПЖ составил 58,6%, а нейроэндокринных опухолей ПЖ – 68,6%. Предоперационная прицельная пункционная биопсия очагового образования ПЖ под УЗ-контролем была произведена 19 (42,2%) пациентам, однако характер и объем хирургических вмешательств определялся в большинстве случаев интраоперационно.

Результаты. При опухолевом поражении головки ПЖ как высокой, так и низкой степени злокачественности после билиарной декомпрессии были произведены 8 больным панкреатодуоденальные резекции, причем в 1 случае операция была дополнена резекцией поперечной ободочной кишки, а еще у 1 пациента интраоперационно были получены данные о распространении опухоли дистальнее головки ПЖ, поэтому была выполнена панкреатэктомия. Еще 5 больным было произведено наложение гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру, 3 пациентам в связи с декомпенсированным стенозом привратника – наложение переднего гастроэнтероанастомоза с брауновским соустьем (2 больных умерло в раннем послеоперационном периоде вследствие кахексии, полиорганной недостаточности). При нейроэндокринных опухолях головки ПЖ с низким потенциалом злокачественности 1 пациенту была произведена ЭРХПГ, ЭПСТ, стентирование холедоха по причине выраженной билиарной гипертен-

зии, вторичного поражения печени и 1 – антеградное стентирование желчных протоков вследствие тяжелого соматического состояния больного.

Пациенту с нейроэндокринной карциномой тела и хвоста ПЖ была выполнена расширенно-комбинированная дистальная гемипанкреатэктомия со спленэктомией, а 2 больным с цистаденомой тела и хвоста были произведены резекция тела ПЖ с панкреатоеюностомией по Ру и наложение цистоэнтероанастомоза на выключенной петле по Ру. При опухолевом поражении хвоста ПЖ различной степени злокачественности 7 пациентам была выполнена дистальная резекция ПЖ, в том числе 1 видеоассистированная, и 1 больному с цистаденомой хвоста ПЖ – дренирование кисты под УЗ-контролем.

Всего было отмечено 8 летальных исходов (17,8%), все пациенты страдали злокачественными опухолями головки ПЖ.

Выводы. У данной категории пациентов целесообразно производить биопсию интраоперационно. Вследствие высокого риска озлокачествления муцинозных и нейроэндокринных опухолей ПЖ показано выполнение радикальных резекций у больных с названными опухолями как высокой, так и низкой степени злокачественности.

ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГОРМОНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Пропп А.Р., Никулина С.А., Полуэктов В.Л., Пранкевич Н.Н., Астанков Р.А., Кузьменко В.В., Торопов А.В., Ценев А.А., Завьялов А.А.
БУЗОО «Областная клиническая больница», Омск, Россиия

Введение. Инсулинома - самая распространенная гормонпродуцирующая опухоль поджелудочной железы (ПЖ). Распространенность инсулином примерно 1-6 случаев на 1000000 человек в год. В 97% случаев опухоль локализуется в ПЖ (H.G. Beger, 2008). Впервые успешное удаление инсулиномы в нашей стране выполнил в 1949 году А.Д. Овечкин. В 70 % случаев инсулиномы имеют размеры менее 1,5 см (Proye C., 1987), в связи с чем, их поиск может быть затруднителен.

Цель исследования: оценить возможности до- и интраоперационной диагностики инсулином поджелудочной железы.

Материалы и методы. Представлен опыт хирургического лечения 14 больных с инсулиномами, оперированных с 1993 по 2013 гг. Распределение мужчин и женщин 1:1. Средний возраст 55,6 лет. Локализация инсулиномы в головке ПЖ была у 7, в теле – у 4, хвосте – у 3. Длительность анамнеза от 4 месяцев до 2,5 лет. Клинически диагноз инсулиномы не вызывал сомнений: все случаи заболевания проявлялись синдромом гипогликемии с явлениями энцефалопатии разной степени выраженности, практически все больные имели избыточный вес, обусловленный необходимостью постоянного приёма углеводов. Клиники карциноидного синдрома не было. 2 больных перенесли острое нарушение мозгового кровообращения на фоне гипогликемического криза. Максимальный уровень гипогликемии у больных достигал 1 ммоль/л. Метод трансабдоминального УЗИ был неинформативен. Основным методом дооперационной диагностики инсулиномы являлись мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и целиакография. 5 больным выполнено интраоперацинное УЗИ.

Результаты. Метод МСКТ оказался информативным у 9 больных, метод целиакографии – у 4. В 5 наблюдениях топография опухоли была подтверждена с помощью интраоперационного УЗИ, которое у 2 больных явилось единственным методом верификации диагноза. Размер опухолевого узла на операции был 2 см у 4 больных, от 1 до 2 см - у 8, менее 1 см (0,7 см) - у 1, опухолевого узла не найдено – у 1. В 6 наблюдениях была выполнена энуклеация опухолевого узла. Проксимальная резекция головки ПЖ выполнена 2 больным, дистальная резекция – 6. Макроскопически опухолевый узел имел красно-коричневую окраску. Гипогликемия купировалась сразу же после удаления опухоли, ещё на операционном столе. Повторно оперировано 4 больных с благоприятным исходом. Летальный случай был у одного больного, оперированного повторно по поводу гематомы брюшной полости и перитонита. Через 3 года один больной после дистальной резекции ПЖ был оперирован повторно в объёме резекции головки ПЖ по поводу гормонпродуцирующей опухоли второй локализации.

Выводы. Дооперационная диагностика позволила верифицировать диагноз инсулиномы в 78,6% наблюдений (n=11). В 14,3% наблюдений (n=2) топография опухоли была определена только с помощью интраоперационного УЗИ. В 7,1% наблюдений (n=1) методы до- и интраоперационной диагностики не позволили уточнить топографию опухоли и оказались неинформативными.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕЗИДИОБЛАСТОЗА

Смирнов А.В., Калинин Д.В., Лебедева А.Н., Карельская Н.А., Кригер А.Г.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Незидиобластоз (НБ) – редкое заболевание, проявляющееся синдромом органического гиперинсулинизма и обусловленное диффузной гиперплазией и/или гипертрофией островков Лангерганса поджелудочной железы (ПЖ). Клиническая картина обусловлена гипогликемией и проявляется слабостью, эпизодами потери сознания, судорогами, патологической сонливостью, нарушением памяти, снижением интеллекта. Как правило, гипогликемия носит персистирующий характер, что нередко требует постоянной инфузии растворов глюкозы. Отсутствие при лучевых методах обследования (КТ с болюсным усилением, МРТ, УЗИ и эндосонография) у больного с органическим гиперинсулинизмом очагового поражения ПЖ, легких и других органов требует исключения НБ. Ключевую роль в диагностике НБ играет артериальностимулированный забор крови. Современная доктрина лечения НБ заключается в хирургическом лечении. Операцией выбора является корпорокаудальная резекция ПЖ с удалением не менее 60-70% паренхимы органа. Окончательное подтверждение диагноза возможно только после гистологического исследования. Диффузный характер поражения ПЖ при НБ определяет высокий риск рецидива гипогликемических состояний. Лечебная тактика в случае рецидива заключается в попытке медикаментозной коррекции (например, верапамилом, сандостатином). При неэффективности данных мер следует рассматривать вопрос о повторном выполнении резекционных вмешательств на ПЖ вплоть до тотальной панкреатэктомии.

Материалы и методы. В Институте хирургии им. А.В. Вишневского в период с 2011 по апрель 2015 гг. оперировано 5 пациентов с НБ. У всех больных диагноз был заподозрен на дооперационном этапе и в дальнейшем подтвержден при гистологическом исследовании. При этом у 2 больных НБ сочетался с наличием инсулиномы ПЖ. Всем пациентам была выполнена корпорокаудальная резекция ПЖ.

Результаты. В результате хирургического лечения у трех пациентов эпизодов гипогликемии не отмечалось за весь период наблюдения. У четвертого пациента гипогликемические состояния стали развиваться спустя 7 месяцев после операции, в настоящий момент пациент получает консервативную терапию (верапамил). У пятого пациента через месяц после операции в связи с сохранившимся тяжелым органическим гиперинсулинизмом потребовалось выполнение экстирпации головки ПЖ, что не устранило проявлений заболевания. Экстрапанкреатический источник секреции инсулина выявить не удалось. Пациент был выписан на амбулаторное лечение. Через год у пациента возникла гипогликемическая кома, из которой не удалось вывести, несмотря на внутривенное введение 40% раствора глюкозы, наступила смерть.

Заключение. Хирургическое лечение НБ может обеспечить полный регресс симптоматики, но не гарантируют возникновения рецидива заболевания и даже отсутствия каких-либо изменений в частоте и тяжести гипогликемических состояний.

ДИАГНОСТИКА НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ С КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИЕЙ СТРУКТУРЫ

Степанова Ю.А., Терещенко А.Д., Кригер А.Г., Калдаров А.Р., Калинин Д.В.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Наиболее часто встречаем солидный вариант нейроэндокринных опухолей (НЭО). Однако, возможна и кистозная трансформация опухоли, которая обусловлена развитием вторичными изменениями в опухолях крупных размеров в виде очагов кровоизлияния и некрозов.

Цель исследования: проанализировать особенности лучевой диагностики НЭО с кистозной трансформацией структуры.

Материалы и методы. В период с 1999 по 2015 гг. в Институте хирургии было обследовано и пролечено 33 пациента с верифицированными нефункционирующими нейроэндокринными опухолями поджелудочной железы. Анализ данных предоперационного обследования и морфологического исследования этих пациентов показал, что в 9 случаях в опухолях выявили кистозные полости различной степени выраженности (что составило 27,3%). Был проведен ретроспективный анализ результатов предоперационного обследования этих пациентов. Во всех случаях это были женщины. В возрасте от 23 до 79 лет (средний возраст составил – 49,7 лет). Дооперационное обследование: ультразвуковое исследование; компьютерная и

магнитно-резонансная томография томография с болюсным контрастным усилением.

Результаты. Критериями лучевой диагностики НЭО с кистозной трансформацией структуры является округлое, как правило, крупное, кистозно-солидное гиперваскулярное образование, о чём свидетельствует наличие артерий и вен в солидной части опухоли при дуплексном сканировании и значительное накопление контрастного вещества при компьютерной томографии в артериальную фазу исследования с незначительным снижением в венозную и в отсроченную фазы, аналогично и при магнитно-резонансной томографии. Содержимое кистозных полостей в одном образовании варьирует по плотности за счёт наличия большего или меньшего количества геморрагического компонента. Также, для этих образований является характерным наличие осадка, определяемого как двусхлойное содержимое с достаточно чёткой границей, который перемещается при полипозиционном лучевом исследовании. Был выявлен дополнительный признак кистозной НЭО, так по мере роста опухоли стенка магистрального сосуда или его ветви, проходящего по контуру образования, может быть аррозировна с формированием ложной аневризмы в одной из кистозных полостей опухоли.

Заключение. Лучевые методы исследования позволяют диагностировать НЭО с кистозной трансформацией структуры и дифференцировать их от других кистозных образований поджелудочной железы.

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Третьяк С.И., Синило С.Б., Ращинский С.М., Паруков В. Г., Бах А.Ю.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

За 3 года в хирургических отделениях ГК БСМП было пролечено 4 пациента с НЭО ПЖ, что составило 0,011% от всех оперированных пациентов.

Цель исследования: оценить результаты лечения нейроэндокринных опухолей (НЭО) поджелудочной железы (ПЖ).

Одна пациентка была с карциноидом хвоста ПЖ. В литературе описано всего 100 случаев такой патологии (Гуревич Л.Е., 2005). Пациентка в течение 2х лет страдала карциноидным синдромом. По поводу острого гастроэнтерита неинфекционной природы неоднократно лечилась в инфекционном отделении районной больницы. При обследовании было найдено кистозное образование в хвосте ПЖ 40х44 мм. Постоянно беспокоили поносы, повышался уровень глюкозы в крови. При поступлении в отделение хирургической гепатологии на МРТ-ангиографии: в области хвоста ПЖ определялось кистозное образование размером 56,6х40х45 мм с наличием капсулы и перегородок, накапливающих контрастное вещество, содержимое кисты было неоднородным. Пациентке выполнена дистальная резекция 40% ткани хвоста ПЖ с сохранением селезёнки. В послеоперационном периоде возникло внутрибрюшное кровотечение из эррозированной селезёночной вены. Релапаротомия, ушивание селезёночной вены. Через год при МРТ образований в ПЖ не обнаружено. Глюкоза крови в норме.

Три пациента, средний возраст 28 лет, были оперированы по поводу инсулиномы ПЖ. Все страдали гипогликемическим синдромом.

У одной пациентки при КТ было обнаружено образование в головке поджелудочной железы 15х12 мм с интенсивным накопление в артериальную фазу контрастного вещества. Выполнена локальная передняя неанатомическая резекция головки поджелудочной железы в объеме операции Фрея с панкреатоеюностомией на петле по РУ, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду. Осложнений не было.

Вторая пациентка в течение 2-х лет лечилась поводу гипогликемического синдрома. Уровень глюкозы снижался до 1,6 ммоль/л. С-пептид повышался до 4133 (160-1200 пмоль/л). Показатель ИРИ повышался до 244,7 (2,1-22 мкМЕ/мл). Эндокринологами решался вопрос о химиотерапии. Через 2 года на КТ в крючковидном отростке ПЖ был обнаружен очаг до 10 мм, равномерно накапливающий контрастное вещество. Выполнена локальная передняя неанатомическая резекция поджелудочной железы в объеме операции Фрея с панкреатоеюностомией на петле по РУ, холецистэктомия, холедохостомия по Холстеду. Осложнений не было. Гистологически инсулинома, ИГХИ: CK(++); CK7(+); Syn(+++); CheA(+). Ki – 67(5%) без признаков инвазии в сосуды.

Третий пациент в течение 4 лет страдал гипогликемией с судорожным синдромом. Безуспешно лечился по поводу эпилепсии. При неоднократном КТ образований в ПЖ не обнаруживали. Лишь только последнее КТ позволило установить в теле ПЖ образование, размерами 12х16 мм, интенсивно накапливающее контраст. Выполнена дистальная резекция в объеме 40% с сохранением селезенки. На 15 сутки развилось кровотечение из язвы двенадцатиперстной кишки. Эндоскопический выполнен гемостаз. Гистологическое заклю-

чение: высокодифференцированная эндокринная опухоль с очаговым прорастанием капсулы и инвазией в прилежащую ткань поджелудочной железы. В краях резекции опухолевого роста нет. ИГХИ: Chr F +++, Syn +++, CK -, CEA -, Ki 67 (10%).

Выводы. НЭО ПЖ редкая и труднодиагносцируемая патология. Лечение только хирургическое в специализированном отделении. Результаты лечения хорошие.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРИНПРОДУЦИРУЮЩИХ ОПУХОЛЕЙ ГАСТРОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Черноусов А.Ф., Парнова В.А., Егоров А.В., Кондрашин С.А., Мусаев Г.Х., Фоминых Е.В., Гуревич Л.Е.

Факультетская хирургическая клиника им. Н.Н. Бурденко ГБОУ ВПО «Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: определить алгоритм диагностического поиска и оптимальную тактику лечения гастринпродуцирующих опухолей гастропанкреатодуоденальной области (ГПДО).

Материалы и методы. С 1973 г. по 2014 г в клинике находились на лечении 57 пациентов с гастриномами ГПДО, и в 10 наблюдениях причиной гастродуоденальных язв являлась гиперплазия G-клеток антрального отдела желудка (псевдосиндром Золлингера – Эллисона). У 50 (88%) пациентов опухоль находилась в поджелудочной железе, у остальных в двенадцатиперстной кишке или препилорическом отделе желудка. Злокачественный характер роста отмечен у 25 (44%) больных и в трети наблюдений в сочетании с метастазами в печень. У 12 (21%) пациентов выявлен синдром МЭН-1 типа (наряду с поражением поджелудочной железы или двенадцатиперстной кишки определяли аденомы паращитовидных желез или гипофиза). Обследование пациентов включало изучение анамнеза, клинической картины, исследование желудочной секреции, уровня гастрина и хромогранина А крови (12 пациентам); нагрузочные тесты с кальцием и белком применяли 28 больным. Для топической диагностики применяли: ЭГДС, УЗИ, ЭндоУЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфию соматостатиновых рецепторов (ССР), ангиографию, артериально-стимулированный забор крови из печеночной вены (АСЗК) с определением концентрации гастрина. Начиная с 1996 года, всех больных обследовали на предмет синдрома МЭН-I.

Оперированы 46 (80,7%) пациентов (только био – и химиотерапию проводили 9 пациентам, симптоматическое лечение - 12). Характер оперативных вмешательств (учитывая повторные и комбинированные): гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) – 5, дистальная резекция поджелудочной железы – 11, энуклеация опухоли – 11, гастрэктомия – 5, дистальная резекция желудка – 12 (10 с ПСЗЭ), диагностическая лапаротомия – 2, резекция печени - 2 (при метастазах). Кроме этого, 12 больным выполняли субтотальные паратиреоидэктомии (гиперапаратиреоз в рамках синдрома МЭН -1).

Результаты. Сопоставление жалоб, анамнеза, уровня хромогранина А и гастрина крови, а также результатов нагрузочных проб позволило у всех пациентов предположить диагноз синдрома Золлингера – Эллисона. Чувствительность инструментальных методов исследования была следующей: УЗИ - 30%, ЭндоУЗИ - 75%, КТ, МРТ – 60%, ангиография 70%, АСЗК – 92%. ССР - 100% (у 5 больных с метастазами в печень). Комплексная дооперационная топическая диагностика позволила локализовать или исключить гастриному у 88% пациентов. Чувствительность интраоперационного УЗИ совместно с эндоскопической трансиллюминацией - 92%. После радикальной или циторедуктивной операции у всех пациентов отмечено выздоровление или клиническое улучшение. Рецидив заболевания в рамках МЭН I типа - в 14% наблюдений. При злокачественных гастриномах выполнили 6 радикальных операций с лимфаденэктомией, циторедуктивные вмешательства - 8. В группе радикально оперированных пациентов 5-летняя переживаемость - 75%, а после циторедуктивных вмешательств медиана продолжительность жизни составляла 2,6 года. Биотерапию аналогами соматостатина после циторедуктивных операций проводили 6 больным и одной пациентке без удаления первичной опухоли. У всех наблюдали клиническое улучшение.

Заключение. Диагностический алгоритм у больных с гастриномой должен основываться на изучении жалоб, анамнеза, анализе лабораторных и новейших методов топической диагностики. При интраоперационной ревизии обязательным является ИОУЗИ и эндоскопическая трансиллюминация. В лечебной тактике предпочтение следует отдавать хирургическим методам. В случае нерезектабельности или после циторедуктивной операции - проведение био- и химиотерапии.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ИНСУЛИНОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л.
ФГБУ "Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова" Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Гиперинсулинизм органической этиологии (инсулиномы) относится к редким заболеваниям, составляющим 1-2 случая на 1000000 населения, однако среди всех гормонально-активных опухолей поджелудочной железы на них приходится 75%. Инсулинома представляет собой опухоль В-клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, секретирующая избыточное количество инсулина и проявляющаяся систематической гипогликемией.

Материалы и методы. В период с 2004 по 2015 г. в НМХЦ им. Н.И. Пирогова проходили обследование и лечение 42 пациента с органическим гиперинсулинизмом, обусловленным опухолью поджелудочной железы. Первичная диагностика осуществлялась в эндокринологическом отделении Центра на основании характерных клинических симптомов и триады Уиппла: возникновение приступов спонтанной гипогликемии натощак или через 2-3 часа после еды, падение уровня глюкозы крови до 0,3-2,3 ммоль/л во время приступа, быстрое купирование приступа гипогликемии внутривенным введение глюкозы.

Лабораторная диагностика основывалась на функционально-диагностических тестах: проба с толбутамолом, глюкагоном, глюконатом кальция, подавление С-пептида.

Топическая диагностика инсулином выполнялась с использованием ультразвукового исследования и компьютерной томографии, которые позволили в 96% случаев подтвердить диагноз и определить локализацию опухоли. Солитарные инсулиномы были выявлены у 40 пациентов, из них: множественные (2 опухоли) у 2 пациентов. Магнитно-резонансная томография использована в 16 случаях, сцинтиграфия с меченным соматостатином - у 20 пациентов, ангиографическое исследование - 23, эндоскопическое ультразвуковое исследование выполнено 29 больным.

Результаты. Методы топической диагностики позволили выявить инсулиномы в головке поджелудочной железы у 15, в теле - у 17, в хвосте - у 8 пациентов. У 2 больных множественные инсулиномы локализовались в теле и хвосте поджелудочной железы. Размеры опухолей в среднем составили 1,5 см.

Все 40 пациентов с инсулиномами были оперированы. В зависимости от локализации инсулином и результатов интраоперационной гистологической верификации у 35 больных выполняли энуклеацию опухоли с использованием интраоперационной УЗИ. В случаях интраоперационного подтверждения озлокачествления инсулином головки поджелудочной железы объем операции был расширен до панкреато-дуоденальной резекции (n=2). При злокачественном характере и множественных инсулиномах тела и хвоста поджелудочной железы выполнена корпоро-каудальная резекция (n=7).

Послеоперационные осложнения развились у 11 (26%) пациентов: послеоперационный панкреатит (n=7), наружный свищ панкреатического протока (n=1), гнойно-септическое осложнения (n=3). Летальных исходов не было. Гистологическое и иммуногистохимическое исследование подтвердило доброкачественный характер у 37, злокачественный характер инсулином у 5 пациентов. С целью профилактики развития послеоперационного панкреатита у 18 больных использовано дооперационное применение октреотида-депо.

Выводы. Методы дооперационной диагностики инсулином – эндосонография, УЗИ и СКТ обладают высокой информативностью и могут быть использованы как скрининговые исследования. Интраоперационное УЗИ и экспресс-гистологическое исследование позволяют оценить распространенность и морфологический характер опухоли, от которых зависит объем оперативного вмешательства. Операцией выбора при инсулиномах считаем ее энуклеацию, однако наличие злокачественной инсулиномы является показанием к выполнению панкреато-дуоденальной или корпоро-каудальной резекции поджелудочной железы в зависимости от локализации опухоли. Дистальной резекции поджелудочной железы следует отдавать предпочтение при расположении опухоли в глубине тела и хвоста органа, в непосредственной близости от протока поджелудочной железы и при наличии множественных инсулином.

РАДИОНУКЛИДНАЯ ДИАГНОСТИКА И РАДИОНУКЛИДНАЯ ТЕРАПИЯ НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ширяев С.В., Маркович А.А.
ФГБНУ "Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, Москва, Россия

Общепринятые методы лучевой диагностики (УЗТ, РКТ, МРТ) позволяют визуализировать нейроэндокринные опухоли (НЭО) печени и поджелудочной железы (ПЖ), определять их размеры, структуру, кровоснабжение и оценивать их взаимоотношения с окружающими органами и тканями. Радионуклидная диагностика, как метод молекулярной визуализации, отражая биологические особенности различных опухолей, позволяет определять их природу. В частности, НЭО характеризуются гиперэкспрессией клеточных рецепторов различных пептидов. Эта особенность НЭО позволила создать и клинически использовать специфические радиофармпрепараты (РФП) для селективной визуализации этих опухолей. Самым известным и продвинутым РФП является меченный октреотид (синтетический аналог соматостатина). С помощью этого РФП посредством, как однофотонных исследований (ОФЭКТ), так и позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ), осуществляется диагностика большинства НЭО, включая НЭО ПЖ и метастатического поражения печени при различных НЭО, в том числе из НПО. Основной задачей этих исследований является поиск первичного очага, если он неизвестен, оценка рецепторного статуса уже известных опухолевых очагов (для выяснения целесообразности использования лечения аналогами соматостатина и пептидной рецепторной радионуклидной терапии - ПРРТ) и определения распространенности опухолевого процесса. Однако не все НЭО обладают достаточной экспрессией рецепторов соматостатина, например, инсулинома. Поэтому для радионуклидной диагностики этой НЭО создан более специфичный РФ: радиомеченный аналог глюкогоноподобного пептида 1. С помощью этого уникального РФП возможно, даже посредством ОФЭКТ, визуализировать инсулиному размером от 1 мм. Радионуклидная терапия НЭО печени и ПЖ проводится при распространенных формах заболевания и заключается в ПРРТ с аналогами соматостатина, мечеными терапевтическими радионуклидами. Также широкое применение получила радиоэмболизация метастазов НЭО в печени.

V. ЧРЕСКОЖНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ (ЗА И ПРОТИВ)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Арчвадзе Б., Тедорадзе В., Сабашвили Г., Хвития Н.
Республиканский клинический госпиталь г. Батуми, Грузия

Эхинококкох является одним из распространенных паразитарным заболеваний, которое поражает все органы, но чаще всех - печень (65%). В отличие от других паразитарных заболеваний, для него характерно бессимптомное течение на начальных стадиях заболевания. По этой причине заболевание поздно выявляется и нередко сопровождается тяжелыми осложнениями, число которых варьирует в пределах от 24% до 45%.

Авторами разработан метод хирургического лечения больших и гигантских эхинококковых кист печени, который предусматривает полную ликвидацию остаточных полостей. Закрытие полости кисты осуществляется из «избыточных» тканей стенки кисты, после ее рассечения, скручивания двумя лоскутами и заполнени ими «остаточных полостей» кисты. Способ применен у 20 больных.

Послеоперационный период показал эффективность метода у подавляющего числа больных. Выделения из дренажей значительно сократились на 5-ый день, что позволило выписку больных из стационара после 5 суток на амбулаторное долечивание, которое завершилось от 12 до 20 дней. За этот период выделения из дренажей прекратились.

Заключение. 1. Развитие больших и гигантских эхинококковых кист печени связано как с бессимптомным течением заболевания, так и с недостаточными профилактическими исследованиями.

2. Предложенный нами метод лечения больших и гигантских эхинококковых кист печени, в отличие от существующих методов является менее травматичным и легко доступен для всех хирургов, которые заняты лечением данной патологии.

3. Как явствует из полученных результатов, использованием данного метода возможно избежание послеоперационных осложнений и резкое сокращение периода реабилитации больных.

ПУНКЦИОННОЕ И ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Шукуров А. А., Алимов С.У.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Применение пункционных методов лечения ВОЗ (1997) рекомендованы при неэхогенных кистах (I типа), содержащих дочерние кисты (II типа), множественных (III типа) и инфицированных кисты (IV типа), также при беременности, возрасте старше 3 лет, наличии противопоказаний к хирургическому лечению.

За период с 2001 по 2015 гг. на лечении с диагнозом эхинококкоз печени (ЭП) находились 1143 больных, мужчин – 416 (36,4%), женщин - 727 (63,6%) в возрасте от 9 до 78 лет. Размер кисты (одиночные и множественные) до 5см был - у 498 больных, 6 - 10 см - у 418, 11 - 20 см - у 206, более 21 см - у 21 больного. Кисты левой доли печени выявлены у 361 (31,6%), правой - у 782 (68,4%) больных.

У 1026 (89,7%) больных мы применяли пункционный (PAIR- Puncture, Aspiration, Injection-Reaspiration), и пункционно-дренажных (PAIRD - Puncture, Aspiration, Injection- Reaspiration, Drainage) методы лечения (498 и 528 соответственно).

Всем больным до- и после вмешательств проводили месячный курс Альбендазола. За сутки до вмешательства проводили гемостатическую и антиаллергическую терапию. Пункцию осуществляли под местной анестезией под контролем УЗИ (во всех случаях через печеночную ткань толщиной не менее 2-2,5 см) пунктировали иглой «Шиба» наружным диаметром 0,6мм.

При кистах до 5 см производилась PAIR с обработкой полости кисты 20% раствором хлорида на-

трия с экспозицией до 10 мин и полного удаления содержимого.

При кистах более 5см в диаметре применяли методику PAIRD. Содержимое кисты отсасывали, замещая его 20% раствором натрия хлорида с 10-15 минутной экспозицией, заменяя иглу на 4-х мм. троакар и дренировали трубкой диаметром 3-3,5 мм. Кисты ежедневно санировали. В течение 10-20 суток при промывании начинают выделяться фрагменты хитиновой оболочки. После удаления хитина трубку заменяли на более тонкую, диаметром 1,4 мм, и оставляли до полной облитерации полости. Дренаж удаляли на 35-60 сутки в зависимости от облитерации полости под УЗИ контролем. При повторном УЗИ через 1,3,12 месяцев обычно на месте кисты остается линейный рубец шириной 2-3 мм. или петрификат диаметром 1-1,5 см.

Осложнения возникли у 119 больных: нагноение полости у 52, которые ликвидированы повторным дренированием; остаточная полость - у 25 больных (зависит от размеров пункция и дренирование), желчные свищи сформировались у 67. В 66 случаях свищи закрылись самостоятельно в течение 2-3 месяцев. У 1 больного из-за развития механической желтухи (обтурация хитином желчных протоков) произведена ЭРПХГ, затем открытая операция (ХДА).

Таким образом, PAIR показано при малых, а PAIRD при больших кистах в сочетанией с медикаментозной терапией, является эффективным методом лечения ЭП – альтернативный сложным, травматичным хирургическим вмешательствам.

Отрицательная сторона подобного лечения больных с кистами ЭП (особенно больших) является необходимость длительной (порой 2-3 месяца), санацией полостей, что у иногородних пациентов вызывает определенные затруднения. Подготовка хирургов на местах облегчит преемственность в лечении и уменьшит финансовые затраты, улучшить качество жизни.

ЭХИНОКОККОЗ В ВОСТОЧНОМ ЗАБАЙКАЛЬЕ РОССИИ

Богомолов Н.И., Соловьёв В.Ю., Юдин А.В., Андреев А.А.
ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита, Россия
ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита, Россия

Забайкальский край (Читинская область) площадью 431,9 тыс. км^2 и населением 1056986 человек не входит в число эндемичных районов по эхинококкозу человека и животных. Вместе с тем, ежегодно (конец 20-го начало 21 века) в клиниках Читы регистрируется 3-11 случаев эхинококкоза. Анализированы операционные журналы Областной больницы с 1924 по 1930 гг., отчёты хирургических отделений и истории болезни ДКБ ОАО РЖД с 1959 по 2002 гг., и ГУЗ ККБ с 1997 по 2014 гг. В начале века (1924-1930 гг.) оперировано только 2 больных: в 1-м случае пузырь локализовался в сальнике и во 2-м был рассеянный эхинококкоз брюшной полости на фоне доношенной беременности, выполнено кесарево сечение и удаление части пузырей. В последние 40 лет 20-го века, без КТ и УЗИ, диагностика базировалась на рентгенологическом исследовании. Оперировано 11 больных с лёгочной локализацией, 9 - с печёночной и один ребёнок был с рассеянным эхинококкозом брюшной полости. За последние 18 лет в клинике ГУЗ ККБ оперировали 51 больного с эхинококкозом лёгкого и 39 - с печёночной локализацией паразита. Редкие локализации отмечены в целом у 6 человек: по одному случаю в грудной стенке, брюшной стенке, селезёнке, сальнике; у 2 - был рассеянный эхинококкоз брюшной полости. Прорыв эхинококкового пузыря через диафрагму с формированием печёночно-бронхиального свища имел место у 2 пациентов. Все больные жители Забайкалья, в основном из села, только четверо были приезжими.

Операцией выбора при лёгочной локализации являлась эхинококкэктомия, чаще – резекция лёгкого с паразитом. При печёночной локализации в большинстве наблюдений выполнена эхинококкэктомия лапаротомным (у большинства), лапароторакотомным (в 4 наблюдениях), торакодиафрагмотомным (у 2 человек) доступами. В последние годы применяется чрескожная пункция и дренирование пузыря (у 6 пациентов), обработка полости антипаразитарными средствами, в последующем – эхинококкэктомия в том числе у одного с резекцией сегмента печени. Химиотерапия препаратами группы альбендазола в послеоперационном периоде применена только у 7 человек. Из 118 умерло 4 (3,4%) больных: с рассеянным эхинококкозом брюшной полости - 2, с прорвавшимся через диафрагму процессом в плевральную полость и лёгкое - 1, диагноз эхинококкоза печени с нагноением пузыря установлен во время патологоанатомического исследования – у 1.

Таким образом, эхинококкоз у человека в Восточном Забайкалье России массово не представлен, поражаются в основном сельские жители, охотники, владельцы собак. Доминирует лёгочная локализация паразита. Диагностика с помощью современных средств визуализации безупречная. В лечении всё чаще применяются малоинвазивные способы и химиотерапия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Машурова Е.В., Абдоков А.Д., Ованисян Д.Р.
ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава России, Ставрополь, Россия

Актуальность. Малоинвазивные технологии в хирургии печени доказали свою эффективность, но их применение в хирургии эхинококкоза печени дискутабельно.

Цель исследования: оценка малоинвазивных методов лечения эхинококкоза печени с точки зрения апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 794 больных эхинококкозом печени, госпитализированных в нашу клинику в 1991-2014 гг. При хирургическом лечении применяли современные технологии – плазменный скальпель, аргонный коагулятор, гармонический скальпель – с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза, сформулированных в нашей клинике в начале 80-х годов прошлого века. Учитываем возможность первично-множественного поражения печени, вероятность нахождения зародышевых элементов паразита в перикистозных тканях, опасность диссеминации патологии при излиянии содержимого кист в свободную брюшную или плевральные полости. Поэтому считаем, что пункционный (PAIR) и пункционно-дренажный (PEVAC) методы не гарантируют апаразитарность вмешательств и эффективность антипаразитарных манипуляций в полости пунктированной/дренированной кисты, а оставленная на месте кутикулярная оболочка, дочерние пузыри могут быть причиной рецидива заболевания.

Результаты. Оперативные вмешательства производили лапаротомным (33,6%) и, по показаниям – торакофренолапаротомным (65,8%) доступом. Выполнены: открытая - у 87% больных, закрытая эхинококкэктомия (по О.Б. Милонову) - у 9,6%, в том числе цистперицистэктомия у 5,2% и резекция печени с кистой у 4,4%. Послеоперационные осложнения были у 12,3%, рецидивы заболевания в сроки до 10 лет – у 1,2%. Химиотерапию применяли у 83,4% оперированных.

Эндовидеохирургические вмешательства не применялись, только у 3 (0,6%) больных использовался метод PEVAC: с целью декомпрессии гигантской кисты VI сегмента при наличии противопоказаний к любым вмешательствам - у 1, с нагноением гигантских диссеминированных кист брюшной полости, печени и сепсисом при подготовке к основной операции - у 1, при дифференциальной диагностике между остаточной полостью в печени и рецидивной кистой, плотно прилегавшей к грудной стенке – у 1. Мини-вмешательства прошли без осложнений.

Заключение. Необходимость соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза печени не позволяет считать PAIR и PEVAC альтернативой при эхинококкозе печени – эти методы могут применяться только в специализированных центрах по строгим показаниям.

ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Дарвин В.В., Краснов Е.А., Лысак М.М., Онищенко С.В., Климова Н.В.
БУ ВО ХМАО-Югры Сургутский государственный университет, Сургут, Россия
БУ Сургутская Областная клиническая больница, Сургут, Россия

Цель исследования: оценить влияния современных технологий на интраоперационную тактику при первичном эхинококкозе печени.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 88 пациентов с первичным эхинококкозом печени. С целью оценки влияния современных технологий на результаты лечения больные были разделены на 2 группы: контрольную и основную. В основе деления лежит внедрение в практику хирургии печени современных технологий: ультразвукового фрагментатора-аспиратора "CUSA Excel-8", скальпеля "Ultracision", электротермического аппарата "LigaSure", гемостатического покрытия «Тахокомб», хирургического скальпеля с аргон-усиленной коагуляцией и ультразвуковой интраоперационной навигации.

Результаты. Первичный эхинококкоз печени составил 0,13% от абдоминальных хирургических больных и 0,72% от больных с заболеванием печени и желчевыводящих путей. Одиночные кисты были выявлены у 73 (82,9%), множественные – у 15 (17,1%) больных. Осложненное течение отмечено у 16 (18,2%): нагноение - у 14 (15,9%), прорыв кисты в желчные протоки – у 2 (2,3%) больных. У

больных контрольной группы среди выполненных оперативных вмешательств преобладал закрытый способ эхинококкэктомии - у 44,2%. При нагноении кист использовали открытую эхинококкэктомию - у 2 (4,6%). Операции в объеме идеальной эхинококкэктомии, перицистэктомии и резекции печени составили 51,2%. Современные технологии позволяют упростить технику и повысить эффективность вмешательств на печени, выражающуюся в достоверном снижении объема интраоперационной кровопотери на 60,8%, сокращении времени операции на 26,2% и исключении ятрогенные повреждения крупных трубчатых структур. У больных основной группы выполнены: закрытая эхинококкэктомия – у 7 (15,6%), перицистэктомия – у 24 (53,3%), идеальная эхинококкэктомия (перицистэктомия) – у 4 (8,9%), резекции печени – у 10 (22,2%). То есть, использование современных технологий позволило увеличить долю радикальных операций с 51,2% до 84,5%, в том числе операций без вскрытия просвета кисты - с 11,6% до 31,1%, а также полностью отказаться от выполнения открытой эхинококкэктомии. Показания к резекции печени - краевое расположение кист, локализация кист в левом латеральном секторе, обширное поражение гигантскими или многокамерными кистами анатомической доли или сектора. Помимо повышения радикализма эти операции также исключают необходимость ликвидации остаточной полости.

При оценке ближайших результатов лечения отмечено, что в контрольной группе частота ранних осложнений составила 25,6%, в основной - 11,1%; уменьшилась также средняя длительность стационарного лечения - с 20,8 до 13,6 койко-дней. В отдаленном периоде у пациентов контрольной группы хорошие результаты отмечены у 25 (67,6%), удовлетворительные – у 7 (18,9%), неудовлетворительные – у 5 (13,5%) больных; рецидивы эхинококкоза отмечены у 5 (13,5%). У больных основой группы хорошие результаты имели место у 90,7%, удовлетворительные – у 7,0%, неудовлетворительные (рецидив заболевания) – у 2,3%.

Заключение. Использование современных технологий позволило расширить показания к выполнению радикальных операций при первичном эхинококкозе печени, снизить частоту ранних послеоперационных осложнений с 25,6% до 11,1%, сократить сроки пребывания в стационаре с 20,8 к/д до 13,6 к/д и уменьшить частоту развития рецидива эхинококкоза с 13,5% до 2,3%.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Запорожченко Б.С., Бородаев И.Е.,Зубков О.Б., Запорожченко М.Б., Муравьев П.Т, Качанов В.Н., Шарапов И.В.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

В последние годы широко стали применяться чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства при лечении больных с эхинококкозом печени (ЭП). Расширение диапазона чрескожных вмешательств у пациентов с ЭП обусловлено многими факторами: с одной стороны, разработкой инструментария и совершенствованием методик прицельных диагностических пункций и закрытых способов лечения ЭП, а с другой – тенденцией к расширению диапазона хирургических операций на органах гепатопанкреатобилиарной зоны и стремлением к малотравматичному устранению возникающих послеоперационных осложнений. Существенным моментом диагностических и лечебных чрескожных вмешательств при ЭП является выбор методов визуального контроля как непосредственно за процессом пункции, так и за ходом проводимого чрескожным способом лечения; пункционных игл и катетеров; способов лабораторного исследования биоптатов; диагностических и лекарственных средств, используемых для введения в объекты-мишени.

После изучения данных клинико-объективного, лабораторного, инструментальных исследований больных с эхинококкозом печени определяли показания и противопоказания к малоинвазивным методам лечения. Для выполнения чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии мы выработали следующие показания: первичные солитарные, интрапаренхиматозные, не содержащие дочерних кист кисты печени; изолированные эхинококковые кисты, не превышающие в диаметре 100 мм, расположенные в толще паренхимы; ослабленные пациенты и больные, отказывающиеся от проведения традиционного хирургического лечения, пациенты с операционно-анестезиологическим риском по шкале ASA III, нагноившаяся форма эхинококкоза печени, а также ошибочная трактовка эхинококковой кисты печени как непаразитарной перед началом чрескожного вмешательства. Противопоказаниями к вмешательствам под УЗ-контролем считали выраженный кальциноз фиброзной капсулы; наличие материнской кисты с дочерними кистами; множественные

кисты печени или сочетанное поражение других органов брюшной полости; эхинококкоз брюшной полости; кровотечение в полость кисты, её связь с желчными протоками, а также разрыв кисты, тяжелое нарушение свертывающей системы крови, высокий операционно-анестезиологический риск.

Основными этапами чрескожных вмешательств при ЭП являются верификация диагноза; обсеменения брюшной полости инвазивным материалом; удаление хитиновой оболочки паразита; устранение остаточной полости. За последние 7 лет в клинике кафедры хирургии №2 ОНМедУ чрескожным пункционным УЗИ контролированным методом оперировано 180 больных с ЭП. Все манипуляции, связанные с пункцией кисты и установкой дренажа, больным выполняли натощак в условиях полноценной местной анестезии после обычной премедикации. У 5 больных возникло кровотечение, что потребовало перейти к «открытому» оперативному вмешательству. У 3 больных наблюдался рецидив эхинококковой кисты в отдаленном периоде после операции.Летальных случаев не наблюдали

Заключение. Выполнение малоинвазивных чрескожных методов лечения ЭП под УЗ-контролем позволяет значительно снизить фактор инфицирования и операционной травмы, особенно у пожилых пациентов с сопутствующей патологией. Использование чрескожных вмешательств под УЗ-контролем, способствует решению проблемы не только диагностики, но и лечения, что в результате способствует улучшению непосредственных и отдаленных результатов.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ившин В.Г.[1], Киртанасов Я.П.[2,3], Домашенко Н.Н.[3], Ермакова Л.А.[4]
[1]ГБОУ ВПО «Тульский государственный университет» Минобрнауки России, Тула, Россия
[2]ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
[3]ГБУ РО «Областная клиническая больница №2», Ростов-на-Дону, Россия
[4]ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: изучить клиническую эффективность чрескожных вмешательств у больных эхинококкозом печени.

Материалы и методы. В период с 2004 г по настоящее время чрескожные лечебные вмешательства были выполнены 58 больным (женщин - 37 (63,7%), мужчин – 21 (36,3%), средний возраст - 53±4 года) с эхинококковыми кистами печени. Одиночные кисты были у 30 (51,7%) больных, множественные у 28 (48,3%). Максимальное количество кист у одного больного составило 10. По данным УЗИ и РКТ максимальный продольный размер кист варьировал от 9 мм до 167 мм. Осложненные кисты были у 5 (8,6%) больных, рецидивные у 6 (10,3%). Три пациентки были беременными в сроки 17, 18 и 27 недель.

Пункцию выполняли под ультразвуковым контролем. Чрескожное дренирование выполняли по методу В.Г. Ившина с помощью «УДПО», под ультразвуковым и рентгеноскопическим контролем. Склицидную обработку и деструкцию оболочек эхинококковой кисты выполняли 1 % водным раствором гипохлорита натрия (патент РФ № 2355436, патент РФ №2478345). В послеоперационном периоде проводили противорецидивную терапию Албендазолом.

Всего выполнили 91 чрескожное вмешательства, пункций - 27, дренирований – 64. При кистах I типа (по классификация Gharbi) выполнили 44 чрескожных вмешательства, II типа - 6, III типа - 28, IV типа - 5, V типа - 8.

Результаты. Эффективность чрескожного лечения составила – 98,2 % (57 больных). Рецидив отмечен у 1 (1,7 %) больного. Интраоперационные осложнения (аллергическая реакция по типу крапивницы) были у 2 (3,4 %) больных. Летальных исходов не было. Осложнения в послеоперационном периоде были у 18 (31 %) больных. У 14 больных послеоперационные осложнения были изолированные: наружный желчный свищ у 9 больных, аллергическая реакция по типу крапивницы у 2 больных; кровотечение из полости кисты у 1 больного; нагноение остаточной полости у 1 больного; желчно-бронхиальный свищ - 1 больного. У 4 больных послеоперационные осложнения были сочетанные: кровотечение из полости кисты в сочетании с наружным желчным свищом – 2 больных; нагноение остаточной полости в сочетании с наружным желчным свищом - 2 больных. Все осложнения были купированы консервативной терапией. У одного больного с обструкцией желчных протоков фрагментами оболочек эхинококковой кисты для закрытия свища выполнили ЭРПХГ, ЭПСТ, удаление оболочек.

Выводы. Полученные результаты показали высокую эффективность чрескожных вмешательств в лечении больных эхинококкозом печени.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ВОДНОГО РАСТВОРА ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ НА ПРОТОСКОЛЕКСЫ И ОБОЛОЧКИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ

Киртанасов Я.П.[1,2], Домашенко Н.Н.[2], Ермакова Л.А.[3], Матвиенко А.А.[4]
[1]ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия
[2]ГБУ РО «Областная клиническая больница №2», Ростов-на-Дону, Россия
[3]ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора, Ростов-на-Дону, Россия
[4]ГБУ РО «Патологоанатомическое бюро», Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: определить сколицидную активность и воздействие на оболочки эхинококковой кисты водного раствора гипохлорита.

Материалы и методы. Было выполнено два экспериментальных исследования in vitro. В первом исследовании определили сколицидную активность водного раствора гипохлорита натрия в зависимости от концентрации препарата и времени экспозиции. В каплю с живыми протосколексами добавляли две капли водного раствора гипохлорита натрия. Морфологические изменения паразита фиксировали под микроскопом с увеличением в 100 раз. Жизнеспособность протосколексов оценили двумя способами: термометрическим и с помощью красителя (0,1% водный раствор генцианвиолета).

Результаты. Было проведено 5 серий опытов по 5 экспериментов в каждой с 0,25%, 0,5%, 1%, 2% и 4% водными растворами гипохлорита натрия, а также контрольным 0,9% водным раствором NaCl. Гибель протосколексов наступила через 30-60 секунд после добавления гипохлорита натрия, независимо от концентрации раствора. При добавлении 2 и 4% растворов в течение 60 секунд произошла полная деструкция протосколекса с разрушением тегумента. Подобные изменения с протосколексами так же произошли при добавлении 1%, 0,5% и 0,25% водных растворов гипохлорита натрия на 3, 5 и 15 минутах соответственно.

Во втором исследовании определили воздействие водного раствора гипохлорита натрия на оболочки эхинококковой кисты в зависимости от концентрации препарата и времени экспозиции. Для этого фрагменты оболочек эхинококковой кисты размерами 4 х 0,5 см поместили в пробирки, содержащие по 5 мл водного раствора гипохлорита натрия разной концентрации. Воздействие гипохлорита натрия на фрагменты оболочек оценивали макроскопически.

Было проведено 5 серий опытов по 5 экспериментов в каждой с 0,25%, 0,5%, 1%, 2% и 4% водными растворами гипохлорита натрия, а также контрольным 0,9 % водным раствором NaCl с которым сравнивали образцы. Во всех пробирках содержащих водный раствор гипохлорита натрия фрагменты оболочек эхинококковой кисты полностью растворились. Время растворения составило от 1,5 мин при 4% растворе до 20 мин при 0,25% растворе. Фрагмент оболочки в 0,9% растворе NaCl за время эксперимента не изменился.

Выводы. Водный раствор гипохлорита натрия, эффективный сколицидный препарат способный полностью растворить оболочки эхинококковой кисты.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Войтюк В.Н., Пархоменко А.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк, Украина

Цель исследования: провести сравнительную оценку способов лапаротомного и малоинвазивного хирургического лечения больных с гидатидозным эхинококкозом печени (ГЭП) для улучшения результатов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 48 больных ГЭП, которые были прооперированы в 1 хирургическом отделении ДОКТМО за последние 10 лет. Из них было 20 (43,5%) мужчин и 28 (56,5%) женщин, средний возраст составил 39,0±3,3 года.

Применены (в разных сочетаниях) следующие методы исследования: клинико-лабораторные, ультразвуковой (УЗИ), лапароскопия, цитологическое и бактериологическое исследование жидкости из кисты. Для УЗИ использовали сонографический аппарат «Dornier -5200», для КТ - аппарат «Siemens», для лапароскопии и вмешательств под

её контролем - аппараты и инструменты фирм «Wolf» и «Karl Storz» (Германия). При подозрении на эхинококк печени применяли реакцию латекс-агглютинации, реакцию непрямой агглютинации и иммуноферментный анализ.

Всех пациентов разделили на 2 группы. I-ю (основную) группу составили 30 (62,5%) человек, которым применяли лапароскопические оперативные вмешательства либо чрескожные пункции и дренирование кист под контролем УЗИ с применением разработанных нами методов. Во II-ю (контрольную) группу вошли 18 (37,5%) человек, которым выполнили эхинококкэктомию лапаротомным доступом.

Результаты. Паразитарные кисты локализовались в правой доле печени у 26 (54,2%) больных, в левой – у 22 (45,8%). Для антипаразитарной обработки кист применяли 30% раствор хлорида натрия, 80% глицерин. Комплексную медикаментозную терапию проводили по стандартной схеме.

Лапароскопические методики лечения использовали у 23 пациентов, пункционное лечение под контролем УЗИ – у 7, лапаротомные операции – у 18. Способы лапароскопических операций: эхинококкэктомия (ЭЭ), ликвидация остаточной полости (ОП) тромбоцитарным концентратом по разработанной методике; дренирование - 11; ЭЭ, оментогепатопексия, дренирование – 3; атипичная резекции печени – 2; «идеальная» ЭЭ – 2; перицистэктомия - 2; пункция кисты, дренирование - 1; видеоассистированная минилапаротомия - 2.

В клинике разработаны и внедрены в практическое здравоохранение 5 новых способов диагностики и малоинвазивного лечения. После малоинвазивных операций наблюдали 2 (6,6%) осложнения. Летальных исходов не было.

Выполнены следующие лапаротомные операции больным ГЭП: перицистэктомия – 6, ре-зекция печени – 4; «идеальная» ЭЭ - 4; ЭЭ, тампонада сальником, дренирование – 2; ЭЭ, дренирование остаточной полости – 2. Послеоперационные осложнения были в 5 (27,9%) случаях.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре составила в I группе 16,4 ±2,1 суток, во II – 23,5±3,7 суток.

Заключение. При ГЭП максимальное значение общей диагностической точности УЗИ достигло 83,9 %, а чувствительность – 100%, при КТ – 82,1% и 100% соответственно. Усовершен-ствованные методы диагностики и лечения (5 патентов), под лапароскопическим и ультразвуко-вым контролем, необходимо шире использовать при данной патологии в специализированных хирургических гепатологических центрах. Они способствуют снижению частоты осложнений и длительности пребывания больных в стационаре.

ЭВОЛЮЦИЯ СПОСОБА ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Корымасов Е.А., Иванов С.А., Чернышев В.Н., Богданов В.Е., Цветков Б.Ю., Мешков С.В.
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия
ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина, Самара, Россия

Актуальность. В настоящее время требуется пересмотр тактических подходов при эхинококкозе, связанный с неудовлетворенностью результатами методов, некогда казавшихся безупречными.

Цель исследования: разработать дифференцированный подход к выбору способа операции при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. Включены 700 пациентов, оперированных в два периода – с 2000 по 2007 гг. (407 (58,1%) человек) и с 2008 по 2014 гг. (293 (41,9%) человека). Использовали классификацию эхинококковых кист по A.Gharbi (1981).

Результаты. В первый период были изучены результаты лапаротомных вмешательств у 310 человек (одномоментная закрытая эхинококкэктомия – у 107, одномоментная открытая эхинококкэктомия – у 88, перицистэктомия и резекция печени – у 15 больных), пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым наведением (PAIR+PEVAC) – у 92 человек, лапароскопической открытой эхинококкэктомии – у 5 человек.

После 310 лапаротомий были отмечены осложнения: внутрибрюшное кровотечение – у 4 (1,3%), острая кишечная непроходимость – у 4 (1,3%), перитонит – у 2 (0,6%), поддиафрагмальный абсцесс – у 6 (1,9%), нагноение остаточной полости – у 23 (7,4%). Послеоперационная летальность составила 1,6% (5 человек). В отдаленные сроки рецидив возник у 21 (6,8%), остаточная полость – у 30 (9,7%).

Летальных исходов после пункционно-дренажных методик не было. Полная облитерация полости к моменту выписки отмечалась в 8 (8,7%) наблюдений. Длительная лихорадка за счет лизиса отторгающейся хитиновой оболочки, а также остаточная полость в отдаленные сроки у 18 пациентов (19,6%) нивелировали положительное впечатление от этой малоинвазивной технологии. Отчасти это было связано с необоснованным расширением показаний при III стадии по Gharbi.

В результате полученных данных изменилась структура оперативных вмешательств во втором периоде нашей работы. Акцент был сделан на

эхинококкэктомию как основную операцию, но при этом был применен малоинвазивный доступ – лапароскопия. В итоге, лапаротомные вмешательства выполнены у 240 больных, пункционно-дренажные под ультразвуковой навигацией – у 25 больных, лапароскопическая открытая эхинококкэктомия – у 28 человек. За последние 3 года пункционно-дренажных вмешательств не было вообще. После лапароскопических вмешательств отмечено 3 случая остаточных полостей в отдаленные сроки (10,7%).

Поэтому для своей практической работы мы выработали следующие тактические принципы. Хирургическому лечению подлежат пациенты с кистами диаметром более 5 см. При кистах I типа по Gharbi и диаметре до 8 см методом выбора можно считать пункционный метод, так как при этом не требуется оставление дренажа, который потенциально опасен инфицированием полости. При кистах I типа по Gharbi и диаметре более 8 см, а также при кистах III типа небольшого диаметра (до 10 см) предпочтение следует отдать лапароскопической открытой эхинококкэктомии. При кистах III типа диаметром более 10 см и всех кистах IV и V типа показана лапаротомия. При этом при кистах III типа надо стремиться выполнить закрытую эхинококкэктомию. Атипичные резекции печени легко выполнимы и безопасны у больных с краевым поверхностным расположением кисты в легкодоступных сегментах печени.

Выводы. Современный подход к лечению эхинококкоза печени должен предусматривать дифференцированный выбор хирургического доступа в зависимости от типа кисты, ее размеров и предшествующих операций.

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОГО СОСТОЯНИЯ С НАГНОИВШИМИСЯ ЭХИНОКОККОВЫМИ АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Собиров А.Дж.
Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить обоснованность и эффективность применения двухэтапных методов оперативного лечения больных с нагноившимися эхинококковыми абсцессами печени находящихся в крайне тяжёлом состоянии.

Материалы и методы. В 22 (18,3%) наблюдениях у пациентов с показателями тяжести состояния по усовершенствованной классификации степени тяжести состояния больных ASA до P3-P4 и локализации нагноившейся эхинококковой кисты в правой доли печени выполняли пункцию с дренированием кисты под УЗ-контролем. Чрескожные пункции осуществляли под местной анестезией 2% раствором лидокаина или 1,5% раствором новокаина на фоне премедикации 2% раствором промедола, 1,0 мл 0,1% раствора атропина и 1% раствора димедрола внутримышечно за 30 минут до вмешательства. Метод начинали либо тонкоигольной пункцией, иглой Chiba калибра 20-22 Cr, либо сразу в кисту пукционно устанавливали катетер с кончиком типа «pig tail»(Huisman, «Putopix», DLAW) или прямой катетер «Argyle» калибра от 6 до 9 Pr, в зависимости от размеров кисты и безопасности выбранной трассы. В дальнейшем содержимое кисты эвакуировали вакуум-отсосом, что позволило сразу же добиться спадания полости. После фиксации к коже лигатурами установленного катетера обеспечивали пассивный отток содержимого кисты в герметичный пластиковый контейнер. Далее осуществляли антипаразитарную обработку остаточной полости раствором 90% спирта и Декасаном. Для контроля полноты удаления остатков паразита и выявления желчных свищей, проводили УЗИ и видеоскопию. После улучшения состояния больных на 2-ом этапе производили различные варианты эхинококэктомий.

Результаты. Послеоперационное ведение пациентов на 1-ом этапе с нагноившимися эхинококковыми абсцессами печени заключалось в ежедневной санации гнойной полости 3-4 кратным фракционным промыванием через дренажи фурацилином до «чистых» промывных вод. Раз в неделю выполняли фистулографию, по данным которой оценивали динамику уменьшения гнойной полости, расположение дренажей, отсутствие не дренируемых карманов и связей с полыми органами. В послеоперационном периоде осложнения имели место лишь в 2 случаях. Летальных исходов не наблюдали.

Заключение. Применение новых способов в виде двух этапных методов оперативного лечения позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени, осложнившихся нагноением находящихся в крайне тяжёлом состоянии.

СПОСОБ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НАГНОЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Курбонов К.М, Махмадов Ф.И., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Собиров А.Дж.
Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить значение белков острой фазы воспаления в диагностике нагноения эхинококковых кист печени.

Материалы и методы. Исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в плазме крови проводили 33 (66%) пациентам основной группы с эхинококкозом печени, из них 18 больных были с неосложненным эхинококкозом, 15 больных с нагноившимися эхинококковыми кистами печени.

СРБ – синтезируется в печени. У здоровых лиц СРБ присутствует в следовых количествах в среднем 1мг/л. В острой фазе воспаления уровень СРБ может достичь предельно высоких цифр

Результаты. Суть предложенной методики ранней диагностики инфицирования и нагноения ЭКП является определение уровня СРБ в крови. Способ осуществляется следующим образом: у пациентов с эхинококковой кистой берут кровь из вены для определения уровня С-реактивного белка, выраженное повышение которого говорит о наличии процессов нагноения. У здоровых лиц СРБ присутствует в следовых количествах и в среднем составляет 2 мг/л, а при острой фазе воспаления его уровень может достичь предельно высоких цифр.

Так содержание СРБ в крови у больных с НЭКП составило 192,7±15,2 мг/л, тогда как у пациентов с неосложнённой формой эхинококкоза печени она оказалась выше (6,2±0,8 мг/л) по сравнению с нормой. Лабораторные данные и субоперационные находки во всех случаях совпали.

Положительными сторонами предложенного способа являются: ранее выявление нагноительных процессов в эхинококковой кисте печени; метод позволяет ставить показания к своевременному раннему оперативному лечению и тем самым выбрать оптимальный способ, объем и сроки лечения.

Заключение. Предлагаемый способ исследования показателей уровня С-реактивного белка в крови улучшает результаты диагностики и оперативного лечения при нагноившейся эхинококковой кисте печени, снижает их травматичность, уменьшает частоту повторных оперативных вмешательств и время нахождения больного в стационаре.

МОНОВЕЗИКУЛЯРНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Лотов А.Н., Мусаев Г.Х., Чжао А.В., Жаворонкова О.И., Икрамов Р.З., Ионкин Д.А., Бугаев С.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

До сих пор в литературе широко обсуждается возможность использования сохраняющей хирургии в лечении моновезикулярного эхинококкоза печени, при этом большинство хирургов до сих пор скептически относятся к чрескожным, видеолапароскопическим и из мини-доступа методам лечения. Результаты анализа литературы и собственных наблюдений, свидетельствуют о росте числа заболеваний эхинококкозом среди жителей центрального региона России, вне эндемичных зон традиционного животноводства.

Материалы и методы. Проанализирован опыт минимально инвазивных вмешательств при эхинококкозе печени за период с 1985 по 2015 гг., органосберегающие методики были использованы при лечении 410 взрослых пациентов. Комплексное использование серологических реакций (РНГА, ИФА и АЕ), УЗИ, МРТ с МРХПГ позволяют специалистам выявить саму эхинококковую кисту и оценить стадию её жизнедеятельности. Разработка показаний к минимально инвазивным операциям основывалась на ультразвуковой классификации эхинококкоза печени H. Gharbi с соавт. 1981 г. и рекомендациях ВОЗ 2003 г. Сохраняющая хирургия применима при кистозной форме ацефалоцисты (CL), моновезикулярной кисте или кистах (CE1, I), моновезикулярной кисте с отслойкой хитиновой оболочки (CE3a, II), погибшей кисте без кальциноза стенок (CE4, IV), нагноении моновезикулярной кисты, рецидивной и резидуальной моновезикулярной кисте.

Результаты. Чрескожные чреспеченочные эхинококкэктомии под УЗ- и РТВ-наведением были выполнены у 240 (59,1%) больных, чрескожное пункционное лечение – у 91 (22,4%) больных. Видеолапароскопические вмешательства с предва-

рительным дренированием и обработкой полости кисты 85-87% глицерином – у 75 (18,5%) взрослых. В 20% наблюдений были выявлены цистобилиарные свищи, ни в одном наблюдении традиционной операции не потребовалось. В 1,7% наблюдений отмечено нагноение остаточной полости, излечено минимально инвазивными технологиями. У одной пациентки был рецидив по ходу стояния дренажа. Обязательным условием комплексного лечения эхинококкоза печени является противорецидивная химиотерапия альбедазолом.

Выводы. Применение современной комбинации высокоинформативных и безопасных методов диагностики (УЗИ и МРТ) в сочетании с серологическими тестами дает возможность в 95% наблюдений диагностировать эхинококкоз печени. Сохраняющая хирургия моновезикулярного эхинококкоза печени проводимая: в специализированных стационарах по строгим показаниям (консенсус ВОЗ 2010 г.); использование современного оборудования; применение высокоэффективных гермицидов (глицерин 85-87% или 20-30% гипертонический раствор), с обязательной противорецидивной терапией (альбендазол) не уступает традиционным методам лечения.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЧРЕСКОЖНЫХ КАТЕТЕРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ

Малов А.А., Парахоняк Н.В., Акуленко С.В., Захаров А.Г., Холоденин К.Г., Овчинников В.А., Базаев А.В.
ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Россия
ГБУЗ Нижегородская областная клиническая больница, Нижний Новгород, Россия

Актуальность. Число операций, выполняемых ежегодно по поводу эхинококкоза печени в клинике за последние 7 лет выросло вдвое.

Цель исследования: оценить роль и результаты применения чрескожных катетерных вмешательств при лечении эхинококковых кист печени.

Материалы и методы. За период с июня 2007 по октябрь 2014 гг. в клинике общей хирургии Нижегородской областной клинической больницы проведено хирургическое лечение 20 больным с эхинококкозом печени. Среди них – 10 мужчин и 10 женщин в возрасте от 17 до 55 лет. Всем больным выполнялась открытая эхинококкэктомия (9) или атипичная резекция печени с эхинококковыми кистами (11). Четырем из них предварительно выполнялось наружное чрескожное чреспеченочное дренирование кист одношаговым стилет-катетером Хьюсмана 12 СН под контролем УЗС с одновременной эвакуацией содержимого и обработкой полости кисты 86,5% раствором глицерина по методике А.Н. Лотова (Москва). Все больные после выписки из стационара проходили противорецидивное лечение албендазолом в областном паразитологическом центре.

Результаты. У всех больных при наблюдении в период от 6 месяцев до 3-х лет после операции достигнуто клиническое выздоровление. У двух пациентов в течение 1,5 лет и 2-х лет после операции возник рецидив заболевания, потребовавший повторного вмешательства. У больных, подвергшихся предварительному чрескожному катетерному дренированию кист, при открытой операции и гистологическом исследовании препарата выявлено наличие в кистах остаточных фрагментов герминативной оболочки. У одной из таких больных при открытой операции через 2 недели после чрекожного катетерного дренирования кисты обнаружена диссеминация гельминта вдоль дренажного канала и по брюшной полости.

Выводы. Чрескожные вмешательства под контролем УЗ-исследования могут рассматриваться как этап малоинвазивного хирургического лечения эхинококкоза при строгом соблюдении методики такого лечения.

Данные вмешательства не избавляют больных от последующей эхинококкзктомии.

Обработка полости кисты сколецидными препаратами не может полностью исключить вероятность диссеминации и рецидива заболевания.

При отсутствии в хирургической клинике возможности и отработанной методики выполнения лапароскопичеких эхинококкэктомий (цистэктомий с удалением герминативного и хитинового слоев с сохранением эктоцисты хозяина, либо радикальных перицистэктомий) как следующего этапа лечения после чрескожного дренирования, следует в качестве метода выбора сразу прибегать к открытой эхинококкэктомии с последующей поддерживающей терапией противогельминтными препаратами.

СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ЧРЕСКОЖНГО ПУНКЦИОННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ БОЛЬНЫХ С ОСТАТОЧНЫМИ ПОЛОСТЯМИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОКЭКТОМИИ

Мамадумаров Т.С., Убайдуллаев Ш.И., Мамадалиев Г.С., Исламова Х.Д.
Наманганский областной многопрофильный медицинский центр, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: оценить эффективность пункционно-аспирационного и пункционно-дрениру ющего метода лечения под контролем ультрасонографии у больных с нагноившимися остаточными полостями печени (НОПП) после операции.

Материалы и методы. Пролеченных 183 больных с эхинококкозом печени, из общего числа прооперированных больных были изучены истории болезни 27 (14,8%) больных с диагнозом: состояние после эхинококкэктомии печени, нагноение остаточной полости с декомпенсированными сопутствующими патологиями. Мужчин было 32 (71,1%), женщин - 13 (28,9%). Возраст больных варьировал в пределах от 45 лет до 67 лет.

При ультразвуковом исследовании определяли локализацию и размеры нагноившихся остаточных полостей, возможную связь с окружающими органами, сосудами и желчными протоками. У всех больных из-за наличия сопутсвующие заболевание был применен пункционно-аспирационный метод лечения под контролем ультрасонографии. Для пункции НОПП использовали троакарный способ первичного доступа в полость с помощью герметичной системы стилет-катетер Трасса под контролём ультрасонографии.

Результаты. Размеры НОПП варьировали в пределах от 5 до 12 см. Локализация образований: монолобарная - у 19 (70,4%) больных; билобарная - у 8 (29,6%). В 10 (2,7%) случаях выявлена интрапаренхиматозная локализация НОПП. Связь нагноившейся остаточной полости с билиарным трактом контстатирована у 8 (3.6%) больных. Через катетер вначале производили максимальную аспирацию основной массы, объём которой (30-350 мл) зависел и размеров НОПП.

Сроки полной эвакуации содержимого НОПП в среднем составили от 8-32 дней после проведения лечения. Катетер удаляли после окончания отделения содержимого и инволюции остаточной полости.

У 3 пациентов катетер удалён на 8-10 сутки, остальные были выписаны с наличием катетера и систематически проходили ультразвуковое исследование (катетеры у всех больных были удалены на 32-сутки). При ультразвуковом исследовании полная инволюция кисты была отмечена у 21 (77,8%) больного, небольшие остаточные полости сохранились у 6 (22,2%) больных

Заключение. Перкутанный пункционно-аспирационный метод и дренирование нагноившихся остаточных полостей печени под контролем ультрасонографии имеет существенные преимущества перед традиционной лапаротомией, обусловленные малой травматичностью, возможностью выполнения процедуры под местной анестезией, сокращением сроков пребывания пациента в стационаре, экономичностью и низким процентом послеоперационных осложнений, уменьшением риска хирургической агрессии у лиц группы с сопутствующими заболеваниями.

МЕСТО НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ В ОПРЕДЕЛЕНИИ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСЛОЖНЕННЫМ ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИЕ ПУТИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Гулахмадов А.Д.
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить возможности магнитно-резонансной холан- гиопанкреатографии (МРХПГ) в определении тактики лечения больных эхинококкозом печени, осложненном прорывом в желчевыводящие пути.

Материалы и методы. Магнитно-резонансная томография (МРТ) проведена 53 больным эхинококкозом печени, осложненном прорывом в желчевыводящие пути и наличием механической желтухи. Из них в 39 (73,6%) случаях была проведена МРХПГ. Особенностью исследования было включение высокоинформативного неинвазивного метода у особо тяжелых больных. Исследования проведены на аппарате «Concegio»

(«Siemens», Германия). Преимуществом метода явилась возможность дифференцирования изменений в архитектонике печени с высокой разрешающей способностью. С помощью МР-волюметрии рассчитывали объем эхинококковых кист, объем непораженной паренхимы печени и степень выраженности компенсаторной гипертрофии органа, что имело важное значение в выборе тактики хирургического вмешательства.

Результаты. Использование МРХПГ во всех случаях позволяло точно локализовать протяженность и топографическое взаимоотношение кисты с крупными сосудами протоковой системой печени. Правильная интерпретация изображений с помощью МРТ была возможна во всех случаях (n=53), когда кисты имели диаметр более 25 мм. Эти кисты всегда имели типичные признаки, соответствующие эхинококковому поражению: фиброзная и хитиновая оболочка кисты с гипоинтенсивным промежутком между ними, наличие дочерних кист в просвете материнской, плавающая хитиновая оболочка в просвете кисты и холедоха. В 11 (28,2%) случаях с помощью МРХПГ установлен прорыв эхинококковой кисты в сегментарные внутрипеченочные желчевыводящие пути, а в 4 (10,2%) - различные варианты освобождения холедоха от фрагментов хитиновой оболочки, т.е. естественную декомпрессию внепеченочных желчных протоков, что исключало применение эндоскопических манипуляций. Уменьшение числа двухэтапных операций объясняем повышением точности диагностики в группе исследования путем МРХПГ, что является важным моментом для тяжелых больных с паразитарными желтухами.

Заключение. Применение МРХПГ у больных эхинококкозом печени, осложнившийся прорывом в желчевыводящие пути, позволяет снизить число эндоскопических холангиопанкреатографий, выполняемых с диагностической целью, что особенно важно в эпидемиологических зонах эхинококкоза.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ НАГНОИВШИХСЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Собиров А.Дж.
Кафедра хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить обоснованность и эффективность применения новой технологии у больных с нагноением эхинококковых кист печени.

Материалы и методы. Видеолапароскопические вмешательства выполнены 52 (27,9%) больным с нагноившимся эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 66 лет и они представлены в виде двух технологий: эндовидеоскопия остаточной полости при традиционной эхинококкэктомии печени (49) и чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени (3).

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени в различные сроки после оперативного лечения эхинококкоза печени. Использовали фиброхоледохоскоп фирмы «Пентакс» (Япония).

Результаты. Выбор вида оперативного вмешательства был сделан индивидуально. Благодаря тщательному осмотру полости и внутренней стенки фиброзной капсулы в 7 случаях удалены незамеченные во время открытого этапа операции зародышевые элементы паразита. В 4 случаях интраоперационно выявлены и закрыты мелкие цистобилиарные свищи с использованием эндохирургического инструментария. При использовании чресфистульной эндовидеоскопии остаточной полости у 1 больного выявлен и коагулирован цистобилиарный свищ.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применена при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени после оперативного лечения нагноившегося эхинококкоза печени. Во всех случаях первичная операция была завершена наружным дренированием остаточной полости печени в связи с нагноением эхинококковых кист, что сформировали наружные гнойно-желчные свищи.

Заключение. Применение новой технологии в виде: диагностической и лечебной эндовидеоскопии остаточной полости печени в интра- и послеоперационном периодах, позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени, осложнившиеся нагноением.

ПЕРКУТАННОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Абдуллаева А.З., Магомедов М.М., Магомедов Р.З., Магомедов Н.Н.
ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Минздрава России, Махачкала, Россия

В последние годы активно обсуждаются вопросы лечения эхинококкоза печени в миниинвазивном варианте. Широкому внедрению данного способа лечения эхинококкоза препятствовал тот факт, что при этом высока вероятность обсеменения зародышевыми элементами паразита брюшной полости.

Технические разработки последних лет позволили значительно снизить вышеуказанные осложнения миниинвазиных вмешательств, однако они полностью не исключают возможность попадания зародышевых элементов в свободную брюшную полость. В этом плане при рецидивном эхинококкозе имеются лучшие условия для проведения перкутанного дренирования кист под УЗ-наведением, за счет наличия адгезивного процесса вокруг печени.

Цель исследования: оценка эффективности перкутанного дренирования рецидивных эхинококковых кист печени под УЗ-наведением.

Материалы и методы. Проанализированы результаты перкутанной пункции и дренирования рецидивных кист печени под УЗ-наведением у 44 пациентов. Возраст пациентов варьировал в пределах от 27 до 83 лет.

В правой доле располагались кисты в 22 (50,0%) наблюдениях, в левой – в 19 (43,1%), в обеих долях печени – в 3 (6,9%) случаях. Размеры кист колебались от 6,0 до 13, см. Всем пациентам проводили комплекс клинических и инструментальных исследований. Все перкутанные вмешательства выполняли в условиях операционной под местной анестезией. При пункции и дренировании кисты обязательными условиями были: обход крупнотрубчатых структур печени, аспирация гидатидной жидкости, обработка полости гипертоническим раствором хлорида натрия, удаление хитиновой оболочки, контроль полноты удаления хитиновой оболочки рентгенологически, оставление в остаточной полости дренажа.

Для пункции, удаления хитиновой оболочки и дренирования использовали комплекс игла-катетер и расширители пункционного канала 12-14 F. В послеоперационном периоде проводилась химиотерапия альбендозол.

Результаты. Техническая реализация способа достигнута у 93,1% пациентов. В 3-х наблюдениях на этапе удаления хитиновой оболочки возникли технические сложности и зародышевые элементы паразита были удалены из мини доступа. Нагноения остаточной полости отмечены в 2,3% наблюдений. Они излечены дренированием под УЗ-наведением. Остаточная полость после перкутанной пункции и дренирования определялась в 34,9% наблюдений. В отдаленном периоде остаточная полость наблюдали в 3,5% наблюдений. Повторный рецедив эхинококковой болезни не отмечен.

Заключение. Перкутанная пункция и дренирование кист при рецидивном эхинококкозе не уступает по эффективности традиционным методам лечения. При данной форме эхинококкоза печени указанная методика является абсолютно безопасной.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б., Хикматов Ж.С.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Миниинвазивные методы лечения эхинококкоза печени представляют большой научный и практический интерес.

Цель исследования: изучение эффективности чрескожных миниинвазивных вмешательств при эхинококковом поражении печени.

Материалы и методы. За период 2010-2014 гг. обследованы 32 пациента в возрасте от 18 до 65 лет в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре с рецидивными формами эхинококка печени, а также с нагноением остаточной полости печени. Мужчин было 12 (37,5%), женщин – 20 (62,5%). Рецидивные кисты печени наблюдали у 21 больного, нагноение остаточной полости печени у 11 больного. При этом рецидивные эхинококковые кисты локализовались в основном в VI, VII, VIII сегментах печени. Диагноз устанавливали на основании УЗИ, КТ, МРТ, реакции иммуноферментного анализа (ИФА). Всем больным выполнены чрескожные минимально инвазивные хирургические вмешательства – минилапаротомия. Показаниями к подобным вмешательствам яви-

лись рецидивные кисты, сонографическая картина эхинококковых кист I, II, III типов по H.Gharbi; нагноение остаточных полостей печени размером 8-10 см, а также тяжесть общего состояния больных; отказ больных от открытого хирургического вмешательства.

Техника выполнения чрескожных вмешательств из минидоступа под УЗ-контролем была следующая: все манипуляции выполнялись под внутривенным катоналовым обезболиванием. Перед вмешательством проводили УЗИ, определяли место выполнения минилапаротомии, соблюдая принципы антипаразитарности, пунктировали кисту или же полость, эвакуировали жидкость, по ходу иглы расширяли рану, санировали и дренировали полости полихлорвиниловыми дренажами. У 10 больных с нагноением остаточной полости наряду с гнойным отделяемым выделились элементы паразитарной кисты (хитиновые оболочки или ее обрывки). Интраоперационно полученную жидкость направляли на цитологическое и бактериологическое исследование. С целью антипаразитарной обработки в полость кисты вводили 20-30% раствор натрия хлорида или бетаден с экспозицией 15 минут. Сроки дренирования полостей составили в среднем 16,8±4 дней. Дренажи удаляли после полной эвакуации остатков хитиновой оболочки или же прекращения отделяемого и инволюции остаточной полости под контролям УЗИ.

Результаты. После миниинвазивных вмешательств у 2 больных по поводу реактивного плеврита выполнены пункционные способы извлечения жидкости из плевральной полости. Других осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периода не наблюдали. Больным с рецидивными эхинококками печени в послеоперационном периоде проводили химиотерапию Альбендазолом в дозе 10-12 мг/кг в сутки, рекомендованная ВОЗ (1983).

Заключение. Использование чрескожных миниинвазивных хирургических вмешательств имеют существенные преимущества перед традиционной широкой лапаротомией, обусловленные малой травматичностью, сокращением сроков пребывания больных в стационаре, экономичностью, отсутствием осложнений.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Муаззамов Б.Б., Шарипов У.Б.
Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Проблема хирургического лечения эхинококкоза печени – одна изнаиболее дискутабельных-среди хирургов Центральной Азии, что характеризуется наличием большого числа послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Цель исследования: провести сравнительную характеристику миниинвазивных способов лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы. Под контролем аппарата УЗИ проведены различные методики пункционного лечения при эхинококкозе печени у 42 больных, 34 (81%) из которых госпитализированы по поводу рецидивного эхинококкоза, остальным 8 (19%) пациентам установлен первичный эхинококкоз печени.Были применены 2 основныхчрескожно-пункционныхметода – PAIR-иPEVAK-методы: пункционный и пункционно-дренирующий. Первый метод использован у 13 (31%) больных, второй у 29 (69%). Для проведения манипуляций во внимание брались следующие показатели: эхографический тип эхинококковых кист по H.Garbi, их характер, размеры и локализация.

Результаты. В первой группе больных, которым был выполнен пункционный (PAIR) метод наблюдались осложнения в виде нагноения остаточной полости в 3 (7,1%) и рецидивирования заболевания в 1 (2,4%) случаях. При этом показанием для проведения данного метода являются кисты диаметром до 6см I-II типов по H. Garbi.

Осложнениями у второй группы больных, где применялся пункционно-дренирующий (PEVAK) метод, явилось длительное дренаженосительство в 4 (9,5%) случаях, в связи с желчевыделением и ранее гнойным содержимым кисты. Данный способ лечения использовался пациентам с паразитарными кистами со средним диаметром более 6-7 см, определяемых при ультразвуковом исследовании, повторно возникшие (рецидивные) кисты, локализация которых позволяла проведению чрескожного вмешательства.

Во всех группах больных в обязательном порядке проводили профилактическую антипаразитарную терапию препаратами альбендазола и их производными по принятой схеме, сроки назначения которой устанавливались строго индивидуально.

Заключение. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени имеют ряд преимуществ перед традиционными методами, характеризующиеся малой травматизацией, экономичностью, относительно низким числом осложнений и рецидивов заболевания, и значительным сокращением сроков пребывания больных в стационаре.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ДОСТОИНСТВА И НЕДОСТАТКИ

Мусаев Г.Х., Черноусов А.Ф.
Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

При хирургическом лечении эхинококковых кист печени, в особенности солитарных и расположенных в глубине паренхимы органа, зачастую риск самой операции выше ожидаемого лечебного эффекта. Указанное обстоятельство послужило в последние годы основным стимулом к разработке щадящих, органосохраняющих методов лечения в хирургии эхинококкоза. В настоящее время в клинике факультетской хирургии им. Н.Н.Бурденко ПМГМУ им. И.М. Сеченова накоплен достаточно большой опыт чрескожных вмешательств при эхинококкозе.

Цель исследования: снижение травматичности и улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени

Материалы и методы. В период с 1993 по 2014 гг. по поводу эхинококкоза печени излечено 780 больных, из них с применением малоинвазивных вмешательств излечено -468. Размеры гидатидных кист составили 86±12,5 мм (от 35 до 220 мм). В 48 наблюдениях больные были излечены с применением чрескожной пункции и противопаразитарной обработки кисты, в 406 – чрескожной эхинококкэктомией под УЗ-контролем, в 14 наблюдениях предварительно была выполнена чрескожная пункция с противопаразитарной обработкой кисты и в последующем лапароскопическая эхинококкэктомия. Остальным 312 больным выполнены различные варианты открытых вмешательств. В качестве гермицида контактного действия для обработки кист преимущественно использован водный раствор 80-100% глицерина.

Результаты. При малых размерах кист не всегда нужно стремиться к обязательному удалению хитиновой оболочки при определенных трудностях вмешательства, расширяя тем самым объем операции. Вполне допустимо оставление хитиновой оболочки в полости кисты при условии ее тщательной интраоперационной обработки и достаточной экспозиции гермицида.

Повторные пункции в связи с сохранением тенденции к росту остаточной полости потребовались у 6 пациентов из 48, излеченных чрескожными пункциями, При чрескожной эхинококкэктомии у 47 из 406 больных в ближайшем послеоперационном периоде выявлены желчные свищи. В этих случаях выполняли закрытие свищей с применением склерозантов и фибринового клея, при необходимости - эндоскопическую холедоходуоденостомию. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила у больных с цистобилиарными свищами 18,2±1,8 дней, без свищей - 6,2±1,2 дней. Повторная госпитализация в связи с увеличением в размерах остаточной полости печени после эхинококкэктомии потребовалась 12 больным, у 3 из них в связи с нагноением остаточной полости потребовалась установка дренажа. Рецидив заболевания в подкожной клетчатке в месте проведения инструмента отмечен в 1 наблюдении (в начале освоения методики). Летальных исходов не было.

Заключение. При технической возможности сочетание однократной чрескожной пункции с обработкой кисты 80-100% глицерином с экспозицией гермицида сокращает сроки и количество курсов противогельминтной терапии. При эхинококковых кистах более 50 мм в диаметре возможна и высокоэффективна чрескожная эхинококкэктомия. Миниинвазивные чрескожные вмешательства нецелесообразны при кальцинозе фиброзной капсулы; противопоказанны при прорыве кист в брюшную полость и множестве дочерних кист в просвете материнской кисты.

НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ПУНКЦИОННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Основными, до конца не решенными вопросами, связанными с применением пункционных методов (PAIR и PEVAC) по поводу эхинококковых кист (ЭК), остаются следующие: показания к вмешательству, безопасность доступа, исключающая опасность обсеменения тканей по ходу пункционного канала и развитие аллергических реакций, выбор антипаразитарных препаратов и сроки их

применения в до и послеоперационном периоде, способы обработки остаточной полости (ОП) и оставление либо эвакуация хитиновой оболочки паразита и многое другое.

В профильные отделения хирургии центра за период с 1999 по 2015 ггю поступило 11 больных (2 мужчина и 9 женщин) после пункционных методов лечения эхинококкоза печени (ЭП) в анамнезе. Во всех случаях пункционные методы лечения были проведены по поводу первичного ЭП в других стационарах и без профилактической химиотерапии. Причиной госпитализации в 10 случаях явилось наличие одного или множества полостных образований как в печени, так и в брюшной полости и малом тазу, симптомы нагноения, диссеминации. В 1 наблюдении причиной экстренной госпитализации явилась картина разлитого перитонита. В относительно близкие сроки (от 2 суток до 6 месяцев) после пункционного лечения поступило 9 больных. В отдаленные сроки более 3х лет поступило 2 больных.

Во время операций в 8 случаях при недавно выполненной пункции имело место наличие не опорожненной ЭК правой доли печени со всеми элементами (хитиновая оболочка, эхинококковая жидкость), наличие свободной жидкости и мелких высыпаний по правому боковому каналу и малом тазу, что говорило о истечении эхинококковой жидкости при пункции кист с возможной диссеминацией правых отделов брюшной полости и органов малого таза. В 1 случае в ближайшем периоде после пункционного лечения ЭК во время экстренного вмешательства инраоперационно диагностирован желчный перитонит.

В 2 случаях в отдаленные сроки после пункционного метода лечения интраоперационно диагностирован диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости, что потребовало в обоих случаях многоэтапного оперативного лечения. Во всех наблюдениях после проведенных оперативных вмешательств проведены курсы лечебной химиотерапии альбендазолом в дозе 10-12 мг/кг в сутки. Количество курсов в среднем составило 4. При динамическом контроле в послеоперационном периоде в течение 3х лет и более рецидива заболевания у всех 11 больных не отмечено.

Закючение. Проведенный анализ осложнений вызывает некоторую настороженность в отношении пункционного метода лечения ЭП. Считаем необходимым напомнить, что любое нарушение целостности фиброзной и хитиновой оболочек паразита грозит истечением содержимого в анатомические полости организма с последующей диссеминацией.

ПУНКЦИОННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ – ЗА И ПРОТИВ

Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Как известно при эхинококковых кистах печени (ЭКП) диаметром более 5,0 см неизбежно встает вопрос о выборе способа хирургического вмешательства. При этом большинством хирургов до настоящего времени выполняются традиционные хирургические вмешательства в различных вариантах эхинококкэктомии (ЭЭ), либо - более радикальные - перицистэктомия или резекция печени. На сегодняшний день, судя по многочисленным сообщениям можно предположить, что ситуация несколько изменилась. Повсеместное увеличение количества сообщений об использовании пункционных методов - заставляют определять их место в арсенале хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП).

Представляется обоснованным сдержанное отношение большинства хирургов к широкому применению пункционных методик лечения при ЭП. Об этом свидетельствует сравнение количества публикаций «за» и «против» малоинвазивных пункционных операций.

Имея опыт хирургического лечения негативных последствий пункционных методов (11 больных, которым в анамнезе были произведены пункции и дренирования ЭКП под контролем УЗИ), мы сформировали собственный независимый взгляд и рекомендации по данным методикам.

1. Показания к их применению должны в первую очередь базироваться на противопоказаниях к традиционной ЭЭ (высокий операционный риск, сопутствующая тяжелая соматическая патология, отказ больного от открытой операции).

2. Показания к чрескожному дренированию должны основываться на размерах ЭК, состоянии фиброзной капсулы и локализации по данным УЗИ с типированием кисты по одной из классификаций по H. Gharbi (1981) или M. Milicevic (1994). Только при лечении ЭКП с тонкой, упругой фиброзной капсулой можно достичь желаемого терапевтического эффекта (1 и 2 типы ЭК по ультразвуковым характеристикам вышеуказанных классификаций).

3. Строгое соблюдение протокола - рекомендаций по методике PAIR (ВОЗ - 2001.06) начиная от серологических тестов вплоть до цитологического

исследования пунктата и проведения "быстрого теста" для проверки наличия билирубина в кистозной жидкости.

4. Преимущества пункционного метода лечения очевидны при внутрипеченочной локализации ЭКП и рецидивных формах ЭП.

5. После пункции ЭКП отдавать предпочтение ее дренированию т.е. методу PEVAC, т.к. в последующем необходимо извлечение (эвакуация) обрывков хитиновой оболочки и предотвращения скопления жидкости.

6. Выполнять процедуры PAIR и PEVAC обязательно на фоне предоперационной и послеоперационной химиотерапии альбендазолом.

Таким образом, пункционно-дренирующие методы должны занять свое место в лечении ЭП. Но методики не должны быть дискредитированы, а показания к их применению должны в первую очередь базироваться на строгом соблюдении пункционно-дренирующих вмешательств рекомендованных ВОЗ в 2001г.

ЭНДОХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ЖЕЛЧНЫМИ СВИЩАМИ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова»
Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: возможности использования эндовизуальной хирургии при эхинококкозе печени, осложненными желчными свищами.

Материалы и методы: с 1995 года в клинике наряду с традиционными способами хирургического лечения кист печени стали впервые применять лапароскопическую эхинококкэктомию. Малоинвазивная технология применена у 62 больных, из них мужчин - 26, женщин- 36, возраст варьировал от 12 до 50 лет.

Нами используется техника PAIR, пункция кисты выполняется через печеночную ткань с целью профилактики попадания содержимого кисты в брюшную полость, либо специальным троакаром-присоской, представляющим собой троакар со стилетом и пункционной иглой. После пункции эвакуируется 10-20 мл содержимого кисты на экспресс диагностику. После ее полного опорожнения и отсутствия следов желчи, при помощи аквапуратора вводится двукратно 76% этиловый спирт, затем 20-30% раствор натрия хлорида, а при наличии желчного свища – стерильный концентрированный глицерин с целью предупреждения развития склерозирующего холангита. Далее, хитиновая оболочка отделяется от фиброзной капсулы и при помощи вакуум-аспиратора через 10 мм трубку хитиновая оболочка эвакуируется из брюшной полости. Проводится эндовидеоскопия остаточной полости на наличие желчных свищей, фрагментов хитиновой оболочки. У 3 больных при эндовидеоскопии остаточной полости удалось выявить желчные свищи. В одном случае выполнили контактную диатермокоагуляцию шаровидным электродом желчного свища, диаметр которого не превышал 1мм. В одном случае желчный свищ диаметром до 0,3 см располагался в области дна в виде сосочка, на который удалось наложить две 5 мм клипсы на всем его протяжении. В одном случае выполнено ушивание желчного свища с дополнительной коагуляцией свищевого отверстия. Операцию завершали частичной перицистэктомией с абдоминизацией остаточной полости и подведением дренажной трубки.

Результаты. Во всех случаях в интра - и послеоперационном периодах желчеистечение не наблюдалось. При контрольном УЗИ размеры остаточной полости не превышали 10% от первоначального объема кисты. У всех больных отделяемое по дренажам имело серозный характер без признаков инфицирования. Следует отметить, что не всегда удается при ревизии остаточной полости только в одном наблюдении отмечалась примесь желчи до 15-20 мл за сутки по дренажной трубке, установленной в остаточной полости отмечено. Интраоперационно у данной больной при видеоэндоскопии остаточной полости желчные свищи выявлены не были. В послеоперационном периоде больной проводилась консервативная терапия и в последующем желчный свищ самостоятельно закрылся на 13 сутки после операции.

Заключение: Таким образом, накопленный нами опыт показал, что при солитарных эхинококковых кистах небольших размеров, осложненных желчными свищами в арсенале различных методических и технических приемов, возможно присутствие эндовизуальных технологий. По своей эффективности видеолапароскопические методы не уступают традиционным методам, наряду с тем являясь менее травматичным, сопровождаются лучшими отдаленными результатами.

ОБЛИТЕРАЦИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОЙ ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г.
ГБОУ ВПО Астраханский государственный медицинский университет Минздрава России, Астрахань, Россия
ГБУЗ АО Александро-Мариинская областная клиническая больница, Астрахань, Россия

В настоящее время общепризнано, что основным и наиболее эффективным в лечении больных с эхинококковыми кистами печени (ЭКП) остается хирургический метод. Помимо традиционных способов наружного дренирования кист, в настоящее время в научной литературе обсуждается роль малоинвазивных технологий, заключающихся в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под ультразвуковым наведением при применении которых удается избежать многих негативных моментов связанных с лапаротомией. Техническая простота выполнения чрескожной пункции полости эхинококковой кисты под контролем современных средств медицинской визуализации, одновременная возможность выполнения малоинвазивного вмешательства протекающего с минимальной кровопотерей как во время операции, так и после нее независимо от степени тяжести состояния пациента привлекает внимание многих хирургов к данной группе методик у пациентов с ЭКП. Некоторые авторы, рассматривают данный способ как паллиативное вмешательство, которое имеет место для применения в случаях подготовки к оперативному лечению и не имеет самостоятельного существенного значения, так как полость кисты может быть очень велика и чрезвычайно долго заживает, а иногда остаются свищи. Накопленный многолетний опыт в этой области свидетельствует о том, что неадекватный подход к выбору вида оперативного вмешательства при ЭКП часто приводит к неудовлетворительным результатам:медленному заполнению остаточной полости, рецидиву кистозного процесса, требующего повторной операции, образованию наружных свищей от 30% до 50%, возникновению рецидива заболевания в 2,7–30% - все это приводит к длительному пребыванию больных на больничной койке, и к длительной потери трудоспособности, и возможной инвалидизации.

В настоящее время предложены различные методы, способствующие ликвидации остаточных полостей: от консервативных до хирургических после наружных дренирующих операций. Наибольшей популярностью пользуются методы консервативного лечения остаточных полостей. Но, несмотря на это разнообразие, ни один из предложенных методов не удовлетворяет ожидания хирургов.

В связи с этим нами разработан новый способ облитерации остаточной полости (Заявка на изобретение № 2012130663 от 15 января 2014 г., получена приоритетная справка). После выполнения дренирующей операции (открытой эхинококкэктомии, лапароскопической или чрезкожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии) в послеоперационном периоде сразу же с первых суток начинали промывать 10% разведенным раствором Бетадина. Введение препарата в полость кисты производилось каждый день - двухкратно с экспозицией 15 мин. до полной облитерации остаточной полости, которая наступала в среднем на 14 сутки. Бетадин оказывает стимулирующее действие на образование соединительной ткани в остаточной полости, не вызывает гепатотоксического действия, не имеет побочных эффектов. Использование его как стимулятора облитерации остаточной полости приводит к повышению надежности обработки остаточной полости, наиболее быстрому заполнению остаточной полости соединительной тканью, исключению скопления патологической жидкости в полости кисты, исключению образования вторичных кист в зоне операции, уменьшению длительной потери трудоспособности.

Таким образом, разработанный способ облитерации остаточной полости может применятся после любого вида дренирующей операции по поводу эхинококкоза печени и обладает преимуществом над известными способами, что позволяет рекомендовать его в широкую клиническую практику.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б.
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош, Киргизия

Актуальность. Многие десятилетия хирургическое вмешательство являлось единственным и по настоящее время остается основным методом лечения эхинококкоза. В последние годы появились работы, посвященные лечению эхинококкоза печени (ЭП) с помощью эндовидеохирургических технологий. Однако данные об эффективности и безопасности применения приведенных высоких технологий нередко противоречивы и основаны на малом количестве наблюдений.

Цель исследования: сравнительный анализ и оценка результатов лапароскопической и традиционной эхинококкэктомии.

Материалы и методы. Проведён анализ результатов оперативного лечения 68 больных с ЭП в период с 2010-2015 года, из них лапароскопическая холецистэктомия выполнена в 33 (48,5%) случаях (I группа), открытая эхинококэктомия - в 35 (51,5%) случаях (II группа). У всех 68 больных эхинококковая киста была солитарной и локализовалась в S II-III-IV-V-VI, т.е. по локализации и размерам в обеих группах были одинаковые. Размеры эхинококковых кист варьировали в пределах от 42 до 86 мм. Всем больным на дооперационном этапе проводили комплексное обследование, включавшее общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, группу крови и резус-фактор, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ.

Лапароскопические операции произведены с использованием эндоскопической стойки Эфа-Медика (Санкт-Петербург, Россия) с полным набором эндохирургических инструментов. С гермицидной целью в обеих группах наблюдения применяли 30% раствор хлорида натрия и 96° этиловый спирт с экспозицией 10-15 минут. При лапароскопической эхинококкэктомии остаточную полость дополнительно обрабатывали аргонно-плазменной коагуляцией.

Результаты. В обеих группах во время оперативного вмешательства осложнений не было. Длительность лапароскопической эхинококкэктомии варьировала в пределах от 30 до 90 минут, в среднем 48,5 минут. У 3 больных с эхинококковыми кистами печени и наличием желчнокаменной болезни (произведена и холецистэктомия) продолжительность операции составила от 60 до 90 минут.

В первой группе осложнения отмечены у 2 больных, у которых отмечалось желчеистечение, которые самостоятельно прекратились на 6 сутки и 12 сутки после операции. Во второй группе у 26 больных дренажная трубка находилась от 15 дней до 2 месяцев.

Во второй группе осложнения отмечены у 12 (34,2%; $p < 0,05$) больного (желчеистечение - в 4 случаях, нагноение раны – в 2, нагноение остаточной полости – в 5, пневмония – в 1 случае).

В отличие от традиционной эхинококкэктомии болевой синдром после лапароскопической операции был минимальным, адекватно купировался обычными анальгетиками и не требовал применения наркотических препаратов. Средняя длительность пребывания больных в стационаре после лапароскопической операции составила 6,6 к/дня, а после открытой эхинококкэктомии – 10,4.

Выводы. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения эхинококкоза печени позволяет констатировать, что лапароскопические технологии имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре. Накопленный нами опыт использования лапароскопической эхинококкэктомии позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям.

ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Павлюк Г.В., Бужор П.В., Дану М.И., Верджил Петрович
Кишиневский медицинский университет, Кишинев, Молдова

Эхинококкоз остается одной из актуальных проблем хирургии печени. Совершенствование медицинских технологий открывает новые возможности, в частности для миниинвазивных вмешательств.

Цель исследования: проанализировать результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени и стандартизировать показания и противопоказания к пункционно-аспирационному лечению эхинококкоза печени.

Материалы и методы. В период с 1990 по 2015 гг. в клинике оперировано 528 больных эхинококкозом печени. Диагностическая программа включала общеклинические, иммунологические исследования, УЗИ, КТ.

Результаты. Объем и вид хирургического вмешательства напрямую зависит от ранней диагностики заболевания, 55% госпитализированных больных поступили в стационар уже в стадии осложнений (39% с нагноением, 16% с кальцинацией кист (в связи с длительным безсимптомным течением), что осложняло лечение. Эхинококк локализовался в правой доле печени у 67%, в левой – у 14%, билобарная локализация - у 19% больных.

Миниинвазивные вмешательства выполнены 18 (3,4%) пациентам. У 7 (1,3%) больных с диссеминированным эхинококкозом печени (от 5 до 12 кист), в связи с большой травматичностью операции и невозможностью радикальной эхинококкэктомии преднамеренно были оставлены внутрипаренхиматозные единичные кисты (до 5 см).

На 7-10 сутки после операции им была выполнено чрезкожно-пункционное удаление кист. Манипуляция выполнялась под местной анестезией и внутривенным потенциированием с предварительной десенсибилизирующей терапией. После толстоигольной пункции и эвакуации содержимого в остаточную полость с экспозицией в 15 минут до восстановления полного объема вводился раствор 2% нитрата серебра. Предварительно in vitro нами было проведено изучение сколецидного действия медикаментозных препаратов – 10% бетадина, 2% нитрата серебра и мебендазола для выявления выживаемости паразитарных элементов. Нитрат серебра значительно превышал эффект бетадина и показывал высокий сколецидный эффект уже в первые 5 минут экспозиции со 100% эффектом. Первые признаки сколецидности бетадина отмечались не ранее 30 минут – 25%, мебендазол начинал действовать через 60 минут.Не ставили задачу полного удаления фрагментов гидатидной кисты.Процедура заканчивалась дренированием остаточной полости силиконовой трубкой с последующим промыванием остаточной полости ежедневно раствором бетадина. Трубка удалялась на 8-12 сутки после предварительной фистулографии, не дожидаясь полной облитерации полости. В после-операционном периоде нагноения остаточной полости возникло у 1 пациента. У 11, ранее неоперированных больных с солитарными периферическими поверхностными кистами до 6 см с локализацией в V-VI сегментах печени была выполнена миниинвазивная эхинококкэктомия с использованием троакара, позволяющего удалить фрагменты эхинококковой кисты. Методика выполнения процедуры была аналогичной. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Использовали пункционный метод и у 11 больных с нагноившимися остаточными полостями после операции с целью санации и наружного дренирования. Все пациенты после миниинвазивных вмешатеьств получали курс химиотерапии препаратом эсказол в дозе 400 мг 2 раза в день длительностью 3 месяца. Рецидив заболевания через 4 и 7 лет соответственно был у 2 пациентов с диссиминированными формами заболевания.

Выводы. 1. К выбору миниинвазивных мешательств надо подходить дифиренциированно по строгим показаниям, с соблюдением всех правил апаразитарности.

2. Для обработки остаточной полости рекомендуем использовать 2% раствор нитрата серебра, который обладает высоким сколецидным действием.

3.Химиотерапия должна дополнять маниуляцию.

ПУНКЦИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А., Габдрахимов С.Р., Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И.
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия

Цель исследования: снижение операционного риска у больных с эхинококкозом печени за счет использования пункции жидкостного компонента эхинококковых кист печени, с последующим лапароскопическим удалением хитиновой оболочки паразита.

Материалы и методы. За последние 10 лет было прооперировано 511 больных с эхинококкозом печени. Из них малоинвазивное вмешательство выполнено у 74 больных с солитарными эхинококковыми кистами печени, не содержащими дочерних сколексов и без нагноения, а также располагавщихся в доступных для лапароскопического манипулирования сегментах (со 2 по 6) печени. Методика операции заключалась в следующем. Под общим наркозом выполнялся лапароцентез в параумбиликальной области с последующей ревизией печени, где выявлялась паразитарная киста. Затем под контролем лапароскопа толстой иглой производилась пункция кисты и эвакуация жидкостного ее компонента. Во время эвакуации подводился активный аспиратор для профилактики подтекания жидкостного компонента кисты в брюшную полость. После того, как жидкость была полностью эвакуирована, игла из просвета кисты удалялась, а сама киста вскрывалась, и производилось удаление, в герметичном контейнере, хитиновой оболочки кисты. Следующим этапом делали ревизию внутренней поверхности остаточной полости на предмет возможного наличия желчных свищей с последующей обработкой стенок спирт – глицериновой смесью. Заканчивали операцию максимально возможной перицистэктомией, а остаточную полость не ликвидировали, а дренировали трубчатыми дренажами, через контрапертуру и изолировали от брюшной полости прядью большого сальника.

Результаты. Из 74 больных к конверсии пришлось перейти в 6 случаях ввиду: выявления желчных свищей – 2; кровотечения из печени – 2; труднодоступности кист – 2. В ближайшем послеоперационном периоде у одного больного отмечалось длительное желчеистечение по страховому дренажу, прекратившееся самостоятельно через 19 суток. В отдаленном периоде рецидив заболевания выявлен у 2 пациентов.

Заключение. Примененная методика позволила не только минимизировать агрессию оперативного вмешательства, но и снизить риск обсеменения брюшной полости за счет сочетания в одной операции двух минимально инвазивных вмешательств.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Попов А.Ю., Петровский А.Н., Лищишин В.Я.
Научно-исследовательский институт – ГБУЗ Краевая клиническая больница №1 им. С.В. Очаповского, Краснодар, Россия

Несмотря на успехи современной медицины в лечении эхинококкоза печени, проблема на сегодняшний день всё ёще остается актуальной, что обусловлено поздней выявляемостью заболевания, значительным поражением органа-мишени с частым вовлечением магистральных протоков и сосудистых структур, отсутствием единого хирургического подхода в лечении данной патологии.

В нашем стационаре за период с 2010 по 2014 гг. на лечении находилось 65 пациентов с эхинококкозом печени. У всех больных диагноз был установлен на догоспитальном этапе. У 7 больных имел место рецидивный эхинококкоз; 4 больных ранее (до 1 года) были оперированы по поводу эхинококкоза легких.

2 больным выполнена анатомическая резекция левой доли печени; 14 больным – атипичная резекция печени; 25 пациентам – перицистэктомия лапаротомным доступом и 7 больным лапароскопически; 3 пациента оперированы в объеме лапароскопичесекой «закрытой» эхинококкэктомии; 15 пациентов пролечены пункционно – чрезкожными чрезпеченочными вмешательствами под УЗ-контролем. Осложнения после лапаротомных вмешательств мы наблюдали у 4 (6,15%) больных: у 3 пациентов в виде формирования подпеченочных и/или поддиафрагмальных желчных затеков (билом) и в виде формирования наружного желчного свища (по ходу установленного интраоперационно дренажа) – 1 больная. Лечение ин-

траабдоминальных желчных затеков проводили чрезкожным дренированием под УЗ-контролем; пациентке с наружным желчным свищем была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Летальных исходов не было. Все больные в послеоперационном периоде получали стандартную противопаразитарную терапию.

Несмотря на имеющиеся в литературе данные на успехи пункционно-дренажных методик в лечении данного заболевания, зачастую не представляется возможным выделение и эвакуация из образовавшейся полости хитиновой оболочки паразита после его гибели под воздействием раствора глицерина. Кроме того, при малоинвазивных методиках сохраняется высокий риск диссеминации паразита по брюшной полости по ходу пункционно-дренажного канала, в том числе и при нагнетании антипаразитарного раствора. Учитывая вышеперечисленные аргументы, пункционные методики нами использовались либо при исходной невозможности радикального удаления кисты (предлежание стенки кисты на значительном протяжении к нижней полой вене, к печеночным венам), либо при наличии противопоказаний у больного к радикальному оперативному вмешательству.

Не вызывают сомнения преимущества лапароскопических методик, однако, в случае паразитарного поражения печени их применение ограничено локализацией эхинококковых кист в «задних» сегментах печени и интрапаренхиматозным расположением кист. В этом случае мы в качестве альтернативы рассматривали лапаротомное или пункционное вмешательство. При выполнении лапароскопической перицистэктомии с целью профилактики диссеминации паразита по брюшной полости область вмешательства отграничивали салфетками, смоченными раствором глицерина (как и при «открытой» операции). Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнялась при поверхностном расположении единичных кист диаметром до 5 см. При большем размере кисты выполнялась лапароскопическая атипичная резекция печени.

Заключение. Несмотря на паразитарный характер заболевания в лечении эхинококкоза печени все имеющиеся на сегодняшний день методики имеют право на существование. Выбор хирургического пособия в каждом случае должен определяться индивидуально с учетом размеров кисты, её локализации и функционального состояния пациента.

ЧРЕСКОЖНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Пулатов М.М., Магзумов И.Х.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Узбекистан является эндемическим регионом в отношении эхинококка печени. Частота заболеваемости колеблется в пределах 5-8 случаев на 10000 человек. Число операции увеличилось в 3 раза, в 25-40% случаев наблюдались осложнение. Одним из грозных осложнений эхинококкоза печени является прорыв кисты в желчевыводящие пути с обтурацией их просвета дочерними кистами и обрывками хитиновой оболочки, осложненной механической желтухой и гнойным холангитом, которое развивается в 4,8-52% наблюдений, при котором остаётся высокой послеоперационная летальность, составляя 8,1-22%. В этой связи особого внимания требует выбор хирургической тактики у данных категории больных.

Под наблюдением находились 556 больных с эхинококкозом печени, при чем у 245 (44,0%) из них были выявлены различные осложнения. Из них у 31 больного (5,7%) 17-78 лет (12 мужчин и 19 женщин) - прорыв эхинококковой кисты в желчные.

Клиника проявлялась резкими болями в эпигастрии (правом подреберье), уменьшением размеров кисты, иктеричность склер и кожных покровов, При прорыве эхинококковой кисты в желчевыводящие пути, кроме механической желтухи, выраженную картину острого обтурационного гнойного холангита наблюдали у 23 (74%) больных, а у 27 (87,1%) она сопровождалась бурной эндотоксемией и во всех случаях клиникой печеночной недостаточности, обуславливающие тяжесть состояния больных.

Как обязательный этап санации билиарного дерева у 22 больным (из 31) в неотложном порядке выполнена РЭПСТ, у 9 больным с выраженной патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы было выполнено ЧЧХГ с ЧЧХС для санации билиарного тракта.

У этих больных было отмечено выделение гнойной жидкости, обрывки хитиновой оболочки и мелких дочерних кист.

Вторым этапом всем больным выполнена эхинококкэктомия, тщательная обработка фиброзной капсулы, и при выявлении цистобилиарного свища, выполняли:

- 14 больным, в связи со значительным расширением холедоха, выполнена СД ХДА;
- 8 больным, в виду выраженной инфильтра-

ции печеночно-двенадцатиперстной связки, выполнена ТДПСП с санацией протоков дезинфицирующими растворами;

- 9 больным выполнена гепатикоеюностомия на изолированной кишечной петле по Ру с дополнительным межкишечным анастомозом аппаратом АНБА.

В 27 случаях из 31 при выявлении желчных свищей, открывшихся в эхинококковую кисту, после фистулохолангиографии производили ушивание их.

Ни в одном случае у данной группы больных признаков обтурации внепеченочных желчевыводящих протоков не наблюдали.

Таким образом, прорыв эхинококковой кисты печени в желчевыводящие пути (ЖВП) с обтурацией их дочерними кистами и обрывками хитиновой оболочки – явление не редкое в нашем регионе. При данном осложнении показан диффирицированный подход при выборе хирургической тактики:

- при крайне тяжелом состоянии больного необходмо ЧЧХГ с ЧЧХС, декомпрессия и санация билиарного дерева;

- если состояние больного позволяет необходимо РЭПСТ, декомпрессия и санация билиарного дерева;

- после улучшения состояния больного производится основной этап операции: эхинококкэктомия, санация остаточной полости по общепринятой методике и при необходимости - закрытие цистобилиарного свища, холедохотомия с полной санацией ЖВП и наложение СД ХДА (или гепатикоеюностомия) с наружным дренированием холедоха для длительной санации гепатикохоледоха.

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Синило С.Б., Третьяк С.И., Ращинская Н.Т.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Цель исследования: установление частоты встречаемости на территории Республики Беларусь и результатов хирургического лечения паразитарных кист печени.

Материалы и методы. Был проведён ретроспективный анализ 31 истории болезни пациентов, находящихся на лечении в УЗ ГК БСМП в период с 2008 по 2014 годы. Женщин было 24 (77,4%), мужчин – 7 (22,6%). Средний возраст составил 46 лет. Средний возраст женщин составил 49, мужчин – 36 лет.

Анализ данных анамнеза пациентов показал, что наиболее ранними проявлениями были аллергические проявления в виде крапивницы (3). У 7 пациентов паразитарные кисты были выявлены при обследовании по поводу других заболеваний или во время медицинских осмотров. У остальных пациентов были жалобы, связанные с осложнениями кист или их большими размерами.

Все паразитарные кисты печени были диагностированы при проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости. В дальнейшем КТ или МРТ с контрастированием и ангиографией были выполнены 13 (42%) пациентам. Результаты этих исследований были использованы для определения характера оперативного лечения.

Результаты. Все пациенты были оперированы. Резекции печени были выполнены 27 (87,1%) пациентам. Лапароскопическая цистэктомия выполнена двум пациентам. Эхинококкэктомия с иссечением оболочек кисты и обработкой остаточной полости аргоноплазменным коагулятором выполнена двоим пациентам.

Осложнениями после операций явились: наружный желчный свищ один, плевропневмония справа у двух пациентов. Средний койко-день нахождения в стационаре составил 23 дня. При выписке все пациенты консультированы инфекционистом. У половины пациентов в эпикризах было рекомендовано проведение амбулаторного лечения противопаразитарными препаратами (мебендазол, альбендазол) по принятым схемам.

Выводы. Паразитарные кисты в Республике Беларусь встречаются относительно редко. Всем пациентам с паразитарными кистами печени показано оперативное лечение в условиях специализированного (гепатологического) отделения. Наиболее обоснованным методом лечения являются различные варианты резекций печени с использованием аргоноплазменного коагулятора с последующим лечением противоглистными препаратами под наблюдением хирурга и инфекциониста.

НАРУШЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Стражеску Г.И.
Государственный университет медицины и фармации им. "Николая Тестемицану", Кишинёв, Молдова

Цель исследования: оценка иммунных нарушений у больных, прооперированных лапароскопически по поводу эхинококкоза печени.

Материалы и методы. На фоне пониженного иммунитета эхинококковая инфекция может развиваться с вариантами клинических и иммунных нарушений. Несмотря на почти идеальную лапароскопическую эхинококкэктомию печени, отмечается большое количество осложнений (29,2%), возможно связанных в большой степени с иммунными нарушениями. Изучение иммунного статуса было проведено у 93 больных, из них у 54 был осложнённый (нагноившийся) эхинококк. Клеточный иммунитет оценивался по относительному и абсолютному количеству CD3 лимфоцитов, подпопуляций CD4, CD8 и иммуннорегулирующему индексу. Для тестирования неспецифического клеточного иммунитета оценивалась популяция CD16 (естественные киллеры). Гуморальный иммунитет оценивался при помощи относительного и абсолютного определения популяции CD19 и концентрации иммуноглобулинов классов M, G, A, E в плазме. Определение специфических антиэхинококковых антител производилось с использованием иммуноэнзимной тест-системы компании Alexon-Trend (США) и чтением результатов при помощи анализатора STAT FAX 303 + (США). Контрольным лотом служили 50 здоровых людей.

Результаты. В соответствии с полученными данными, у больных с эхинококкозом печени отмечены следующие нарушения. На фоне лимфопении (1,34+0,07 по сравнению с 1,70+ 0,07x109/л в контрольной группе, P<0,05), отмечался рост общего количества Т лимфоцитов – CD3 (1,11+ 0,05, по сравнению с 0,95+ 0,04x109/л, P<0,02). Одновременно отмечается уменьшение относительного количества CD4 (35,25 + 1,35 по сравнению с 43,76+ 1,19 в контрольном лоте P<0,01). Что касается гуморального иммунитета, можем отметить достоверно высокий рост (P<0,01) относительного и абсолютного количества лимфоцитов CD19 и снижение концентрации иммуноглобулинов класса G и A (P<0,05) в плазме. Значительных изменений уровня IgM не наблюдалось, что характерно для хронических инфекций, при которых преобладают нарушения IgG и IgA.

Выводы. При осложнённом (нагноившемся) эхинококке печени отмечаются значительные нарушения клеточного иммунитета, проявляющиеся снижением уровня лимфоцитов Т-хелперов и относительный рост уровня Т-супрессоров, что приводит к вторичному иммунодефициту этой иммунной фазы. Об этом нам говорит и лейко/Т лимфоцитарный индекс (6,8). Мы отметили рост абсолютных показателей популяции CD3, подпопуляций CD4 и CD8 и рост природных Т-киллеров. Отмечается достоверный рост показателей гуморального иммунитета (CD19 0,27+ 0,02 и 0,42+ 0,02, P <0,001). Наблюдается рост концентрации всех классов иммуноглобулинов, отмеченные послеоперационные показатели в 1,2-2,1 раза выше, чем при госпитализации. Таким образом, хирургическое вмешательство привело к оптимизации показателей иммунного статуса, благодаря исключению интоксикации паразитарными антигенами, уменьшению концентрации антигена в крови и возможно улучшению функции лимфоцитарной мембраны.

ПРЕИМУЩЕСТВО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Стражеску Г.И.
Государственный университет медицины и фармации им. "Николая Тестемицану", Кишинёв, Молдова

Цель исследования: оценка преимуществ миниинвазивной (лапароэндоскопической) хирургии в сравнении с классической (лапаротомической) хирургии при эхинококкозе печени.

Материалы и методы. Были проанализированы результаты хирургического лечения 136 больных эхинококкозом печени за период 2006-2014 гг. Пациенты были разделены на две группы: 68 больных – оперированных лапароэндоскопически; 68 больных – оперированных лапаротомически. Из них – 81 мужчины; 55 – женщины. Возраст больных был в пределах 19-58 лет. Пациенты были отобраны по следующим критериям: возраст больных - не старше 60 лет; отсутствие тяжёлой

сопутствующей патологии; отсутствие ожирения; живые одиночные эхинококковые кисты (без генераций); диаметр кист до 10 см; поверхностное расположение кисты. В лоте больных, оперированных лапароэндоскопически (68) были прооперированы кисты следующих локализаций: II сегмент – 14 кист; IV –V – 18 кист; VI – 24 кист; VII – 15 кист; VIII – 10 кист. Лапароскопическое хирургическое лечение было направлено на перицистэктомию в случаях преимущественно поверхностного расположения – 31 случаев; открытая кистэктомия (операция Lagrot) с последующей оментопластикой остаточной полости в печени и дренированием – 24 случай; открытая кистэктомия с последующим капитонажем остаточной полости в печени и дренированием – 13 случаев. В лоте больных, оперированных лапаротомически (68) были прооперированы кисты следующих локализаций: II сегмент – 3 кисты; IV сегмент - 9 кист; VI – 6 кист; VII – 30 кист; VIII сегмент – 20 кист. Применялись следующие доступы: правосторонняя подрёберная лапаротомия – 49 случаев; верхнесрединная лапаротомия – 19 случаев. Применялась следующая хирургическая техника: перикистэктомия – 29 случая; открытая кистэктомия (операция Lagrot) с простым дренированием – 15 случаев; открытая кистэктомия с последующей оментопластикой остаточной полости в печени и дренированием – 13 случаев; капитонаж остаточной полости в печени и дренированием – 11 случаев.

Результаты. Длительность лапароэндоскопических операций составляла 30-95 минут; лапаротомических - 70 – 175 минут. Были зарегистрированы 3 осложнения (билиррагия): 2 в лоте больных, оперированных эндоскопически и 1 случай в другом лоте. Для борьбы с осложнениями проводилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Длительность госпитализации – в лоте эндоскопических операций – 4-8 дней; в лоте лапаротомических операций – 7-14 дней.

Выводы. Лапароэндоскопическая хирургия эхинококковых кист печени обладает преимуществами по сравнению с классической хирургией. Уменьшение операционной травмы, длительности госпитализации, снижение расходов на медицинскую помощь этим больным, снижение уровня послеоперационных осложнений, косметический комфорт брюшной стенки всё больше приводят к показаниям к эндоскопическому оперативному вмешательству. В нашей клинике с каждым днём расширяются показания к лапароскопическим операциям при больших кистах, кистах с генерациями и осложнённых кистах. Метод операции с классическим доступом при эхинококке печени остаётся в резерве и применяется практически преимущественно при конверсии.

ТРУДНОСТИ МИНИИНВАЗИВНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ЗАДНЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Стражеску Г.И.
Государственный университет медицины и фармации им. "Николая Тестемицану", Кишинёв, Молдова

Цель исследования: освещение особенностей развития эхинококковых кист печени, выбор метода миниинвазивного хирургического лечения кист, расположенных в SVII-VIII.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 72 больных эхинококковыми кистами печени, локализованными в SVII-VIII за период 2002-2014 гг. Развитие эхинококкоза в SVII-VIII имеет особые последствия: задняя поверхность кисты располагается возле v. cava – 23 случаев; сращение кисты с диафрагмой часто приводит к появлению реактивного выпота в плевральной полости справа – 25 случаев; в случае объёмных кист выявляется воспалительная реакция со стороны правой почки в виде пиелонефрита – 9 случаев. Лот из 52 больных был подвергнут лапароскопическому хирургическому вмешательству. Все эхинококковые кисты были одиночными размерами от 6 до 13 см в диаметре. Операция в обязательном порядке включала в себя рассечение круглой и серповидной связок печени. Это позволило сместить печень и достигнуть VII и VIII сегментов. Вторым элементом был кистофренолизис, за которым следовала собственно эхинококкэктомия. Печёночная перикистэктомия производилась только в 26 случаях, когда киста располагалась поверхностно – 2/3 перикиста вне печени. В остальных 46 случаях была произведена открытая печёночная эхинококкэктомия. Дренирование в таких случаях затруднено, так как мы вынуждены располагать дренаж в позиции, которая не позволяет выделяться гемобилиарному содержимому и приводит к его скоплению в остаточной полости. В нашем случае мы всегда находили тонкий участок печени в зоне параперикиста и устанавливали дренаж в наклонной позиции. Таким образом, мы обеспечивали осушение остаточной полости в печени и её ликвидации. Ещё одной особенностью является то, что после открытой печёночной эхинококкэктомии «сфероидальная рана» прикрыта диафрагмой. При вдохе и выдохе диафрагма играет роль клапана, и, соответственно, поддерживает

уровень гемобилиарного содержимого в полости. Поэтому единственным методом предотвращения этого феномена является перевод «сфероидальной раны» в как можно более плоскую «тарелку», используя линейные разрезы на дне полости.

Результаты. Печёночные перикистэтомии (26) всегда были успешными, послеоперационный период был коротким – 5-7 дней. При открытых перикистэтомиях в 2 случаях произошло нагноение остаточной полости из-за открытого жёлчного свища, который не был ушит. Этот случай был разрешён санированием и обработкой полости антибиотиками (местное применение) и эндоскопической папиллосфинктеротомией. В двух случаях во время кистофренолизиса была перфорирована диафрагма, что привело к пневмотораксу. В этих случаях было произведено дренирование плевральной полости справа с ушиванием диафрагмы лапароскопически.

Выводы. Лапароскопическая техника может применяться при печёночных эхинококковых кистах в SVII-VIII. При возникновении как интраоперационных, так и послеоперационных осложнений их можно разрешить также лапароскопическим путём.

НОВЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Тешаев О.Р., Олимов Н.К., Алимов С.У.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Известно много способов обработки остаточной полости эхинококковых (ЭП) кист печени (формалин, йод, медицинский глицерин, гипертонический раствор натрия хлорида, 96% этиловый спирт и др.). Однако рецидивы, остаточные полости (3-17% случаев) свидетельствуют о недостаточной надежности используемых средств для обеззараживания зародышевых элементов эхинококка, что диктует необходимость поиска новых средств

За период 2010-2014 гг. был аппробирован и применён у 30 больных новый способ обработки остаточной полости- «Спэкгарлином» (жидкий экстракт чеснока). В качестве контрольной группы вошли 20 больных, у которых остаточная полость была обработана гипертоническим раствором натрия хлорида. Локализация ЭП в правой доле – у 31 (62%), и в левой - у 19 (38%). Малые кисты (до 5 см) были - у 17 (34%) больных, средние (от 6 см до 10 см) - у 23 (46%) больных, большие кисты (от 11 до 20 см) - у 10 (20%) больных. Возраст больных от 18 до 78 лет. Мужчин было 29 (58%), женщин – 21 (42%) больных.

Всем больным с кистами размером до 5 см (малые кисты) была произведена PAIR (Puncture, Aspiration, Injection- Reaspiration) под местной анестезией, под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см. У 9 больных основной группы полость обработана «Спэкгарлином» с экспозицией до 5 мин и полной аспирацией. 8 больным (контрольная группа) полость кисты были обработаны 20 % раствором натрия хлорида с экспозицией до 10 мин. Через 1-3 месяца у всех больных основной группы кисты облитерировались. В контрольной группе у 2 больных выявлены остаточные полости (до3-4 см) - повторна пункция через 4 месяца с положительным результатом.

При кистах средних размеров у 23 больных произведена пункция и дренирование эхинококковых кистей 3-3,5 см трубкой с ежедневным промыванием (экспозиция от 5 до 10 минут) «Спэкгарлином». (16 больных (основная группа)), а у-больных (контрольных групп) полость кисты обработана с 20% раствором натрия хлорида с экспозицией до 10 минут. Дренаж удаляли на 10-15 сутки в основной группы, на 20-25 сутки в контрольный группы. Через год у 2 больных основной группы, через 10 месяцев у 3 больных контрольной группы выявлена остаточная полость (до 3-4 см)- повторная пункция, с выздоровлением. 10 больных с большой кистой были оперированы традиционными методами: по 5 больным основные и контрольные группы. При ультразвуковом контроле в основной в группе через 3 месяца кисты были полностью облитерированы, а у 1 больного сформировался наружный желчный свищ, закрытием самостоятельно через 1,5 месяцев.

Заключение, Применение «Жидкого экстракта чеснока» оказалось эффективным: сокращает сроки госпитализации и лечения в 2 раза, снижает рецидивов в 4 раза.

ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Тешаев О.Р., Аталиев А.Е., Шукуров А. А., Алимов С.У.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Бессимптомное течение эхинококкоза печени (ЭП) приводит к тому, что часто больные обращаются к врачу, когда киста достигает больших и гигантских размеров. Однако, частота встречаемости больших и гигантских кист остается высокой. К сожалению, до сих пор основным методом лечения эхинококкоза является хирургический, вместе с тем в последние десятилетия малоинвазивные методы в комплексе с антипаразитарной медикаментозной терапией все более привлекают внимание хирургов. В литературе имеется ряд сообщений о применении и эффективности чрезкожного пункционно - дренажного метода при ЭП, а эффективность его при больших и гигантских кистах по сей день оспаривается хирургами.

За период с 2001 по 2015 годы на кафедре хирургии ВОП ТМА на базе 1 ГКБ г. Ташкента находились на лечении 1143 больных с ЭП. Из них кисты больших размеров (11-20 см) были у 206, гигантских (более 20 см) - у 21 больного в возрасте от 18 до 78 лет. Диагноз установлен на основании УЗИ, компьютерной томографии и анализа содержимого кисты. Из 227 больных пункционно-дренажный метод (PAIRD) применен у 192 больных с большой и 11 с гигантских.

За месяц до госпитализации назначалась антипаразитарная (альбендазол или его аналоги из расчета 10 мг/кг, вместе с растительным маслом 1:20 и эссенциале форте для улучшения биодоступности препарата).

Пункция и дренирование кисты (PAIRD) осуществлялось в условиях стационара после соответствующей подготовки накануне (гемостатическая и антиаллергическая терапия) под УЗИ наведением через печеночную ткань толщиной не менее 2-2,5:

Тонкоигольной пункции иглой Шиба, содержимое отсасывалось и несколько раз порционно заменялось 20% раствором хлорида натрия. После 20 минутной экспозиции производилось троакарное дренирование кисты, через то же отверстие, трубкой диаметром 4 мм. При наличии 2-3 больших и средних кист дренирование осуществлялось поэтапно. Сопутствующие мелкие кисты (до 5 см) пунктировали (PAIR). Кровотечения и аллергических реакций не было.

Больные в течении 3-7 суток (в зависимости от общего состояния) находились под наблюдением в стационаре. Им производилась симптоматическое лечение и продолжали антипаразитарную терапию (1 курс), УЗИ контроль. Обработка полости 20% раствором хлорида натрия продолжалась и амбулаторно. Фрагментация хитиновой оболочки при кистах 1 и 2 стадии произошла с 6-12 сутки, и выделение их продолжалось до 20-25 суток. При кистах «в опале» и нагноившихся кистах этот процесс наблюдался с первых дней в течении 10-15 дней.

Трубку удаляли, когда нагнетаемая для промывания жидкость встречала сопротивление и на УЗИ полость заменялась фиброзной полоской толщиной 3-4 мм. При дальнейшем УЗИ контроле у 3 больных через 9 месяцев обнаружена остаточная полость диаметром 5-6 см - произведена повторная пункция. Умер один больной 78 лет от причин, не связанных с кистой и вмешательством.

Заключение. Малоинвазивный пункционно - дренажный метод в комплексе с антипаразитарной медикаментозной терапией является эффективным методом лечения больших (одиночных и множественных) и гигантских кист печени любой локализации.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИМИЗИРОВАННОГО АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УРГЕНТНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Анваров Х.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Среди поражений эхинококкозом различных органов и тканей частота печеночной локализации колеблется от 44 до 84%, при этом осложнения эхинококкоза печени наблюдаются у 26—63% больных. Одними из самых опасных для жизни ургентных осложнений являются разрыв кисты с развитием перитонита, а также прорыв кисты в билиарное дерево с развитием механической желтухи.

Цель исследования: улучшение результатов путем применения комплексного алгоритма диагностики и лечения эхинококкоза печени, ослож-

ненного прорывом в брюшную полость или желчные пути.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 399 пациентов с различными осложнениями эхинококкоза печени (2010-2014). Из них у 241 (60,4%) наблюдалось нагноение кисты, у 64 (16%) – сдавление ворот печени, у 11 (2,7%) пациентов – прорыв содержимого кисты в брюшную полость, 28 (7,1%) – прорыв в билиарную систему, у 2 (0,5%) – прорыв в полые органы. Фокусную группу данного исследования составили 39 больных с прорывом кисты в брюшную полость и прорывом в билиарный тракт. Возраст больных варьировал в пределах от 22 до 72 лет, в среднем 46,4±4,1 лет. Длительность симптомов механической желтухи у 16 (57,2%) больных составила более 7 суток, у 2 больных (7,1%) – 3-7 суток, у 10 (35,7%) пациентов – до 3 суток. Длительность симптомов перитонита составила 5,2±0,5 часов. Всем больным применялся оптимизированный лечебно-диагностический алгоритм, согласно которому пациентам с клиникой механической желтухи были проведены общеклинические и биохимические обследования крови. Ясность в постановку клинического диагноза вносили внедренные в ежедневную практику инструментальные методы исследования – УЗИ, КТ, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого Ig G, имеющего специфичность до 95%. Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз.

Результаты. Расширение холедоха более 20 мм наблюдали у 3 больных (10,7%), 20-15 мм – у 14 пациентов (50%), 9-15 мм – у 11 больных (39,3%). Установить диагноз после проведения ЭПСТ не составило труда. При этом в 20 случаях (72%) после ЭПСТ произведено удаление корзинкой Дормиа хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия. В дальнейшем этим пациентам была выполнена открытая операция в отсроченном порядке. В 8 случаях (28%) попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом и разрешить механическую желтуху не удалось. Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам, но в срочном порядке.

Больным с разрывом кисты в брюшную полость и симптомами перитонита была проведена диагностическая лапароскопия, с локализацией источника перитонита, своевременной и адекватной санацией брюшной полости.

Заключение. Применение комплексного алгоритма диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени, включающего в себя ретроградные эндобилиарные вмешательства и диагностическую видеолапаросокпию, позволило провести не только высокоинформативную и высокоспецифичными диагностику, но и выбрать оптимальную тактику лечения, с устранением причины механической желтухи, адекватной санаций соответственно билиарного дерева или брюшной полости и уменьшением риска осложнений последующих открытых операций.

ЧРЕСКОЖНОЕ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М., Эрматов Б.Р.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: оценить результаты пункционно-дренажного метода лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты лечения 36 больных с эхинококкозом печени в возрасте от 17 до 72 лет, находившиеся на стационарном лечении во 2 клинике ТМА. Мужчин было 24 (66,7%), женщин – 12 (33,3%). Средний возраст больных составил 43,4±1,8 года. Размеры эхинококковых кист были от 3,5 до 10 см. У 20 (55,6%) кисты располагались в 7 сегменте, у 8 (22,2%) – в 7-8 сегменте, у 8 (22,2%) - интерпаренхиматозная локализация ближе к воротам печени. Рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 16 (44,4%) пациентов. В 8 (22,2%) случаях отмечен прорывом кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи. В одном случае желтуха была связана со сдавлением холедоха гигантской эхинококковой кистой с нагноением. У 10 (27,7%) больных эхинококковые кисты были с признаками нагноения.

Результаты. Показаниями для данного вмешательства были изолированные эхинококковые кисты, не превышающие в диаметре 100 мм; локализация кист небольших размеров (до 5-6 см) в 7-8 сегментах печени; интрапаренхиматозное расположение кист; при рецидивном течении; при отказе от проведения традиционного хирургического лечения; пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском.

Оперативные вмешательства выполняли под рентгенологическим контролем. По данным МСКТ выбирали траекторию пункции. Применялась техника PAIR-PD (puncture, aspiration, injection,

reaspiration, percutaneous drainage). Использовали изогнутые дренажные катетеры 9-12 Fr, а также типа «свиной хвост». Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты с санацией. У больных с прорывом в желчные протоки и механической желтухой одномоментно устанавливали чрескожную чреспеченочную холангиостомию. В 2-3 сеанса проводили антеградные эндобилиарные вмешательства в виде аспирации, низведения фрагментов хитиновой оболочки с помощью баллонных катетеров и корзинки Дормиа до полного очищения желчных протоков. Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного пациента развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, а у 2 реактивный плеврит, ликвидированы консервативными мероприятиями. Сроки полной эвакуации хитиновой оболочки при нагноившихся формах эхинококкоза печени в среднем составили 16,3±2,4, а в остальных случаях – 22,2±3,4 дня. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил 5±2,1 койко-дня. Летальных исходов не было.

Все больные после выписки систематически проходили ультразвуковое обследование и фистулографию амбулаторно. Показанием к удалению дренажа считали освобождение полости кисты от остатков хитиновой оболочки, прекращение отделяемого и инволюции остаточной полости. Через 2-3 месяца катетеры удалены у всех пациентов.

Специфическое медикаментозное лечение проводили по стандартной схеме альбендазолом в дозе 10 мг/кг в сутки.

Удовлетворительный результат в отдаленном периоде (до 3 лет) был отмечен у всех пациентов. Рецидива заболевания не обнаружено.

Заключение. Полученные результаты пункционно-аспирационной эхинококкэктомии позволяют рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям, а также при дальнейшем совершенствовании техники операций и её инструментального обеспечения.

К ПРОБЛЕМЕ МНОЖЕСТВЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хикматов Ж.С., Муаззамов Б.Б.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан

Актуальность темы. Эхинококкоз человека, в частности проблема множественного эхинококкоза, на протяжении многих лет продолжает оставаться серьезной социальной проблемой среди всех паразитарных заболеваний, что является краевой патологией на протяжении многих лет. И нет единодушного мнения о том, каким должен быть метод лечения данной патологии: оперативный или консервативный. Выбор же метода лечения зависит от множества причин: общего состояния больного, локализации эхинококковых кист и их количества, характера и размеров паразитарных кист, наличия сопутствующих заболеваний и др. Этот ларвальный паразит иногда ведет себя так агрессивно, что порой невозможно предугадать, как будет протекать данное заболевание в смысле возникновения тяжелых последствий.

На кафедре факультетской и госпитальной хирургии Бухарского государственного медицинского института проведены анализы результатов госпитализированных и осмотренных хирургами в консультативной поликлинике 43 больных с множественным и сочетанно-множественным эхинококкозом печени и других органов.

Наиболее примечательным является случай с больным М., (и.б. № 119/22), у которого диагностирован множественный эхинококкоз печени и легких. В анамнезе: около 3-х лет назад был оперирован по поводу эхинококкоза печени. При поступлении в клинику количество паразитарных кист в обоих легких достигало такого количества, что практически не было возможности их сосчитать. Примерно на рентгенограмме было подсчитано около 78-82 кист диаметром от 12-15 мм до 9-12 см. На УЗИ определяли 3 полостных образования правой и левой долей печени со средним диаметром около 3-4 см. Больному был установлен диагноз эхинококковая болезнь, множественный эхинококкоз печени, легких с прорывом в правую плевральную полость. Больной получал консервативную терапию с применением лечебной бронхоскопии. Через 12 дней после госпитализации был выписан в удовлетворительном состоянии, и была назначена противопаразитарная терапия.

Из 43 пациентов в кинике было пролечено 22, осмотрены амбулаторно – 11. По данным амбулаторного обследования 2 из льных были госпитализированы для оперативного лечения ввиду того, что у них в печени имелись кисты больших размеров, от 8 до 11 см в диаметре. Остальным больным были даны назначения по медикаментозному лечению и они были направлены под наблюдение врача по месту жительства,.

Выводы. Назначение адекватного лечения множественного эхинококкоза печени требует проведения ранней её диагностики и профилактики, что на современном этапе продолжает оставаться одной из сложных проблем.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ

Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Дроздов П.А., Югай Ю.М.
ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Эхинококкоз печени - широко распространенное заболевание, частота которого в эндемических районах не имеет тенденции к уменьшению. Длительно существующий эхинококкоз печени сопровождается морфофункциональными изменениями печени, вплоть до цирроза и сопровождается осложнениями у 25-30 % больных.

Материалы и методы. За период с августа 2007 по апрель 2015 гг. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы находился 51 пациент с эхинококкозом печени, 23 мужчин (45,1%), 28 женщин (54,9%) в возрасте от 16 до 87 лет (средний возраст - 39,94±16,57 лет). Оперировано 47 больных (92,2%). При неосложненных эхинококковых кистах, в зависимости от объема поражения, выполняли перицистэктомию, либо анатомическую резекцию печени. Открытую эхинококкэктомию выполняли при: прорыве кисты в брюшную полость, массивном поражении печени, сложной локализации кист. Дренирование под УЗ-контролем выполняли при нагноении кист. Выполнено: перицистэктомия - 23 (45,1%), правосторонняя гемигепатэктомия - 8 (15,7%), левосторонняя кавальная резекция - 4 (7,8%), открытая эхинококкэктомия - 10 (19,6%), дренирование кист - 2 (3,9%). Все больные в послеоперационном периоде получали противопаразитарную химиотерапию.

Результаты. Послеоперационная летальность составила 2,12 % (n - 1). Послеоперационные осложнения были у 16 больных (39,2%). Серома - 4 (25%), абсцесс брюшной полости - 2 (12,5%), билома - 1 (6,25%), толстокишечный свищ - 1 (6,25%), острая спаечная кишечная непроходимость - 1 (6,25%), тромбоз нижней полой вены - 1 (6,25%), желчный перитонит - 2 (12,5%), гематома - 1 (6,25%), пневмония - 2 (12,5%), желудочный свищ - 1 (6,25%). По классификации Clavien-Dindo II степень - 4 (25%), IIIa степень - 8 (50%), IIIb - 3 (18,75%), V степень - 1 (6,25%). Средний послеоперационный койко-день составил 20,85±14,9. У больных с неосложненным послеоперационным периодом средний койко-день составил 12,65±2,23, с осложненным - 29,05±4,34.

Заключение. У больных с неосложненными паразитарными кистами печени операциями выбора в зависимости от объема поражения являются перицистэктомия или анатомическая резекция печени. Эти вмешательства сопровождаются низким риском рецидива заболевания, послеоперационных осложнений и позволяют уменьшить послеоперационный койко-день. Применение дренирующих вмешательств у больных с неосложненным эхинококкозом печени увеличивает сроки пребывания больного в стационаре, снижает качество жизни больных, имеет высокий риск рецидивов и в 40% случаях требует выполнение полостной операции. "Открытую" эхинококкэктомию и дренирование кист необходимо выполнять при осложненных паразитарных кистах, либо при объеме поражения более 70% печени.

СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Штофин С.Г., Штофин Г.С.
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия

После опорожнения эхинококковой кисты значительное место отводится дальнейшей обработке оставшейся полости, которая часто имеет большие размеры.

Грубые морфологические изменения, возникающие после хирургических вмешательств, приводящие к дополнительным рубцовым изменениям печени, явились основанием для разработки методики обработки остаточной полости печени после эхинококкэктомии пористым мелкогранулированным никелидом титана, позволяющей минимизировать эти изменения.

Применяли никелид титана с однородными по размерам порами и стенками пор гранулами 500-1000 мкм. С 2009 по 2014 гг. данный способ применен у 17 пациентов оперированных по поводу эхинококкоза печени в возрасте от 37 до 56 лет. Размеры кист (в фронтальном размере) составили: до 8 см - 3, до10 см - 3, до 15 см - 5, более 15 см - 6. Отмечено преимущественное поражение правой доли:13 (76,5%) пациентов. После выполнения открытой эхинококкэктомии и "абдоминизации"

кисты на ее внутреннюю поверхность наносился тонкий слой порошковидного мелкогранулирован- ного никелида титана(от 5 до 20 г) в зависимости от размеров кисты). Обработка остаточной полости приводила к прорастанию пор грануляционной тканью, образованию рубца, приводящего к адгезии стенок кисты и к скорой ее облитерации. Осложнений не отмечено. Отдаленные результаты в сроки наблюдения через 3 года у 11 пациентов и 5 лет у 6 признаны хорошими.

ВОЗМОЖНОСТИ ПУНКЦИОННОГО И ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОГО ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗОМ

Шукуров А. А., Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Алимов С.У.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Гидатидозный эхинококкоз является одним из распространенных паразитарных заболеваний человека, поражающие различные органы, а порой и сочетанные поражения нескольких органов, что требует индивидуального подхода и этапности лечения в зависимости от клинических проявлений и осложнений. Узбекистан относится к числу регионов являющихся эндемическим в отношении к этому заболеванию с поражением печены, легких, селезенки, мозга, почек и других органов.

На кафедре хирургии ВОП ТМА при эхинококкозе применяются малоинвазивное пункционное (PAIR) и пункционно-дренажное лечение (PAIRD), в сочетании с антипаразитарной медикаментозной терапией. Больным в до- и послеоперационном периоде проводится антипаразитарная (альбендазол и его аналоги из расчета 10мг/кг по принятой схеме) терапия. Метод хорошо зарекомендовал себя как при эхинококкозе печени а так и при сочетанном поражении внутренних органов.

За период 2001 по 2015 гг. по поводу сочетанного эхинококкоза лечились 54 больных. Эхинококкоз печени (ЭП) и легких - у 27 (из них печени и двухсторонним поражением легких - у 6), печени и селезенки – у 17, печени и брюшной полости – у 9, печень, легкие и головной мозг - у 1 больного.

При сочетанном поражении печени и легких применяли торакотомическую эхинококкэктомию, а через 15-20 дней – пункционное (PAIR- кисты до 5см) или пункционно- дренажное лечение (PAIRD- кисты более 5 см) эхинококкоза печени в зависимости от размеров кисты.

При сочетание ЭП и эхинококкоза селезенки (средних и больших размеров) – срединная лапаротомия, кистотомия печени и спленэктомия у 9 больных. Труднодоступные кисты печени через 4-5 дней после операции пунктированы, или дренированы. При малых кистах селезенки (8 больных) в сочетании с кистами печени производили тонкоигольную пункцию кисты селезенки и PAIR и PAIRD кист печени.

При эхинококкозе печени, обоих легких и мозга в условиях нейрохирургии больной произведена трепанация черепа, а через 2 - месяца торакотомическая эхинококкэктомия справа, через 20 дней пункция и дренирование кист печени. Киста левого легкого (размером 4х3см) исчезла после проведенной антипаразитарная терапии.

При эхинококкозе печени и кистах брюшной полости производили лапаротомию, эхинококкэктомию доступных кист печени (PAIR) или труднодоступных кист (PAIRD) печени. Осложнений подобной избирательной тактики не было.

VI. РАЗНОЕ

СКРИНИНГ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМИ ФОРМАМИ КАМНЕЙ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПОЧЕК К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ

Абдуллаев С.М., Умаров А.Э., Убайдуллаев Ш.И.
Наманганский областной многопрофильный медицинский центр, Наманган, Узбекистан

Цель исследования: изучить скрытие формы кардиоваскулярных синдромов у больных с осложненными камнями желчного пузыря и почек.

Материалы и методы. Проанализированы данные обследования 63 больных. подготовленных к операции в плановом порядке, с осложненными формами камней желчного пузыря (43 (68,2%) и почек (20 (31,8%). Из них женщин - 31 (49,2%), мужчин - 32 (50,8%). Возраст больных варьировал в пределах от 35 лет до 77 лет. Методы постановки диагноза: сбор анамнеза, клинико-лабароторными методами исследования, ультразвуковое исследование печени и почек, обзорная и экскреторная урография, рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКС. Всем болным перед операцией проведен суточный мониторинг ЭКГ по Холтеру с помощю аппарата BTL-08 EKG HOLTER.

Результаты. Предсердные и желудочные экстрасистолии обнаружено у 48 больных, кратковременная пароксизмальная тахикардия - у 3, синдром слабости синусового узла – у 2, эпизоды снижения и повышения сегментов ST-T из изолинии более 20 мм – у 7, выраженная синусовая тахикардия (более 120 уд в мин.) - у 14, выраженную синусовую брадикардию (ЧСС ниже 45 уд. в мин) – у 16, кардиоваскулярных синдромов не наблюдали. у 2-больных У всех больных перед операцией проведено тщательное лечение выявленных патологических изменений, после чего произведено оперативное лечение. У всех больных во время и после операции кардиоваскулярных осложнений не наблюдали.

Выводы. Проведени суточного мониторинга ЭКГ по Холтеру перед операцией больным с осложненными формами камней желчного пузыря и почек предупреждает грозные кардиоваскулярные осложнения (скрытие формы ишемии миокарда и разные виды аритмии).

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С УЩЕМЛЕННЫМ КАМНЕМ БДС

Алтыев Б.К., Ризаев К.С., Хашимов М.А., Хаджибаев Ф.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС) и желчных протоках в настоящее время открывает определенные перспективы в хирургическом лечении больных с патологией желчевыводящих путей. Во всех случаях эти вмешательства начинаются с дуоденоскопии, позволяющей детально осмотреть состояние БДС и являются наиболее объективным методом дифференциальной диагностики обтурационной и необтурационной форм острого билиарного панкреатита и определения показаний к эндоскопической папиллосфинктеротомии.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 226 больных ущемленным камнем БДС пролеченных в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан. Мужчин было 64 (28,3%), женщин 162 (71,7%). Все больные были госпитализированы в клинику в экстренном порядке. Из них 32 (14,2%) больным ранее была произведена холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита.

Результаты. Экстренная дуоденоскопия с осмотром области БДС, позволила диагностировать целый ряд патологических процессов. Выбухание продольной складки, отек и гиперемия области БДС, наличие на ней фибриновых наложений, отсутствие поступления желчи, что наблюдалось у всех пациентов. Край ущемленного конкремента в устье БДС визуализировали у 189 (83,6%) больных. Наличие признаков блокады терминального отдела общего желчного протока, вызванная ущемленным конкрементом БДС, безусловно, явилось абсолютным показанием к экстренной эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ). ЭРПХГ проводили всем больным, но, учитывая опасность усугубления панкреатита, контрастирование жел-

чевыводящих протоков проводили после устранения блока терминального отдела холедоха, путем ЭПСТ и удаления ущемленного конкремента, т.е. разобщения устьев панкреатического протока и холедоха. В этом случае папиллосфинктеротомия дает возможность немедленно устранить причину обструкции.

После успешного выполнения ЭПСТ с литоэкстракцией состояние у 202 (89,3%) больных улучшилось и боли исчезли. У 24 (10,7%) больных после проведенной ЭПСТ, несмотря на устранения блока БДС, разрешения механической желтухи состояние усугубилось инфицированием очагов панкреонекроза и забрюшинной клетчатки. В связи с этим больным произведены операции по устранению гнойных осложнений острого панкреатита. Летальность составила 1,7% (умерли 4 пациента от полиорганной недостаточности на фоне сепсиса).

Заключение. Ранняя дуоденоскопия и ЭПСТ у больных с ущемленным камнем БДС играет важную, а иногда и решающую роль в лечебно-диагностическом комплексе, устраняя один из основных этиологических факторов панкреатита - гипертензию в протоках поджелудочной железы.

РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПУЗЫРНО-ДУОДЕНАЛЬНОГО СВИЩА

Аталиев А.Е., Шатемиров В.Х., Рузиев У.С. Хасанов С.М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Стеноз привратника, в том виде, как он был описан в 1896 году L.Bouveret, – пузырно-дуоденальный свищ с выпадением желчного камня в просвет двенадцатиперстной кишки и её обтурацией, встречаются редко. Мы не нашли описание стеноза у больных с пузырно-дуоденальным свищом в более поздние сроки, когда его причиной является не обтурация камнем, а грубые рубцовые изменения начального отдела двенадцатиперстной кишки.

Под нашим наблюдением находилось 2 больных (мужчина 53 и женщина 43 лет) с выраженной клиникой декомпенсированного стеноза (подтвержденное гастродуоденофиброскопически и рентгенологически) с анамнезом от 2 до 7 лет. УЗИ в то время не проводилось. Во время операции в обоих случаях выявлен увеличенный желудок и выраженный рубцовый процесс между начальной частью двенадцатиперстной кишки и желчным пузырем, создающие препятствие пассажу. Причиной рубцовых изменений в обоих случаях оказался пузырно-дуоденальный свищ, при разделении которого обнаружен свищевой ход до 5-7 мм. В обоих случаях произведена холецистэктомия (в 1 случае были выявлены камни желчного пузыря до 1 см, в другом камни не были обнаружены) и резекция 2/3 желудка по Бильрот 2. У обоих больных наступило выздоровление.

Таким образом, при холедоходуоденальных свищах с выраженной деформацией и клиникой стеноза, не следует забывать о патологии желчного пузыря, как причины эвакуаторных нарушений. Современные возможности обследования больных, несомненно, позволяют идентифицировать причину патологии до операции.

Редчайшим случаем исхода пузырно-дуоденального свища, аналогичное которому, мы также не нашли в литературе, является перфорация пузырно-дуоденального свища в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита. Представляем собственное клиническое наблюдение. Больная Т.У., 85 лет. поступила 29.12. 2014 г. в хирургическое отделение 1 ГКБ в тяжелом состоянии с жалобами на острые боли по всему животу в течение 3-х суток. Сознание сохранено, пульс 120 ударов в минуту, АД 9070 мм. рт. ст., живот ограниченно участвует в акте дыхания, тупость в отлогих частях живота, выраженный симптом Щеткина-Блюмберга. Выявлены левосторонняя паховая (20х8 см) и пупочная грыжи (10х8 см), болезненные, заполненные жидкостью, но вправляющиеся в брюшную полость (ложное ущемление Брока). Диагностирован перитонит. Произведена верхне-срединная лапаротомия: в брюшной полости до 2 литров желчно-гнойного выпота, кишечник раздут. В подпеченочной области находился конгломерат, при отделении сальника обнаружена перфорация пузырно-дуоденального свища, размерами 3х2 см, с наличием камней, как в желчном пузыре, так и в двенадцатиперстной кишке, пузырь был «как бы провален» в кишку. Выполнено разъединение свища, холецистэктомия, дефект в двенадцатиперстной кишке ушит однорядно. Осмотр через два месяца - состояние удовлетворительное.

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Ахтанин Е.А., Земсков В.М., Берелавичус С.В., Козлова М.Н., Горин Д.С., Кригер А.Г.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Послеоперационный панкреатит (ПП) является тяжелым осложнением, которое наиболее часто возникает после операций на поджелудочной железе (ПЖ). Профилактика этого осложнения является актуальной задачей, далекой от разрешения.

Цель исследования: определить эффективность профилактического применения антимедиаторной терапии препаратом «Лорноксикам» после резекционных операций на ПЖ.

Материалы и методы. Выполнено проспективное исследование профилактического применения лорноксикама у 95 пациентов, оперированных по поводу осложнений хронического панкреатита и опухолей ПЖ в 2013 и 2014 годы. Пациенты были разделены на две группы. Основная группа - 48 (50,5%) пациентов в послеоперационном периоде получали «Лорноксикам»; контрольная группа – 47 (49,5%) пациентов не получали «Лорноксикам». Средний возраст больных составил 54,2±13,01. Различий по характеру заболевания, ИМТ, объёму оперативного вмешательства, консистенции ПЖ, индексу и диаметру ГПП по данным лучевых методов диагностики не было.

Онкологические заболевания были у 69 (72,6%), хронический панкреатит – у 26 (27,4%) пациентов. Открытым доступом оперировано 75 (78,9%) больных, миниинвазивным – 20 (21,1%). Из миниинвазивных операций лапароскопически оперировано 6 (30%) больных, с применением роботического хирургического комплекса 14 (70%) больных.

Объём резекционных вмешательств на ПЖ включал: панкреатодуоденальная резекция - 49 (51,6%) больных, проксимальные резекции ПЖ – 25 (26,3%) больных, дистальные резекции ПЖ – 13 (13,7%) пациентов, срединные резекции ПЖ – 4 (4,2%) пациента, энуклеация опухолей ПЖ – 4 (4,2%) пациента.

Результаты. ПП развился у 50 (53%) пациентов, в основной группе 15 (30%) пациентов, контрольной – 35 (70%) больных. Из 50 больных с ПП осложнения развились у 39 (78%) больных. Из них в основной группе – 10 (25,6%) больных, контрольной – 29 (74,4%) больных. Наружные панкреатические свищи (НПС) в основной группе наблюдали у 8 (80%) пациентов и у 2 (20%) больных отмечено сочетание НПС и аррозионного кровотечения (АК). В группе сравнения наружные панкреатические свищи возникли у 20 (69%) пациентов, изолированное АК у 1 (3%) пациента и у 8 (28%) больных отмечено сочетание панкреатического свища с аррозионным кровотечением.

Несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза – 15 (15,8%) пациентов, из них в основной группе у 5 (33,3%) больных, контрольной – 10 (66,7%) больных. Несостоятельность культи ПЖ наблюдали у 5 (71,4%) больных контрольной и 2 (28,6%) больных основной групп.

Средняя длительность госпитализации для пациентов основной группы составила 21,5±9,5 к/д, контрольной – 27±16,2 к/д. Средняя длительность послеоперационного периода для пациентов основной группы составила 13,8±7,3 к/д, а в группе сравнения – 18,6±14,6 к/д.

Выводы. Полученные результаты демонстрируют возможность эффективного использования антимедиаторной терапии препаратом «Лорноксикам» с целью профилактики развития ПП и его осложнений. Применение препарата уменьшает длительность нахождения пациента в стационаре и уменьшает послеоперационный койко-день.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Ахтанин Е.А., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Кригер А.Г.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Послеоперационный панкреатит (ПП) является одним из наиболее тяжелых послеоперационных осложнений, которое наиболее часто возникает после операций на поджелудочной железе (ПЖ). Отличительной особенностью является тяжелое течение ПП, возникновение на его фоне несостоятельности швов анастомозов, панкреатических свищей (ПС) и аррозионного кровотечения (АК).

Цель исследования: выявление факторов риска развития ПП.

Материалы и методы. Проведен ретроспек-

тивный анализ лечения 112 пациентов после резекционных вмешательств на ПЖ в 2012 г. Средний возраст больных составил 51,9±11,89 лет. Хирургические вмешательства выполнялись открытым доступом у 91 (81,3%) пациентов, лапароскопическим или робот-ассистированным способами – 21 (18,7%).

Онкологические заболевания были у 68 (60,7%) пациентов, хронический панкреатит – у 44 (39,3%) больных. Онкологические заболевания были представлены аденокарциномами головки ПЖ у 18 (16,1%), большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у 11 (9,8%), терминального отдела холедоха - у 12 (10,7%), хвоста ПЖ – 6 (5,4%) больных; кистозные опухоли ПЖ были у 14 (12,5%) больных, нейроэндокринные неоплазии ПЖ – у 7 (6,3%) пациентов. Объём оперативных вмешательств: панкреатодуоденальная резекция - 48 (42,9%) случаев, проксимальная резекция ПЖ – 35 (31,3%) больных, срединная резекция ПЖ – 2 (1,8%) больных, дистальная резекция ПЖ – 26 (23,2%) пациентов; энуклеация опухоли тела ПЖ – 1 (0,9%) больной.

ПП развился у 75 (67%) пациентов. Изолированные наружные панкреатические свищи и аррозионные кровотечения в 31 (56,5%) и 5 (10%) случаях соответственно. Однако, у 19 (34,5%) больных на фоне панкреатического свища возникло аррозионное кровотечение.

Результаты. Выделены 3 группы факторов прогноза развития ПП:

1) индивидуальные (основное заболевание, ИМТ более 27,0 м^2);

2) диагностические (состояние паренхимы ПЖ, диаметр ГПП, индекс ГПП, амилаза крови и в отделяемом из дренажа брюшной полости в первые сутки после операции);

3) хирургические (объём операции).

Выводы. Риск развития ПП выше у пациентов с ИМТ более 27,0 м^2, с диагнозом рак и кистозные опухоли ПЖ, с неблагоприятными КТ-критериями (дольчатая структура ПЖ, диаметр ГПП меньше 3 мм и индексом ГПП менее 0,2), вовлечением сосудов, что связано с расширением объёма резекционного вмешательства, уровень амилазы крови и отделяемого по дренажам более 1000 ед в 1-ые сутки послеоперационного периода.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ GIST ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Барыков В.Н.
ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрав России, Челябинск, Россия

Цель исследования: изучение клинического течения GIST-опухолей панкреатодуоденальной зоны, наиболее часто встречающихся осложнений опухолей и результатов оперативного лечения.

Материалы и методы. В Челябинской областной больнице с 2003 по 2014 гг. находилось на лечении 14 пациентов (6 (42,9%) мужчин и 8 (57,1%) женщин) с верифицированным при иммуногистохимическом исследовании диагнозом GIST. Опухоль двенадцатиперстной кишки диагностирована у 5 больных, опухоль головки поджелудочной железы - у 6, и опухоль хвоста железы - у 3 пациентов. В 2 случаях первым проявлением было кровотечение в просвет кишечника, в 3 - неясная анемия и признаки скрытого кишечного кровотечения.

Диагностика начиналась с трансабдоминальной ультрасонографии и эндосонографии. Приоритетными были лучевые методы диагностики (КТ, МРТ). Решающим исследованием было иммуногистохимическое после пункционной или эндоскопической биопсии.

Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) (у одной пациентки с резекцией ободочной кишки и у другого - с резекцией и протезированием нижней полой вены) выполнена у 10 больных, субтотальная дистальная резекция железы - у 3, обходной гепатикоэнтероанастомоз – у 1. Операционный находкой были опухоли больших размеров (минимальный размер - 5 см, максимальный - 18 см), чаще всего опухоль была 8-10 см в наибольшем измерении.

После ПДР умерла 1 пациентка от панкреонекроза культи. В отдаленном периоде через 3 года в одном случае после ПДР найдена опухоль (шваннома) в культе железы, что потребовало ее энуклеации; в другом - после дистальной резекции - через год обнаружена опухоль 2 см в диаметре, но после перенесенного инфаркта миокарда на операцию пациент не настроен.

Результаты. В отдаленном периоде от года до девяти лет прослежена судьба 8 пациентов, из них после ПДР - у 6, после дистальной резекции - у 1 и после обходного гастроэнтероанастомоза - у 1. После ПДР умерла 1 пациентка через 4 года, причина смерти - генерализация процесса. Из оставшихся семи - трое пациентов молодого возраста продолжают работать, трое - старше 50 лет - оставили работу, последний переведен на инвалидность второй группы. Гливек назначен после ПДР 4 пациентам, двое из них чувствуют себя

удовлетворительно, у одной через 1 год отмечен асцит и множественные метастазы в печень судьба ещё одной неизвестна. Комплексное лечение, в т.ч. Гливек, у пациента с обходным анастомозом привели к регрессу опухоли.

Выводы. У 1/3 трети пациентов с GIST панкреатодуоденальной области первым клиническим проявлением является скрытое или явное кровотечение из опухолей.

2. Ведущим методом лечения GIST панкреатодуоденальной области является радикальная операция.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ

Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Маршанкулов Р.И.
Кыргызско-росийский савянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, Киргизия

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения гемангиом печени.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов резекций печени 31 больного в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя с апреля 2009 по март 2015 г. Возраст пациентов варьировал в пределах от 26 до 69 лет. Соотношение по половому признаку 4:1. Из них 25 (80%) женщин и 6 (20%) мужчин. Длительность заболевания от 1-го месяца до 15 лет, это время когда у них появились признаки болезни, которые заключались в появлении слабости, тяжести и тупой боли в правом подреберье и эпигастральной области. В диагностике гемангиом печени использованы ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ).

Результаты. Поражение правой доли выявили у 18 (58%) пациентов, левой доли - у 13 (42%) пациентов. Поражение более трех сегментов печени выявлено у 16 (51%) пациентов, поражение двух сегментов - у 12 (39%) пациентов, поражение одного сегмента - у 3 (10%) пациентов. Произведены следующие виды операций: правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) произведена 7 (23%); левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) - 3 (9%); атипичные резекции печени (АР) произведены в 19 (62%) случаях, включая бисегментэктомии; эксплоративная лапаротомия (гигантские гемангиомы печени с поражением 5 и более сегментов печени на фоне хронического гепатита) - 2 (6%) пациентам. Преимущественно резекции проводились воротным способом с применением приема Прингла. Максимальная кровопотеря при этом составила 1500 мл, минимальная кровопотеря составила 200 мл. Симультанные операции резекция печени и холецистэктомия произведены в 9 (29%) случаях. Осложнений в послеоперационном периоде во всех случаях не наблюдали. Летальных случаев до операции и в послеоперационном периоде не встречалось.

Выводы. Показаниями к операции при гемангиомах печени являются клиническая симптоматика, рост опухоли, неуверенность в диагнозе. Резекция печени и энуклеация являются радикальными методами лечения гемангиом печени. При гемангиомах с поражением 5 и более сегментов печени на фоне диффузных заболеваний печени резекция печени представляется затруднительной, более предпочтительны эндоваскулярные методы лечения. КТ и МСКТ печени позволяет в предоперационном периоде определить объём предполагаемой операции.

ОСЛОЖНЕНИЕ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ПРОТОКОВ ПЕЧЕНИ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕЧЕНОЧНОЙ АРТЕРИИ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Цимбалист Д.А., Вовк А.В.
ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России, Самара, Россия

При выполнениичрескожныхчреспеченочныхэндобилиарных вмешательств (ЧЧЭВ) возможныосложнения, поэтому показания к их выполнению должны быть строго обоснованы.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных с желчекаменной болезнью, осложненной механической желтухой, путем обоснования показаний к ЧЧЭВ.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2015 гг. при лечении механической желтухи ЧЧХГ была выполнена у 163 больных. Мужчин было78 (48%), женщин - 85 (52%). Риск развития тяжелых

осложнений после ЧЧЭВ иллюстрирует данное клиническое наблюдение.

Пациент К., 35 лет, страдающий ВИЧ-инфекцией, гепатитами В и С, получающий антиретровирусную терапию, в связи с развитием желтухи госпитализирован экстренно в ноябре 2014 г. Болен с августа 2014 года, когда впервые была выявлена желчнокаменная болезнь. По поводу механической желтухи, было выполнено ЧЧХД для декомпрессии желчевыводящих путей. После установки дренажа получить отток желчи по нему не удалось, но были эпизоды выделения крови. 18.11.2014 г. ЧЧХД выполнено повторно, но результат был тот же, появились признаки острого живота. 22.11.2014 г. пациент был оперирован в экстренном порядке. Интраоперационно был обнаружен острый калькулезный флегмонозный перфоративный холецистит в инфильтрате. С техническими трудностями выделен и удален желчный пузырь. Выполнена холедохотомия. В просвете холедохаобнаружен дренаж, установленный при ЧЧХД и конкременты, обтурирующие проток. Конкременты удалены. Эндобилиарный катетер извлечен. В этот момент из просвета холедоха началось интенсивное выделение крови. Наружных внешних повреждений сосудов в воротах печени не обнаружено. Кровопотеря составила около 1,5 литров. Временно кровотечение остановлено путем тампонады просвета холедоха турундой.

Высказано предположение о ранении внутрипеченочного артериального сосуда при постановке ЧЧХД. Больной транспортирован в отделение рентген-эндоваскулярной хирургии, где выполнена катетеризация собственно печеночной артерии. При ангиографии выявлен дефект в правой печеночной артерии. Произведена ее эмболизация. Кровотечение остановлено. Больной вновь переведен в операционную, где выполнено дренирование общего желчного протока Т-образным дренажом Кера, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал тяжело, но без хирургических осложнений и печеночной недостаточности. Желтуха постепенно купировалась, дренаж из холедоха через 1 месяц после операции удален. При осмотре 27.05.2015 г. состояние больного удовлетворительное, желтуха и признаки холангиогенного гепатита купировались полностью.

Выводы. С учетом возможных осложнений ЧЧЭВ показания к их выполнению должны быть строго обоснованы.

При развитии гемобилии в результате травмы сосудов печени после ЧЧЭВ устранение осложнений эффективно путем выполнения эндоваскулярных вмешателств.

ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Боровский С.П., Малаев Н.Б., Тен И.Э., Байжанулы К.Б.
Национальный научный центр онкологии и трансплантологии, Астана, Казахстан

Цель исследования: оценить возможности и определить оптимальные подходы и варианты чреспеченочного стентирования в лечении опухолевых обструкций желчных протоков.

Материалы и методы. В период с 2011 по 2014 гг. у 28 пациентов с неоперабельными опухолями гепатопанкреатодуоденальной зоны выполнили стентирование желчных протоков в различных вариантах, в том числе с использованием сочетанных антеградных и ретроградных (эндоскопических) доступов. Из них высокий блок выявлен у 10 (36%) больных, дистальный - у 15 (54%), средний блок холедоха - у 3 (10%). Использовали стенты различных модификаций покрытые и непокрытые, саморасширяющиеся и баллонорасширяемые. Стентирование желчных протоков проводили с использованием билиарных стентов с покрытием (n=10) (билиарный стент «SX-ELLA Double Covered Stent») и без покрытия (n=18) («SmartControl», «Genesis» (Cordis), «Carbostent HIFLYPE» (CID), «Wallstent», «Express LD Vascular» (Boston scientific). Имплантацию стентов производили в большинстве случаев по традиционной методике чрескожно чреспеченочно. Варианты стентирования: трубчатое – 24 (85%) Y-образное – 3 (11%), Т-образное - 1 (4%). В 1 (4%) случае процедура чрескожного чреспеченочного стентирования потребовала эндоскопической ассистенции (технология «rendez-vous»).

Результаты. Технические трудности стентирования удалось разрешить благодаря применению оригинальных методик стентирования. Во всех случаях наблюдалась адекватная декомпрессия желчных протоков. В ближайшем послеоперационном периоде тяжелые осложнения, летальные исходы отсутствовали. Продолжительность функционирования непокрытых стентов по нашим наблюдениям около 6 месяцев, покрытых более 12 месяцев. Рецидив механической желтухи в сроки от 1 до 12 месяцев, потребовал повторных вмешательств. Из которых чрескожная чреспеченочная баллонная ангиопластика проведена у 8 (29%) пациентов со стентами без покрытий. Дополнительное стентирование в зоне продолженного роста опухоли

наблюдали в 9 (33%) случаях, из которых у 2 (4%) пациентов были покрытые стенты. В одном случае катетром Rotarex 8F 80 cm, произведена механическая очистка просвета стента с последующим стентированием. В 3 (7%) случаях во время установки самораскрывающихся стентов произошла дислокация стента с последующей обструкцией долевой ветви. В 2 случаях удалось провести киссинг балллонирование с востановлением протока. Процедуру стентирования завершали оставлением наружно внутреннего дренажа.

Заключение. Эффективность стентирования во многом связана с дифференцированным подходом к выбору стентов, методов их имплантации в зависимости от анатомической ситуации. Применение различных вариантов доступа для чрескожного стентирования и эндоскопической ассистенции во время процедуры позволяет выполнить стентирование в технически трудных случаях.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНИХ СВИЩЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Бухарин А.Н, Сачечелашвили Г.Л., Сапанюк А.И., Мамедов С.Х., Лян Э.Г.
ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт (МОНИКИ) им. М. Ф. Владимирского, Москва, Россия
ГАУЗ МО Центральная городская больница им М.В. Гольца г. Фрязино, Россия

В последнее десятилетие отмечается устойчивый рост заболеваемости больных с тяжелыми формами панкреатита, в связи с чем, возросло количество пациентов с наружными панкреатическими свищами.

Материалы и методы. За период 2005-2015 г.г. на базе отделения абдоминальной хирургии МОНИКИ (Москва) и ЦГБ им М.В. Гольца г. Фрязино (Московская область) находилось на лечении 225 пациента с наличием наружных свищей поджелудочной железы различного генеза, которым выполнялись комплексные лечебные эндоскопические вмешательства. В 176 случаях наличие свищей являлось осложнением острого деструктивного панкреатита и сочеталось с кистами поджелудочной железы у 67 больных; в 49 случаях было обусловлено травмами поджелудочной железы.

Одним из основных диагностических методов, определяющим лечебную тактику, является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. При ее выполнении оценивается состояние желчных протоков, а также диаметр главного панкреатического протока, деформация, сообщение со свищевым ходом, наличие стеноза устья и внутрипротокового кальциноза. При необходимости исследование дополняется результатами фистулографией, которое выполняется через наружное свищевое отверстие.

Результаты. Стеноз устья главного панкреатического протока было у 163 больных, из них деформацию и расширение самого протока отмечали у 139 пациентов. Свищевой ход сообщался с главным панкреатическим протоком у 103 больных.

Всем пациентам была выполнена канюляционная и неканюляционная эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Одномоментно произведено рассечение устья панкреатического протока у 109 больных. Второй этап проводился на 3-5 сутки: у 67 больных произведена дозированная вирсунготомия. Наружное дренирование панкреатического протока на 3-5 суток произведено 159 больным. На фоне проведенного эндоскопического вмешательства восстановился пассаж панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку и удалось добиться полного закрытия наружных панкреатических свищей у 153 (68,0%) больных.

После проведенных эндоскопических операций нами отмечены осложнения у 29(12,9%) больных - обострение хронического панкреатита, кровотечение из области вирсунготомии. Все осложнения купированы консервативными мероприятиями в сочетании с эндоскопическим локальным гемостазом.

Заключение. Применение комплекса эндоскопических методик является перспективным и эффективным методом лечения больных с наружными свищами поджелудочной желез и может служить обоснованной альтернативой оперативным вмешательствам.

ЭКТОПИРОВАННАЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Индейкин А.В.
Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России МО РФ, Балашиха, Россия

Частота встречаемости эктопии поджелудочной железы составляет до 0,2% случаев при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и до 1 3% случаев при аутопсиях. Чаще аберрантная поджелудочная железа локализуется в гастродуоденальной зоне с преимущественным расположением в антральном и пилорическом отделах желудка. В работе представлено клиническое наблюдение эктопии поджелудочной железы в луковицу двенадцатиперстной кишки осложненной желудочно-кишечным кровотечением.

Клиническое наблюдение. Военнослужащий, 25 лет, поступил в хирургический стационар с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. При фиброгастродуоденоскопии выявлена язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением (Forrest II b). Госпитализирован в отделение реанимации где начата консервативная гемостатическая, противоязвенная и антисекриторная терапия. Не смотря на проводимое лечение, через 22 часа после поступления в стационар диагностирован рецидив желудочно-кишечного кровотечения. В связи с чем, пациенту по неотложным показаниям выполнена неотложная лапароскопия. Интраоперационно на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки выявлена субсерозная опухоль до 1,5 см в диаметре желтого цвета, мелкоячеистой структуры, сходной по строению с тканью поджелудочной железы (эктопированная поджелудочная железа?). При интраоперационной фиброгастродуоденоскопии - язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки с продолжающимся кровотечением располагается в проекции интраоперационно выявленного образования. Учитывая тяжесть состояния больного – нестабильность гемодинамики, тяжесть анемии (Hb – 40 г/л), биопсия образования не проводилась. Выполнено лапароскопическое прошивание кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки под эндоскопическим контролем. В послеоперационном периоде отмечалось повышение уровня амилазы, нормализовавшиеся на фоне антисекреторной терапии. На фоне проводимого лечения язва двенадцатиперстной кишки эпителизировалась. При повторной госпитализации больной был обследован, данных за опухоль (в т.ч. гормональноактивную) двенадцатиперстной кишки получено не было. Гастрин крови - 17,4 пг/мл (норма 13-115 пг/мл). При повторной плановой лапароскопии на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки сохраняется субсерозная опухоль до 1,5 см в диаметре, расценена как эктопированная поджелудочная железа, произведена атипичная резекция двенадцатиперстной кишки с образованием. Послеоперационное течение гладкое. Данные гистологического исследования: железистая ткань, выводные протоки и островки ткани поджелудочной железы, I тип эктопии.

Заключение. Эктопированная поджелудочная железа, осложненная рецидивирующим кровотечением, является показанием для ее оперативного удаления, которое возможно лапароскопическим методом.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ПЕЧЕНИ

Воронцов А.К.
ГАУЗ «Брянская городская больница №1», Брянск, Россия

Актуальность. Повреждения печени встречаются в широком диапазоне от 20-54% среди закрытых травм живота, а открытая травма от 21 до 55%. Летальность при закрытой травме печени в мировых медицинских центрах составляет от 25 до 45% (Чирков Р.Н., 2006). В настоящее время имеются широкие возможности для диагностики и лечении травм печени, однако доля диагностических ошибок и трудности лечения по-прежнему остаются значительными.

Цель исследования: улучшение хирургического лечения травматических повреждений печени.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезней 60 пациента в возрасте от 16 до 60 лет, находившегося на лечении в хирургическом отделении №1 Брянской городской больницы №1 с 2004 по 2014 гг. по поводу открытых и закрытых повреждений органов брюшной полости и повреждение печени. Данный диагноз подтверждался результатами инструментальных (УЗИ, КТ органов брюшной полости) и лабораторных методов исследования. Все 60 пациентов пациента были подвергнуты срочному оперативному лечению, из них мужчины было 54

(90,0%), женщин – 6 (10,0%). Больные были разделены на 3 группы по степени тяжести: тяжелые – 26 (15,6%), средней степени тяжести — 13 (7,8%), легкие — 21 (12,6%) пациент. Среди механизмов травмы выделены следующие: ДТП – 9 (15%) пациентов, падения с высоты — 7 (11,7%), травма в быту — 4 (6,7%), колото-резаные ранения — 40 (66,7%), основная группа пациентов.

Результаты. В послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: пневмония, геморрагический шок, гидроторакс, гемоторакс, плеврит, синдром НПВ, сепсис, анемия средней степени тяжести, гематома послеоперационного рубца, хроническая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность. Послеоперационная летальность, составившая 1,6% (1 пациент из 60), связана с тяжелой сочетанной травмой (ДТП), геморрагическим шоком.

Выводы. Лечение пациентов с травматическим повреждением печени нуждается в дальнейшем усовершенствовании своевременной диагностики и методов оперативного пособия, целью которых являются снижение послеоперационных осложнений, охранение нормальной функции печени, снижение послеоперационной летальности и инвалидизации пациентов.

ПЕРСПЕКТИВНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж.
Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан

В настоящее время лечения синдрома механической желтухи (МЖ) имеет особую актуальность и остается одним из трудных проблем в гепатобилиарной хирургии.

Был проанализирован опыт лечения 67 больных с МЖ доброкачественного генеза. У всех пациентов причиной МЖ был холедохолитиаз; ущемленный конкрементом большого дуоденального сосочка (БДС) наблюдали в 7 случаях, сочетание холедохолитиаза со стенозом БДС – в 3, хронический панкреатит – в 2, гнойный холангит (ГХ) – в 13. Степень печеночной дисфункции (ПД) определяли с учетом маркеров холестаза (уровень общего билирубина и его фракции, активность ЩФ) и цитолиза (активности АлАТ, АсАТ) в крови.

В лечении больных применяли традиционные, лапароскопические и миниинвазивные вмешательства на фоне интенсивной консервативной терапии. При выборе способов декомпрессии и восстановлении оттока желчи мы руководствовались индивидуальной дифференцированной тактикой. При деструктивном холецистите с холедохолитиазом, а также при крупных плотных камней холедоха в случаях невозможности удаления эндоскопическим путем у 52 больных проводили экстренные и срочные открытые операции; холецистэктомию, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха – 37, холецистэктомию и наложение билиодигестивного анастомоза – 15. Миниинвазивные вмешательства применяли у 15 больных – ЭПСТ (5) и ЭПСТ с механической литоэкстракцией (5). У этих больных по мере разрешения желтухи на более благоприятном фоне на втором этапе проводили ЛХЭ.

Различные послеоперационные осложнения наблюдали у 8 из 52 больных, оперированных открытым способом, и у 1 - после малоинвазивных вмешательств. Летальных исходов не было.

Заключение. Двухэтапный метод лечения при МЖ доброкачественного генеза у наиболее тяжелых больных дает возможность проводить билиарную декомпрессию в более раннем периоде, проводить второй этап операции на более благоприятном фоне и тем самым снизит частоту послеоперационных осложнений.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ САМОРАСШИРЯЮЩИМИСЯ СТЕНТАМИ ПРИ ОПУХОЛЕВОЙ ОБСТРУКЦИИ

Давыдова С.В.[1], Фёдоров А.Г.[1], Климов А.Е.[1], Габоян А.С.[2]
[1]Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО Российский университет дружбы народов, Москва, Россия
[2]ГБУЗ Городская клиническая больницы №40, Москва, Россия

Цель исследования: явился анализ результатов билиарного эндопротезирования саморасширяющимися стентами у пациентов с опухолевой обструкцией желчных протоков.

Материалы и методы. В период 2004-2015 гг. выполнена установка 46 саморасширяющихся

стентов у 43 пациентов со злокачественной билиарной обструкцией. Средний возраст пациентов составил 67,5±12,3 лет, соотношение мужчин и женщин было 21/22. Средний уровень (медиана) билирубинемии – 123, 3 (интерквартильный размах [ИКР] от 84,8 до 177,7) мкмоль/л. Причиной билиарной обструкции явились опухоли поджелудочной железы (27), большого сосочка двенадцатиперстной кишки (2), желчных протоков (5), желчного пузыря (1), метастатическое сдавление ворот печени (1), сдавление гепатикохоледоха лимфатическими узлами (6), рецидив рака холедоха в гепатикоэнтероанастомозе (1). Дистальный уровень билиарного блока имелся у 36 пациентов, проксимальный – у 7.

В 37 случаях стентирование осуществлялось эндоскопическим транспапиллярным способом, у 6 пациентов стенты были установлены антеградно после чрескожной чреспечёночной пункции долевого или сегментарного желчного протока. Показанием к чрескожному стентированию явилось отсутствие транспапиллярного доступа вследствие ранее выполненных хирургических операций (гастрэктомия – 3, резекция желудка – 1, гепатикоэнтероанастомоз – 1) или отсутствие технических возможностей для выполнения эндоскопического вмешательства (1). Для эндопротезирования использовали нитиноловые стенты: полностью покрытые – 33 (различные модификации HANAROSTENT, M.I.Tech, Корея), непокрытые – 12 (Zilver, Cook, США – 1, HANAROSTENT – 11), с частичным покрытием – 1 (WallFlex, Boston Scientific, США).

Результаты. Стентирование было успешно выполнено во всех случаях. У 7 пациентов билиарное стентирование было дополнено эндоскопической установкой пилородуоденального стента в связи с сопутствующим стенозом двенадцатиперстной кишки или выходного отдела желудка.

Осложнения после транспапиллярного стентирования отмечены у 6 пациентов с опухолью головки поджелудочной железы, во всех случаях они были связаны с установкой покрытого стента. В 3 случаях в сроки от 1 до 6 суток развилась клиническая картина острого холецистита, что потребовало выполнения чрескожной эхоконтролируемой холецистостомии. У 3 пациентов развился холангит, что было связано с замедленным раскрытием стента при наличии ригидной опухолевой стриктуры, в двух случаях потребовалось повторное эндоскопическое вмешательство для выполнения баллонной дилатации стента. После антеградного стентирования осложнения отмечены у 2 пациентов: пристеночный пневмоторакс (1) и гидроторакс (1), что потребовало выполнения плевральной пункции. Летальных исходов в стационаре не было. Средняя продолжительность стационарного лечения составила 14,5 (ИКР от 10 до 24) дней при транспапиллярном стентировании и 21 (ИКР от 18 до 27) день при чрескожном стентировании.

В отдалённом периоде дисфункция стента с рецидивом желтухи отмечена у 6 пациентов. В 3 случаях произошла окклюзия непокрытого стента вследствие прорастания опухолевой ткани через 1, 2 и 8,5 месяцев после эндопротезирования. Окклюзия покрытого стента отмечена у 3 пациентов через 2,5 месяца, 11 и 16 месяцев.

Выводы. Эндопротезирование саморасширяющимися стентами является эффективным способом билиарной декомпрессии при опухолевой обструкции желчных протоков. Использование саморасширяющихся стентов позволяет выполнять сочетанное билиарное и пилородуоденальное стентирование при опухолях билиопанкреатодуоденальной области и может быть рекомендовано в качестве окончательного паллиативного лечения у неоперабельных пациентов.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Демидов В. М., Демидов С. М., Вастьянов Р. С.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Проблема заболевания острыми панкреатитами (ОП) не решена окончательно, является актуальной, что подтверждается значительными показателями заболеваемости населения острыми (в том числе и деструктивными; ОДП) поражениями паренхимы поджелудочной железы (ПЖ), которые имеют тенденцию к увеличению с учетом полиморфизма этиологических факторов и патогенетических механизмов.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных с ОДП посредством сочетанного интраоперационного применения опиоидных пептидов во время малоинвазивных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В течение последних 5 лет из числа всех больных, оперированных лапароскопически по поводу ОП ретроспективно были отобраны 240 пациентов с признаками острого

деструктивного и некротического поражения паренхимы ПЖ. Лечение 178 (74.2%) больных проводили традиционным способом (1-я группа) с осуществлением малоинвазивных хирургических вмешательств в холодном периоде с интенсивной предоперационной и послеоперационной фармакотерапией. 62 (25.8%) больным, ввиду неэффективности терапии и последующего возникновения осложнений, осуществлена лапаротомия с формированием лапаростомы и активным дренированием (2-я группа). Всем больным проводили общепринятую консервативную терапию: ингибиторы протонной помпы, цитостатики (5-фторурацил, фторафур), антибиотики (цефалоспорины, фторхинолоны), дезагреганты и дезинтоксикационная терапия, части больным вводили сандостатин. Пациентам 2-й группы с дренированной сальниковой сумкой вводили дважды в сутки охлажденные растворы даларгина и сандостатина (по 0.02 мг/сутки).

Результаты. У 62 больных с ОДП проведено дренирование сальниковой сумки. На бессосудистом участке желудочно-ободочной связки диссектором либо пальпатором сделано "окно" для введения дренажной трубки. Из брюшной полости выводили трубку через дополнительный порт в левом подреберье. Удаляли панкреатический экссудат и токсический выпот, предотвращая, таким образом, возможную чрезбрюшную диффузию миокардиодепрессантов, промывали брюшную полость антисептиками и дренировали малый таз и подпеченочное пространство. В 7-х случаях дренирование сальниковой сумки дополняли введением дренажа в Винслово отверстие. В послеоперационном периоде всем больным проводилась интенсивная инфузионно-корригирующая и антибактериальная терапия.

Послеоперационный период у больных 2-й группы, которым интрабурсально вводили растворы опиоидных пептидов, протекал значительно легче. Уже через двое суток лечения пациенты отмечали исчезновение болей в животе; к 3-4-м суткам купировалась ферментемия и нормализовалось содержание промежуточных продуктов липопероксидации. Указанные критерии являлись определяющими для удаления дренажей сальниковой сумки. Средняя продолжительность койкодня составила 11 дней. При контрольном обследовании через месяц жалоб не предъявляли.

Заключение. У больных с ОДП и панкреонекрозом был разработан и оценена эффективность нового метода лечения. Применение при лапароскопических операциях в комплексном лечении больных с ОДП внутрибурсального введения даларгина и сандостатина способствовало быстрому затиханию воспалительного процесса в ПЖ, ликвидации эндотоксикоза.

Система малоинвазивных вмешательств при ОДП позволяет успешнее и менее травматичнее для больных элимининировать токсический экссудат из брюшной полости и забрюшинной клетчатки, ограничив тем самым дальнейшее распространение патологического процесса. Дренирование сальниковой сумки в ходе лапароскопической операции с последующим введением в ее полость растворов опиоидных пептидов способствует развитию выраженного клинического эффекта и представляется перспективным направлением на пути улучшения результатов лечения больных с деструктивными поражениями паренхимы ПЖ.

ВИРТУАЛЬНЫЕ ТРЕНАЖЕРЫ-СИМУЛЯТОРЫ В ОБУЧЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ХИРУРГОВ

Джумабеков А.Т., Жораев Т.С., Артыкбаев А.Ж., Абуов С.М., Жарменов С.М., Калымбетов Р.Б.
Казахский медицинский университет непрерывного образования, Алматы, Казахстан

Цель исследования: рпределение эффективности отработки курсантами навыков с использованием виртуального тренажёра-симулятора LapSim® фирмы Surgical Science, Швеция.

Материалы и методы. 38 курсантов, не имевших предварительной подготовки по эндохирургии, были разбиты на две группы. Обе группы были статистически сопоставимы по полу, возрасту, уровню базовых навыков, моторике и т.п.

Основная группа проходила обучение с использованием виртуального симулятора лапароскопических операций - тренажера LapSim® с целью овладеть уровнем практических навыков. Контрольная группа обучалась по традиционным методикам. Затем хирурги обеих групп были допущены к самостоятельному выполнению неосложненных лапароскопических холецистэктомий. Каждый из них выполнил по десять вмешательств, которые были сняты на видео. Эти видеозаписи были маркированы и анонимно изучены преподавателями кафедры. Каждая видеозапись оценивалась несколькими преподавателями, результаты данной оценки сопоставлялись и суммировались. Оценка производилась на предмет количества допущенных неточностей и ошибок, как в операции в целом, так и на отдельных ее этапах.

Результаты. В основном начинающими хирургами допускались следующие неточности и

ошибки: бранши инструмента вне поле зрения, неправильная диссекция, коагуляция окружающих тканей, повреждение окружающих тканей, плохая визуализация при клипировании, клипирование ненадлежащих структур. При этом наблюдали достоверное различие между количеством ошибок, допущенных хирургами основной и контрольной групп. Те, кто проходил обучение на виртуальном тренажере-симуляторе LapSim® с последующей сертификацией уровня их навыков, допускали от 21 до 32 ошибок и неточностей за одну операцию; в контрольной группы - от 54 до 108 ошибок и неточностей.

Выводы. Использование виртуального тренажера-симулятора LapSim® в учебном процессе существенно, в 2-3 раза снижает количество ошибок, которые допускают начинающие хирурги при выполнении своих первых лапароскопических операций. Прежде чем допускать хирурга до самостоятельного выполнения лапароскопических вмешательств, он должен в совершенстве отработать практические навыки на симуляторе и подтвердить (сертифицировать) приобретенный уровень.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Максимкулов Д.М., Худоёров С.С., Туйев Х.Н.
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения опухолей внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. Исследование основано на результатах хирургического лечения 34 больных с опухолями внепеченочных желчных протоков, которые находились в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ в период с 2007 по 2014 гг. Диагноз установлен на основании клиники, эндоскопических и современных методов лучевой диагностики с использованием интервенционной радиологии. Согласно исследованиям опухоль холедоха установлена у 12 (35,3%) больных, опухоль желчного пузыря с прорастанием в общий желчный и печеночный проток у 17 (50,0%) больных, без поражения протоков у 10 (30,0%) и опухоль Клацкина II тип с поражением бифуркации по Bismuth-Corlette у 5 (14,7%) больных. Явления механической желтухи наблюдались у 24 (70,6%) больных, за исключением опухоли желчного пузыря без поражения протоков.

При наличии механической желтухи всем больным с целью декомпрессии гепатобиллиарного тракта предварительно выполнена черезкожно черезпеченочная холангиостомия, следующим этапом были проведены радикальные хирургические вмешательство в срок от 4 до 6 недель в зависимости от состояния пациентов.

В 10 случаях при опухоли желчного пузыря без прорастания в протоки выполнена холецистэктомия с атипичной резекцией IV-V сегментов печени. Из них в 3 случаях выполнена комбинированная операция с резекцией правого угла толстого кишечника. В 7 случаях выполнена холецистэктомия, резекцией IV-V сегментов печени и резекция гепатикохоледоха с наложением гепатикоеюноанастомоза. Из них в 1 случае из-за прорастания опухоли в антральный отдел желудка и правый угол толстой кишки выполнена резекция правого угла толстой кишки и резекция 2/3 желудка с формированием коло-коло и гастроэнтеро анастомоза.

При поражении холедоха у 12 больных, в 11 случаях выполнена холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха и формирование гепатикоеюноанастомоза, а в 1 случае учитывая малый размер опухоли ограничились резекцией холедоха с формированием холедо-еюноанастомоза без холецистэктомии. При опухоли Клацкина II тип по Bismuth-Corlette во всех 5 случаях выполнена холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха с формированием бигепатикоеюно анастомоза.

Результаты. Частота послеоперационных осложнений составила 23,5% больных (у 8 больных развились 10 осложнений). Кровотечение из ложа желчного пузыря до 100 мл в сутки было у 1 больного, желчеистечение до 70-80 мл в сутки - у 2 больных, частичная недостаточность гепатикоеюноанастомоза с выделением до 150 мл желчи - у 1 больного. Бронхопневмония выявлена у 1 больного, печеночная недостаточность - у 2 больных и экссудативный плеврит - у 3 больных. Во всех случаях велась активная консервативная тактика. Из-за адекватности дренажной трубки подтекание в брюшной полости крови и желчи не произошло. Кровотечение останавливалось на 4 сутки, желчеистечение на 14 сутки, при частичной недостаточности выделение прекратилось на 33 сутки. Остальные осложнение тоже были ликвидированы консервативным путем. Летальность не отмечена.

Выводы. При опухолях внепеченочных желчных протоков сопровождающихся механической желтухой основными методами лечения является предварительная декомпрессия гепатобиллиарной системы с последующим выполнением ради-

кального хирургического вмешательства. Учитывая немалочисленные осложнения в послеоперационном периоде (23,5%), необходимо улучшить комплекс профилактических мероприятий по улучшению непосредственных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Максимкулов Дж.М., Юсупбеков А.А., Худоёров С.С., Тўйев Х.Н.
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с раком поджелудочной железы.

Материалы и методы. В абдоминальном отделении РОНЦ МЗ РУз за период 2007-2014 гг. произведены 137 хирургических вмешательств по поводу опухолей поджелудочной железы (ОПЖ). Объём поражения по системе TNM выявлено: T1N0M0 – 11 (8,0%),T2N0M0 – 59 (43,0%), T3N0M0 – 68 (49,6%). ОПЖ локализовалась в головке ПЖ у 58 (42,3%) больных, в теле ПЖ - у 17 (14,9%), в хвостовой части ПЖ - у 60 (63,1%) и тотальное поражение ПЖ установлено у 2 (1,7%). Из 137 больных тотальная панкреатодуоденэктомия с резекцией холедоха и антрумрезекцией (ТПЭ) выполнена у 2 (1,7%), гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР), с формированием панкреатогастро анастомоза - у 58 (42,3%), дистальная субтотальная панкреатэктомия (ДСПЭ) - у 17 (12,4%), дистальная гемипанкреатэктомия (ДГПЭ) - у 60 (43,8%) больных. При морфологическом исследовании удаленных препаратов установлено: аденокарцинома различной дифференцировки - у 95 (83,3%) больных, злокачественный карциноид – у 15 (13,1%), недифференцированный рак – у 4 (3,4%), ацинарно - клеточный рак у 12 (8,7%), и цистоаденокарцинома у 11 (8,0%) больных.

Результаты. Анализ непосредственных результатов хирургического лечения показал, что у 32 (23,4%) больных наблюдались различные осложнения в раннем послеоперационном периоде. Наиболее частым осложнением явился панкреатит, который наблюдали у 11 (8,0%) больных, панкреатит с последующем панкреонекрозом осложнившимся кровотечением - у 4 (3,0%), несостоятельность панкреатогастроанастомоза - у 2 (1,5%), желудочно-кишечные кровотечения наблюдали у 4 (3,0%) больных, несостоятельность швов панкреатоеюно анастомоза - у 1 (0,7%), внутрибрюшинное кровотечение с развитием ДВС синдрома - у 2 (1,7%), острая полиорганная недостаточность - у 2 (1,7%), экссудативный плеврит - у 8 (5,8%) больных. Послеоперационная летальность составила 7 (5,1%) больных. Причиной летальности у 4 (3,0%) была полиорганная недостаточность после тотальной панкреатодуоденэктомии и дистальной субтотальной гемипанкреатэктомии, у 2 (1,5%) – кровотечение после панкреатодуоденальной резекции, у 1 (0,8%) – несостоятельность панкреатогастро анастомоза.

В отдаленном периоде прослеживали результаты лечения 125 больных. Годичная выживаемость составила 90,3%, трехлетняя выживаемость - 54,4%, 5-летняя - 30,1%. При изучении корреляции средней продолжительности жизни (СПЖ) в зависимости от вида операции, наиболее положительные показатели отмечены после ДГПЭ – 44,2+1,1 мес. Наименьший показатель СПЖ установлено после ГПДР – 16,1+1,2 мес. После ДСПЭ СПЖ составил 23,3+1,0 мес. Из 2 больных после ТПЭ 1 дожил до 11 месяцев.

Локорегионарные метастазы наблюдались у 31 (22,6%) больного, органные метастазы имели место в 33 (24,1%) случаях. Рецидив заболевания установлен у 8 (5,1%) больных: у 3 после ДСПЭ, у 5 – после ДГПЭ.

Заключение. Выполнение радикальных хирургических вмешательств в комплексной терапии ОПЖ позволяет добиться увеличению СПЖ в зависимости от локализации опухолевого процесса от 16,1 мес. до 44,2 мес. При этом, общая 5-летняя выживаемость составляет 30,1%.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И СОПУТСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Дзыгал А. Ф.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Число больных с острой печеночной недостаточностью (ОПН) во всем мире достигает нескольких миллионов человек в год. Чаще всего развитию ОПН предрасполагает длительное течение и неэффективное лечение цирроза печени (ЦП).

Одним из вариантов течения цирротического поражения печени является развитие процессов цитолиза и холестаза с выраженным увеличением желчи и её компонентов в крови, «поломка» биохимических ситнетических процессов, активацией процессов липопероксидации и сопряженным угнетением фукнциональной активности антиоксидантной системы, нарастанием эндотоксикоза и т.д., что, дополнительно к существенному утяжелению общего состояния пациентов, способствует развитию у них полиорганной недостаточности.

Цель исследования: повышение эффективности лечения больных с ЦП с холестатическим синдромом посредством использования малоинвазивных технологий.

Материалы и методы. Про- и ретроспективно проанализированы результаты обследования 127 больных с ЦП и холестатическим синдромом течение последних 4 лет. У 46 (36,2%) из них при помощи клинического осмотра, УЗИ и КТ была выявлена желче-каменная болезнь с развитием острого холецистита (ОХ) и холедохолитиаза. Средний возраст пациентов составил 46,3±5,7 лет. Максимальное число больных (32 (69,56%) пациентов) наблюдали в возрасте 20-50 лет, что определяло преобладание в данном возрастном интервале лиц активного трудоспособного возраста.

Результаты. Течение ЦП с развитием ОХ, который осложнен холедохолитиазом, представляет сложную проблему для хирурга. Ведущим в определении лечебных мероприятий является характеристика деструктивного процесса в стенке желчного пузыря. Всем больным начинали лечение с интенсивной консервативной терапии. Если в течение 12-24 ч. клиника ОХ купировалась, создавались благоприятные условия для уточнения причины механической желтухи и возможной её коррекции. При нарастании клиники ОХ диагностический поиск прекращали и приступали к оперативному лечению.

Основным методом диагностики холедохолитиаза считаем предоперационное УЗИ, которое выполняем всем больным, поступающим в стационар с клиникой острого холецистита. Ультрасонография позволяет выявить не только деструктивные изменения в желчном пузыре, но прямо или косвенно указывает на наличие конкрементов во внепеченочных желчных протоках.

Основными УЗ-симптомами заболевания оказываются расширение (более 8-10 мм) общего желчного протока, наличие обструкции билиарного тракта, утолщение стенки холедоха, что даёт возможность заподозрить наличие гнойного холангита, выявить конкременты не только в желчном пузыре, но и в желчных протоках, их точную локализацию, количество, размеры.

При подозрении на холедохолитиаз всем больным выполняли ЭФГДС с осмотром большого дуоденального сосочка (БДС). При этом определяли наличие или отсутствие пассажа желчи в двенадцатиперстной кишке, изменения БДС, наличие парапапиллярных дивертикулов. При благоприятных условиях диагностическая ЭФГДС переходила в лечебную.

Если клиника ОХ нарастала при невозможности выполнения трансдуоденального эндоскопического вмешательства (резекция желудка по методу Бильрот-II в анамнезе) сразу выполняли лапароскопическую или открытую операцию, во время которой проводили интраоперационную холангиографию.

С помощью интраоперационной холецистохолангиографии конкременты в протоке обнаружены у всех больных с холедохолитиазом.

Заключение. Выяснили развитие у части больных желче-каменной болезни с развитием ОХ и холедохолитиаза, что ухудшало клиническое течение основного заболевания и видоизменяло тактику хирурга. Использование описанного методологического подхода позволяло сократить время диагностики и выбрать оптимальную тактику хирургического лечения у различных категорий пролеченных больных с ЦП, осложненным холедохолитиазом.

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ РЕЗЕКЦИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ

Долгих Р.Н., Филиппов А.В., Утлик Ю.А., Манюхин А.А., Дронов В.И.
ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, Красногорск, Россия

Актуальность. Последние достижения в области лапароскопических технологий способствуют развитию новых методов лечения заболеваний поджелудочной железы. Лапароскопические вмешательства на поджелудочной железе имеют ряд преимуществ перед традиционным открытым хирургическим методом: меньшие сроки пребывания в стационаре, в том числе в реанимационном отделении, возможность ранней активизации больных, меньшей кровопотерью и смертностью.

Цель исследования: показать возможности лапароскопических методов в лечении больных с воспалительными образованиями и опухолями поджелудочной железы.

Материалы и методы. Ретроспективному анализу подвергнуты результаты лечения 8 больных с опухолевыми образованиями тела и хвоста поджелудочной железы. Из них, мужчин – 5 (62,5%), женщин – 3 (37,5%). Возраст варьировал от 43 до 67 лет, составив в среднем 51,3+ 5, 7 лет. Основными показаниями для лапароскопической резекции поджелудочной железы были новообразования поджелудочной железы.

Алгоритм комплексного инструментального обследования включал последовательное выполнение рентгенографии грудной клетки, ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости с болюсным контрастированием, магнитно-резонансной томографии (МРТ), гастродуоденоскопии, а также пункционно-аспирационной биопсии ПЖ под контролем УЗИ, анализа крови на маркеры опухолевых клеток. В 5 случаях имелась дооперационная гистологическая верификация диагноза.

В 5 (62,5%) случаях выполнена лапароскопическая корпокаудальная резекция поджелудочной железы, в 3 (37,5%)- лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы, у двух пациентов с сохранением селезенки. Отмечена 1 (12,5%) конверсия, причиной которой явилась опухолевая инвазия селезеночных сосудов, при мобилизации которых возникло интраоперационное кровотечение- выполнена лапаротомия, остановка кровотечения, корпокаудальная резекция.

Среднее время оперативного вмешательства при лапароскопической корпокаудальной резекции составило 320±15 минут, а при выполнении дистальной резекции со спленэктомией 280+20 минут. Объем кровопотери составил 150±20 мл. Для оценки специфических осложнений лапароскопических резекций использовались классификации ISGPS 2010 года. Наиболее частым послеоперационным осложнением явился краевой панкреонекроз с формированием неполного наружного панкреатического свища (3 пациента). Летальных исходов не было. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 8,5+1,7 дней.

По результатам послеоперационного гистологического исследования диагностированы в 4 случаях протоковая аденокарцинома, нейроэндокринные неоплазмы (3), хронический панкреатит с воспалительной опухолью и инфарктом селезенки (1).

Выводы. Первый опыт выполнения лапароско¬пических вмешательств на поджелудочной железе по¬зволяет говорить о перспективности дан¬ного метода в следствии более лёгкой пе¬реносимости операции, уменьшения сроков пребывания в стационаре и скорейшего восстановления трудоспособности, меньшим числом гнойных осложнений. Использование лапароскопического способа позволяет более детально визуализировать операционную зону. Высокое оптическое разрешение и большое увеличение предотвращает возможные повреждения окружающих тканей, уменьшая кровопотерю.

Ограничение к использованию лапароскопического метода обусловлено требованием совмещения не только клинического и хирургического опыта, но и наличия идеальной лапароскопической техники, современного оборудования, а также скоординированных действий всей операционной бригады.

ЕСТЬ ЛИ НЕОБХОДИМОСТЬ В КОРРЕКЦИИ АРТЕРИАЛЬНОГО КРОВОСНАБЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ИССЕЧЕНИЯ ЧРЕВНОГО СТВОЛА?

Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С., Журенкова Т.В., Петухова М.В., Журина Ю.А., Григорьевский М.В.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5 ДЗ г. Москвы, Россия
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия
Городская поликлиника №5 ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Введение. Дистальная резекция ПЖ с иссечением чревного ствола (ДРПЖЧС) все чаще используется при погранично-резектабельном раке ПЖ. Считается, что существенная редукция артериального кровоснабжения печени при иссечении чревного ствола может приводить к печеночной недостаточности и/или некрозу желчного пузыря. Дискуссионным остается вопрос о необходимости восстановления магистрального артериального притока в печень.

Цель исследования: оценить возможности артериального кровоснабжения печени после временной окклюзии общей, добавочной и замещающей печеночных артерий.

Материалы и методы. В исследование вошли 123и пациента. У 107 (87,0%) последовательных пациентов с раком тела-хвоста ПЖ (32 (29,9%), раком желудка с вовлечением ПЖ (30 (28,0%) и опухолями печени (45 (42,1%) при КТ до операции и после оценивали тип артериальной архитектуры, диаметры общей и собственной печеночных, гастродуоденальной артерий, наличие и ширина панкреато-дуоденальных аркад. Также исследовали кровоток у 16 (13,0%) больных после ДРПЖЧС. Интраоперационно определяли диаметры магистральных артерий, скорость кровотока в печеночных артериях до и после пережатия общей, добавочной и замещающей печеночных артерий, а также наличие артериального кровотока в печени с помощью дуплексного сканирования.

Результаты. Классический тип артериальной архитектуры выявили у 72% пациентов. Замещающая правая печеночная артерия (зППА) от верхней брыжеечной (ВБА) имелась у 12,2%. ПДА не выявляли до операции у 20%, в т.ч. у 3, перенесших ДРПЖЧС. После пережатия ОПА, дЛПА и зЛПА в 18 (17%) наблюдениях не отмечали пульсацию печеночных артерий, которая восстановилась в 8 случаях через 15 минут, а в 9 оставалась сомнительной, но артериальный кровоток в паренхиме печени определялся во всех случаях. После ДРПЖЧС отмечено: 1. увеличение диаметров ГДА и зППА в 1,2-1,5 раза; 2. ПДА всегда определялись в виде магистралей, хотя не были видны в половине случаев до операции.

Заключение. При отсутствии системных гемодинамических нарушений, коррекция артериального кровоснабжения печени после иссечения чревного ствола не требуется при любом типе артериальной анатомии целиако-мезентериального бассейна.

КТ НЕДОСТАТОЧНО ДЛЯ ТОГО, ЧТОБЫ ПРИЗНАТЬ РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНЫМ

Егоров В.И., Петров Р.В., Солодинина Е.Н., Кармазановский Г.Г., Старостина Н.С, Курушкина Н.А.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5 ДЗ г. Москвы, Россия
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Введение. Основным признаком нерезектабельности рака поджелудочной железы (ПЖ) является циркулярное вовлечение верхней брыжеечной артерии (ВБА) и чревного ствола (ЧС), что свидетельствует об инвазии артериальной стенки. Компьютерная томография (КТ) остается золотым стандартом оценки резектабельности рака ПЖ.

Материалы и методы. Проведено сравнение радиологических и других диагностических данных с операционными после 192 оперативных вмешательств: 52 (27,0%) стандартных и 58 (30,2%) расширенных панкреатодуоденальных резекций (ПДР), 41 (21,4%) тотальной дуоденопанкреатэктомии, 13 (6,8%) дистальных резекций с иссечением ЧС и 28 (14,6%) паллиативных операций при протоковой аденокарциноме ПЖ. Выживаемость 12 больных с разноречивыми КТ- и эндоУЗ-данными в отношении артериальной инвазии после R0/R1-

резекций (ложнопозитивные КТ-данные, группа А) сравнивали с выживаемостью 8 пациентов после 8 R2-резекций (ложнонегативные КТ-данные, группа В) и 12 больных после обходных анастомозов по поводу местнораспространенного рака ПЖ (истинно положительные КТ-данные, группа С).

Результаты. Во всех случаях группы А инвазия артериальной стенки, предсказанная на КТ, не была обнаружена. Однолетняя выживаемость в этой группе составила 88.9%, двухлетняя – 26.7% с медианой наблюдения 22 мес. Однолетняя выживаемость не была достигнута в группах В и С при значимых отличиях выживаемости (Pa-b = 0.0029,Pb-c = 0.003).

Заключение. Циркулярное вовлечение артерий при КТ не обязательно означает инвазию стенки артерии при раке ПЖ. В ряде таких случаев возможно выполнение радикальной операции, обеспечивающей существенное продление жизни. При подозрении на нерезектабельность рака ПЖ при КТ, показано эндоУЗИ.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ОПЕРАЦИИ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ 67 БОЛЬНЫХ

Егоров В.И., Ванькович А.Н., Петров Р.В., Старостина Н.С.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5 ДЗ г. Москвы, Россия
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Введение. Такое заболевание как дуоденальная дистрофия (ДД) («парадуоденальный панкреатит») распознается в настоящее время все чаще. Однако, оптимальный способ лечения ее остается поводом для дискуссии.

Цель исследования: оценить результаты различных методов лечения ДД.

Материалы и методы. Проспективный анализ 67 наблюдений ДД (2004 – 2014 гг.) для сравнения предоперационных и гистопатологических данных. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального и эндоУЗИ, контрастной многофазной КТ и МРТ. Основным критерием заболевания были гистологические признаки неизмененной или измененной эктопической ПЖ в стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК), изолированной от ортотопической железы.

Результаты. У всех больных диагноз поставлен до операции, кроме одного случая, когда была заподозрена опухоль ПЖ. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндоУЗИ. Поводом для оперативного лечения были болевой синдром и рвота (дуоденальная непроходимость). В 16 (23,9%) случаях ДД сопровождалась выраженным хроническим панкреатитом в ортотопической ПЖ. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была выполнена 31 (46,3%) больному, пилоросохраняющая ПДР – в 7 (10,4%) случаях, бернский вариант операции Бегера – в 1 (1,5%) , панкреассохраняющая резекция ДПК – 12 (17,9%) пациентам. Одно осложнение ПДР, термокоагуляционная травма извитого мочеточника на фоне ретроперитонеального фиброза, потребовало пиелоуретеропластики. Летальности не было. За время наблюдения отмечено исчезновение болевого синдрома у 87% больных после ПДР и у 96% после резекции ДПК, набор веса – у 92% больных. Не выявлены новые случаи диабета или признаки утяжеления существующего после резекции ДПК.

Заключение. ДД может и должна диагностироваться до операции. Оптимальным методом оперативного вмешательства при ДД с сопутствующим панкреатитом в ортотопической железе является ПДР. При изолированных формах ДД оптимальна панкреассохраняющая резекция ДПК.

ПАНКРЕАССОХРАНЯЮЩИЕ РЕЗЕКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С., Уткин Д.В.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5 ДЗ г. Москвы, Россия
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Введение. Панкреассохраняющие резекции двенадцатиперстной кишки (ПСР ДПК) – редкое и технически сложное вмешательство, которое может быть выполнено при дуоденальной дистрофии, а также по строгим показаниям при некоторых злокачественных опухолях двенадцатиперст-

ной кишки.

Цель исследованичя: оценить непосредственные и отдаленные результаты ПСР ДПК.

Материалы и методы. Проспективный анализ 24 последовательных наблюдений дуоденальной дистрофии (диагноз поставлен до хирургического лечения) (2006 – 2014 гг.) для сравнения предоперационных и гистопатологических данных, а также непосредственных и отдаленных результатов операций. Все больные были обследованы с использованием трансабдоминального УЗИ, контрастной многофазной КТ или МРТ. 60% больным выполнено эндоУЗИ. Оценивали вид операции, осложнения, их тяжесть, послеоперационный койко-день, рецидив и выживаемость для злокачественных новообразований.

Результаты. Точный диагноз был поставлен до операции у 21 больного: дуоденальная дистрофия - 11, гастроинтестинальная стромальная опухоль (ГИСО) – 9, гигантская саркома двенадцатиперстной кишки - 1. В 1 случае дуоденальная дистрофия была принята за опухоль головки поджелудочной железы, в 2 других предполагаемая ГИСО нижнегоризонтальной ветви оказалась большой параганглиомой и метастазом рака эндометрия, прорастающим в аорту и нижнюю полую вену. Наиболее точными диагностическими методами были КТ и эндоУЗИ. Поводом для обращения были болевой синдром (12), рвота (4) и кишечные кровотечения (10). Инфрапапиллярная дуоденэктомия была выполнена 12 больным, в 1 случае с резекцией аорты и нижней полой вены;, резекция вертикальной ветви ДПК или субтотальная дуоденэктомия с реплантацией общего желчного и панкреатического протоков в неодуоденум произведена 12 пациентам. Осложнения отмечены после 29% операций при злокачественных образованиях. Окончательный диагноз во всех случаях был установлен после операции при иммуногистохимическом исследовании. При ГИСО в 6 случаях определен средний риск метастазирования и в 3 – высокий (при размерах опухоли больше 5 см). 2 больным спустя 4 и 30 месяцев назначена терапия Иматинибом в связи с прогрессированием заболевания. Обоим выполнены резекции печени (правосторонняя гемигепатэктомия и резекция 4 сегмента) в вязи с неполным ответом на химиотерапию. Признаков рецидива при опухолях со средним риском метастазирования не выявлено. Пациент с гигантской саркомой ДПК умер от панкреонекроза через 3 месяца после операции. Остальные пациенты живы.

Заключение. ПСР ДПК являются эффективным методом лечения, как дуоденальной дистрофии, так и ряда злокачественных опухолей двенадцатиперстной кишки. Увеличить продолжительность жизни при ГИСО и некоторых других первичных и вторичных злокачественных опухолях двенадцатиперстной кишки позволяет своевременная операция, а также комбинированное лечение при опухолях с высоким риском метастазирования и их диссеминации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ТОТАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПАНКРЕАТЭКТОМИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. ОПЫТ 50 ОПЕРАЦИЙ

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

Введение. В России результаты тотальной дуоденопанкреатэктомии (ТДПЭ) по поводу злокачественных новообразований (ЗН) поджелудочной железы (ПЖ) никогда не сравнивались с результатами дистальных резекций (ДР), стандартных (СПДР) расширенных панкератодуоденальных резекций (РПДР).

Материалы и методы. Проспективный анализ и сравнение непосредственных и отдаленных результатов 232 радикальных операций по поводу злокачественных опухолей ПЖ (2008-2015 гг.).

Результаты. По поводу ЗНПЖ (54%), IPMN (23%), нейроэндокринного рака, тубулопапиллярной карциномы, серозной и муцинозной цистаденокарциномы, а также метастазов рака почки в поджелудочную железу (23%) были выполнены: дистальных резекций ПЖ – 16 (6,9%), стандартных ПДР – 98 (42,2%), расширенных ПДР – 68 (29,3%), тотальных дуоденопанкреатэктомий - 50 (21,6%). Все ТДПЭ по поводу IPMN и ЗНПЖ были выполнены при сочетанном поражении головки и тела и/или хвоста ПЖ, или при ее диффузном поражении. Резекция воротной или верхней брыжеечной вен были выполнены в 32% случаев (при ТДПЭ – в 56%), среднее количество удаленных лимфоузлов было 16, 28 и 34, R0-резекция была достигнута в 60% случаев. Средняя кровопотеря составила 1225± 818 мл, 1445±1043 мл и 1150 ± 952 мл, среднее время операции - 344±115 мин., 406±73 и 441±152 мин. соответственно. Послеоперационный койко-день составил 21,8±10,9, 21,9±6,9 и 30,7±12,6. Общее число осложнений и летальность были соответственно 60%, 4%, 54% и 4%, 37,5% и 0%. Медиана выживаемости при про-

токовой аденокарциноме оказалась, примерно, одинаковой для всех операций (19 мес.). Не отмечено случаев смерти от гипогликемии или декомпенсации сахарного диабета.

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

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННОГО ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ершов К.Г.
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 11, Новосибирск, Россия
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия

Лекарственные поражения печени (ЛПП) с исходом в цирроз встречаются нередко. Чаще всего поражающим фактором являются парацетамол, статины, НПВС, химиотерапия в онкологии и фтизиатрии. Кроме того, цирроз, как правило, формируется в сроки от 2 до 5 лет.

Мы встретились с редкой причиной ЛПП, которое привело к быстрому формированию синдрома портальной гипертензии на фоне цирроза печени.

Клиническое наблюдение. Мужчина 49 лет самостоятельно обратился с жалобами на боли в левом плечевом суставе и левой половине грудной клетки в госпиталь Ю. Кореи. После исключения кардиальной патологии пациенту назначена терапия, включавшая в себя трамадол в таблетках в суточной дозировке 300 мг. Курс приема - в течение 2,5 месяцев. В нашу клинику больной поступил через 6 месяцев от начала приема препарата с жалобами на увеличение живота и боли в правом подреберье. Выявлена гепатоспленомегалия, средний асцит без ферментативной активности. При пункционной биопсии обнаружена выраженная вакуолизация гепатоцитов, активный фиброз печени. Учитывая отсутствие вирусной, алкогольной и токсической природы заболевания, вынесен диагноз «лекарственный цирроз печени». Объём назначенного лечения: гепатопротекторы (фосфоглив 5,0 мл внутривенно 2 раза в сутки 14 дней), диуретики. На этом фоне асцит не нарастает. Пациент принимает фосфоглив-форте по 1 капсуле 3 раза в сутки, поставлен в лист ожидания на трансплантацию печени.

Заключение. Пациентам на фоне приема сильнодействующих препаратов, необходим постоянный мониторинг функции печени.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ В МКНЦ

Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ванькович А.Н., Ким П.П., Грендаль К.Д.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Актуальность. Продолжают обсуждаться целесообразность и показания к хирургическому лечению доброкачественных опухолей печени.

Цель исследования: оценка показаний и ближайших результатов хирургического лечения доброкачественных опухолей печени.

Материалы и методы. В Московском научном клиническом центре в отделение гепатопанкреатобилиарной хирургии с ноября 2013 по май 2015 гг. по поводу доброкачественных новообразований печени было прооперировано 19 пациентов. Основным показанием к операции являлись: наличие болевого синдрома или нарастающего с течением времени дискомфорта в верхних отделах живота, вызываемого физической активностью без связи с приемом пищи, а также размер опухоли не менее 7 см. Морфология опухолей: гемангиомы печени - у 8 пациентов, фокальная нодулярная гиперплазия (ФНГ) печени - 6, цистаденома печени - 3, аденома печени - 2. По способу оперативного вмешательства все пациенты разделены на 3 группы. В 1-ю группу (n=7 (36,8%) включены роботические и робот-ассистированные резекции печени, во 2-ю (n=8 (42,1%)- лапароскопические и лапароскопически-ассистированныерезекции печени, в 3-ю (n=4 (21,1%) - отрытые оперативные

вмешательства. Показанием к открытым операциям были локализация опухоли в центральных и 1-ом сегментах печени с компрессией магистральных сосудов печени и нижней полой вены. Тем не менее, у части пациентов с из 1-ой группы операция выполнена в полностью лапароскопическом варианте при наличии компрессии магистральных печеночных вен.

Результаты. Средний объем кровопотери составил: в 1-ой группе - 478,5 мл, во 2-ой группе - 318,75 мл, в 3-й группе - 587,5 мл. Средняя длительность операции составила: в 1-ой группе - 7 ч. 18 мин., во 2-ой и 3-й группах – по 5 ч. 30 мин. Осложнения отмечены в 1-ой группе. У одной пациентки после робот-ассистированной резекции VI, VII сегментов печени по поводу гигантской гемангиомы в течение 7 дней после операции имела место фебрильная гипертермия, обусловленная формированием инфильтрата в зоне резекции. В остальных группах осложнений не отмечено.

Заключение. Лапароскопическиерезекции печени представляют собой перспективное направление лечения доброкачественных опухолей печени. Условиями безопасности лапароскопических операций является наличие достаточного опыта традиционной резекционной хирургии печени, а также возможности применения роботизированного комплекса при «трудной» локализации опухоли.

НОВЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Запорожченко Б. С., Горбунов А. А
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Удельный вес хронического панкреатита (ХП) как отдельной нозоформы в структуре абдоминальной патологии колеблется от 5,3 до 8,8% с неуклонной тенденцией к росту. В последние десятилетия ХП по частоте признается одним из лидирующих заболеваний в хирургии. Распространенность ХП у взрослых составляет 30-50 случаев на 100 тыс. населения. Тактика при выборе оперативного лечения больных ХП является одним из важных вопросов хирургической панкреатологии. Общепризнанным является тот факт, что дренирующие операции не в полном объёме устраняют патологический процесс, а резекционные операции имеют ряд послеоперационных осложнений (до 32,9%) и высокую послеоперационную летальность (до 10%).

Цель исследования: индивидуализация выбора оптимального метода хирургического лечения больных ХП путем сравнительной характеристики результатов резекционных и дренирующих оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2014 гг. в хирургической клинике по поводу ХП проводили хирургическое лечение 158 больных. Помимо общеклинических, биохимических и рентгенологических методов, обследование больных включало УЗИ и спиральную компьютерную томографию, а также стандартные методы эндоскопического исследования, включая ЭРХПГ.

Результаты. С момента поступления больным проводили предоперационную консервативную инфузионнуюя терапию, направленную на снижение болевого синдрома, уменьшение секреции поджелудочной железы (ПЖ). Применяли спазмолитики и десенсибилизирующие препараты. Важным условием перед проведением оперативного лечения являлось проведение коррекции уровня гипергликемии и компенсации сопутствующей органной и системной патологии. Наличие калькулезной и фиброзно–кистозной формы ХП (n=45) являлось прямым показанием для выполнения миниинвазивных и дренирующих операций.

Наличие фиброзно-дегенеративной формы ХП без вовлечения в фиброзный процесс соседних с головкой ПЖ органов и структур являлось показаниями для выполнения щадящих резекционных оперативных вмешательств (n=38). Послеоперационные осложнения в виде несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза развились у 3 (7,8%) больных. Умерло 2 больных. Субъективное снижение интенсивности болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде без полного исчезновения отметили 27 (75%) больных, тогда как стойкое исчезновение болевого синдрома в течение 12 месяцев отмечено у 9 (25%) больных.

Во всех случаях при панкреатодуоденальной резекции (ПДР) накладываем панкреатоэнтероанастомоз, причём предпочтение отдаём изолированному вшиванию протока поджелудочной железы в кишку без широкого рассечения просвета последней. Стойкое исчезновение болевого синдрома в течение 18 месяцев отмечено у 64 (40,5%) больных.

Заключение. Тактика лечения больных ХП оперативным путем должна быть дифференцированной. При вовлечении в фиброзный процесс головки ПЖ и окружающих органов операцией выбора считаем ПДР. При фиброзно- кистозной

формах ХП без вовлечения процесса окружающих органов – миниинвазивные эндо- и лапароскопические оперативные вмешательства.

Миниинвазивные и дренирующие операции более безопасны (п/о осложнения отмечены в 2,2% случаев) и эффективны для кратковременного облегчения проявлений болевого синдрома (спустя 8 месяцев отмечено у 18 (40%) больных), тогда как стойкое долгосрочное облегчение (у 64 (40,5%) больных в течение 18 месяцев), несмотря на сравнительно большее количество послеоперационных осложнений (6,3%), обеспечивают резекционные методы хирургического лечения, в частности, ПДР.

Показания к панкреатодуоденальной резекции при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы должны ограничиваться лишь наличием атипичных клеточных изменений ткани органа по данным гистологического исследования.

КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Тлеуф Б.Д.
Казахский национальный медицинский унивеситет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Актуальность. Панкреатические кисты воспалительного генеза составляют 60-80%, травматического происхождения 24-30% и 10-13% различной этиологии. В зависимости от причинного фактора происхождения, анатомического расположения, кисты приводят к специфическим, и неспецифическим осложнениям, требующим оперативного вмешательства в различные сроки. Компьютерные технологии позволяют верифицировать кисты поджелудочной железы (ПЖ) и унифицировать методы диагностики, чего нельзя сказать о методе и выборе оперативного вмешательства и, как следствие, летальность достигает 11%.

Цель исследования: изучить причинный фактор развития кист ПЖ и отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы. В клинике с 1984 г. прошли лечение по поводу кист ПЖ – 35 больных, в возрасте от 25 до 62 лета. Мужчины - 27 (75%), женщины - 8 (25%). В этиологическом аспекте ложные кисты были после панкреонекроза у 29 (82,8%) в т.ч. у 7 после травмы ПЖ, паразитарные кисты ПЖ у 4 (11.4%), врожденные у 2 (5,7%). Болевой синдром локализовался в верхней половине живота у всех больных, опоясывающий характер был у 21 (58,4%), иррадиация боли в спину у 11 (31,4%). «Опухолевидное» образование определялось у 26 (74,3%). Признаки компрессии смежных органов имели место у 4 (11,4%), у трех больных было нарушение желудочной и дуоденальной проходимости, в одном случае признаки вторичной портальной гипертензии. Нарушения функциональной способности ПЖ выявлено у 12 (34,3%) больных, а осложненное течение ложной кисты у 5 (14,3%) больных. Анатомическая локализация кист ПЖ распределилась следующим образом: головка - у 4 (11,4%), тела – у 20 (57,1%), дистальной части - 5 (14,3%) больных. Толщина стенок кист достигала от 1 мм до 7 мм. Однокамерные образования были у 21 (60%) больного, многокамерные - у 8 (22.3%) больных. Ложные кисты были интимно сращены с соседними полыми и паренхиматозными органами. Прооперировано 32 (91,4%) больных, у 2 (6,2%) консервативная терапия дала эффект, у 1 больного наступило спонтанное выздоровление. При осложненном течении кист 5 (14,3%) выполнено наружное дренирование. Наличие неосложненных кист ПЖ позволило выполнить цистодигестивный анастомоз у 21 (60%), цистогастроанастомоз – у 2 (6,2%). В 1 случае, после резекции дистальной части ПЖ с кистой, наложен панкреатоеюноанастомоз. Умер после операции 1 (3,1%) больной.

Результаты. У 18 (51,4%) больных изучены отдаленные результаты в сроки от 5 до 7 лет. Хронический рецидивирующий панкреатит с болевым синдромом выставлен 10 (55,6%) больным, внешнесекреторная недостаточность выявлена у 7 (38,9%), а внутрисекреторная - у 4 (22%).

Заключение. Кисты ПЖ формируются после перенесенного деструктивного панкреатита или непосредственной травмы ПЖ, значительно реже встречаются паразитарные и врожденного генеза. Доминирующим принципом лечения кист ПЖ продолжает оставаться хирургический, после операции больные должны периодически проходить консервативную терапию.

НАРУЖНЫЕ СВИЩИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Ибадильдин А.С., Нартайлаков М.А., Кравцов В.И.
Кафедра Хирургические болезни №2 Казахского национального медицинского унивеситета им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Основной причиной формирования наружных свищей поджелудочной железы (ПЖ) являются инфицированный панкреонекроз, травма и ятрогенное поражение протоковых структур ПЖ. Несмотря на накопленный опыт диагностики и лечения наружных свищей ПЖ нет единого мнения и определенности в выборе срока и в объеме вмешательства, отдаленных результатах лечения.

Цель исследования: оценить результаты фистулоэнтеростомии при наружных свищах ПЖ.

Материалы и методы. В клинике прошли лечение 19 больных, с наружными панкреатическими свищами. Мужчин - 16 (84,2%), женщин – 3 (15,8%), возраст больных варьировал в пределах от 37 до 57 лет. Больные госпитализированы через 4-6 месяцев после формирования свища. В этиологическом аспекте доминировал перенесенный панкреонекроз - 8 (42%), посттравматический панкреонекроз (разрыв ПЖ) – 3 (15,9%). В 1 случае наружный свищ ПЖ сформировался после тяжелой спленэктомии. Консервативное лечение, предпринятое у всех 19 юольных, в виде инфузионно–детоксикационной и местной терапии, оказалось результативным у 5 (26,3%) больных. В силу безуспешности терапии, направленной на закрытие свища оперировано 14 (73,3%) больных. После предоперационной подготовки и повторной фистулографии больные оперированы. В связи с «сообщением» наружного панкреатического свища ПЖ с протоковой структурой выполнена операция фистулоэнтеростомия на «потерянном дренаже» в модификации Б.И. Альперовича на выключенной по Ру петле 13 (92,9%) больным. Применение « потерянного дренажа» во время операции позволяет полностью инвагинировать свищ в просвет кишки, адаптировать швы. У одного больного, с узким свищевым ходом, свищ иссечен, наложен панкреатикодигестивный анастомоз на выключенной петле по Ру. На 5 сутки несостоятельность панкреатико – еюноанастомоза с рецидивом свища. Консервативная терапия дала результат – свищ закрылся. Летальных исходов не было.

Результаты. Обследованы 10 (71,4%) больных из 14 оперированных в сроки 5 – 10 лет, Хроническим рецидивирующим панкреатитом с болевым синдромом страдают 8 (57%) больных, симптомы внешнесекреторной недостаточности выявлены у 7 (50%) больных, сахарный диабет развился у 3 (21%). Больные периодически проходят стационарное лечение, ферментативную, антидиабетическую терапию на постоянной основе, с хорошим непосредственным результатом.

Заключение. Больные со сформировавшимися наружными свищами ПЖ в этиологическом аспекте имеют инфицированный панкреонекроз, непосредственную травму и ятрогенный аспект. Для решения вопроса о наличии коммуникации свища с протоковой структурой, анатомического строения и проходимости главного, добавочного, панкреатического протока, решения вопроса о необходимости и объеме оперативного вмешательства обязательным является фистулография свища ПЖ. Хорошие непосредственные и отдаленные результаты операции фистулоэнтеростомии на « потерянном дренаже» позволяют считать ее операцией выбора при наружных панкреатических свищах. Операция проста в исполнении, доступ таит меньше опасности развития осложнений, как панкреатит, перитонит и повреждения крупных сосудов.

ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НОВОГО ПОЛИКОМПОЗИЦИОННОГО ПОЛИМЕРА ПО ДАННЫМ ИССЛЕДОВАНИЙ IN VITRO

Исмаилов Б.А., Хайбуллина З.Р., Садыков Р.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургмм им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Хирургия относится к науке, которая испытывает наиболее острую потребность в новых высокотехнологичных средствах и технологиях. Прежде всего, эта потребность ощущается в гепатохирургии, нуждающейся в функциональных материалах и изделиях нового поколения, таких, как шовный материал, гемостатические имплантаты. Улучшение результатов хирургических вмешательств в абдоминальной хирургии напрямую связано с внедрением новых материалов. В этих случаях особую

актуальность приобретает применение местных кровоостанавливающих средств – биоимплантатов. Биоимплантат – это неживые материалы, которые используются в медицинских назначениях и предназначены для взаимодействия с биологической системой. Местный гемостатический эффект имплантата должен оказываться в кратчайшие сроки после нанесения на травмированную поверхность, а также предупредить рецидив кровотечения.

Цель исследования: изучение гемостатических свойств нового поликомпозиционного полимера на основе производных целлюлозы из местного сырья.

Материалы и методы. Материалом для исследований послужил поликомпозиционный полимер «GEPROCEL», созданный из высококачественного хлопкового волокна отечественного производства (Патент FAP 2015 0054 от 24.04.2015 года) совместно с лабораторией НИЦ ХФП при НУУз. Состав полимера: карбоксиметилцеллюлоза, окисленная целлюлоза, а также наноцеллюлоза. Исследования были проведены in vitro с использованием донорской крови добровольцев. Применены глобальные клоттинговые тесты - определение времени свертывания крови по Ли-Уайту (ВСК) и протромбинового времени (ПВ) наборами «Техпластин» («Технология Стандарт», Россия).

Результаты. Время свертывания крови в присутствии полимера исследованы путем помещали полимер в виде пленки в размере 1 см^2 в пробирку, после чего добавляли 1 мл венозной крови. Пробирку устанавливали на водяную баню при 37° и через каждые 30с наклоняли под углом 45°, определяя время появления сгустка. Контрольные пробы исследовали аналогично без добавления полимера. В присутствие полимера ВСК по Ли-Уайту (в норме ВСК по данному методу 4 мин. 55 сек. – 11 мин. 44 сек.) укорачивалось в 2,1 раза, составив 2,9±0,3 мин.

При изучении ПВ в 1,0 мл цитратной донорской плазмы с добавлением полимерной пленки установлено ускорение показателей в 2,2 раза, составив 6,1±0,3 сек.

Полученные результаты указывают на усиление процессов свертывания крови в присутствии поликомпозиционного полимера, возможно, за счет активации факторов, участвующих как во внешнем, так и во внутреннем пути коагуляционного гемостаза. Наличие подобных свойств у полимера «GEPROCEL» позволяет использование его в качестве местного гемостатического имплантата в хирургии.

Выводы. Установлено, что поликомпозиционный полимер на основе производных целлюлозы повышает общую коагуляционную активность цельной.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХОЛАНГИОКАРЦИНОМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Ищенко Р.В., Андреева М.А., Яковлева Е.В., Ищенко К.Б.
ГБУЗ Московский областной онкодиспансер, Москва, Россия

На биопсийном и хирургическом материале наибольшую трудность в плане дифференциальной морфологической диагностики с метастазами аденокарцином различных локализаций представляют холангиоцеллюлярная карцинома (ХЦК) и гепатохолангиоцеллюлярный рак (ГХЦР).

Нами проведено сравнительное морфологическое изучение морфо и гистогенеза первичных злокачественных опухолей печени и карцином колоректального локализации с метастазами в печень с использованием современных загальногистологичних, гистохимических, иммуногистохимических и морфометрических методов исследования. Предметом морфологического изучения послужили кусочки ткани опухоли, взятые пункционным путём - 415, трепанобиопсии - 408 и инцизиобиопсии - 129.

Проводили иммуногистохимическое типирования тканей аденокарциномы толстой кишки и метастазов в печень, а также первичных опухолей в печень. Использовали мышиные моноклональные антитела (МКАТ) до цитокератинов: AE1AE3, CK7, CK8, CK18, CK19 и CK20, также проводили иммуногистохимическое типирование с МАТ анти-Hep Par 1 и альфа-фетопротеина, анти-villin 1, vimentin и Cam5.2.

В результате исследований выявлено, что для ХЦК патогномоничным является обнаружение выраженной положительной иммунореактивности с антителами к виллину (иммуногистохимическое типирование с МКАТ анти-villin 1). Вторым важным маркером ХЦК является экспрессия клетками CK19. Экспрессия CK 19 характерна для эпителия желчных протоков в норме и сохраняется в опухолях билиарного гистогенеза. CK19 принадлежит к кислому типу цитокератинов и является цитокератином с низкой молекулярной массой. CK19 экспрессируется в простых эпителиях. Мембранное и цитоплазматическое окрашивание CK 19 обнаружено в 71,7% ХЦК, в ГЦК – 1,3%. Несмотря на то,

что маркер билиарной дифференцировки СК19 может изредка встречаться в ГЦК, но его экспрессия характерна для ХЦК. Специфичность и чувствительность СК 19 для ХЦК является достаточно высокой.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕБИЛИАРНЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ НА ФОНЕ ХИМИОГОРМОНОТЕРАПИИ

Ищенко Р.В., Джансыз И.Н., Колпаков А.В.
ГБУЗ Московский областной онкодиспансер, Москва, Россия

Лечение больных с острым панкреатитом (ОП) представляет собой актуальную проблему, что обусловлено ростом заболеваемости и достаточно высокой летальностью. Сложным вопросом хирургической панкреатологии является острый небилиарный асептический панкреонекроз, возникающий в некоторых случаях в процессе проведения химиотерапии и гормонотерапии у онкологических больных.

В период с 2000 по 2012 гг. в Московском областном онкодиспансере оперировано 79 больных по поводу острого асептического некротического панкреатита в возрасте от 18 до 82 лет. Ограниченный панкреонекроз (до 30% паренхимы поджелудочной железы) выявлен у 14,3% больных, распространенный панкреонекроз (от 30 до 50% паренхимы поджелудочной железы) – у 73,9%, субтотально-тотальный (более 50% паренхимы поджелудочной железы) – у 11,8%.

В исследование включены пациенты, у которых применяли разработанную в клинике, тактику, направленную на предупреждение гнойных осложнений панкреонекроза. При ферментативном перитоните в экстренном порядке выполняли лапароскопическое дренирование брюшной полости или лапароцентез. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл, а также при наличии острой панкреатической псевдокисты диаметром 3 см и более выполняли пункцию и дренирование жидкостного образования под контролем ультразвука с последующим сонографическим мониторингом. Применение данной тактики лечения позволило у 93,4% пациентов предотвратить развитие гнойно-септических осложнений, а также снизить летальность с 15,8 до 4,1%.

МЕТОД ШЕЛЛЕ – КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ГЕМОСТАЗА ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

Карабаев Х.К., Тагаев К.Р., Захидова С.Х., Жаббаров З.И.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Печень благодаря значительным размерам, нежности паренхимы, особенностям кровоснабжения, локализации и фиксации по частоте повреждения уступает только кишечнику (Ермолов А.С. с соавт., 2011; Багненко С.Ф., 2012). Между тем летальность при повреждениях печени чрезвычайно велика. При закрытой травме она составляет 21,7-59% (Eisher L. с соавт., 1989; Каримов Ш.И. с соавт., 2010; Хаджибаев А.М. с соавт., 2011).

На сегодняшний день из арсенала оперативных пособий по достижению гемостаза при тяжелой травме печени нельзя исключить необходимость прибегнуть к тампонаде раны марлей (пленкой) (Moore E., 1984; Козлов К.К. с соавт., 2001; Урман М.Г., 2003). Тампонада раны печени марлей может спасти больше жизней, чем резекция органа (Mentha G. с соавт., 1988).

Цель исследования: оценить клинический опыт применения способа Шелле у пострадавших с тяжелыми повреждениями печени.

Материалы и методы. В отделении хирургии Самаркандского филиала РНЦЭМП за период 1999-2015 гг. оперировано 152 пострадавших с травмой печени. Из них у 33 (21,7%) пострадавших с тяжелыми травмами печени IV и V степени повреждения по E. Moore. Эффективность метода Шелле оценивали по уровню летальности и числу гнойно-септических осложнений. Используя ме-

тодику J. Shelle оставлением «забытых» тампонов мы получили хорошие клинические результаты у 33 больных с массивным кровотечением, находившихся в критическом состоянии. Для этого временно пережимают печеночно-дуоденальную связку (по Принглю), тщательно прошивают и лигируют поврежденные кровеносные сосуды и желчные протоки, раневую поверхность туго тампонируют марлевыми салфетками. Рану передней брюшной стенки зашивают наглухо. Через 5-6 суток выполняют релапаротомию, марлевые тампоны обычно смачивают и удаляют. При этом, раневая поверхность печени выглядит гладкой, блестящей, без признаков истечения крови и желчи.

Были проанализированы результаты хирургического лечения 33 пациентов с массивными травмами печени, в возрасте от 17 до 60 лет, средний возраст 31±0,5 лет. Мужчин было 21 (63,6%), женщин – 12 (36,4%).

Результаты. Средняя оценка степени тяжести повреждения по шкале ISS составила 35 балла (17-77), по E.Moore IV и V степени повреждения. Средняя величина кровопотери составила 3010 мл (1850-3850 мл). При повреждениях печени в зависимости от характера травмы нами использовались Z-образный и П-образный швы, подшивание круглой связки печени (у 22), пряди большого сальника (у 11). Послеоперационные осложнения отмечены у 8 (24,2%) больных, умерло – 5 (15,2%) пациентов.

Выводы. Хирургическая тактика по Шелле при тяжелых повреждениях печени является эффективным методом, что приводит к снижению разнообразных осложнений и летальности.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Мустафакулов И.Б., Захидова С.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Актуальность. Повреждения поджелудочной железы (ПЖ) перестали быть редкостью, на их долю приходится 4,3-10,7% травм органов брюшной полости (Козлов В.А. с соавт., 2000; Урман М.Г., 2003). Послеоперационные осложнения возникают у 32-75% пострадавших, а летальность – у 22-80%. Исход лечения таких повреждений во многом зависит от правильного выбора метода оперативного вмешательства и послеоперационного лечения (Савельев В.С. с соавт., 2008; Каримов Ш.И. с соавт., 2011).

Цель исследования: является диагностика и оценка хирургической тактики при травмах поджелудочной железы.

Материалы и методы. За последние 10 лет в Самаркандском филиале РНЦЭМП находились на лечение 27 больных с травмой ПЖ. Изолированные повреждение органа выявлены у 9 (6 мужчин и 3 женщин в возрасте от 11 до 56 лет). Сочетанная травма живота была у 16 пострадавших, ранения – у 2.

Наиболее частой причиной изолированных повреждений ПЖ был прямой удар в эпигастральную область (14 больных). Получили травмы при падении с высоты6 больных, в результате сдавления верхней части туловища между двумя машинами - 2. В течение первых 6 ч. после травмы доставлены в стационар 16 пострадавших, до 12 ч. – 6, а через 24-48 ч. – 5 больных. Поступили в состоянии алкогольного опьянения14 (51,8%) пациентов.

Результаты. Полный поперечный разрыв органа в области головки и тела отмечен у 2 больных, частичный разрыв и повреждение – у 6, надрыв ''капсулы'' – у 11, ушиб железы – у 8. Выраженные признаки посттравматического панкреатита отмечены у 14 (51,8%) больныхз.

Выбор метода операции при повреждении ПЖ должен зависеть не только от характера повреждения органа, но и от формы сопутствующего травматического панкреатита. В послеоперационном периоде необходимо учитывать возможность прогрессирования панкреатита. Характер оперативных вмешательств у наших больных были: ушивание ткани железы, дренажи, тампоны – у 15, ушивание ткани железы, холецистостома – у 11 и резекция органа – у 1 больного.

При минимальных повреждениях ПЖ (ушибы, поверхностные разрывы, надрыв ''капсулы'') оперативное вмешательство ограничивалось блокадой перипанкреатической клетчатки 0,25% раствором новокаина в количестве 300-400 мл с добавлением антиспастиков, антибиотиков, антиферментных препаратов и подведением двухпросветного дренажа в сальниковую сумку через оментобурсостому.

Всем пострадавшим с повреждениями ПЖ считаем рациональным, включать в комплекс интенсивного лечения применение 5-фторурацила, соматостатина, ингибиторы протеаз, блокаторы Н2-рецепторов, коррекция

расстройства кровообращения (дезагреганты, антиоксиданты) и др.

Выводы. 1. Анализ наших наблюдений показывает, что правильный выбор оперативного вмешательства при травме ПЖ, интенсивное комплексное лечение и профилактика панкреатита в послеоперационном периоде является для подавляющего числа больных спасательными.

2. Из 27 больных с повреждениями ПЖ умер 1 (3,7%).

ТЕЧЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Карабаев Х.К., Карабаев Б.Х., Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Авазов А.А.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Проблемы лечения острого деструктивного панкреатита обусловлена значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся высокой частотой развития тяжелого панкреатогенного шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойно-некротическими осложнениями (Кубышкин В.А., 2005; Ярема И.М., 2006).

Острый панкреатит, как возможное осложнение у обожженных, пока что мало известен.

Цель исследования: изучить течение и лечение острого деструктивного панкреатита у тяжелообожженных.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 15 больных с глубокими ожогами 25-50% поверхности тела осложненным острым деструктивным панкреатитом.

С целью диагностики всем больным проводили клинико-лабораторные исследования, а также по показаниям рентгеноскопию грудной и брюшной полости, в последние годы лапароскопию, УЗИ печени, желчного пузыря и поджелудочной железы, гастродуоденофиброскопию. Компьютерная томография (КТ), являясь «золотым стандартом» в топической диагностике, позволяет диагностировать жидкостные образования раннего периода заболевания (у 5 больных), панкреатогенные абсцессы (у 2), забрюшинную флегмону (у 1), вовлечение в процесс желчевыводящих путей, предлежащих сосудистых структур и желудочно-кишечного тракта (у 1 больного).

Результаты. Клиника при остром деструктивном панкреатите у обожженных, как правило, начиналась остро («триада Мондора») на 5-8-ой день после травмы: внезапно с приступов сильных болей в верхней половине живота после еды, метеоризмом, рвотой - которая особенно часто наблюдалась при панкреонекрозе. У 13 больных отмечен состояние шока и коллапса, вздутие живота, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Мондора, Воскресенского, Грюнвальда, Керте и «калликреиновое лицо». У 5 больных развился левосторонний плеврит, олигурия и амилазурия имела места практически у всех больных.

Больные в период шока и токсемии получали комплекс противошоковой, дезинтоксикационной и антибактериальной терапии.

В эту программу входят следующие мероприятия:

1. Купирование болевого синдрома: а) анальгетики, б) спазмолитики, в) препараты антигистаминового ряда, г) ежедневные инфузии глюкозо-новокаиновой смеси 150-200 мл.

2. Создание функционального покоя поджелудочной железы: а) голод, б) постоянный назогастральный дренаж.

3.Угнетение функции поджелудочной железы: 5-фторурацил, рибонуклеаза, контрикал, эпсилон-аминокапроновая кислота, эфедрин, делагил.

4. Коррекция расстройств кровообращения: гиперволемическая гемодилюция, строфантин, допамин, корглюкон.

5. Коррекция нарушений микроциркуляции: дезагреганты, антикоагулянты (альфа токоферол ацетат).

6. Коррекция нарушений гемокоагуляции: гепарин.

7. Купирование явлений эндогенной интоксикации: гиперволемическая гемодилюция в сочетании с методикой форсированного диуреза.

Умерли 5 (33,3%) больных тотальным панкреонекрозом, с обширными глубокими (35-45% п.т.) ожогами.

Выводы. После применения указанных мероприятий улучшилось самочувствие 10 больных, купировались явления психоза, токсической энцефалопатии, уменьшились одышка, тахикардия, увеличился диурез. Биохимические параметры фиксировали снижение диастазы, мочевины, креатинина.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Карпова Р.В., Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В.
Кафедра факультетской хирургии №1 лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский унивеситет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: влияния криопреципитата и аллопланта, введенных внутрипеченочно под контролем УЗИ, на морфологическую структуру печеночной ткани у больных циррозом печени вирусной и токсической этиологии.

Материалы и методы. Исследованы 62 больных, страдающих циррозом печени вирусной (HCV и HBsb) и токсической этиологии, до и после введения криопреципитата и аллопланта. Возраст больных был в предалах от 25 до 68 лет, мужчин было 35 (56%), женщин – 27 (44%). У 34 (54,8%) пациентов цирроз был смешанной этиологии (токсической и вирусной), вирусной – у 21, токсической – у 7. Все больные были разделены на две группы: 1 группа - 42 (67,7%) пациента, которым для стимуляции регенерации печеночной ткани был введен криопреципитат, 2 группа - 20 (32,3%) больных, которым был введен аллоплант. Криопреципитат или аллоплант вводили чрескожно в печень, пункционным методом под контролем УЗИ. Результаты оценивали до и через год после введения криопреципитата и аллопланта, выполняя биопсию печени под контролем УЗИ.

Результаты. Снижение воспалительно-клеточной инфильтрации и достоверные признаки регенерации печени выявлены у 74% больных с циррозом класса А,В и С по Child-Pugh после введения криопреципитата и у 60% больных после введения аллопланта с циррозом печени класса АиВ. После стимуляции регенерации печени криопреципитатом, улучшаются показатели печеночно-клеточной недостаточности, холестатического, цитолитического синдромов и гиперспленизма, а так же признаки энцефалопатии, асцита, свертывающей системы крови у достоверно большего количества больных циррозом печени, чем после введения в печень аллопланта. Клинические проявления заболевания достоверно снизились после введения криопреципитата. После введения аллопланта у 65% больных нарастал холестаз.

Заключение. Введение криопреципитата в печень, улучшает клинико-лабораторные и морфологические изменения у больных с циррозом печени класса А и В по Child-Pugh, и продлевает жизнь больных с циррозом печени класса С по Child-Pugh. Введение аллопланта эффективно у больных с циррозом печени класса А и В по Child-Pugh. При циррозе печени класса С по Child-Pugh - аллоплант неэффективен.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Каштальян М.А., Колотвин А.А.
Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) является «золотым стандартом» и операцией выбора при лечении как хронического, так и острого калькулезного холецистита. Трудности лапароскопического ушивания и лигирования тканей являются "узким местом" всего метода. Техника прошивания и лигирования сосуда в тканях с использованием интра- и экстракорпорального шва технически сложна, требует специальных навыков и инструментов. Альтернативой данному способу является клипирование.

Цель исследования: сравнительный анализ способов обработки культи пузырного протока и артерии для улучшения результатов лечения больных с острым и хроническим калькулезным холециститом.

Материалы и методы. В течение последних 3 лет в отделении абдоминальной и пластической хирургии Военно-медицинского клинического центра Южного Региона (г. Одесса) пролечены 110 больных с острым холециститом (ОХ). Среди них у 47 (42,7%) больнвых во время ЛХЭ пузырный проток и артерия клипированы нерассасывающими полимерными клипами (НПК). Больные этой группы составили основную группу исследования. Остальные 63 (57,3%) пациента с ОХ составили группу сравнения, во время ЛХЭ у этих больных пузырный проток и артерия клипированы танталовыми клипами (ТК).

Результаты. Из числа 47 больных с ОХ основной группы во время ЛХЭ пузырный проток и артерия клипированы нерассасывающими по-

лимерными клипами (НПК). У 63 больных группы сравнения во время ЛХЭ пузырный проток и артерия клипированы ТК.

При использовании пластиковых клип для обработки культи пузырного протока и артерии продолжительность оперативного вмешательства была наименьшей 35,3±10,3 мин. Сроки дренирования составили в среднем не более суток, что позволило пациентам 20 уменьшить сроки пребывания в стационаре и уменьшило количество назначений обезболивающих препаратов. Осложнения при данном способе обработки культи пузырного протока и артерии не наблюдали.

При гангренозных изменениях желчного пузыря, которые распространяются на шейку и пузырный проток, не следует сильно сжимать клипы, чтобы не прорезать деструктивные ткани. В таких случаях мы применяли пластиковые клипы размером L, которые не приводят либо к прорезыванию, либо к неполной обтурации просвета клипируемой структуры. При значительном расширении воспаленного пузырного протока у 28 больных мы применили пластиковые клипы от средних до больших размеров.

При рассыпном типе кровоснабжения надежно себя зарекомендовали пластиковые клипы. При хорошей идентификации пузырной артерии мы обрабатывали ее гармоническим скальпелем или ножницами, применяя одну танталовый либо пластиковый клип на проксимальный конец артерии. У лиц пожилого и старческого возраста, особенно при гангренозных изменениях стенки желчного пузыря, пузырная артерия хрупкая, легко ранимая. В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. Дренажи из брюшной полости были удалены на следующий день после операции.

Заключение. Техника клипирования пузырного протока и артерии при ЛХЭ не отличается от вида клипов – клипирования ТК или НПК.

Применение НПК не уступают в прочности ТК, так как в них есть замок, который приводит к полной обтурации просвета клипируемой структуры.

Наиболее оптимальным способом обработки пузырного протока и артерии является применение НПК, так как продолжительность операции составила 35,3±10,3 мин., осложнений не наблюдалось, что способствует более быстрой послеоперационной реабилитации этих больных и сокращению сроков стационарного лечения.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХОЛАНГИОДРЕНИРОВАНИЯ И ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Козлов А.В., Таразов П.Г., Гранов Д.А., Поликарпов А.А., Полысалов В.Н., Олещук Н.В., Полехин А.С.
ФГБУ Российский научный центр рентгенохирургических технологий Минздрава Рооссии, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность чрескожного чреспеченочного холангиодренирования (ЧЧХД) у больных опухолями печени, осложненными механической желтухой, и возможность проведения регионарной химиотерапии после купирования гипербилирубинемии.

Материалы и методы. За период 1990-2014 г. ЧЧХД выполнили у 160 больных первичным и метастатическим раком печени и желчных протоков, осложненным механической желтухой. После ЧЧХД и купирования желтухи циклы регионарной химиотерапии в виде химиоинфузии, химиоэмболизации или их сочетания проводили у 43 пациентов. Остальные 117 больных получали симптоматическое лечение.

Результаты. Технический успех ЧЧХД был достигнут у 157 (98%) пациентов. Летальный исход, связанный с процедурой дренирования, имел место у одного больного. Тяжелые осложнения в первую неделю после ЧЧХД наблюдались у 17 (11%) пациентов.

Регионарную терапию начинали в среднем на 70 сут после ЧЧХД. Осложнений не было. В настоящее время 34 из 43 пациентов умерли в сроки от 2 до 35 мес., а 9 больных живы от 1 до 27 мес. Продолжительность жизни больных с метастатическим поражением печени составила 7,6+3,1 мес., первичным раком - 11,2+6,4 мес. Средняя продолжительность жизни пациентов, получивших только симптоматическую терапию, составила 3,7+2,6 мес ($p<0,05$).

Заключение. ЧЧХД является эффективным и относительно безопасным методом купирования механической желтухи опухолевой этиологии. Применение рентгеноэндоваскулярных вмешательств после снижения уровня общего билирубина до 50 мкМоль/л безопасно и способствует увеличению выживаемости пациентов в 2-3 раза.

РЕЗУЛЬТАТЫ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Лубянский В.Г., Аргучиснкий И.В., Михайлов А.Г., Сероштанов В.В., Омаров Н.Р.
ГБОУ ВПО Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Актуальность. Частота заболеваемости хроническим панкреатитом в последние годы растет. Гастропанкреатодуоденальная резекция и дистальная резекция сопровождаются осложнениями у 10-20% больных (Gebhardt C) и дают большой процент ферментативной недостаточности в отдаленные сроки после операции.

Цель исследования: улучшить результаты резекции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.

Материалы и методы. В клинике выполнена резекция поджелудочной железы у 84 больных. Мужчин было 70 (82%), женщин - 14 (18%). Средний возраст составил 50,47±4 лет. Все больные обследованы с применением МСКТ с внутривенным введением контраста, эндоУЗИ поджелудочной железы, выборочно выполняли ЭРХПГ. Абсолютное большинство больных поступили с выраженным абдоминальным болевым синдромом. Механическая желтуха была у 6 (7%), синдром портальной гипертензии - у 3 (3%), нарушение дуоденальной проходимости - у 23 (26,7%) больных.

Хирургическое лечение включало: панкреатодуоденальную тезекцию (ПДР) у 12 (14%) больных, дистальная резекция поджелудочной железы - у 16 (19%) больных. Основным методом лечения, примененным нами, явилась интрапаренхиматозная резекция поджелудочной железы у 56 (66%) больных. Техника операции заключалась в расширенном варианте операции Фрея при дилатированном главном панкреатическом протоке, при отсутствие его расширения, выполняли Бернский вариант резекции поджелудочной железы. При наличии на операции воспалительного инфильтрата в парапанкреальной клетчатке, через месяц проводилась регионарная внутриартериальная инфузия в чревную или гастродуоденальную артерию гидрокортизона 50 мг или 5-фторурацила в дозе 0,5 гр в сутки с целью купировать воспалительный процесс в поджелудочной железе и парапанкреальных тканях в течение 5-7 суток.

Результаты. В первую группу включили 12 больных, которым выполнена ПДР. Дистальная резекция предпринята у 16 больных, интрапаренхиматозная резекция поджелудочной железы - у 47 больных. Во вторую группу вошли больные с воспалительными инфильтратами, которым проводилась интрапаренхиматозная резекция с герметизацией швов панкреатоентероанастомоза свободным концом Ру-петли или желудком – 9 больных.

При анализе результатов лечения у больных первой группы оказалось, что летальные исходы возникли у 3 (4%) больных. Осложнения возникли у 7 (25%) больных. Несостоятельность швов панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА) обнаружена у 1 больного после ПДР, у 1 больного после интрапаренхиматозной резекции. Абсцесс в зоне ПЭА и подпеченочном пространстве у 7 (9%) больных. Нарушение эвакуации после ПДР с сохранением привратника у 8 (11%) больных. Кровотечения из ветвей гастродуоденальной артерии (ГДА) и аневризмы селезеночной артерии у 3 (4%) больных.

При анализе причин осложнений, оказалось, что в основном они возникли после ПДР у больных с рыхлой структурой ткани поджелудочной железы.

Кровотечения в послеоперационном периоде возникли из ветвей ГДА в просвет анастомозированной кишечной петли, что были обусловлены деформацией артерий вследствие хронического воспаления и образованием псевдоаневрризм. У 2 больных кровотечение было остановлено эндоваскулярной эмболизацией ГДА. Один больной оперирован повторно, у него произведено прошивание кровоточащих сосудов, однако в послеоперационном периоде наступил летальный исход.

Среди больных второй группы осложнений в послеоперационном периоде не выявлено.

Выводы: 1. применение интрапаренхиматозной резекции поджелудочной железы дает меньше осложнений по сравнению с гастропанкреатодуоденальной резекцией;

2. применение в осложненных случаях хронического панкреатита герметизации свободным концом кишечной петли не сопровождается возникновением несостоятельности панкреатокишечного анастомоза и возникновением осложнений.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Лядов К.В., Лядов В.К., Коваленко З.А., Кочатков А.В., Козырин И.А.
ФГАУ "Лечебно-реабилитационный центр" Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Лапароскопическая хирургия в настоящее время находит все большее применение в абдоминальной онкологии. В тоже время целесообразность и безопасность выполнения эндовидеохирургических радикальных резекционных вмешательств при злокачественных новообразованиях периампулярной зоны остаются дискутабельными. Представляем анализ первого опыта лапароскопических панкреатодуоденальных резекций (ЛапПДР).

Материалы и методы. В период с ноября 2014 по май 2015 гг. в отделении онкологии хирургического профиля ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» МЗ РФ выполнено 10 лапароскопических гастропанкреатодуоденальных резекций. Средний возраст пациентов - 61 год (60-78); мужчин было 4, женщин - 6. Показанием к операции во всех случаях служили злокачественные новообразования периампулярной зоны.

Результаты. Средняя продолжительность операции составила 392 мин. (385-525), с кровопотерей 220 мл (100-600). Осложнения 3б-4 класса по шкале Dindo-Clavien отмечены у 3 пациентов, в 1-м случае выполнена релапаротомия по поводу внутрибрюшного кровотечения. 1 летальный исход был связан с поздним аррозионным внутрипросветным кровотечением из зоны панкреатоэнтроанастомоза. Средний послеоперационного койко-день – 11,6 (8-21) с 1 повторной госпитализацией.

Выводы. Наш начальный опыт лапароскопических панкреатодуоденальных резекций свидетельствует об их безопасности. Лапароскопический доступ в совокупности с применением стандартизированного послеоперационного Fast-Track протокола обеспечивает оптимизацию послеоперационной реабилитации.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАКА ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Максимкулов Ж.М., Джураев М.Д.
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Изучение литературных данных свидетельствует о неудовлетворительном результате хирургического лечения рака внепеченочных желчных протоков (ВПЖП), что в основном связано со сложностью выполнения хирургического лечения, которое обусловлено расположением этих органов в тесном труднодоступном пространстве и их интимной взаимосвязанностью.

Цель исследование: повышение эффективности хирургического лечения с использованием поэтапной, комбинированной резекции при раке ВПЖП.

Материалы и методы. За период с 2006 по I-кв. 2015 гг. на стационарном лечении находились 38 больных с опухолевым поражением ВПЖП.

В большинстве случаев первым симптомом заболевания были признаки МЖ и это осложнение наблюдали у всех больных. Из них у 32 (84,2%) больных на первом этапе лечения была выполнена чрескожная, чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). После декомпрессии желчных путей и улучшения общего состояния на втором этапе лечения у 12 (37,5%) больных произведена радикальная операция. Из них 4 больным с опухолевым процессом общего печеночного протока из-за местного распространения инфильтрации опухоли в зону бифуркации (Bismut–Carlette II), произведена резекция гепатикохоледоха с буфуркацией, холецистэктомия с последующим наложением бигепатикоеюноанастомоза. У 6 больных с опухолевым процессом общего желчного протока с распространением на пузырный и общий печеночный проток произведена резекция гепатикохоледоха и холецистэктомия с наложением гепатикоеюноанастомоза. Еще 2 больным с небольшим опухолевым процессом дистальной части общего печеночногопротока протяженностью до 2 см., произведена резекция зоны слияния пузырного протока с гепатикохоледохом. На реконструктивном этапе был сформирован билио-билиоанастомоз конец-в-конец.

Опухолевый процесс после ЧЧХС оказался нерезектабильным в результате прорастания в магистральные сосуды и сегментарные протоки у 20 (62,5%) 32 больных. Среди них только 2 больным удалось установить эндопротез в гепатикохоледох

через холангиостомический канал и у 6 - низведение дистальной части катетера через стриктуры опухоли. У остальных 12 больных холангиостомический катетер сохранен для отведения желчи наружу.

Из 38 больных у 6 (16,6%) с дистальным блоком общего желчного протока из-за нерезектабельности процесса, был сформирован гепатикоеюноанастомоз как без наложения ЧЧХС.

Непосредственные результаты после ЧЧХС изучены у всех больных, из них у 11 (28,9%) из 38 больных наблюдались различные осложнения в виде печеночной недостаточности, холангита, миграции катетера, гемобилия и желчеистечения. Послеоперационная летальность была 6,2% (2 случая от печеночной недостаточности и желчного перитонита). Отдаленные результаты были изучены у 11 больных, из них прожили более одного года - 7 (63,6%), более трех лет - 4 (36,4%).

Заключение. Поэтапный комбинированный хирургический метод лечения при раке ВПЖП является методам выбора, который позволил выполнить радикальное хирургическое лечение при раке ВПЖП является методам выбора.

ДИАГНОСТИКА И МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Гулахмадов А.Д., Нуров З.Х.
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: изучить эффективность ультразвуковой сонографии в диагностике и лечении жидкостных скоплений околопеченочного пространства после резекции печени.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клинике произведено 42 расширенных резекций печени при очаговых заболеваниях. Мужчин было 26 (61,9%), женщин - 16 (38,1%). Возраст пациентов составил от 18 до 54 лет. Послеоперационное скопление жидкости в околопеченочном пространстве отмечено у 13 (30,9%) пациентов после анатомических резекций печени на 2-3 сутки послеоперационного периода.

Результаты. После резекции печени среди специфических послеоперационных осложнений превалировало в основном скопление жидкости в под- и надпеченочном пространствах. Так, с помощью ультразвуковой диагностики на 3-5-8-е сутки после резекции печени, мы выявили наличие жидкостных скоплений и в зависимости от размера последних подбирали дальнейшую тактику. В 4 (30,8%) случаях при скоплении жидкости до 30 мм в диаметре, не сопровождающейся высокой температурной реакцией, через 2-3 дня повторяли ультразвуковой мониторинг. В 5 (38,5%) случаях размеры жидкостного скопления сохранялись, из них по данным динамического УЗИ отмечали случаи (n=3) их увеличения с появлением субфебрилитета. При этом прибегали к моделированию страховочных дренажей или/и диагностической тонкоигольной пункции под контролем УЗИ. Эта же методика являлась лечебной в 2 случаях небольшого объема жидкостного скопления (до 5-6 $см^3$). В 3 (23,1%) случаях при УЗИ выявили отсутствие тенденции к уменьшению размеров неинфицированного скопления после пункции и моделирования страховочных дренажей. При этом производили его контролируемые санации и дренирование. У 5 (38,5%) пациентов при выявлении в результате УЗИ жидкостного скопления диаметром более 7 см сразу же после диагностической тонкоигольной пункции выполняли дренирование. Дренажи удаляли по прекращению поступления отделяемого на 3-4 сутки. Осложнений, связанных с выполнением пункции и дренирования брюшной полости под УЗ-контролем не было.

Заключение. Учитывая преимущества УЗИ перед другими методами исследования (неинвазивность, выполнение под местной анестезией, достаточная простота и высокая эффективность), считаем, что оно должно являться методом выбора в своевременной диагностике, профилактике и лечении ограниченных гнойно-воспалительных осложнений после резекции печени.

РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Нуров З.Х., Восиев А.С., Холов К.Р.
Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения кист поджелудочной железы применением миниинвазивных технологий.

Материалы и методы. За период 2011-2015 гг. в клинике хирургических болезней №1 на базе Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе были выполнены пункции и дренирование 14 панкреатических ложных кист, развившихся на фоне панкреатита, с локализацией в головке (n=4), теле (n=3) и хвосте (n=7) поджелудочной железы. Среди них мужчин было 12 (85,7%), женщин – 2 (14,3%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 29 до 78 лет. Диагноз был поставлен на основании клинических и лабораторных данных, УЗИ, КТ и МРТ.

Результаты. Целенаправленные одномоментные пункции кист поджелудочной железы и аспирацию их содержимого проводили при помощи игл 18G, а дренирование кист с использованием стилет-троакара и пункционного адаптера с введением дренажных трубок в полость кисты - под динамическим контролем УЗИ (Aloka 500, конвексный датчик 3.5 МГц). В зависимости от размера кисты разделены на три группы: киста менее 5 см (n=6), от 5 до 7 см (n=7), киста более 7 см (n=1).

После первой пункции киста была полностью ликвидирована у 11 (78,6%) пациентов, после второй пункции - у 3 (21,4%). Стойкое уменьшение размеров кисты и купирование клинических проявлений было достигнуто у 13 (92,8%) больных. У 1 пациента с кистой более 7 см продолжительность лечения составила 11 дней. При этом у этого пациента удалось достичь купирования основных клинических проявлений, в том числе картину механической желтухи и стойкого уменьшения размера кисты. При чрескожном дренировании кисты под контролем УЗИ проводили промывание ее полости растворами антисептика Декасана дважды в сутки.

Всем больным проводили цитологическое и бактериологическое исследование эвакуированной из полости кисты жидкости и уровня содержания в ней амилазы. При цитологическом исследовании в ряде случаев найдены нейтрофилы, эритроциты, лейкоциты, макрофаги, эпителиальные клетки. Цитологическое исследование, в некоторой степени, позволяет проводить дифференциальный диагноз с кистозными образованиями поджелудочной железы опухолевой этиологии. Среднее пребывание больных в стационаре составило 7,3 дней. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде не отмечено.

Заключение. Лечебные пункции панкреатических кист на фоне панкреатита и чрескожное наружное их дренирование под контролем УЗИ, осуществленные точно с соблюдением показаний, являются малотравматичным способом лечения и решают в большинстве случаев терапевтическую проблему и предотвращают травматичное оперативное вмешательство. Эффективность этого способа лечения сопоставима с традиционными методами, однако, процент осложнений и летальности значительно меньше.

ВЫБОР РЕЗЕКЦИОННОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Меджидов Р.Т., Курбанов Б.М., Абдуллаева А.З., Магомедов Н.Н., Магомедов М.М., Магомедов Р.З.
Клиника общей хирургии и лучевой диагностики ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, Махачкала, Россия

Основными методами лечения очаговых поражений печени являются резекция и трансплантация печени. Данные вмешательства возможны при наличии подготовленных хирургов-гепатологов, обеспечении операционной высокими резекционными технологиями и организации адекватной интенсивной терапии. В последние годы, в хирургической гепатологии апробируются такие высокотехнологичные методики, как: ультразвуковые диссекторы и деструкторы-аспираторы, система микроволновой абляции Valleylab, система гемостаза LigaSure, плазменный и лазерные скальпели, и др.

Предпринято проспективное исследование, позволяющее сравнить результаты использования различных резекционных технологий при прове-

дении радикальных оперативных вмешательствах на печени по поводу ее очаговых поражений.

Материалы и методы. За последние 3 года нами выполнено 86 резекций печени по поводу очаговых ее поражений. Опухолевый процесс имелся в 49 (57,0%). Из них гепатоцеллюлярная карцинома отмечена в 6 (12,3%) случаях, холангиоцеллюлярная карцинома с гелюсной локализацией – в 4 (8,0%), кавернозная гемангиома в 12 (24,6%), метастатический рак печени в 27 (55,1%) наблюдениях. В остальных 37 (43,0%) случаях имелся эхинококкоз печени.

Правосторонняя гемигепатэктомия выполнена в 2 (2,3%) наблюдениях, левосторонняя в 27 (31,4%). Атипичные резекции в 54 (62,9%), щадящая хиатальная резекция печени в 3 (3,4%).

В зависимости от использованной резекционной технологии все пациенты распределены на две группы. Основная группа (42 пациента), где при резекции печени были использованы электрохирургический нож (для рассечения глиссоновой капсулы), ультразвуковой деструктор-аспиратор (для вопаризации паренхимы печени) и ультразвуковой диссектор (для пересечения интрапаренхиматозных трубчатых структур). Контрольная группа (44 пациента), где при резекции были исследованы электрохирургический нож, механическое разрушение паренхимы печени по линии резекции и LigaSure.

Для оценки послеоперационных осложнений применяли классификацию по Dindo-Clavien. Осложнения оценивали в течение 60 дней после операции.

Результаты. В основной группе больных медиана кровопотери составила 125 (100:150) мл, в контрольной 200 (150:250) мл ($p<0,05$). Уменьшение кровопотери при использовании ультразвуковой резекционной технологии существеннее, чем при применении других технологий. Послеоперационные осложнения развились у 38,3 % пациентов. Осложнения 1-й и 2-й степени наблюдали в 59% наблюдений: в основной группе в 7 случаях, в контрольной - в 12. Желчный свищ отмечен у 2 пациентов контрольной группы. Осложнения 3-й и 4-й степени наблюдали у 6 пациентов: в основной - у 2, в контрольной - у 4 больных. Летальных исходов в анализируемой выборке не было. Медиана послеоперационного койко-дня в основной группе составила 14 (11:17) дней, в контрольной – 16 (13:21).

Заключение. Представленные результаты демонстрируют преимущества применения ультразвуковой резекционной технологии при резекции печени.

КАК ИЗБЕЖАТЬ РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ФИСТУЛЫ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Гасанов А.Г., Абдуллаева А.З., Магомедов М.М., Хабибулаева З.Р.
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России, Махачкала, Россия.

Фатальными местными послеоперационными осложнениями после ПДР являются послеоперационный панкреатит, несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза, при которых, нередко, формируется панкреатическая фистула. Для ликвидации последней зачастую выполняются повторные операции и во многих случаях прибегают к удалению оставшейся ткани поджелудочной железы.

Цель исследования: оценить эффективность формирования билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах в профилактике панкреатической фистулы.

Материалы и методы. Подвергнуты анализу результаты применения резекционных технологий у 142 больных с патологией поджелудочной железы (ПЖ). Опухолевый процесс имелся у 125 (88,1%) пациентов: периампулярный рак – 118 (94,4%), рак тела ПЖ – 4 (3,2%), рак хвоста ПЖ – 3 (2,4%). Кистозные образования ПЖ диагностированы у 8 (5,8%) пациентов: непаразитарные кистозные образования – у 5, эхинококковая киста – у 3. Хронический панкреатит с преимущественным поражением головки ПЖ – у 9 (6,3%). Гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) выполнена 131 (92.3%) пациенту, центральная резекция ПЖ – 4 (2,8%) пациентам, дистальная резекция ПЖ – 7 (4,9%) больным. Все пациенты, в зависимости от варианта завершения реконструктивно-восстановительного этапа, были распределены на две группы: основная группа (48 пациентов), которым билио- и панкреатодигестивные анастомозы были формированы на «каркасных» дренажах и контрольная (82 пациента), которым вышеуказанная методика не была использована.

Результаты. Медиана длительности операции ГПДР в группах сравнения достоверно не отличались. Интраоперационные осложнения в контрольной группе больных отмечены в 2 раза чаще, чем в основной; послеоперационный панкреатит развился почти в 5 раз чаще; несостоятельность панкреатоеюноанастомоза в 4 раза чаще; аррозивные кровотечения – в 3 раза чаще. Сроки госпитализации больных в основной группе были

значительно меньше, чем в контрольной (x2+0,350; df=1; p=0,551); общая летальность в основной группе больных -0; в контрольной -8,9%.

Заключение. Формирование билио- и панкреатодигестивных анастомозов на управляемых «каркасных» дренажах предупреждает развитие опасных для жизни пациентов осложнений и сводной летальности после ГПДР до нуля.

АНТЕГРАДНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Ким П.П., Недолужко И.Ю.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Цель исследования: определить показания и оценить эффективность антеградного доступа у пациентов с нерасширенными желчными протоками.

Материалы и методы. Необходимость антеградного доступа при несширенных желчных протоках возникла 13 у пациентов, которые были разделенвы на 5 групп. 1 группа (n=3) – пациенты с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза (БДА) в раннем послеоперационном периоде при неадекватном дренировании зоны несостоятельности анастомоза; 2 группа (n=5) – больные с посттравматическими наружными и внутренними желчными свищами, осложненными хроническим рецидивирующим холангитом; 3 группа (n=3) – пациенты с механической желтухой и холангитом на фоне первичного и вторичного склерозирующих холангитов при отсутствии возможности ретроградной декомпрессии; 4 группа (n=1) – интермиттирующая желтуха при наличии вентильного камня гепатикохоледоха после резекции желудка по Бильрот–II; 5 группа (n=1) – необходимость прямой холангиографии для верификации диагноза при недостаточной информативности МР-холангиографии.

Результаты. Антеградный доступ удалось осуществить в 100% случаев. В 1-ой группе пациентов выполнение наружного и наружно-внутреннего дренирования способствовало закрытию несостоятельности и свища. Во 2-ой группе чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) позволила подготовить пациентов к последующему реконструктивному вмешательству. В 3-ей группе наружное дренирование желчных протоков группе было единственным методом уменьшения выраженности желтухи и холангита. При холедохолитиазе и отключенной двенадцатиперстной кишке холедохолитоэкстракция стала возможной в результате выполнения методики «рандеву». При недостаточной информативности МРХГ прямая холангиография позволила исключить наличие стриктуры и конкрементов.

Выводы. Антеградный доступ для декомпрессии желчных протоков может быть осуществлен даже при отсутствии их значительного расширения; это позволяет подготовить больных к следующему этапу хирургического лечения в более благоприятных условиях. В случаях ранней несостоятельности БДА и отсутствии адекватного дренирования зоны несостоятельности наружно-внутреннеечреспеченочное дренирование уменьшает риск развития септических осложнений и сокращает сроки закрытия желчного свища.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПОРТОЭМБОЛИЗАЦИЙ С ДЕКОМПРЕССИЕЙ И БЕЗ ДЕКОМПРЕССИИ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Мелехина О.В., Черная Н.Р., Ким П.П., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Кулезнева Ю.В.
ГБУЗ Московский клинический научный центр, Москва, Россия

Цель исследования: оценить эффективность эмболизации ветвей правой воротной вены у пациентов с декомпрессией и без декомпрессии желчных протоков правой доли печени.

Материалы и методы. Эмболизация ветвей правой воротной вены в качестве предоперационной подготовки выполнена 12 пациентам: с опухолью Клацкина (тип IIIA по Bismuth-Corlete) – 9 пациентам, с раком желчного пузыря (III стадии) – 2, с метастазами колоректального рака в правую долю печени – 1 больному. Объем левой доли до портоэмболизации составлял от 20 до 33% паренхимы печени, при этом у 3 пациентов с опухолью Клацкина билиарное дренирование, удаляемой впоследствии правой доли печени не выполняли. Во всех случаях использовали ипсилатеральный-транспеченочный доступ под УЗ-контролем.

Результаты. Всем 3 пациентам без дрениро-

вания протоков правой доли через 14 дней после портоэмболизации выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией внепеченочных желчных протоков; у них отмечено увеличение левой доли на 60-150%. У 2 пациентов с опухолью Клацкина и 1 с раком желчного пузыря отмечена прогрессия заболевания, не позволившая выполнить радикальную операцию. Из 6 пациентов с билиарной декомпрессией правой доли достаточной гипертрофии левой доли не достигнуто – у 2, прирост левой доли до 45% достигнут только за 30-35 дней у 4 других.

Выводы. Первый опыт портоэмболизации без предварительного дренирования желчных протоков удаляемой доли печени дает основания предполагать возможность достижения большей гипертрофии планируемого остатка печени в более короткие сроки.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КИСТАМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Мустафин А.Х., Салимгареев И.З., Грицаенко А.И., Пантелеев В.С.
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных с кистозными поражениями органов брюшной полости с использованием лапароскопических методов лечения.

Материалы и методы. За последние три года пролечено 48 пациентов с кистами органами брюшной полости. По локализации кист больные разделены на две группы: 1-я группа – 38 (79,2%) больных с локализацией кист в печени, из них с локализацией в правой доле- 24 пациента, в левой доле - 7, сочетанные образования в обеих долях – 17 больных; 2-я группа – 10 (20,8%) пациентов с локализацией кист в селезенке. Диагностический алгоритм включал проведение комплексного ультразвукового исследования (включая дуплексное сканирование) исследования органов брюшной полости, компьютерную или магнитнорезонансную томографии, иммуноферментный анализ на паразитарные антитела. Установку лапароскопического оборудования и манипуляторов производили в стандартных точках. Показаниями к лапароскопическому вмешательству служили паразитарные кисты печени размерами от 5 см и более. Наиболее благоприятной являлась поверхностная локализация кист, что облегчало проведение хирургического лечения. При расположении кист в глубине паренхимы печени манипуляции дополняли эндоскопическим УЗИ.

Результаты. Основные этапы лечения непаразитарных кист состояли из пункции кисты, удаления содержимого и иссечение стенок с последующей деэпитализацией стенки кисты. Лапароскопическая эхинококкэктомия выполнена в 4 случаях: из правой доли печени - в 3 случаях, из левой доли – в 1. При лечении паразитарных кист важнейшим является соблюдение принципа апаразитарности. С этой целью проводится тщательная ревизия остаточных полостей, полное удаление зародышевых элементов и кутикулярной оболочки. Показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии были солитарные кисты диаметром более 60 мм, без признаков экзогенной пролиферации, у пациентов с впервые выявленным эхинококкозом печени. Большое внимание в выборе тактики лечения уделяли изучению топографии кист и их соотношению со смежными органами, для этих целей обязательно выполняли компьютерную томографию. При лапароскории брюшной полости определяли наиболее удобные точки для установки троакаров-фиксаторов. Дополнительно, для манипуляций в брюшной полости, вводили 5 мм троакар. Рану после удаления инструмента использовали для выведения наружного дренажа остаточной полости. Окончательно проводили гермицидную обработку, после аспирации глицерина обязательно проводили эндовидеоскопию остаточной полости для выявления сообщений кисты с желчными протоками и контроля гемостаза и желчеистечения. Во всех случаях лапароскопического удаления кист селезенки характер кист был непаразитарной этиологии. Летальных исходов не было. Внедрение лапароскопических цистэктомий позволило значительно сократить сроки реабилитации в послеоперационном периоде. Сроки госпитализации, по сравнению с лапаротомным доступом, были сокращены в среднем на 12 суток.

Выводы. Применение лапароскопических методов лечения становится методом выбора в лечении непаразитарных и паразитарных кист органов брюшной полости и является адекватной альтернативой традиционным открытым вмешательствам и позволяет сократить сроки госпитализации и реабилитации больных в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОЙ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Наврузов С.Н., Максимкулов Д.М., Жураев М.Д.
Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Данные литературы свидетельствуют о низкой эффективности проводимых лечений местнораспространенного (РЖП), что связано со сложностью хирургического вмешательства и низкой чувствительностью опухоли к специальным методам консервативной терапии. Особенности хирургического лечения связано с интимной взаимосвязанностью этих органов расположенные в небольшом труднодоступном пространстве.

Цель исследования: повышение эффективности хирургического лечения путем расширения показаний к применению поэтапной комбинированной резекции при местнораспространенных формах РЖП.

Материалы и методы. В период с 2006 по 2014 гг. на стационарном лечении был 51 больной РЖП. Мужчин было 29 (43,1%), женщин - 22 (56,9%). Диагноз был верифицирован морфологически у 46 (90,2%) больных. Клинически признаков механической желтухи (МЖ) не было у 31 (60,8%) больного, МЖ наблюдали у 20 (39,2%). Тактики хирургичекского лечения состоит из двух этапов: первый - чрескожной, чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС); второй - радикальное удаление опухоли с использованием комбинированного хирургического метода, включающий холецистэктомии, резекцию печени и резекцию внепеченочных желчных протоков с последующим восстановительным этапом.

Результаты. Радикальная операция была выполнена 21 больному при РЖП, из них, клиническое течение сопровождалась МЖ у 6 (28,6%) больных, явлений МЖ не было у 15 (71,4%). У больных с МЖ была использована поэтапная, комбинированная резекция: ЧЧХС, бисегментэктомия печени с холецистэктомией и резекция гепатикохоледоха – у 4, холецистэктомия с трисегментэктомией печени, резекция гепатикохоледоха с бифуркацией желчных протоков – у 2. У больных РЖП, неосложненным МЖ, комбинированная резекция произведена в следующем варианте: бисегментэктомия – у 9, парамедианная билобэктомия с холецистэктомией – у 6. В результате расширения показаний к хирургическому лечению местнораспространенного РЖП радикальную операцию удалась произвести у 21 (41,2%) из 51 больного. Остальным 30 больным произведены различные паллиативные операции и симптоматическое лечение. Изучены отдаленные результаты у 20 больных перенесших радикальную операцию, из них более одного года прожили 18 (85,7%), более трех лет - 9 (42,9%) и более 5 лет – 7 (33,3%) больных.

Выводы. 1. Расширение показаний к комбинированному хирургическому лечению при местнораспространенной форме РЖП говорит о целесообразности применения данного метода, который обеспечивает радикальное удаление опухоли у 41,2% больных.

2. Радикальная операция увеличивает продолжительность жизни до одного года у 85,7% больных при местнораспространенной форме РЖП, до трех и пяти лет 41,2% и 33,3% соответственно.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОКСИМАЛЬНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В.Вахидова»
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного лечения больных с опухолямит проксимальных желчных протоков (ОПЖП) путем выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

Материалы и методы: Мы располагаем опытом хирургического лечения 151 больного с опухолями внепеченочных желчных протоков проксимальной локализации, оперированных за период с 1997 по 2014 гг. Из них 86 (56,9 %) женщин, 65 (43,1%) мужчин.

Результаты и обсуждения: Для характеристики ОПЖП мы пользовались классификацией, предложенной Bismuth-Corlette (1975г). По этой классификации тип I опухоли наблюдался у 19 больных (12,5%), тип II – у 25 (16,5 %), тип IIIa – у 16 (10,5%),

тип IIIb – у 28 (18,5 %) и IV тип диагностирован у 63 пациентов (41,7 %).

Ведущим проявлением заболевания является безболевая обструктивная желтуха, которая наблюдалась у 100% больных. Уровень билирубинемии колебался от 35,6 до 770 мкмоль/л. Больные обращались к нам в сроки от 7 до 42 дней с момента появления желтухи.

Диагностика ОПЖП наряду с общеклиническими методами включала также специальные инструментальные методы исследования: ультразвуковую сонографию (151), спиральную компьютерную томографию (38), эндоскопическую ретроградную холангиографию (94), чрескожную чреспеченочную холангиографию (89), двойное прямое контрастирование желчных протоков (16), ультразвуковую допплерографию сосудов печени (19), радиоизотопную гепатосцинтиграфию (9).

90 (59,6%) больным была выполнена чрескожно-чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) как предоперационный этап к радикальной операции или окончательный метод хирургического лечения.

Паллиативные оперативные вмешательства были выполнены у 119 (78,8%) больных с ОПЖП, при этом реканализация опухоли с наружным дренированием желчных протоков произведена в 79 случаях, ЧЧХС – в 32, из них у 21 больного выполнено наружно-внутреннее дренирование и у 11 – эндопротезирование опухолевой стриктуры. У 8 больных операция закончилась эксплоративной лапаротомией в связи с генерализацией процесса.

Радикальные и условно-радикальные хирургические вмешательства при ОПЖП выполнены у 32 (19,8%) больных. Из них у 20 диагностирован I тип и у 12 больных выявлен II тип опухоли по классификации Bismuth–Corlett.

Холецистэктомия, резекция гепатикохоледоха вместе с опухолью и наложением гепатикоеюностомии выполнено у 20 (62%) больных. Холецистэктомия, резекция печени, наложение бигепатикоеюноанастомоза - у 12 (38%) больных.

В результате применения предложенной тактики нами удалось снизить послеоперационную летальность с 34,1% (1997-2002гг) до 10,2% (2003-2014гг).

Выводы: Таким образом, больным с ОПЖП необходимо применение дифференцированного 2-х этапного хирургического лечения, что позволяет части больным произвести радикальные оперативные вмешательства, несмотря на исходное тяжелое состояние больных. При диагностике нерезектабельной ОПЖП и неоперабельном состоянии больных методом выбора следует считать ЧЧХС, при возможности с применением наружно-внутреннего дренирования, либо эндопротезирования.

ЧРЕСКОЖНЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Осумбеков Р.Б.
Ошская межобластная объединенная клиническая больница, Ош, Киргизия

Наряду с повсеместным увеличением количества больных с желчекаменной болезнью, отмечается рост числа больных с острым холециститом с преобладанием среди них лиц пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими патологиями. Тяжелые сопутствующие заболевания, высокая степень операционно-анестезиологического риска, значительная летальность и осложнения после экстренных и срочных операций обусловили нами применение щадящих чрескожных малоинвазивных вмешательств у данной категории больных.

Материалы и методы. 48 больным с острым калькулезным холециститом с тяжелыми сопутствующими заболеваниями применена чрескожная чреспеченочная декомпрессия желчного пузыря под контролем ультразвукового исследования. Мужчин было 17 (35,4%), женщин – 31 (64,6%), возраст варьировал в пределах от 37 до 92 лет. Были выявлены следующие сопутствующие заболевания: КБС, атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия – в 18 случаях, КБС, постинфарктный кардиосклероз, СНФК 2-3 – в 12 случаях, ревматизм, ревматический сочетанный митральный и аортальный порок - у 4 больных, острые нарушения мозгового кровообращения - в 7 случаях, хронические неспецифические заболевания легких, ДН 2-3 - у 7 больных.

Все больные были госпитализированы в экстренном порядке, из них через 24-48 часов от момента заболевания - 18, остальные позже 48 часов от момента заболевания в тяжелом и средней тяжести состоянии. Несмотря на усиленную консервативную терапию, у данной категории больных

купировать болевой приступ и интоксикацию не удалось.

Результаты. Учитывая отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний, была произведена чрескожная чреспеченочная декомпрессия желчного пузыря под контролем УЗИ через 12-48 часов от момента поступления больных в стационар. В 8 случаях, учитывая сильный кашель, наличие асцита, во избежания дислокации катетера произведена многократная чрескожная чреспеченочная пункция желчного пузыря с эвакуацией содержимого, промыванием антисептическими растворами и ведением антибиотиков. 3-х кратная пункция произведена в 3 случаях, 2-х кратная пункция желчного пузыря – в 5. Остальным больным произведено чрескожное чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧДЖП) под контролем УЗИ, через данный дренаж желчный пузырь ежедневно промывали антисептическими растворами и ведением антибиотиков. Длительность нахождения дренажей варьировала в пределах от 4 до 8 суток. Больные после ЧЧДЖП отмечали прекращение болей, клиника интоксикации также постепенно уменьшалась. В последующем при контрольных УЗИ содержимое желчного пузыря становилось гомогенным, исчезла отечность стенок, желчь становилось прозрачным, после чего дренажные трубки удаляли. Контрольные УЗИ проводили через 2-3 дня после удаления дренажей. Все больные, учитывая тяжелые сопутствующие заболевания, в последующем выписаны без оперативного лечения. Осложнений, связанных с чрескожными пункциями и дренированиями желчного пузыря не было.

Заключение. Чрескожная чреспеченочная малоинвазивная декомпрессия желчного пузыря под контролем УЗИ при остром калькулезном холецистите у больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и высоким операционно-анестезиологическим риском является эффективным методом лечения.

ВРЕМЕННОЕ НАРУЖНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ ДЛЯ ВНУТРИКИШЕЧНОГО ОТВЕДЕНИЯ ЖЕЛЧИ ИЗ ПЕЧЕНИ ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Пантелеев В.С., Абдеев Р.Р., Нартайлаков М.А., Мустафин А.Х.
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, Уфа, Россия
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия

Цель исследования: разработка и внедрение способа формирования временного шунта для пассажа желчи из печени в тощую кишку на период между дренирующим и реконструктивным этапами оперативных вмешательств при ятрогенных повреждениях наружных желчевыводящих протоков.

Материал и методы. Было пролечено 9 пациентов с ятрогенными повреждениями гепатикохоледоха, осложненными холангитом и перитонитом. Методика операции заключалась в следующем. После релапаротомии выполняли дренирование культи гепатикохоледоха с использованием «Т-образного» трубчатого дренажа, один конец короткого плеча которого устанавливался в левый долевой, а другой конец - в правый долевой протоки. Длинное же плечо дренажа выводили на переднюю брюшную стенку. Затем формировалась подвесная энтеростома путем мобилизации изолированного участка (80,0 см) начального отдела тощей кишки, который фиксировался к внутренней стороне брюшной стенки и дренировался с применением «Т-образного» трубчатого дренажа, длинное плечо которого выводилось на переднюю брюшную стенку. После операции оба конца выведенных наружу дренажей соединялись между собой посредством временного наружного шунта, через который желчь поступала из печени в тощую кишку. По истечении 3-4 месяцев после проведения шунтирующей операции проводился второй (реконструктивный) этап хирургического лечения – гепатикоеюностомия.

Результаты. Из 9 прооперированных больных к кратковременному разъединению шунта в связи с непродолжительными явлениями холангита прибегли у 2 пациентов. У 1 отмечали частичную несостоятельность гепатикоеюноанастомоза, ликвидировать которую удалось консервативно. В отдаленном послеоперационном периоде у 1 пациента отмечали механическую желтуху, причиной которой стало частичное рубцевание гепатикоеюноанастомоза.

Заключение. Разработанный способ позволил решить проблему ежедневного перорального приема собственной желчи. Длительное нахождение «Т-образного» дренажа в культе гепатикохоледоха вызывает продуктивное воспаление, что приводит к уплотнению его стенок и расширению просвета, а это в свою очередь позволяет формировать

широкий и надежный гепатикоеюноанастомоз без использования каркасных транспеченочных дренажей. Мобилизованный участок тощей кишки, применяемый на первом этапе хирургического вмешательства в качестве подвесной энтеростомы, на втором этапе операции используется уже для создания билиодигестивного анастомоза. Это обстоятельство позволяет: во-первых, сократить время операции на втором этапе; во-вторых, манипулировать в одной отграниченной спайками анатомической зоне брюшной полости (подпеченочное пространство), а значит предотвратить развитие распространенного перитонита в случае несостоятельности анастомоза.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Пышкин С.А., Пирогова И.Ю., Губина И.А.
Городской центр хирургии печени и поджелудочной железы, Челябинск, Россия
МБУЗ Городская клиническая больница № 8, Челябинск, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России Челябинск, Россия

Лечение цирроза печени (ЦП), осложненного кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) и печеночной комой – трудная задача. Лишь комплексное лечение (остановка кровотечения, его профилактика) и улучшение функции печени различными способами, может оказаться эффективным.

Представляем *клинического наблюдения* отдаленного результата комплексного лечения ЦП, осложненного кровотечением и печеночной недостаточностью.

Пациент Ш., 28 лет, впервые поступил в 1998 году с кровотечением из ВРВП на фоне цирроза печени смешанно генеза (HBV + алкогольный). При поступлении состояние тяжелое: геморрагический шок, печеночная недостаточность, энцефалопатия. По данным УЗИ: гепатоспленомегалия, асцит. Лабораторные показатели: анемия средней степени тяжести, тромбоцитопения, гипербилирубинемия до 4 норм, синдром цитолиза, холестаза. Был установлен зонд Блекмора, начата гемостатическая терапия, комплексная терапия печеночной недостаточности. Однако использование зонда было малоэффективно, кровотечение рецидивировало, и через 5 часов после поступления больной оперирован.

Выполнена операция Пациоры и биопсия печени. На операции: в брюшной полости асцитическая жидкость, печень увеличена, плотная, бугристая (узлы-регенераты), спленомегалия, выраженное расширение вен малого и большого сальников, желудочно-селезеночной связки. Подтверждено наличие активного цирроза печени алкогольной и вирусной этиологии. В раннем послеоперационном периоде развилась печеночная кома с нарастанием билирубина, гиперферментемией, снижением показателей синтетической функции печени и гемостаза. Клинически: нестабильная гемодинамика, признаки дыхательной недостаточности, отека мозга. Через 4 дня больной был выведен из комы, на 20-й день после операции выписан на амбулаторное лечение.

Через 7 месяцев (декабрь 1998 г.) - рецидив кровотечения из ВРВП, остановлено консервативно. В марте 1999 г. проведена операция: наложение дистального спленоренального анастомоза. Осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде не было. По данным УЗИ после неоднократных оперативных вмешательств селезенка уменьшилась в размерах, функция анастомоза хорошая. Рецидивов кровотечений не было.

Для стимуляции регенераторных процессов в печени в 2000, 2001, 2001 гг. были проведены трансплантации фетальных тканей (ТФТ). ТФТ выполняли по разработанной методике. Каких-либо местных и общих осложнений после процедур не наблюдали. При контрольном обследовании через 6 и 12 месяцев отмечена положительная динамика по клиническим и лабораторным данным. На фоне проведения ТФТ получена стойкая компенсация цирроза печени, признаков портальной гипертензии не выявлено, рецидивов кровотечения не было.

Больной социально адаптирован, женат, в 2003 г. родилась дочь.

По данным обследований в 2013-2014г.г. остается умеренный астенический синдром. Других клинических, лабораторных, инструментальных данных за нарушение синтетической функции печени, портальной гипертензии нет.

Выводы. Представленное клинический наблюдение сроком более 15 лет иллюстрирует эффективность комплексного лечения (терапевтического и хирургического) портальной гипертензии, включающей и стимуляцию регенерации, как важный механизм саногенеза.

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Для определения оптимальной тактики лечения острго панкреатита большое значение имеет определение степени поражения поджелудочной железы и окружающих тканей. В этом отношении, без сомнения, наиболее информативным методом исследования является лапароскопия.

За период с 2011 по 2014 гг. в РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит госпитализировано 1321 больной, консервативное лечение было применено 902 (68,3%) больным, оперировано 409 (31,7%) больных, из них лапароскопическим способом 113 (27,6%) больных. При этом отечная форма выявлена у 8 (6,2%), жировой очаговый панкреонекроз верифицирован у 64 (56,6%) пациентов и геморрагический панкреонекроз у 42 (37,1%) больных.

Большое значение в определении тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) отводится степени распространенности процесса, наличию и тяжести внеорганных осложнений, как системных, так и парапанкреатических, клетчаточных и внутрибрюшных. Распределение больных по степени распространенности панкреонекроза показало, что очаговое поражение определено у 29 (25,6%) из 113 пациентов, субтотальное поражение верифицировано у 61 (53,9%) больных, тотальное поражение выявлено у 23 (20,3%) больного. По распространенности перитонита при деструктивной форме течения больные распределились следующим образом: местный перитонит (жидкость в сальниковой сумке) – 10 (8,8%) пациентов; диффузный перитонит – 47 (41,5%); разлитой перитонит – 15 (13,3%); всего доля этого осложнения составила 63,7% (72 пациентов), без перитонита на фоне деструктивного панкреатита пролечено 41(36,3%) больных.

Произведены следующие лапароскопические вмешательства: лапароскопическая санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – 15 (13,3%); лапароскопическая холецистэктомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 45 (39,8%); лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 53 (46,9%).

По поводу продолжающегося панкреонекроза после лапароскопических вмешательств повторно оперированы лапаротомным доступом 7 (6,2%) больных. Из 113 оперированных лапароскопическим способом больных умерло 3 (2,6%) больных.

Заключение. Лапароскопические вмешательства имеют большие преимущества даже в случаях наличия множественных жидкостных образований в забрюшинном пространстве и брюшной полости. В то же время считаем, ошибочно преувеличивать значимость лапароскопических операций, в качестве основного метода лечения больных панкреонекрозом. Для достижения положительного результата лечения, в случае их неэффективности, следует своевременно склоняться в пользу традиционного вмешательства.

ТЕРМОМЕТРИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Подтаев С.Ю., Осокин А.С., Сидоренко А.Ю.
ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, Россия

Актуальность. Оценка эффективности комплексного лечения острого панкреатита остаётся актуальной проблемой современной хирургии. Уровень общей и послеоперационной летальности, особенно у больных с тяжелыми фоновыми заболеваниями, достигает 24%. Среди причин летальности одно из ведущих мест занимает эндотоксический шок, прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне абдоминального сепсиса, и поздняя диагностика гнойно-септических парапанкреатических осложнений.

Цель исследования: применение термометрии высокого разрешения и wavelet-анализа в диагностике и комплексном хирургическом лечении острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов обследования и лечения 1830 больных острым панкреатитом. Все больные поступили со сроками давности заболевания от 2 часов до 7 суток. При первичном ультразвуковом исследовании интерстициальный (отечный) панкреатит выявлен у 1458 больных (79,67%), острый деструктивный панкреатит - у 276 больных (15,08%). Ультразвуковых признаков патологии поджелудочной железы не

обнаружено у 96 (5,24%) человек. С целью выявления особенностей эндотелиальной дисфункции и региональной гемодинамики больным проведена накожная термометрия высокого разрешения. У 107 (5,84%) больных проведено дуплексное сканирование сосудов чревного ствола и его ветвей. Пункции и дренирования брюшной полости под УЗ-контролем выполнены у 43 (2,35%) больных, из них у 25 (1,37%) больных проведено интраоперационное ультразвуковое исследование Оценка тяжести состояния пациентов проводилась по шкале SAPS. Ультразвуковые исследования выполнены у 1630 больных в динамике от 2 до 9 раз. Метаболическую и озонотерапию в периоперационном периоде получали 67 больных из этой группы.

Результаты. Анализ результатов дуплексного сканирования у 67 больных, получавших метаболическую и комбинированную озонотерапию, позволил установить, что при панкреонекрозе в фазе токсемии увеличивается скорость кровотока во всех сосудах системы чревного ствола, в верхней брыжеечной артерии и в системе воротной вены в среднем в 1,5 раза и более.

Заключение. Применение накожной термометрии высокого разрешения в сочетании с тепловой пробой позволяет оценить в динамике степень тяжести эндотелиальной дисфункции и нарушение микроциркуляции при остром панкреатите, а также эффективность проводимой комплексной терапии.

Работа выполняется при поддержке гранта Российского научного фонда 14-15-00809.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИПРОТОКОВОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХОЛАНГИОКАРЦИНОМАХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Седаков И.Е.[1], Ищенко Р.В.[2], Семикоз Н.Г.[1], Кожемякина Л.Ф.[2], Жильцов А.В.[1], Антипов В.Н.[1], Грабовский О.А.[1]

[1]Донецкий областной онкологический центр, Донецк, Украина

[2]ГБУЗ Московский областной онкологический диспансер, Москва, Россия

Большинство пациентов обращается за медицинской помощью на этапе, когда опухоль является неоперабельной и с наличием механической желтухи, так как на ранних стадиях заболевание протекает бессимптомно. Во многих случаях при местной операбельности опухоли постхолестатические функциональные изменения паренхимы печени не позволяют выполнять радикальное оперативное вмешательство.

Успехи дистанционной лучевой терапии и химиотерапии при данной локализации опухоли также довольно скромны.

Перспективным методом радиотерапии рака внепеченочных желчных протоков является внутрипросветная лучевая терапия. Данная методика позволяет осуществить рациональное топометрическое планирование лучевой терапии, предупреждающее повреждение соседних критических органов, достичь наиболее гомогенного распределения дозы в очаге поражения, создать оптимальную поглощенную дозу в опухоли.

Проведен анализ 12 случаев внутрипротоковой брахитерапии при холангиокарциномах проксимальных желчных протоков. Внутрипротоковая брахитерапия проводилась в режиме РОД – 5 Гр, СОД – 20 Гр, 2 раза в неделю. В последующем проводилась системная химиотерапия у всех пациентов.

Разработана оригинальная методика дренирования желчевыводящих путей для проведения брахитерапии.

Внутрипротоковую брахитерапию сочетали с внутриартериальной химиотерапией в 4 наблюдениях: гемцитабин 1 гм^2, фторурацил 500 мгм^2 + фторурацил 500 мг внутриартериально 1, 8, 15 дни в сочетании с внутрипротоковой брахитерапией в режиме РОД – 5 Гр, СОД – 20 Гр, 2 раза в неделю.

Средний промежуток времени до появления метастазов (медианное значение) в исследуемой группе составил 19,7±2,4 месяцев. При этом одногодичная выживаемость составила 83,3+4,27%, двухлетняя – 66,7+7,3% и трехлетняя выживаемость – 33,3+8,1% соответственно.

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Дуйсебеков М.К., Досханов М.О., Каниев Ш.А.
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Алматы, Казахстан

Введение. Лечение больных с синдромом механической желтухи на современном этапе остается одной из наиболее актуальных проблем медицины. Длительный застой желчи и желчная гипертензия приводят к нарушению детоксикационной и синтетической функции печени, с развитием печёночной недостаточности.

Цель исследования: оценка эффективности применения малоинвазивных способов декомпрессии желчевыводящих путей у больных с механической желтухой опухолевой этиологии.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2014гг, в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени АО «ННЦХ им А. Н. Сызганова» находились на лечении 57 больных с механической желтухой опухолевой этиологии. Возраст пациентов колебался от 46 до 82 года. Мужчин было 31 (54%), женщин - 26 (45,6%). Причинами развития механической желтухи являлись рак поджелудочной железы – у 29 (50,8%) больных, рак магистральных желчных протоков – у 28 (49,1%) пациентов. Виды проведенной билиарной декомпрессии: чрескожное чреспеченочное (антеградное) дренирование было выполнено у 17 (29,8%) пациентов; эндоскопическое (ретроградное) стентирование - у 37 (64,9%); одномоментное наружное дренирование и антеградное стентирование холедоха саморасширяющимся металлическим эндопротезом (методика «рандеву») - у 3 (5,2%).

Результаты. Летальных исходов, связанных непосредственно с выполнением чрескожных чреспеченочных или эндобилиарных вмешательств, мы не наблюдали. Осложнения наблюдали в 5 (8,7%) случаях: дислокация стента – 2 (3,5%) случая; острый панкреатит – 2 (3,5%) случая, кровотечение – 1 (1,7%) случай. В 9 случаях, чрескожные чреспечёночные, эндобилиарные вмешательства явились окончательными способами паллиативного лечения, что позволило увеличить продолжительность жизни от 2 до 17 месяцев.

Заключение. Использование миниинвазивных способов декомпрессии желчевыводящих путей при злокачественных новообразованиях гепатопанкретодуоденальной зоны, осложнённых механической желтухой, является эффективной паллиативной мерой, направленной на предупреждение развития печеночной недостаточности и увеличение продолжительности жизни у данного контингента больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАДУОДЕНАЛЬНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Смирнов А.В., Калинин Д.В., Карельская Н.А., Кригер А.Г.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Введение. Парадуоденальный панкреатит (ПП) – вариант хронического панкреатита, при котором воспалительный процесс локализуется преимущественно в стенке двенадцатиперстной кишки (ДПК) или около нее. Этот термин, введенный в 2004 г., является собирательным и объединяет ряд заболеваний со схожими характеристиками: дуоденальная дистрофия (кистозная дистрофия эктопированной ткани поджелудочной железы в стенку ДПК), «бороздчатый» панкреатит, парадуоденальные кисты и др. Принципиальное их отличие заключается в источнике воспалительного процесса. При дуоденальной дистрофии воспаление локализуется в участке эктопированной в стенку ДПК панкреатической ткани, тогда как при бороздчатом панкреатите поражена зона, ограниченная дорсокраниальной частью головки железы, стенкой ДПК и ОЖП.

Материалы и методы. Изучены непосредственные результаты хирургического лечения 65 больных парадуоденальным панкреатитом. Диагноз установлен по данным КТ, эндоУЗИ и МРТ. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) выполнена 32 пациентам, панкреассохраняющие резекции ДПК - 20, резекции головки поджелудочной железы - 8, иссечение кисты ДПК – 2, формирование обходных анастомозов - 3. Показаниями к оперативному лечению стали болевой синдром у 63 (97%) больных, стеноз ДПК, подтвержденный рентгенологически - у 10 (15,4%), билиарная гипертензия - у 23 (35,4%), невозможность исключения опухоли злокачественного характера у 8 больных (12,3%). Панкреассохраняющую резекцию ДПК выполняли при локализации патологических изменений преимущественно в стенке ДПК, тогда как резекцию головки железы - при преимущественном

поражении этой части органа. Формирование обходных анастомозов являлось вынужденной паллиативной мерой при отсутствии технических возможностей радикального лечения.

Результаты. Послеоперационные осложнения развились у 25 (38,5%) больных. Летальность составила 1,5% (умер один больной после панкреассохраняющей резекции нисходящей части ДПК). При этом после панкреассохраняющих резекций ДПК осложнения осложнения класса I–II по Clavien-Dindo (2004 г.) развились у 45% больных, а класса III-IV у 25%. После ПДР осложнения класса I–II развились у 16,7% больных, у такого же количества (16,7%) пациентов отмечали осложнения класса III-IV. Осложнений после резекционных вмешательств на головке поджелудочной железы, иссечений кист ДПК и формирований обходных анастомозов не отмечено. При гистологическом исследовании во всех случаях была найдена хроническая воспалительная инфильтрация стенок ДПК, при этом гетеротопированная ткань поджелудочной железы в стенку ДПК найдена в 16 (30,8%) из 52 макропрепаратов. Фокусы интраэпителиальной панкреатической неоплазии (PanIN) были найдены у 9 (14%) больных. Признаки хронического панкреатита отсутствовали у 4 (6,2%) пациентов. Таким образом, диагноз «дуоденальная дистрофия» установлен у 16 пациентов, у остальных больных установлен диагноз «бороздчатый панкреатит».

Заключение. На дооперационном этапе, при определении показаний к хирургическому лечению целесообразно использовать собирательный термин «парадуоденальный панкреатит». Хирургическое лечение показано при развитии осложненных вариантов парадуоденального панкреатита (дуоденальный стеноз, механическая желтуха), а так же при стойком болевом синдроме, не поддающийся терапии анальгетиками. Оптимальным вариантом хирургического лечения, на наш взгляд, является ПДР, как вмешательство, сопровождающееся наименьшим количество осложнений и целесообразно с онкологических позиций. При локализации патологических изменений преимущественно в головке поджелудочной железы и отсутствии явлений дуоденальной непроходимости возможно выполнение резекций головки поджелудочной железы.

ИЗОЛИРОВАННАЯ ХИМИОПЕРФУЗИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МЕТАСТАЗАХ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Соловьёв И.А., Сенчик К. Ю., Говтун Г.И., Суров Д.А., Хомчук И.А., Васильченко М.В., Алексеев В.В., Лихачев Е.А.
Кафедра военно-морской хирургии ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Проблема лечения множественныхметастазов колоректального рака в печень по-прежнему остается актуальной. Системная химиотерапия обеспечивает среднюю продолжительность жизни больных не более 4-6 месяцев. Низкая эффективность лечения обусловлена сложностью достижения необходимых терапевтических концентраций химиопрепаратов в органе из-за их высокой системной токсичности. Методы регионарной химиотерапии (артериальная инфузия химиопрепаратов, химиоэмболизация печёночной артерии и воротной вены и др.) отчасти позволяют снизить системную токсичность цитостатиков и увеличить продолжительность жизни пациентов до 9-24 месяцев. При системной химиотерапии уровень опухолевого ответа составляет не более 8-20%. Применение изолированной перфузии печени позволяет добиться высокой концентрации химиопрепарата в ткани печени и, по некоторым данным, обеспечивает опухолевый ответ у 50% больных. Суть метода заключается в полной сосудистой изоляции печени и её химиоперфузии с помощью специальной установки. При этом в органе и непосредственно метастатических очагах создаётся максимально допустимая концентрация химиопрепарата, что обусловливает повышение эффективности химиотерапии и снижение общетоксического действия химиопрепарата на организм в целом. Данная технология в настоящее время рассматривается в качестве одного из наиболее перспективных путей повышения эффективности лечения больных с множественными метастазами колоректального рака в печень.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВЫПОЛНЕНИЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПАЦИЕНТАМ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Соловьев И.А., Суров Д.А., Савченков Д.К., Дымников Д.А., Галиуллин Р.И.
Кафедра военно-морской хирургии ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В разные исторические периоды прослеживается изменение подходов к выполнению панкреатодуоденальной резекции (ПДР) у пациентов старшей возрастной группы. По мере накопления опыта, улучшения хирургической техники и совершенствования анестезиолого-реанимационного пособия число оперированных пациентов преклонного возраста увеличивалось. При выборе метода лечения пациента пожилого возраста большое значение имеет оценка выраженности сопутствующей патологии.

Цель исследования: оценить результаты ПДР, выполненные пациентам старшей возрастной группы.

Материалы и методы. В настоящем исследовании ПДР выполнена 15 пациентам с опухолевым поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Женщин было 11 (73,3%), мужчин – 4 (26,7%). Первичная опухоль локализовалась в головке поджелудочной железы в 11 случаях, опухоль большого сосочка двенадцатиперстной кишки - в 4 случаях. Согласно классификации, принятой Европейским региональным бюро ВОЗ в 1963 г. к старшей возрастной группе относят пациентов старше 60 лет. В настоящем исследовании возраст пациентов составил от 61 года до 83 лет, при этом старше 80 лет – 1 пациентка. Манифестацией заболевания в 13 случаях явилась механическая желтуха, потребовавшая на первом этапе хирургического лечения выполнения различных малоинвазивных дренирующих операций: чрескожно-чреспеченочное наружное дренирование желчных протоков выполнено в 6 случаях, наружно-внутреннее - в 3 случаях, эндоскопическое стентирование холедоха выполнено в 4 случаях. При диагностике генеза механической желтухи и распространения опухолевого поражения использовали УЗИ, ЭГДС, МСКТ с ангиографией, МРХПГ, ЭндоУЗИ. Влияние коморбидности на течение периоперационного периода оценивали, используя возрастзависимый индекс Charlson, который включает 19 клинико-демографических показателей.

Результаты. Радикальное хирургическое лечение во всех случаях выполнено в плановом порядке, после купирования явлений механической желтухи. Оперативное лечение в объеме ПДР со стандартной лимфодиссекцией выполнено в 10 случаях, пилоруссохранная ПДР выполнена в 5 случаях. Средний возрастзависимый показатель индекса коморбидности Charlson составил 7,5 (разброс 3—11). Послеоперационные осложнения условно разделены на группу легких, не потребовавших инвазивных вмешательств (степень I–II по Dindo–Clavien) – возникли у одного пациента, и на группу тяжелых, потребовавших каких-либо инвазивных манипуляций (степень III–V) – возникли у 7 пациентов. В течение 30 дней после операции умерли 4 больных. В группе пациентов с послеоперационными осложнениями степени III-IV по Dindo–Clavien индекс Charlson варьировал от 4 до 10, однако во всех случаях закончившихся летальным исходом исходный индекс Charlson составил более 6.

Выводы. У большинства пациентов старшей возрастной группы, страдающих опухолевым поражением органов гепатопанкреатодуоденальной зоны коморбидная отягощенность явилась клинически значимой. Полученные результаты подтверждают результаты других исследований: индекс Charlson≥7 статистически значимо коррелирует с развитием по- слеоперационных осложнений и летальным исходом у пациентов старшей возрастной группы, перенесших ПДР. Оценка периоперационного риска пациента старшей возрастной группы является мультифакторной проблемой, включающей оценку возраста, тяжести заболевания и его осложнений, наличия сопутствующих заболеваний. Дальнейшие исследования, направленные на изучение этих аспектов проблемы, могут улучшить результаты лечения пациентов старшей возрастной группы.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сятковский АР, Щастный АТ
УЗ «Витебская областная клиническая больница», Витебск, Беларусь
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь
Отделение хирургической гепатологии и трансплантации ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы», Витебск, Беларусь

Актуальность. Лапароскопическую хирургию поджелудочной железы было принято считать, главным образом, диагностической. Тем не менее, в последние несколько лет, диапазон лапароскопических вмешательств при заболеваниях поджелудочной железы значительно расширился. Эти вмешательства включают диагностическую лапароскопию для диагностики и распространённости рака поджелудочной железы, лапароскопические паллиативные операции при неоперабельном раке поджелудочной железы, лапароскопическое внутреннее дренирование псевдокист и лапароскопические резекции поджелудочной железы.

Цель исследования: оценить результаты лапароскопических операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите и его осложнениях.

Материалы и методы. В отделении хирургической гепатологии и трансплантации Витебской областной клинической больницы были выполнены 32 лапароскопические операции при хроническом панкреатите и его осложнениях. Лапароскопическая вмешательства включали: лапароскопическая цистогастростомия - 10, лапароскопическая цистодуоденостомия - 2, лапароскопическая цистоеюностомия - 3, лапароскопическая цистэктомия - 1, продольный лапароскопическая панкреатоеюностомия - 2, лапароскопическая операция Бегера без проксимального панкреатоеюноанастомоза - 2 и лапароскопическая Бернская модификация операции Бегера - 10. Средний возраст пациентов 43±8.

Результаты. Во всех случаях лапароскопических цистодигестивных анастомозов, связь кисты и главного панкреатического протока была подтверждена предоперационной пункцией под контролем УЗИ с биохимическим и цитологическим исследованием. Конверсия выполнена у 2 пациентов: с кистой в области хвоста поджелудочной железы из-за кровотечения из селезёночной артерии и у пациента с ретропанкреатической кистой в зоне головки из-за невозможности адекватного дренажа кисты. Конверсии выполнены до обязательного использования в ходе операции интраоперационного лапароскопического УЗИ. Среднее время операций составило: при лапароскопическом внутреннем дренировании составило140 (120-175) минут, при проксимальной резекции - 295 (260-360). Средняя кровопотеря составила 105±59 мл. Послеоперационное пребывание в стационаре составило: после внутреннего дренирования 8 (7-12) дней, после проксимальной резекции 8 (7-14) дней.

Выводы. Опыт выполнения лапароскопических вмешательств на поджелудочной железе при хроническом панкреатите позволяет говорить о возможности выполнения лапароскопических вмешательств при любом размере и расположении псевдокист. При этом миниинвазивные вмешательства имеют преимущества в отношении послеоперационного периода в следствии более лёгкой переносимости операции и скорейшего восстановления трудоспособности. Вопросы применения малоинвазивных операций требуют дальнейшего изучения, разработки оптимальной техники и тактики применения малоинвазивных вмешательств при лечении больных с хроническим панкреатитом и его осложнениями.

ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПОЧКИ

Теплов А.А., Кригер А.Г., Грицкевич А.А., Пьяникин С.С., Берелавичус С.В., Степанова Ю.А., Калинин Д.В.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Метастазы почечнор-клеточного рака (ПКР) в поджелудочную железу составляют до 2% всех опухолей поджелудочной железы. Учитывая устойчивость ПКР к лучевой и химиотерапии, методом выбора в лечении солитарных метастазов является хирургический. Органосохраняющие оперативные вмешательства являются золотым стандартом в лечении локализованных опухолей почки.

Цель исследования: разработка метода органосохраняющих операций у больных раком почки с солитарными метастазами в поджелудочную железу.

Материалы и методы. В урологическом отделении и отделении абдоминальной хирургии Института хирургии им. А.В. Вишневского находились на лечении 5 больных раком почки pT1a-bN0M1 G1-2 с внутрипаренхиматозной и центральной локализацией опухолей в паренхиме почки и метастазами в поджелудочную железу. Синхронный рак был у 4 пациентов, метахронный - у 1. Сопутствующее снижение паренхиматозно- выделительной функции контрлатеральной почки выявили у 3 больных, сопутствующая мочекаменная болезнь с наличием конкрементов в пораженной и контрлатеральной почки – у 1 больного, опухолевое поражение контрлатеральной почки - у 1 больного.

Результаты. В Институте была разработана методика резекции почки в комбинации с резекцией поджелудочной железы. Длительность оперативного вмешательства составила от 4 до 7 часов, среднее время - 5 часов. Длительность тепловой ишемии почки - 10-35 минут. Длительность холодовой ишемии почки – до 90 мин. Интраоперационная кровопотеря от 300 до 1000 мл (в среднем 500 мл).

Послеоперационные осложнения были представлены следующим образом: забрюшинная гематома (потребовавшая дренирования и консервативного ведения) - у 1 больного; длительная лимфорея - у 1 больного; острый послеоперационный панкреатит - у 1 больного. Дренажи из брюшной полости и забрюшинного пространства удаляли на 3-7 сутки. Мочеточниковый стент удалён на 8-20 сутки.

Длительность нахождения в стационаре после операции составила 7-10 суток.

В отдаленном периоде у одного больного отмечены признаки пиелонефрита на стороне резекции почки после удаления стента.

Мочевой свищ и панкреатический свищи не были выявлены ни в одном случае.

Медиана наблюдения за больными составила 14 месяцев (от 12 до 26 мес.). Данных за продолженный рост опухоли, рецидив заболевания и наличие метастазов не получено.

Функциональные показатели резецированной почки оценивали по данным дуплексного сканирования сосудов почки, нефросцинтиграфии, КТ-урографии. Они соответствовали объему сохраненной паренхимы почки.

Состояние поджелудочной железы оценивали по данным дуплексного сканирования и КТ с контрастным усилением поджелудочной железы. Панкреатическая функция также была сохранена у всех больных.

Выводы. Мировой опыт использования комбинированных резекций почки и поджелудочной железы не является большим в связи с редкой частотой встречаемости. Выполнение данных операций у больных с опухолями почки и солитарными метастазами в поджелудочную железу продемонстрировало хорошие онкологические и функциональные результаты с низким числом осложнений.

ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ СЕТЧАТКИ В ПЕЧЕНЬ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

Тетерин Г.В., Ершов К.Г.
ГБУЗ НСО Городская клиническая больница № 11, Новостбирск, Россия
ГБОУ ВПО Новосибирский государственный университет, Новосибирск, Россия

Метастазы меланомы сетчатки в печеньи – нечастое течение онкологического процесса. Только при меланоме диагносика данного процесса считается продолжением основного заболевания независимо от давности выявления первичного очага.

Цель исследования: показать вероятность данного процесса и возможность хирургического лечения.

Материалы и методы. За последние 10 лет в клинике находилось на лечении 5 женщин в возрасте от 60 до 71 года, которым в сроки от 5 до 9 лет ранее была выполнена энуклеация правого глаза по поводу меланомы сетчатки. Все пациентки были сняты с онкологического учета в связи с давностью заболевания. Из 5 больных лишь 1 поступила с диагнозом метастаз меланомы в печень. Особенностями лучевой диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) были следующие признаки: локализация в правой половине печени, неровность контуров, распространение в виде множества «языков» гиперэхогенности по окружности основного очага. Размеры образований варьировали в преднелах от 8 до 15 см.

Результаты. Всем больным выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия воротным методом. Во всех случаях меланома печени верифицирована морфологически. Макроскопически очаги представляют собой темное, вплоть до черного цвета образование, по плотности не

отличающееся от здоровой паренхимы печени, распространяющееся в виде «языков». Из 5 больных 1 погибла на 4 сутки от острой адреналовой недостаточности. 4 пациентки живы в течение от 10 до 2 лет после резекции печени.

Выводы. Пациенты после хирургического лечения меланомы сетчатки нуждаются в пожизненном наблюдении для своевременной диагностики метастазирования опухоли. Единственный метод лечения – расширенные резекции печени.

ОСОБЕННОСТИ ОТБОРА И ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КОРОНАРНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Тихонов П.А., Филиппов А.В., Мурашкин В.С.
ФГБУ "3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского" МО РФ, Красногорск, Россия

Цель исследования: оптимизация алгоритма отбора и периоперационного ведения больных хроническим калькулезным холециститом с ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы. За период январь 2011- март 2015 гг. лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) по поводу хронического калькулезного холецистита (ХКХ) подверглись 1540 больных. Было отобрано 205 больных с ишемической болезнью сердца (ИБС) в возрасте 51-88 лет (60,5±7,2), с симптоматичным неосложненным калькулезным холециститом, без острой сосудисто-мозговой, печеночной или почечной недостаточности. Перед операцией пациенты проходили стандартное для ХКХ обследование. По показаниям выполнялись ЭХО-КГ: всем перенесшим острый инфаркт миокарда (ОИМ), а также имеющим снижение ФВ левого желудочка менее 45 %, коронарография. В разные сроки перед ЛХЭ 74 (36,1%) пациента (I группа) перенесли коронарные вмешательства: стентирование коронарных артерий - 42, АКШ – 32 (в т.ч. больные с АКШ и коронарными стентами - 8). Коронарные вмешательства не переносил 131 (63,9%) (II группа). До операции ОИМ перенесли в I группе 17 больных и во II группе - 21. В периоперационном периоде пациенты, перенесшие ранее АКШ, получали: низкомолекулярные гепарины с переходом на непрямые антикоагулянты. Остальные пациенты возобновляли прием дезагрегантов на 5 сутки после операции. Базовая кардиальная терапия проводилась больным обеих групп. ЛХЭ выполняли по стандартной методике из 4 портов, карбоксиперитонеум 7-11 мм рт. ст. Длительность операций от 32-78 мин. (49.1±6,3).

Результаты. Интраоперационно эпизоды временного прогрессирования ишемических изменений по данным ЭКГ, признаки нестабильной гемодинамики, в I группе отмечены у 5 пациентов, во II – у 12. После операции в I группе стенокардию без повышения кардиоспецифичных ферментов отмечали у 9 больных, перенесли ОИМ без Q-зубца2 пациента, трансмуральный инфаркт миокарда перенес 1 больной. Во II группе: стенокардию отмечали15 больных, купированные приемом нитропрепаратов, расцененные с учетом ЭКГ как стабильная стенокардия напряжения различных функциональных классов. У 3 пациентов диагностирован ОИМ без Q-зубца. Уровень специфических осложнений ЛХЭ в обеих группах составил 1.95% (4), что не превысило средний уровень в общей группе (1540 больных). Летальных исходов в обеих группах не было. Предоперационный период составил 2-4 дней (2,9±0,5), послеоперационный период составил 3-7 дней (3,5±1,4).

Таким образои, вгруппе «кардиохирургических» больных частота острого коронарного синдрома во время и после операции ЛХЭ выше: 4,05% (3) против 2,29% (3) у ранее не оперированных на коронарных сосудах. Это обусловливает необходимость детальной предоперационной оценки рисков, проведение профилактики развития острого коронарного синдрома. Частота обострения ишемической болезни сердца без острого коронарного синдрома в первой группе составила 18,9 % (14), во второй - 20,6 % (27), что свидетельствует о равной эффективности базовой антиангинальной терапии в обеих группах.

Выводы. Лароскопическая холецистэктомия с уровнем карбоксиперитонеума 7-11 мм рт. ст. может успешно применяться в плановом порядке у больных симптоматичным калькулезным холециститом с высоким риском коронарных осложнений. Важными факторами улучшения результатов лечения являются надлежащий предоперационный отбор больных и адаптированное периоперационное ведение на базе многопрофильного лечебного учреждения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

Трандофилов М.М., Рудакова М.Н., Зинатулин Д.Р., Шершнев О.Ф., Попов А.Ю., Костырев С.В.
ЛДП №1 ГБУЗ Городская клиническая больница № 57, Мросква, Россия
ГБУЗ Городская клиническая борльница №5, Москва, Россия
Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимоа» Минздрава России, Москва, Россия

Материалы и методы. В исследование были включены 165 больных с колоректальным раком и метастатическим поражением печени I, II, и III стадии (по Gennari) находящихся на лечении за период с 2002 по 2015 гг. По нозологическим формам заболевания распределены следующим образом: рак толстой (114 (69,1%) и прямой кишки (51 (30,9%).

Объем метастатического поражения печени составлял: I стадия поражения (56 (33,9%), II стадия поражения (83 (50,3%), III стадия поражения (26 (15,8%).

Результаты. Все больные получали комбинированное лечения. 54 больным были выполнены резекции печени. Правосторонняя гемигепатэктомия 8, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия 5, левосторонняя гемигепатэктомия 9, трисигментэктомия 14, билобэктомия 12 случаях, атипичные резекции печени 6.

В 17 случаях при синхронных метастазах в контралатеральной доле печени при выполнении резекции печени выполнялась интраоперационная термоабляции опухоли в оставшейся доли печени. Использование интраоперационной термоабляции позволило расширить показания к хирургическому лечения билобарных поражений печени.

У 16 больных на фоне проводимой полихимиотерапии, таргетной терапии нерезектабельные метастатические поражения печени были переведены в резектабельные.

Радиочастотная абляция метастазов в печени была выполнена 105 (63,6%) больным. Для радиочастотной деструкции был использован аппарат ELEKTROTOM HITT 106 фирмы Berhtold "Германия" и Cool-tip фирмы Covidien мощностью 200 Ватт. Микроволновая деструкция опухоли в печени была выполнена 29 больным. Был использован аппарат AveCure MWG881 мощностью 24 Ватт. При применении обоих методик локального воздействия термическому разрушению подвергались метастатические опухоли от 0,5 до 3,0 см в диаметре.

В 16 случаях при локализации опухоли в толстой или прямой кишке и наличии синхронных метастазов в печени радиочастотную деструкцию проводили интраоперационно в сочетанием с удалением первичного очага.

У 83 больных с раннее удаленным первичным очагом с синхронными или метахронными метастазами в печени проводилась радиочастотная абляция чрескожно чреспеченочно под контролем ультразвука при этом было выполнено 285 операций. В 16 случаях локальная термодеструкция метастатических опухолей печени выполнялась под контролем видеолапароскопии. 25 больным была выполнена микроволновая деструкция опухоли печени чрескожно чреспеченочно.

Продолжительность жизни однолетняя составила – 73,5%, двухлетняя – 52,3%, трехлетняя – 31,3%, пятилетняя 21,2%.

Заключение. В настоящее время использование при комплексном лечение, полихимиотерапии в сочетании с таргентной терапией, радиочастотной деструкции, микроволновой абляции, в сочетании с резекциями печени больных с колоректальным раком с метастатическим поражением печени позволило увеличить резектабельность больных до 35-40%. Применение РЧ и Микроволновой абляции уменьшает риск оперативного вмешательства у соматически отягощенных больных, за счет малоинвазивности и малотравматичности.

ВАРИАНТЫ АНГИОАРХИТЕКТОНИКИ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ

Туганбеков Т.У, Боровский С.П., Шаназаров Н.А, Малаев Н.Б., Калдыбаев М.М.
«Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Астана, Казахстан

Цель исследования: показать возможности проведения химиоэмболизации первичных и метастатических новообразований печени в зависимости от вариантов их кровоснабжения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 62 больных, с первичным и метастатическим опухолевым поражением печени, которым в период с 2011 по 2014 гг. проведено 99 курсов ХЭ. Морфологическая верификация образований: гепатоцеллюлярный рак - 22 (35%), из которых в 20 (90%) случаях на фоне хронического вирусного гепатита «В» и «С»; метастазы колоректального рака в печень - 30 (48%); опухоль головки поджелудочной железы - 4 (6%); метастазы рака молочной железы - 6 (9%). Предварительное чрескожное чреспеченочное дренирование в связи с признаками механической желтухи с последующей ХЭ было проведено у 4 (6%) пациентов. Очаг локализовался в правой доле печени у 34 (54%) пациентов, в левой - у 11(17%), поражение обеих долей печени имели 17 (27%) пациентов. Выбор размера микросфер был основан на изучении особенностей ангиоархитектоники опухоли. Микросферы нагружали по стандартной схеме в смеси с доксорубицином 40-75 мг, либо с иринотеканом до 100 мг. Кратность химиоэмболизаций составляла от 1 до 6 раз с применением микрокатетерной техники.

Результаты. Сроки наблюдения составили от 2 до 18 месяцев. Динамика роста опухоли оценена в соответствии с критериями RECIST. В группе больных с гепатоцеллюлярной карциномой полного ответа опухоли выявлено не было, частичный ответ, выявленный по данным компьютерной томографии с контрастированием, отмечен в 11 (50%) случаях, стабилизация у 7 (32%) и прогрессирование заболевания на фоне проводимой терапии у 4 (18%) пациентов. В группе пациентов с метастазами в печень полного ответа с уменьшением размеров и лабораторных показателей выявлено не было, частичный ответ отмечен у 12 (30%), стабилизация у 23 (57,5%) и прогрессирование у 5 (12,5%) пациентов. Резекция печени после уменьшения размеров очага выполнена 4 (10%) пациентам из группы метастатического поражения. В 4 (6%) случаях в обеих группах отмечено осложнение в виде диссекции печеночной артерии с последующим ее тромбозом, причем у троих удалось реканализировать артерию, с последующим проведением курсов ХЭ. Первичные злокачественные опухоли печени характеризуются высокой васкуляризацией и развитой сетью анастомозов, в связи с чем, использовали микросферы большего диаметра 200- 400 μm, с более высокой концентрации цитостатика в опухоли. У пациентов с гиперваскулярными метастазами, с кровотоком, представленным сетью мелких артерий по периферии образований, использовали микросферы от 40 до 150 μm. При гиповаскулярном типе использовали небольшое количество микросфер с цитостатиком от 50 до 150μm. В отдельных случаях дополнительно применяли эмболизацию крупных долевых ветвей микросферами до 700 μm. У всех пациентов после ХЭ был выявлен постэмболизационный синдром, который клинически сопровождался чувством дискомфорта и умеренным болевым синдромом у 18 (29%), повышением температуры до субфебрильных цифр у 17 (27%), тошноту и рвоту у 23 (37%). Все клинические проявления были купированы медикаментозно. В госпитальном периоде летальных случаев не было.

Выводы. Выбор разновидности нагружаемых микросфер должен основываться на особенностях васкуляризации образований печени. Дальнейшее изучение ангиоархитектоники новообразований печени позволит улучшить результаты и прогноз выживаемости пациентов после ХЭ.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Усякий П.В., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Коваленко Ю.А., Кармазановский Г.Г., Степанова Ю.А., Калинин Д.В.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. В последние годы возросло число больных с кистозными образованиями печени. Однако, достаточно редкая встречаемость данной патологии ошибки в диагностики приводят к выполнению нерадикальных резекций, рецидивам заболевания и малигнизации.

Цель исследования: изучить особенности дифференциальной диагностики и оптимизировать хирургическую тактику при выявлении кистозных образований печени.

Материалы и методы. С 2000 г. по настоящее время в Институте хирургии им. А.В. Вишневского обследовано 54 пациента с кистозными образованиями печени. Женщины составили 98,1% (53) пациентов. Средний возраст больных - 51,5±12,1 лет. Объём обследования пациентов: ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием, компьютерная томография с контрастным усилением, магнитно-резонансная томография с МР-холангиопанкреатографией, определение уровня онкомаркеров (CEA и CA 19-9) в плазме и содержимом кисты, а так же срочное морфологическое исследование стенки. Уровень онкомаркеров в крови оценивали у 37

больных, в содержимом опухолей - у 22 больных. Дифференциальную диагностику проводили с непаразитарной кистой, эхинококкозом печени и цистаденокарциномой. Хирургическое лечение проведено 48 (88,9%) больным. Операциями выбора при цистаденомах были иссечение опухоли с анатомическими или атипичными резекциями прилежащих сегментов; при подозрении на цистаденокарциномы выполняли обширные резекции печени - гемигепатэктомии. Оставлены под наблюдение 6 больных (вследствие выраженных сопутствующих патологий и отказа от оперативного лечения).

Все больные были прооперированы, образования морфологически верифицировали.

Результаты. Средний размер опухолей составил 129,8±83,8 мм (от 45 до 500 мм). Образования локализовались в IV и V сегментах печени е 33 (68,5%) больных.

По данным лучевых методов исследования перегородки с наличием кровотока выявлены у 41 (85,4%) пациента (во всех случаях это были опухоли).

По результатам морфологического исследования верифицированы: муцинозные кистозные опухоли - у 35 (72,9%) больных; цистаденокарциномы - у 3 (6,25%); кистозный вариант внутрипротокового папиллярного рака - у 3 (6,25%); тератома - у 1 (2,1%); непаразитарные кисты печени - у 3 (6,25%); эхинококкоз – у 1 (6,25%) пациентки.

10 (20,8%) пациентов оперированы по поводу рецидива кистозных опухолей после ранее выполненных нерадикальных резекций печени.

Робот-ассистированные и лапароскопические резекции печени выполнены у 8 (16,7%) больных с цистаденомами.

Срочное интраоперационное морфологическое исследование проводили у 34 пациентов.

У пациенток с цистаденомами средний уровень СЕА и СА 19-9 в плазме был 1,14±1,05 нг/мл и 42,7±72,8 ед/мл, в то время, как средний уровень этих онкомаркеров в содержимом кисты составил 1116,5±1744,6 нг/мл и 1750222,9±2353062 ед/мл соответственно. У пациенток с цистаденокарциномами и внутрипротоковым папиллярным раком уровень СЕА и СА 19-9 в плазме составил 22,7±44,4 нг/мл и 5731,5±13147,3 ед/мл, в то время как в содержимом кисты эти показатели составили 6127,5±7844,1 нг/мл и 106361,1±145997,2 ед/мл соответственно.

Рецидивов после оперативного лечения не отмечено.

Заключение. В дифференциальной диагностике простых, а также эхинококковых кист и цистаденом основную роль играют лучевые и морфологические методы диагностики. Роль онкомаркеров не доказана.

При выявлении у женщин солитарного кистозного образования в IV сегменте печени следует предполагать кистозную опухоль. При подтверждении диагноза необходимо выполнять радикальную анатомическую резекция печени.

РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П.
Городская больница №35, Нижний Новгород, Россия
ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России, Нижний Новгород, Российская Федерация

Актуальность. Общемировая тенденция в лечении острого панкреатита (ОП) заключается в проведении консервативных мероприятий и отказе от оперативных вмешательств в ранние сроки заболевания. При ряде клинических ситуаций избежать операции не представляется возможным, а у определенной группы больных ее выполнение может увеличить шансы на выживание.

Цель исследования: анализ показаний к хирургическому лечению в раннюю фазу ОП и его результатов.

Материалы и методы. В исследование включено 47 пациентов, которые были оперированы в течение первых 7 дней от начала ОП. Легкая форма заболевания была у 1 (2,1%) больного, средней тяжести – у 19 (40,4%), тяжелая – у 27 (57,5%) согласно пересмотренной классификации Атланты. Показаниями к операции были ущемленный камень терминального отдела холедоха (УКХ, n=13), прогрессирование органной недостаточности (ПОН, n=6), включая развитие абдоминального компартмент-синдрома (АКС), ферментативный перитонит (n=4, включая транзиторный холедохолитиаз в 2 случаях), подозрение на другую патологию брюшной полости (n=24).

Результаты. При УКХ были выполнены: эндоскопическая папиллосфинктеротомия – в 2 случаях, холецистэктомия (ХЭ) + холедохотомия + трансдуоденальная папиллосфинктеротомия – в 2, ХЭ + дренаж культи пузырного протока (ДКПП) – в 2, ХЭ + холедохолитотомия – в 3, ХЭ + ДКПП + дренирование сальниковой сумки – в 2, холецистостомия + дренирование сальниковой сумки – в 2. Летальность составила 40%. Все умершие были из подгруппы с УКХ, при этом 3 поступили позднее 72 часов от начала заболевания. При прогресси-

ровании ПОН в 3 случаях операции были осуществлены малоинвазивным способом: лапароскопия + дренирование брюшной полости, сальниковой сумки – 1, то же + холецистостомия – 1, дренирование брюшной полости под УЗ-контролем – 1. У остальных лиц была выполнена лапаротомия с тампонированием сальниковой сумки, у 2 она была завершена лапаростомией. Летальный исход наступил у 5 из 6 пациентов, среди которых только один дожил до поздней стадии и умер от гнойных осложнений. Аналогичный показатель (10 из 12) был получен при анализе всех больных некротическим панкреатитом, оперированных на фоне прогрессирования ПОН. Лапаротомия по поводу неуточненной абдоминальной патологии была завершена у 14 лиц установкой дренажей в сальниковую сумку, у 9 – тампонированием последней с ушиванием брюшной полости до тампонов, у 1 человека – лапаростомией. Инфицирование некроза наступило в 10 случаях. Летальный исход в ранние сроки после операции – в 7. Общая летальность составила 50%.

Выводы. Операции в раннюю фазу острого панкреатита ассоциированы с высокой вероятностью неблагоприятного исхода. Показания к ним должны быть строго определены и включают случаи ферментативного перитонита, а также билиарного панкреатита, вызванного УКХ. Предпочтение следует отдавать малоинвазивным способам. Хирургическое вмешательство по поводу прогрессирующей ПОН сопровождается наивысшей летальностью и не имеет преимуществ для выживания больного, кроме случаев АКС.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Фролов А.С., Крехно О.П., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Фазилов А.В., Медведев В.А.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5, Тольятти, Россия

Злокачественные опухоли поджелудочной железы в структуре заболеваемости имеют около 3% от всех злокачественных опухолей. Заболеваемость раком поджелудочной железы в России составляет 11человек на 100 тыс. населения, заболеваемость раком ПЖ за 10 лет выросла на 17%, смертность за тот же период выросла на 20%.

Хирургия опухолей поджелудочной железы – один из самых трудных и сложных разделов абдоминальной хирургии. Основное место среди операций по поводу рака поджелудочной железы занимает панкреатодуоденальная резекция.

При хирургическом лечении рака поджелудочной железы в нашем отделении в последние годы применяют радикальные дистальные резекции поджелудочной железы и радикальные гастропанкреатодуоденальные резекции. В период с 2010 по 2015 .г. нами выполнено 56 радикальных гастропанкреатодуоденальных резекций. Показаниями к оперативному вмешательству являлись злокачественные опухоли головки поджелудочной железы. Противопоказаниями к операции служили: 1. общее тяжелое состояние больного (кахексия, сердечно-сосудистые нарушения в стадии декомпенсации, тяжелые заболевания дыхательной системы); 2. наличие отдаленных метастазов; 3. нерезектабельность опухоли (вростание опухоли в верхнюю брыжеечную и воротную вены, вовлечение в процесс чревного ствола). Основными клиническими симптомами были желтуха - 30(53%) и болевой синдром – 26 (46%), реже тошнота и рвота - 8 (14%).

Предоперационная подготовка включала в себя коррекцию водно-электролитного баланса, компенсацию сопутствующих заболеваний, антибиотикопрофилактику и самое главное коррекцию желтухи. Цифры билирубина варьировали от 30 до 450 мкмоль/л. При желтухе свыше 100 мкмоль/л и явлениях холангита применяли различные методы стомирования (холецистостомия, холедохостомия, гепатикостомия) – у 26 (46%) больных. Время между первым и вторым этапом хирургического лечения составляло 2-3 недели.

Этапы проведения ПДР: широкая мобилизация ДПК по Кохеру с выходом к латеральной поверхности верхней брыжеечной вены и стволу верхней брыжеечной артерии, низведение печеночного изгиба толстой кишки, пересечение желудочно-толстокишечной связки, холецистэктомия и пересечение гепатикохоледоха на 1 см ниже конфлюенса печеночных протоков, скелетирование элементов гепатодуоденальной связки, туннелирование пространства над воротной веной, пересечение желудка, пересечение тонкой кишки на 15 см от связки Трейца, пересечение поджелудочной железы на 2 см дистальнее опухоли; пересечение связки крючковидного отростка и удаление панкреатодуоденального комплекса, удаление клетчатки и лимфоузлов по ходу верхней брыжеечной артерии, чревного ствола, аортокавального промежутка, лузлов 8, 9, 12-14, 16, 17 групп. Реконструктивный этап заключается в наложении панкреатоэнтеранастомоза, гепатикоэнтероанастомоза и гастроэнтероанастомоза.

В нашем отделении предпочтение отдается наложению панкреатоэнтероанастомоза по типу конец в конец двухрядными узловыми швами с полным погружением культи поджелудочной железы в просвет тонкой кишки на 2-3 см., линия швов укрывается пластинкой Тахокомба.

Гепатикоэнтероанастомоз накладывали по типу конец-в-бок двухрядными узловыми швами. Гастроэнтероанастомоз накладывался по типу конец в бок двухрядными узловыми швами.

Из 56 прооперированных больных частота осложнений составила 35% (19), умерло 7 (12,5%) пациентов (несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза, кровотечение - 5 пациентов; острое нарушение мозгового кровообращения в раннем послеоперационном периоде - 1 пациент; печеночная недостаточность вследствие повреждения общей печеночной артерии - 1 пациент).

Заключение. Выполнение радикальной ПДР не повысило количество осложнений, а совершенствование техники операций позволило снизить летальность с 25-30% до 12,5%. Введение в практику радикальной ПДР отмечена тенденция к росту продолжительности жизни пациентов с операбельным раком головки поджелудочной железы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Фролов А.С., Крехно О.П., Медведев В.А., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Фазилов А.В.
ГБУЗ Городская клиническая больница №5, Тольятти, Россия

Проанализированы результаты лечения 78 больных, которым с мая 2008-апрель 2015 гг. были выполнены различные операции по поводу метастазов колоректального рака в печень (66 (84,6%) мужчин и 12 (15,4%) женщин). Комбинированные операции (удаление метастазов сочеталось с одновременным удалением первичной опухоли) выполнены 6 (7,7%) пациентам, операции были сделаны только по поводу поражения печени, проявившегося в отдаленные сроки после первичного хирургического лечения – 72 (92,3%) больным. Первичный процесс локализовался в прямой кишке - у 50 больных, в ободочной кишке - у 16 больных, в желудке – 8, в молочной железе - 4.

Для удаления метастазов выполняли атипичные резекции (в т.ч. резекции печени методом HABIB), энуклеации с термической обработкой прилежащей к метастазам паренхимы печени, радиочастотную аблацию метастазов. Для резекций по типу HABIB применяли систему коагуляции тканей фирмы Radionics «Cool-Tip RF Ablation System» с электродом «Кластер», отечественные линейные степлеры УДО.

У 20 больных были удалены солитарные (одиночные) метастатические очаги в печени, размеры которых были от 1 до 5 см в диаметре в 16 случаях и от 5 до 12 см в диаметре - в 4 случаях.

По 2 метастаза размерами от 1 до 6 см были удалены у 24 больных; по 3 метастаза размерами от 2,5 до 4,0 см - у 16 больных; 4 метастаза от 2,5 до 5,5 см - у 13 пациенов; по 6 метастазов размерами от 0,2 до 1,0 см были удалены при помощи энуклеации и электрокоагуляции у 5 больных. Атипичная резекция с применением метода HABIB выполнена у 6 больных (метастазы диаметром до 6,5 см), при этом у 4 из них удалены метастазы и в правой доле. Метод радичастотной аблации открытым доступом применяли у 63 больных. Метод радиочастотной аблации на аппарате Radionics Cool-Tip RF Ablation System под контролем УЗИ аппарата Philips применяли у 15 больных. Всего из печени удалены 238 метастатических опухолей колоректального рака.

К моменту проведения исследования (данные на 31 марта 2015 г.) из прослеженных 78 человек живы 34 человека.

Результаты лечения оценены у больных, оперированных в 2008-2015 гг. Прожили более 1 года и живы в настоящее время 54 (69%) человек, из них у 12 больных диагностирована генерализация опухолевого процесса.

Выделение больных с далеко зашедшими процессами в отдельную группу позволяет тщательно продумать эффективность и целесообразность тех или иных манипуляций. Очевидно, что при распространенном опухолевом процессе, помимо удаления первичного очага, во многих случаях возможно и целесообразно удаление всех или некоторых метастазов из печени. Используя по показаниям тот или иной метод или их сочетание, удается значительно расширить объем хирургической помощи пациенту и обеспечить лучшие условия для последующей комплексной терапии. И, конечно, не следует забывать о психологических аспектах такого лечения: условно радикальные операции рождают у больного и его близких надежду на выздоровление. В результате не только продлевается жизнь пациента, но за счет иной эмоциональной окраски повышается также ее качество.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Оптимизация тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) остается одной из труднейших задач современной хирургии. И если частота неэффективного лечения отечной формы ОП незначительна, то этот показатель в группе больных с деструктивными формами, усугубляя качество лечебных мероприятий в общей группе, остается проблемным вопросом. Исследования, проведенные нами, наглядно продемонстрировали высокую диагностическую ценность различных клинико-лабораторных анализов и интегральных шкал в оценке тяжести патологического процесса, как в локальном значении, так и в плане системных осложнений.

Материалы и методы. В исследование вошли 3230 пациентов, которых для анализа распределили на две группы. В первую группу включены 628 (19,4%) пациентов с ОП, наблюдавшихся за период с 2001 по 2006 гг, в диагностике которых не применяли доступные на современном этапе методы исследования, а тактика лечения основывалась на стандартных клинико-инструментальных данных. Во вторую группу включены 2602 (80,6%) больных с ОП, получавших лечение с 2007 по 2014 гг., в комплексное обследование которых были внедрены современные методы оценки тяжести патологического процесса, в частности интегральные системы (APACHE II, Ranson), серологические маркеры оценки тяжести процесса (РСТ, СРБ), внедрение методики оценки тяжести ОП по данным КТ (Balthazar) и лапароскопии.

Результаты. Оценка тяжести по критериям Ranson оказалась возможной в среднем у 62,1% (у 599 из 965) пациентов, в РНЦЭМП – 82% (255 из 311) и его филиалах – 52,6% (у 344 из 654). Для упрощения работы по оценке тяжести больных с ОП была разработана компьютерная программа многопараметрической балльной оценки тяжести течения острого деструктивного панкреатита. Программа предназначена для быстрой оценки тяжести течения и прогнозирования летальности при остромм панкреатите в условиях экстренной хирургии. В основу программы заложены критерии системы Ranson. Следующим параметром для выработки оптимальной тактики лечения больных с ОП является показатель РСТ (прокальцитониновый тест) или СРБ (С-реактивный белок). Проведенные исследования показали, что РСТ является высокоинформативным методом оценки тяжести течения и инфицированности процесса. Сравнительный анализ эффективности диагностических мероприятий показал, что в первой группе тяжесть ОП была установлена правильно в 79,3% (437 больных) случаев, в свою очередь недооценка состояния определена у 20,7% (114) пациентов. Во второй группе эти показатели составили 90,1% (2344) и 9,9% (258) соответственно. Если показатель гипердиагностики тяжести ОП и его осложнений в группах оказался фактически одинаковым (7,8% и 7,6% соответственно), то наиболее принципиальное значение имела недооценка тяжести состояния, выявленная у 20,8% больных первой группы и 11,7% пациентов в второй группе. В целом в группах исследования адекватная верификация произведена у 78,3% больных в первой группе и 89,1% пациента во второй группе. Следует отметить, что по всем основным сопоставительным параметрам получена достоверная ($P<0,05$) разница в качестве первичной верификации тяжести ОП.

Заключение. Комплексная верификация тяжести течения острого панкреатита и его осложнений по интегральным шкалам и специфическим серологическим маркерам позволяет повысить диагностическую эффективность дифференциации различных форм течения острого панкреатита.

ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Хашимов М.А., Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Внедрение малоинвазивных хирургических способов, в том числе и эндоскопических (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография - ЭРПХГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия - ЭПСТ), в билиарную хирургию вполне объяснимо: высокая эффективность, минимальная травматичность, косметический эффект — делают их привлекательными как для пациентов, так и для практикующих хирургов. Однако достаточно высокий процент осложнений после ЭПСТ в бли-

жайшем послеоперационном периоде, говорит об актуальности данной проблемы. ЭПСТ, произведенная даже в условиях специализированных клиник, имеет частоту осложнений, достигающую 7,5–10,6%, при этом летальность достигает 1,5–2,0%. Одним из опасных осложнений является острый панкреатит, который после ЭПСТ наблюдается у 1,3–4% больных. В качестве основных причин развития панкреатита после ЭПСТ рассматриваются механическая и коагуляционная травма дистальной части панкреатического протока вследствие грубых манипуляций при канюляции, длительное воздействие коагуляционного тока на ткани большого дуоденального сосочка, а также осмотическая и гидродинамическая травма ацинусов поджелудочной железы.

Материалы и методы. В период с 2007 по 2014 гг. выполнено 4162 эндоскопических папиллосфинктеротомий. В большинстве случаев - 3870 (92,9%) - ЭПСТ выполняли по поводу осложненной желчнокаменной болезни, причем на первом месте находятся больные с механической желтухой - 3541 (85,1%).

Результаты. ЭПСТ осложнилась развитием острого панкреатита и панкреонекроза в 53 (1,3%) случаев. Острый билиарный отечный панкреатит развился у 35 (0,8%) больных, который после проведения консервативного лечения разрешился. У 18 (0,4%) больных развилась клиника деструктивного панкреатита, верифицированного данными лабораторных исследований, а также данными УЗИ и МСКТ поджелудочной железы. Всем больным была произведена лапаротомия, при котором в 10 случаях выявлено наличие жирового панкреонекроза, в 8 случаях тотального геморрагического панкреонекроза. Во всех 18 случаях объем операции включал произведение холецистэктомии и дренирования холедоха по Пиковскому, вскрытие и дренирование сальниковой сумки. В 3 случаях была выполнена релапаротомия, некрсеквестроэктомия с редренированием сальниковой сумки, редренированием брюшной полости. В 6 случаях отмечался летальный исход, причиной которому явилась полиорганная недостаточность, нарастание эндотоксикоза.

Заключение. Основной причиной развития панкреатита после эндобилиарных вмешательств является контрастирование Вирсунгова протока под давлением и вследствие этого быстрое и стойкое развитие панкреатической гипертензии, что приводит к забросу контрастного вещества в панкреатический проток. Однако развитие панкреатита и панкреонекроза после ЭРПХГ и ЭПСТ при холедохолитиазе, не может служить противопоказанием к их выполнению, а, напротив, в подавляющем большинстве случаев устраняет имеющуюся гипертензию в желчных и панкреатических протоках.

ГЕПАТОПАТИЯ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М., Карабаев Б.Х.
Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбнкистан
Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: изучение функционального состояния печени у больных с тяжелой термической травмой.

Материалы и методы. В Самаркандском филиале РНЦЭМП в течение 5 лет у 125 больных с глубокими ожогами IIIБ-IV степени с площадью от 15 до 55% поверхности тела (п.т.) проведено изучение функции печени в динамике заболевания. Определяли содержание общего белка, белковых фракций и фибриногена, а также азотосодержащих метаболитов мочевины и креатинина в крови. Паралельно исследовали концентрацию 17 свободных аминокислот в крови.

Результаты. У больных с глубокими ожогами более 40% п.т. с 5-7-го дня заболевания наблюдаются нарушения обмена белков: умеренная гипопротеинемия, гипоальбуминемия, повышение содержания α1 и α2-глобулинов, гипергаммаглобулинемия и снижение альбумин-глобулинового коэффициента, отмечено увеличение β-глобулиновой фракции. Содержание фибриногена в крови было снижено. Повышение содержания мочевины и креатинина в крови наблюдается только на 5-7-е сутки заболевания. Полученные результаты свидетельствуют о значительных нарушениях белковообразовательной функции печени. Эти нарушения наиболее резко выражены при обширных ожогах более 40% п.т.

В сыворотке крови 55 больных с ожоговой болезнью (ОБ) исследованы концентрация и процентное содержание 17 белковых аминокислот. Исследования показали, что концентрация лизина и глютаминовой кислоты в сыворотке крови у мужчин снижена, а концентрация аспарагиновой кислоты, валина, изолейцина, лейцина и фенилаланина в сыворотке крови женщин повышена, что указывает на нарушение процессов переаминирования при ОБ. При ОБ выявлены нарушения обмена аминокислот, которые имеют более или менее специфический характер и связаны со сни-

жением функциональной активности гепатацитов вследствие блокады их токсинами. Тромбообразовательная функция печени у 90% из них оказалось умеренно пониженной. Определение жирового обмена показало, что при ОБ имеется тенденция к гиперхолестеринемии.

Исследования содержания глюкозы в сыворотке крови при ОБ отклонений от нормы не выявило, при обширных ожогах отмечена умеренная гипергликемия, сохраняющаяся в течение 1-й недели болезни. При ОБ содержание общего билирубина оказалось у верхней границы нормы, а непрямого билирубина – в 2 раза повышено. При обширных ожогах отмечена умеренная билирубинемия, наиболее выраженная в 1-3-и сутки заболевания. Изучение активности ферментов альдолазы, аланиновой и аспарагиновой трансаминаз, щелочной фосфатазы, а также общей лактатдегидрогеназы и ее фракций показало, что при ОБ их активность в течение всего периода исследования существенно не менялась и колебалась в пределах верхней границы нормы. При обширных ожогах отмечено повышение активности всех ферментов, в среднем в 2 раза по сравнению с нормой.

Заключение. При ожоговой болезни в результате токсического повреждения печени развиваются дистрофические изменения гепатоцитов, нарушаются практически все печеночные функции. Клинико-биохимические проявления функциональных расстройств печени составляют сущность синдрома гепатаргии, патогномоничного для токсического гепатита и острой дистрофии печени.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ

Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С., Помазков А.А.
Кафедра хирургических болезней ФПК и ППС и кафедра хирургических болезней №2
ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России,
Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: изучение отдаленных результатов лечения больных колоректальным раком сметастатическим поражением печени.

Материалы и методы. В клинике РостГМУ с 2005 по 2015 гг. на лечении находились 575 больных колоректальным раком. Метастатическое поражение печени диагностировано у 183 (31,8%) пациентов. Средний возраст этих пациентов составил 64,4±3,2 года. Мужчин было – 283 (49,2%), женщин – 292 (50,8%). Билобарное поражение печени с множественными нерезектабельными метастазами и внепеченочным их распространением диагностировано у 142 (77,5%) больных. Этим пациентам выполнены циторедутивные операции. Первичный опухолевый субстрат располагался в прямой кишке у 98 пациентов (из 183 человек), в сигмовидной – у 34, в остальных отделах ободочной кишки – у 51. Во всех случаях выявлена аденокарцинома различной степени дифференцировки. Сочетанные операции выполнены 29 (15,8%) пациентам: изолированная радиочастотная термоабляция (РЧТА) метастазов проведена 19 больным, резекции печени - 6, атипичные резекции с локальной деструкцией неудалимых оставшихся узлов - 4. Диаметр опухолей варьировал в пределах от 1,1 см до 5,9 см (средний – 3,1±1,2 см). РЧТА выполняли при наличии четырех и менее метастазов диаметром до 4 см. Общее число узлов, подвергнутых аппликациям РЧ-электродом, составило 54. В 12 случаях с нерезектабельными опухолевыми поражениями печени и близостью их расположения к крупным протоковым и сосудистым структурам, наличием больших размеров метастатических узлов, локализовавшихся в одной из долей печени, проводили сеансы селективной трансартериальной химиоэмболизации (ТАСЕ) сосудистого русла 5-фторурацилом. В данной группе пациентов диаметр узлов составлял от 7,8 до 13,4 см (в среднем 11,1±2,1 см). В послеоперационном периоде всем больным проводили курсы адъювантной химиотерапии и плановые контрольные осмотры с целью выявления рецидива заболевания.

Результаты. Различного рода осложнения после операций выявленыу 18 (9,8%)больных. 30-дневная летальность отмечена в 5 (2,7%) наблюдениях вследствие несостоятельности толстотолстокишечного анастомоза. В 1 наблюдении при контрольном осмотре через 3 месяца выявлена локальная опухолевая прогрессия, в связи с чем выполнена повторная РЧТА. Объем резекции был от атипичной до гемигепатэктомии. Средняя кровопотеря у данных больных, составила 1545,9±174,5 мл. Безрецидивный период после операций на печени составил в среднем 12,4±3,2 мес. Отдаленные результаты лечения прослежены у части пациентов с метастатическим поражением печени (38%). 3-летняя выживаемость у пациентов с сочетанными «условно радикальными» операциями составила 39%, при медиане жизни в 38,5 месяцев. Основная причина летальных исходов связана с

рецидивом и прогрессированием метастатического поражения печени в отдаленном послеоперационном периоде (69%) и наличием неблагоприятных факторов. Медиана жизни у пациентов после ТАСЕ составила 18,5 месяцев. Полный ответ на химиоэмболизацию с регрессом метастатической опухоли диагностирован у 2 (16,6%) пациентов. Продолжительность жизни этих пациентов составила 36 и 42 месяца. У остальных пациентов 3-летней выживаемости не отмечено. Не выявлено и 3–летней выживаемости у пациентов после циторедуктивных операций с нерезектабельными метастазами при проведении системной химиотерапии. Медиана жизни составила 14,5 месяцев.

Выводы. 1. Комбинированное лечение пациентов с колоректальным раком и внутрипеченочными метастазами позволяет продлить жизнь данной категории больных.

2. Продолжительность жизни зависит от распространенности процесса, дифференцировки первичной опухоли, наличия неблагоприятных факторов,внутрипеченочных метастазов.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СПЛЕНОМЕГАЛИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Чуклин С.М.
Львовский национальный медицинский университет им. Данила Галицкого, Львов, Украина

Введение. Спленомегалия у больных циррозом печени наблюдается в 60-65% случаев и может быть незначительной или выраженной. Увеличение селезенки у этих больных чаще классифицируется как застойная спленомегалия. Однако, спленомегалию нельзя рассматривать как простое следствие повышения портального давления и увеличенного сопротивления кровотоку по селезеночной вене. Патофизиологические изменения селезенки при циррозе печени недостаточно понятны, и окончательно не выяснено размеров играет ли роль увеличение ее в патогенезе портальной гипертензии.

Цель исследования: определить взаимоотношения между спленомегалией и портальной гипертензией у больных циррозом печени.

Материалы и методы. Обследовано 90 больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии. Согласно критериям Child-Pugh стадия компенсации верифицирована у 30 больных, субкомпенсации – у 30, декомпенсации процесса – у 30. Основными этиологическими факторами заболевания были алкоголь и вирусный гепатит В и С. Варикозное расширение вен пищевода диагностировано у 56 (93,3%) больных класса В и С, асцит – у 55 (91,7%). Энцефалопатию наблюдали у 40 (66,7%) больных в стадии суб- и декомпенсации.

Размеры печени и селезенки измеряли при ультразвуковом исследовании. Объемный кровоток по сосудам гепатолиенального бассейна определяли при дуплексном сканировании. Внутриселезеночное сопротивление артериальному кровотоку отображал индекс резистентности (отношение систолического и диастолического пиков скорости к систолическому пику) и пульсаторный индекс (отношение систолического и диастоличного пиков к средней скорости).

Результаты. У больных циррозом печени (класс А) вследствие расширения селезеночных сосудов и повышения линейной скорости кровотока на фоне незначительного повышения внутриселезеночного сопротивления были определены значительные изменения селезеночной циркуляции: объемный артериальный кровоток увеличивался в два раза, венозный – в 4-5 раз. Гипердинамическое состояние кровообращения селезенки сопровождалось увеличением длины оси органа от 10,2±0,48 см до 15,10±0,38 см ($p < 0,05$). Спленомегалию чаще диагностировали при постгепатитном циррозе печени, чем при алкогольном.

У больных групп В и С наблюдали увеличение внутриселезеночного сопротивления и постепенное снижение уровня объемного кровотока в сосудах селезенки, хотя показатели у больных группы С превышали средние нормальные показатели. В то же время, было обнаружено увеличение оси селезенки до 16,00±0,48 см в группе В и до 17,42±0,51 см в группе С ($p < 0,05$). У двух больных была обнаружена аневризма селезеночной артерии. При сравнении больных групп В и С с больными группы А наблюдали достоверное снижение портального давления, уменьшение линейной скорости воротного кровотока, увеличение диаметра воротной вены. Объемный кровоток по селезеночной артерии и вене уменьшался пропорционально увеличению степени варикозного расширения вен пищевода. При наличии резистентного асцита было определено уменьшение выходного гипердинамического состояния селезеночной циркуляции.

Выводы. Спленомегалия у больных циррозом печени с портальной гипертензией может быть результатом сочетания трех факторов: венозный застой, повышенный артериальный приток крови и гиперактивность селезенки. При циррозе печени с портальной гипертензией увеличение размеров селезенки возникает, главным образом, вследствие гиперплазии.

СПЛЕНОМЕГАЛИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Чуклин С.Н., Осмиловская И.В., Усач О.Б.
Областная клиническая больница, Львов, Украина

Введение. Описаны различные осложнения у больных острым панкреатитом (ОП), которые сопровождаются спленомегалией – инфаркты, субкапсульные жидкостные скопления, абсцессы. Однако, информации о них недостаточно, эти изменения часто не привлекают внимания и своевременно не диагностируются. Поскольку некоторые из этих осложнений является потенциальной угрозой жизни больных и могут потребовать быстрого хирургического вмешательства, оценка вовлечения селезенки в патологический процесс при ОП является очень важной. В случаях гемоперитонеума при ОП некоторые врачи предлагают выполнять спленэктомию, но большинство паренхиматозных изменений, как отмечают, исчезает спонтанно – после разрешения воспалительного процесса.

Цель исследования: оценить изменения селезенки у больных ОП.

Материалы и методы. Оценены клинические и радиологические данные 20 больных с паренхиматозными и сосудистыми осложнениями селезенки, которые диагностированы при компьютерной томографии и ультразвуковом исследовании (УЗИ).

УЗИ выполняли обязательно в динамике. С помощью дуплексного сканирования определяли кровоток в воротной вене, селезеночных вене и артерии, брыжеечных сосудах. Для более детального определения локализации и распространения некроза поджелудочной железы, состояния окружающих тканей, выявления местных осложнений больным выполняли компьютерную томографию (КТ). С целью улучшения изображения поджелудочной железы использовали КТ с контрастным усилением. Для определения тяжести поражения поджелудочной железы при КТ использовали критерии Balthazar (1990).

Результаты. Согласно индексу тяжести, острый панкреатит легкой степени тяжести (0-3 балла) верифицирован у 3 больных, средней степени (4-6 баллов) – у 10, тяжелой степени (7-10 баллов) – у 7 больных.

Повреждения селезенки были классифицированы как инфаркт, субкапсульные скопление жидкости, субкапсульная гематома и абсцесс. Инфаркт селезенки визуализировался у 3 больных. как локальный или диффузный гипоэхогенный и/или гиповаскуляризированный участок с классической картиной клиновидного образования с верхушкой к воротам снлезенки. Он был множественным у 1 больного, незначительным, единичным – у 2.

Подкапсульное скопление жидкости у 9 больных выглядело как двояковыпуклое образование. Толщина его была до 1 см у 1 пациента, от 1 до 3 см –у 4 и более 3 см – у 3. В то же время, при большом скоплении жидкости была диагностирована подкапсульная гематома.

Абсцесс селезенки диагностирован у 1 больного в присутствии газа в жидкостном скоплении.

Спленомегалия без существенных изменений в структуре органа отмечена у 7 больных. У этих пациентов наблюдали компрессию или тромбоз селезеночной вены.

В хирургическом лечении нуждались 3 больных – у 2 выполнена спленэктомия. Следует заметить, что одно хирургическое вмешательство проведено по ургентным показаниям – при явлениях внутрибрюшного кровотечения. Абсцесс селезенки излечен с помощью чрескожного дренирования. Другие больные с изменениями селезенки лечились консервативно, и при последующих обследованиях размеры и структура селезенки у них нормализовались.

Выводы. Большинство паренхиматозных осложнений селезенки при остром панкреатите регрессируют спонтанно. Первичное консервативное лечение может быть основным у большинства больных. Выбор между ургентным хирургическим вмешательством, отсроченной спленэктомией или консервативной терапией должен базироваться, в первую очередь, на клинических результатах, подтвержденных данными ультрасонографии и компьютерной томографии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЖЕЛУДКА И ТОНКОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЕВЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Шабунин А.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А.
ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы, Россия
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Российская медицинская академия последипломного образования Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: выявить физиологические особенности эвакуаторной способности желудка, наличие различных видов рефлюкса в до-, раннем и позднем послеоперационном периоде.

Материалы и методы. 17 пациентам, находившимся на лечении в отделении хирургии печени и поджелудочной железы, выполнено 51 исследование эвакуаторной способности желудка. Средний возраст больных составил 61,4±7,2 года (от 46 до 74 лет), соотношение мужчин и женщин - 8:9. Все больные имели установленный диагноз протоковой аденокарциномы головки поджелудочной железы. Больные были разделены на две группы. В первой группе 9 (52,9%) больным выполнена панкреатогастродуоденальная резекция (ПГДР), во второй 8 (47,1%) пациентам – пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР). У 5 больных показатели были в норме.

Оценку состояния билиодигестивных анастомозов выполняли на двухдетекторной гамма-камере с помощью внутривенно введенного препарата бромезид, содержащего 120 мегабеккерель (МБк) изотопа технеция Тс-99м, а для оценки гастроэнтероанастомоза применялась 10% манная каша, меченая Тс-99м технефитом, с дозой 40 МБк Тс-99м. Первое исследование проводили всем больным на предоперационном этапе с целью оценки моторно-эвакуаторной функции желудка, тонкой кишки, желчных путей. Второе - на 13-16 день послеоперационного периода в зависимости от тяжести послеоперационного периода и наличия осложнений. Третье введение РФП производили на четвертый месяц после операции. Методики введения РФП в организм были одинаковы во всех трех случаях.

Результаты. На предоперационном этапе всем пациентам было выполнено исследование моторно-эвакуаторной функции верхнего отдела желудочно-кишечного тракта: незначительное замедление пассажа РФП из желудка (до 50 мин.) отмечено у 10 больных, период полувыведения составил более 80 минут, при норме Т1/2 – 30 мин, что свидетельствовало о нарушении эвакуации пищи из желудка – у 2 больных.

У всех больных при выполнении второго исследования отмечено замедление выведения РФП из желудка. У больных после ПГДР период полувыведения РФП из желудка во время второго исследования составил 126,7 мин±89 мин., что значительно превысило норму (Т1/2 = 30 мин.). У больных после ППДР - 118,8±44 мин. При этом замедление эвакуации у больных после ПГДР было обусловлено энтеро-гастральным рефлюксом, преимущественно отмеченным с 90 минуты исследования. После ППДР — нарушением пассажа из желудка.

Во время третьего введения РФП Т1/2 желудка составила 75 мин±17 мин у больных после ПГДР. У пациентов, которым была выполнена ППДР, показатели периода полувыведения РФП из желудка - 46±8 мин. Эпизодов энтеро-гастрального рефлюкса и нарушения моторики желудка отмечено не было.

С учетом особенности проведения исследования, необходимости выявления энтеро-гастрального рефлюкса, также оценивались транспортная функция желчных протоков и прохождение РФП по выключенной по Ру петле тонкой кишки. У пациентов обеих групп медиана Tmax гепатоцитов составила 15 мин., что было лишь на 15% больше нормы (N=12 минут).

Выводы. Радионуклеидный способ позволяет объективно оценить функциональное состояние желудка и тонкой кишки. У больных, перенесших ПГДР, выявлено наличие «ложного» гастростаза (за счет энтеро-гастрального рефлюкса), а у пациентов, перенесших ППДР - «истинного» гастростаза, обусловленного либо анастомозитом, либо нарушением иннервации стенки выходного отдела желудка после его мобилизации. Наилучшие функциональные характеристики состояния желудочно-кишечного тракта в позднем послеоперационном периоде продемонстрировали пациенты, которым была выполнена ППДР.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ КОЛОРЕКТАЛЬНОМ РАКЕ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ

Шостка К.Г., Соловьёв И.А., Мулендеев С.В., Арутюнян К.В., Роман Л.Д
ФГБВОУ ВПО Военно-медицинская академия им С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия
ГБУЗ «Ленинградский областной онкологический диспансер»; Санкт-Петербург, Россия

Колоректальный рак является одним из наиболее распространенных онкологических заболеваний. Опухоль имеет высокий потенциал метастазирования. Наиболее частым органом - мишенью для метастазов становится печень (Jemal A. с соавт., 2011; Smith R.A. с соавт., 2013). Около 33% больных имеют метастазы в печень на момент первичной диагностики колоректального рака. У 30-35% метастазы колоректального рака в печень обнаруживаются в процессе лечения (Kopetz S. с соавт., 2009; Mayo S.C., Pawlik T.M., 2009; Ismaili N., 2011).

Цель исследования: оценка и улучшение результатов хирургического лечения больных по поводу колоректального рака с метастатическим поражением печени.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 278 больных по поводу метастатического колоректального рака с

поражением печени в Ленинградском областном онкологическом диспансере в период с 2007 по 2014 гг.

Паллиативное удаление первичной опухоли произведено у 201 (72,3%) пациента, из них 77 (38,3%) пациентам выполнены резекционные вмешательства на печени. Первичная опухоль распространялась на соседние органы у 12 (6,2%) больных, что потребовало выполнения комбинированных операций, 77 (27,7%) пациентам выполнены симптоматические операции (сформированы разгрузочные колостомы и обходные анастомозы).

Объёмы оперативных вмешательств включали удаление первичной опухоли в сочетании с резекцией печени у 28 пациентов, отсроченные резекции печени выполнены 49 пациентам. Противопоказаниями к одномоментным резекционным вмешательствам являлись осложнения первичной опухоли, выраженная сопутствующая патология, недостаточный объём здоровой ткани печени.

Гемигепатэктомии (ГГЭ) выполняли при монолобарном поражении. Правосторонних ГГЭ выполнено 30, левосторонних – 7. По числу удаляемых сегментов пациенты были распределены следующим образом: сегментэктомии (1-3 сегменты) выполнены 38 (50%) больным, резекция трёх и более сегментов – 2 (3%).

Резекционные вмешательства проводили при помощи водоструйного диссектора (ERBE JET) и аргоноплазменной коагуляции.

Послеоперационные осложнения после резекционных вмешательств на печени констатированы у 14 (18%) больных, летальность составила 5%.

Выводы. Алгоритм лечения больных колоректальным раком с метастазами в печень при отсутствии признаков нерезектабельности (первичной опухоли и метастазов) должен включать хирургическое вмешательство, как на первичной опухоли, так и на печени. Выполнение симультанных резекционных вмешательств на печени показано при отсутствии осложнений первичной опухоли, сопутствующих заболеваний и наличии достаточного объёма здоровой ткани печени. Такой подход не ведет к статистически достоверному повышению числа осложнений и летальности, позволяя повысить результаты трехлетней выживаемости.

ОПЫТ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Щастный А.Т., Сятковский А.Р.
УО «Витебский государственный медицинский университет», Витебск, Беларусь
УЗ «Витебская областная клиническая больница», Витебск, Беларусь
Отделение хирургической гепатологии и трансплантации ОНПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы», Витебск, Беларусь

Актуальность. Панкреатодуоденальная резекция представляет собой одну из самых сложных полостных операций в связи с необходимостью обширных резекций и реконструкций. Несмотря на то, что первое описание лапароскопической панкреатодуоденальной резекции Gagner и Pomp было в 1994 году, на сегодняшний день из-за технической сложности нет её широкого распространения.

Цель исследования: оценить первый опыт выполнения лапароскопической панкреатодуоденальной резекции.

Материалы и методы. В отделении хирургической гепатологии и трансплантации Витебской областной клинической больницы выполнены 2 лапароскопические панкреатодуоденальные резекции у женщин с опухолями головки поджелудочной железы и дистального отдела холедоха. Средний возраст пациенток 44±5. Все оперативные вмешательства выполнены с применением лапароскопического интраоперационного ультразвукового датчика и УЗ-аппарата ALOKA ALPHA 7 ProSound.

Результаты. Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция выполнена в 2 случаях. Время операции составило 420 и 560 мин. Коэффициент конверсии 0%, послеоперационная летальность составила 0%. Осложнения в виде панкреатической фистулы выявлено в 1 случае. Среднее время пребывание в стационаре составило 24 дня. При гистологическом исследовании опухолевый рост в крае резекции не выявлен ни в одном случае.

Выводы. Клинический опыт использования лапароскопического метода выполнения панкреатодуоденальной резекции подтверждает выводы других авторов о преимуществе лапароскопической техники, которое заключаются в лучшей переносимости послеоперационного периода и сокращении послеоперационного койко-дня. Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция вполне реальна, безопасно и онкологически достаточна, но только при условии выполнения высококвалифицированными лапароскопическими хирургами и при наличии высокотехнологичного диагностического оборудования, лапароскопических инструментов и интраоперационного лапароскопическогоУЗИ.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТИМУЛЯЦИИ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ФЕТАЛЬНЫМИ И БИОЛОГИЧЕСКИМИ МАТЕРИАЛАМИ

Янгиров И.В., Муслимов С.А., Мусина Л.А., Мингазов Р.С.
Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИПО ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия

В настоящее время существующие методы, направленные на усиление репаративной регенерации при диффузных заболеваниях печени, в большинстве случаев дают определенный положительный эффект, но кардинально не решают проблему регенерации печени (Нартайлаков М.А. и соавт., 2007). Поиск новых методов лечения дегенеративных поражений печени натолкнул нас на идею сочетанного применения аллогенного диспергированного биоматериала и трансплантации фетальной ткани печени, так как разные механизмы стимулирующего воздействия на ее регенерацию могут привести к потенцированию эффекта в органе с тяжелыми функциональными нарушениями.

Цель исследования: изучение регенераторных процессов в печени при воздействии фетальных и биологических материалов на экспериментальной модели цирроза печени.

Материалы и методы. Проведены эксперименты на 150 белых крысах линии Вистар (массой 250-300 г). В начале эксперимента для определения нормальных (исходных) величин изучаемых показателей исследовали 6 здоровых крыс, составивших 1-ю опытную группу. Модель цирроза была получена путем длительного введения внутрижелудочно гепатотропного яда - тетрахлорметана в течение 3 месяцев (2-я опытная группа животных) по схеме (Мингазов Р.С., 1998). Летальность составила 19,4%. Отмечено снижение массы тела у каждой особи в среднем на 45±9,7 г. Для изучения активности репаративных процессов крыс с циррозом печени разделили на группы: 3-я опытная группа - без каких-либо терапевтических воздействий; 4-я опытная группа - лапаротомия с резекцией части печени; 5-я опытная группа - лапаротомия со стимуляцией регенерации печени аллогенным биоматериалом; 6-я группа - с трансплантацией фетальной ткани; 7-я группа - лапаротомия с сочетанным применением аллогенного биоматериала и трансплантацией фетальной ткани. Стимуляцию регенерации аллогенным биоматериалом проводили по следующей методике: под эфирным наркозом из лапаротомного доступа в каждую долю вводили по 0,1-0,2 мл суспензии биоматериала, который заготавливался из тканей крыс по технологии Аллоплант® в тканевом банке Всероссийского центра глазной и пластической хирургии. Для стимуляции репаративных процессов трансплантацией фетальной ткани использовали печень 19-ти дневных эмбрионов крыс. Материал готовили сотрудники Челябинского Биомедицинского центра на основании лицензии ЛАКО Челябинской области №435.

В процессе эксперимента оценку состояния крыс проводили на основании макроскопических признаков (выпадение волос, гиподинамия, желтушность кожных покровов, изменение массы тела), изменений биохимических показателей сыворотки крови и данных световой и электронной микроскопии. Животные выводились из опыта на 7, 14, 21, 30, 90, 180 сутки после операции. Препараты для гистологического исследования готовили по стандартной методике. Результаты оценивали по воспалительно-клеточной инфильтрации паренхимы, степени некроза печеночных клеток, фиброза, гипертрофии, гиперплазии ядер, дистрофии гепатоцитов, пролиферации эпителия желчных протоков.

Результаты. По окончании введения животным тетрахлорметана при морфологическом исследовании печени наблюдали типичную картину цирротической трансформации паренхимы с нарушением гистоархитектоники за счет фиброза и узловой перестройки. При сочетанном применении диспергированного биоматериала и фетальной ткани обнаружено потенцирование влияния обоих материалов, выражающееся в резорбции избыточной соединительной ткани, пролиферации и полиплоидизации гепатоцитов, восстановлении структуры и массы органа, а также раннее восстановление функциональных показателей печени

Заключение. Сочетанное применение аллогенного биоматериала и фетальной ткани создает оптимальные условия для формирования структурно-функциональных единиц печени.

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

МИНИ-ДОСТУП У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М.
Кафедра хирургии, урологии и анестезиологии-реаниматологии Андижанского государственного медицинского института, Андижан, Узбекистан

Цель исследования: обосновать целесообразность применения минилапаротомного доступа (МД) у пожилых больных острым калькулёзным холециститом (ОКХ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 78 пожилых больных с ОКХ. Исследование проводилось на базе кафедры хирургии, урологии и анестезиологии-реаниматологии АндГосМИ за период с января 2013 по декабрь 2014 гг. Возраст больных варьировал в пределах от 60 до 74 лет, составляя в среднем 65,7±3,4 года. Больные были разделены на две группы. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. В этой группе использована активная индивидуализированная хирургическая тактика с минилапаротомным доступом по методике клиники. Контрольную группу составили 45 (57,7%) больных, у которых использовали традиционные способы лапаротомного доступа. Пациенты были подвергнуты холецистэктомии через традиционный лапаротомный доступ. Косые разрезы в правом подреберье по Федорову или Кохеру использованы у 30 (66,7%) больных, а у 15 (33,3%) пациентов операция выполнена через верхне-срединную лапаротомию.

Результаты. Для получения клинической оценки результатов комплексного хирургического лечения пожилых больных с ОКХ нами проведен анализ осложнений в раннем послеоперационном периоде в исследуемых группах. Общее количество осложнений в контрольной группе составило 17,8% больных, а летальность - 4,4% (2 больных). Применение активно-индивидуализированной хирургической тактики с использованием мини доступа существенно повысило эффект лечения и способствовало благоприятному течению заболевания. Клинический анализ результатов показал, что традиционные доступы из-за травматизации и инфицирования сопровождаются высоким процентом раневых осложнений. Обоснованное применение минилапаротомного доступа при операциях на желчном пузыре заметно уменьшает раневые осложнения. При этом также отмечается снижение числа осложнений со стороны сердечно-сосудистой и легочной системы. Летальных исходов в основной группе не было. Средние сроки пребывания больных в стационаре - 8,8±2,2 койко-дня, что на 4,6 дней меньше, чем при традиционной терапии ($p<0,05$).

Заключение. Активно-индивидуализированная хирургическая тактика с применением мини доступа компенсирует общее состояние пожилых больных и уменьшает риск оперативного вмешательства, а также создает предпосылки для активных восстановительных процессов послеоперационного периода.

ЭНДОТОКСИКОЗ И ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ПОЖИЛЫХ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М.
Кафедра хирургии, урологии и анестезиологии-реаниматологии Андижанского государственного медицинского института, Андижан, Узбекистан

Цель исследования: оценить уровень эндогенной интоксикации (ЭИ) и его влияние на развитие полиорганной недостаточности (ПОН) у пожилых больных с острым калькулёзным холециститом (ОКХ).

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 78 пожилых больных с ОКХ. Возраст больных варьировал в пределах от 60 до 74 лет, составляя в среднем 65,7±3,4 года. Больные мбыли разделены на две группы. Основную группу составили 33 (42,3%) больных. В этой группе использована активная индивидуализированная хирургическая тактика. Состояние больных показатели ЭИ и результаты динамической оценки ПОН и лечения сравнивали с контрольной группой, состоящей из 45 (57,7%) больных, у которых использовали традиционные способы терапии. В контрольной группе использована активно-выжидательная тактика лечения больных с ОКХ.

Результаты. Клиническими исследованиями установлено, что у пожилых больных с ОКХ развивался синдром ЭИ. При поступлении количество лейкоцитов в основной группе больных было повышено до 14,96±0,86х109/л., что свидетельствует о выраженности инфекционного процесса. Уже на 2 сутки уровень данного показателя снизился на 26,9% относительно исходных данных, что в 1,1 раза меньше, чем при традиционном лечении ($p<0,05$). В основной группе уровень лейкоцитарный индекс интоксикации достиг нормальных значений на 4-5 сутки после операции. Индекс эндогенной интоксикации у всех больных был снижен в среднем в 2,2 раза относительно показателя здоровых лиц ($p<0,05$). Это свидетельствует о том, что воспалительный процесс у пожилых больных с ОКХ сопровождается тяжелой ЭИ, усугубляющей общее состояние больных, и оказывает отрицательное влияние на течение заболевания, обусловливая и замыкая порочный круг синдрома «взаимоотягощения». Уровень ПОН по шкале SOFA у исследуемых групп больных при поступлении был повышен от 5,7±0,3 до 7,1±0,3 балла, что соответствовало вероятности летального исхода от 35% до 42%. Уровень тяжести ПОН в основной группе уже в первые сутки после операции достоверно уменьшилась на 32,3% ($p<0,05$).

Заключение. Тяжесть эндотоксикоза у пожилых больных с ОКХ характеризуются избыточным накоплением токсических метаболитов и повышением активности биохимических показателей в крови, повышением маркеров эндогенной интоксикации (ЛИИ – повышен в 6,8 раза; ИЭИ – снижен в 2,2 раза), что в свою очередь приводит к полиорганной недостаточности организма с усугублением последней.

ПАТОМОРФОЗ ОСТРЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Алиев А.К.
ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия

Введение. В последние два десятилетия увеличение количества ятрогенных повреждений желчевыводящих протоков (ЯПЖП) связывают с широким внедрением эндовидеохирур-гических технологий в лечении больных желчнокаменной болезнью. В связи с этим многие исследователи отмечают, что характер ЯПЖП несколько изменился. Так, если при открытой холецистэктомии (ХЭ) основными механизмами травмы являются пересечение, иссечение и лигирование, то при лапароскопической ХЭ к ним добавляются клипирование и диатермический некроз стенки желчного протока.

Цель исследования: сравнить в эксперименте морфологические изменения в стенке общего желчного протока (ОЖП) при полном механическом и термическом повреждениях с обоснованием рационального варианта хирургического лечения ЯПЖП.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили 10 экспериментальных животных (свиньи), которым повреждения ОЖП наносили во время лапароскопического вмешательства при помощи эндоскопического инструментария. Механическое повреждение производилось при помощи ножниц, а термическое при помощи L-образного электрода для диссекции. Опыты на 10 экспериментальных животных были разделены на две равные группы. В обеих группах ОЖП предварительно клипировали, затем в 1-ой группе выполняли его полное механическое пересечение, а во 2-ой – полное термическое повреждение. Повреждение наносили ниже места впадения пузырного протока в общий печеночный проток. После операции животное находилось под эндотрахеальным наркозом и ИВЛ в течение 4 часов, затем его выводили из эксперимента с проведением секционного исследования, в ходе которого забирали образцы ткани гепатикохоледоха (проксимальная и дистальная культя с клипсами) для последующего гистологического исследования. Фрагменты холедоха фиксированы в 10% растворе формалина, гистологическая проводка образцов ткани в автоматическом гистопроцессоре (изопропиловый спирт), окраска срезов гематоксилин-эозин.

Результаты. Анализ результатов проведенных исследований позволил установить, что при макроскопической оценке повреждения у животных 2-ой группы в отличие от 1-ой носили ожоговый характер, проявляясь наличием некротически измененной ткани в пределах клипс. При гистологическом исследовании: у животных 1-ой группы отмечается повреждение стенки ОЖП на всю его

толщину на 2,5±0,6 мм от места наложения клипс, у животных 2-ой группы – ЯПЖП носили распространенный характер. Термическое повреждение распространялось на протяжении 11,0±0,7 мм от места пересечения, с некрозом стенки холедоха на всю его толщину на расстоянии 3,7±0,2 мм. Повреждение на 2/3 его толщины за счет некроза слизистой и подслизистой оболочек, а также части мышечной составляющей стенки на расстоянии 6,3±0,8 мм, что является границей зоны формирования рубцовой стриктуры ОЖП.

Выводы. Несмотря на относительно ограниченный характер термических повреждений, при макроскопической оценке они, в отличие от механических повреждений, являются распространенными. Оценить термический характер повреждения невозможно интраоперационно с учётом распространенности повреждения и уровня демаркации, поэтому если экстраполировать ситуацию на пациента, то первым этапом целесообразно наружное дренирование ОЖП.

ОБЩИЙ ГОМОЦИСТЕИН ОДИН ИЗ МАРКЕРОВ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Антюфриева Д.А.
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, Красноярск, Россия

Актуальность. На современном этапе диагностика острого панкреатита, лидирующей ургентной патологии брюшной полости, остается сложной и актуальной задачей. Согласно литературным данным, наиболее ранняя визуализация очага поражения возможна не ранее 72 часов от начала заболевания.

Цель исследования: изучение взаимосвязи между степенью тяжести острого панкреатита, содержанием общего гомоцистеина и С-реактивного белка с объемом деструкции поджелудочной железы.

Материалы и методы. В проспективное когортное исследование вошло 127 больных, из них с нетяжелым острым панкреатитом (по шкале Ranson менее 3 баллов) – 35 (27,6%), с тяжелым острым панкреатитом (Ranson более 3 баллов) – 92 (72,4%). Проводили оценку по специфическим шкалам для острого панкреатита: (шкала Толстова – Красногорова, BISAP, Ranson, Glasgow) и общереаниматологическим шкалам APACE II и MODS 2. Объем деструкции и расчет баллов CTSI основывали на проведении КТ-ангиографии с болюсным контрастированием. Содержание общего гомоцистеина определяли методом твердофазного конкурентного хемилюминесцентного иммуноферментного анализа, С-реактивного белка – иммунотурбидиметрическим методом.

Результаты. Оценивая группы, распределенные по шкале Ranson, следует отметить достоверное различие уровней С-реактивного белка и общего гомоцистеина между группами. Однако, существует неоднородность пациентов по степени поражения поджелудочной железы.

Благодаря наличию положительных корреляционных связей между современными лабораторными маркерами и объемом деструкции поджелудочной железы, возможно прогнозирование объема панкреонекроза в наиболее ранние сроки, когда визуализация невозможна. Средние положительные корреляции с уровнем С-реактивного белка и общего гомоцистеина наблюдаются у таких специфических шкал как Ranson и CTSI. А так же у неспецифических шкал для оценки общего состояния больного APACHE II и MODS 2. Однако определение истинного объема деструкции поджелудочной железы и парапанкреатических осложнений невозможно без применения современных способов визуализации.

Выводы. Необходимо комплексное применение современных методов визуализации и определение лабораторных маркеров панкреонекроза.

ПРИМЕНЕНИЕ ОПТИМИЗИРОВАННОГО АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С УРГЕНТНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Анваров Х.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: улучшение результатов лечения эхинококкоза печени, осложненного нагноением и прорывом в брюшную полость или желчные пути путем применения комплексного алгоритма диагностики и лечения.

Материалы и методы. Проанализированы

результаты лечения 399 пациентов с различными осложнениями эхинококкоза печени (2010-2014 гг.). Из них нагноение кисты наблюдалось у 241 (60,4%) больного, сдавление ворот печени - у 64 (16%), прорыв содержимого кисты в брюшную полость - у 11 (2,7%) пациентов, прорыв в билиарную систему – у 28 (7,1%), прорыв в полые органы - у 2 (0,5%) больных.

Группу исследования составили 39 больных с прорывом кисты в брюшную полость (11 (28,2%) пациентов) и прорывом в билиарный тракт (28 (71,8%) пациентов). Возраст больных варьировал в пределаъ от 22 до 72 лет, в среднем 46,4±4,1 лет. Длительность симптомов механической желтухи более 7 суток была у 16 (57,2%) больных, 3-7 суток - у 2 (7,1%) больных, до 3 суток - у 10 (35,7%) пациентов. Средняя длительность симптомов перитонита составила 5,2±0,5 часов. Всем больным применяли оптимизированный лечебно-диагностический алгоритм, согласно которому пациентам с клиникой механической желтухи были проведены общеклинические и биохимические обследования крови, инструментальные методы исследования – УЗИ, КТ, дополненные иммуноферментным анализом.

Результаты. Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути (28 пациентов) в первые сутки нахождения в клинике была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз. Установить диагноз после проведения ЭПСТ не составило труда. При этом, в 20 (72%) случаях после ЭПСТ произведено удаление хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия. В дальнейшем этим пациентам была выполнена открытая операция в отсроченном порядке. Попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом в 8 (28%) случаях. Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам, но в срочном порядке. Больным с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути после произведенной РПХГ была произведена эхинококкэктомия с перикистэктомией и обработкой остаточной полости в различных модификациях: Дельбе (4 больных), Вахидову (6 пациентов), Гилевичу (2 больных) и ушиванием остаточной полости на дренажной трубке (16 пациентов). Больным с разрывом кисты в брюшную полость и симптомами перитонита (11 пациентов) была проведена диагностическая лапароскопия, с локализацией источника перитонита, своевременной и адекватной санацией брюшной полости, с дальнейшей открытой операцией в вышеуказанных модификациях. Осложнений не наблюдали.

Заключение. Применение комплексного алгоритма диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени, включающего в себя ретроградные эндобилиарные вмешательства с ЭПСТ и диагностическую видеолапаросокпию, позволило провести не только высокоинформативную и высокоспецифичными диагностику, но и выбрать оптимальную тактику лечения, с устранением причины механической желтухи, адекватной санаций соответственно билиарного дерева или брюшной полости и уменьшением риска осложнений последующих открытых операций.

ОСОБЕННОСТИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ЕДИНЫМ ДОСТУПОМ

Бадалов Д.А.
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оценка выраженности болевого синдрома у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) единым доступом.

Материалы и методы. 68 больных с диагнозом желчекаменная болезнь, хронический калькулезный холецистит разделили на 2 группы. В контрольную группу вошли 34 больных, подвергшихся четырехпортовой ЛХЭ, в основную группу – 34 пациента, перенесших ЛХЭ единым доступом. У всех пациентов до выполнения разрезов кожи проводили местную инфильтрационную анестезию области введения троакаров на передней брюшной стенке. Также в начале процедуры производили инфузию местного анестетика – ропивакаина в правое поддиафрагмальное пространство, в конце операции – в это же пространство вводили физиологический раствор с последующей аспирацией. Выраженность болевого синдрома в области послеоперационных ран и в области плеча оценивали на 2, 6, 12, 24, 48 и 72 ч. после операции с помощью визуальной аналоговой шкалы (VAS).

Результаты. Анализ баллов, характеризующих боль, показал статистически значимое различие по выраженности абдоминальной боли на первые 12 ч., боли в области плеча – на первые 6 . после операции. Больные в основной группе имели значительно меньше баллов боли, чем в контрольной группе ($p<0,05$). В частности, у больных, подвергшихся ЛХЭ единым доступом, через 24 ч после операции, как абдоминальной боли, так и боли в области плеча не наблюдалось.

Выводы. У больных, перенесших ЛХЭ единым доступом, выраженность болевого синдрома в животе и в области плеча значительно меньше по сравнению с четырехпортовой, а через 24 ч после операции боль отсутствует. В группе больных, перенесших ЛХЭ единым доступом, для снятия послеоперационной боли потребовалась значительно меньшая доза обезболивающих препаратов.

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКУЮ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЮ ЕДИНЫМ ДОСТУПОМ

Бадалов Д.А.
ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: оценка особенностей течения раннего послеоперационного периода у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) единым доступом.

Материалы и методы. В исследование вошли 68 больных с диагнозом хронического калькулезного холецистита, котрых разделили на 2 группы: I группа – 34 больных, подвергшихся четырехпортовой ЛХЭ; II группа – 34 больных, перенесших ЛХЭ единым доступом. Женщин было 57 (83,8%), мужчин – 11 (16,2%), в возрасте от 37 до 71 года (средний возраст 47±14 лет).

Результаты. При сравнении продолжительности хирургического вмешательства оказалось, что она статистически значимо дольше при выполнении ЛХЭ единым доступом ($p<0,05$).

В послеоперационном периоде у 5 пациентов на 2-4 сут наблюдали желчеистечение по дренажу, установленному в правом подпеченочном пространстве (после четырехпортовой ЛХЭ – у 3, после ЛХЭ единым доступом – у 2). У этих больных выделение желчного пузыря из ложа сопровождалось значительными техническими трудностями. Желчеистечение разрешилось консервативными мерами. Ни у одного пациента не было показания к выполнению интраоперационной холангиографии.

Тошноту и рвоту наблюдали у пациентов обеих групп (тошнота – у 18, рвота - у 8 больных), но статистически значимого различия по этим показателям между сравниваемыми группами не было выявлено ($p>0,05$). В группе больных, перенесших ЛХЭ единым доступом, выраженность послеоперационной боли была меньше и потребовалась минимальная доза анальгетиков для снятия болевого синдрома.

Выводы. ЛХЭ единым доступом по сравнению с четырехпортовой отличается более легким течением раннего послеоперационного периода.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Баймурадов Ш.Э.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Для определения оптимальной тактики лечения острго панкреатита большое значение имеет определение степени поражения поджелудочной железы и окружающих тканей. В этом отношении, без сомнения, наиболее информативным методом исследования является лапароскопия.

Материалы и методы. За период с 2011 по 2014 гг. в РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит госпитализировано 1321 больной с острым панкреатитом. Консервативное лечение было применено 902 (68,3%) больным, оперировано 409 (31,7%) больных, из них лапароскопическим способом 113 (27,6%) больных. Отечная форма заболевания выявлена у 8 (6,2%) больных, жировой очаговый панкреонекроз верифицирован у 64 (56,6%) пациентов и геморрагический панкреонекроз - у 42 (37,1%) больных. Большое значение в определении тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) отводится степени распространенности процесса, наличию и тяжести внеорганных осложнений, как системных, так и парапанкреатических, клетчаточных и внутрибрюшных. Распределение больных по степени распространенности панкреонекроза: очаговое поражение - у 29 (25,6%) из 113 пациентов, субтотальное поражение верифицировано у 61 (53,9%) больных,

тотальное поражение - у 23 (20,3%) больного. По распространенности перитонита при деструктивной форме течения больных распределили следующим образом: местный перитонит (жидкость в сальниковой сумке) – 10 (8,8%) пациентов; диффузный перитонит – 47 (41,5%); разлитой перитонит – 15 (13,3%); всего доля этого осложнения составила 63,7% (72 пациентов), без перитонита на фоне деструктивного панкреатита пролечено 41 (36,3%) больных.

Результаты. Произведены следующие лапароскопические вмешательства: санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – 15 (13,3%); холецистэктомия, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 45 (39,8%); холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 53 (46,9%). По поводу продолжающегося панкреонекроза после лапароскопических вмешательств повторно оперированы лапаротомным доступом 7 (6,2%) больных. Среди 113 оперированных лапароскопическим способом больных летальность составила 2,6% (3 больных).

Заключение. Лапароскопические вмешательства имеют большие преимущества, даже в случаях наличия множественных жидкостных образований в забрюшинном пространстве и брюшной полости. В то же время, считаем ошибочным преувеличивать значимость лапароскопических операций, в качестве основного метода лечения больных панкреонекрозом. Для достижения положительного результата лечения, в случае их неэффективности, следует своевременно склоняться в пользу традиционного вмешательства.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ БЕСКАМЕННЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, КОТОРЫМ ПОКАЗАНО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В., Потапов В.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), Донецк, Украина

Цель исследования: определить эффективность двух разработанных способов консервативного лечения в процессе предоперационной подготовки больных с хроническим бескаменным холециститом (ХБХ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты предоперационного консервативного лечения 114 пациентов ХБХ, госпитализироанных в 1-е хирургическое отделении ДОКТМО за последние 7 лет. Женщин было 67 (59,1%), мужчин – 47 (40,9%), средний возраст - 43,0±6,7 года. Для подтверждения диагноза больным проводили ультразвуковое исследование, биохимические анализы крови, хроматическое фракционное дуоденальное зондирование с микроскопическим, биохимическим и бактериологическим исследованием жёлчи, гепатобилиосцинтиграфию. Все больные были разделены на 2 группы: I группа (основная) – 70 (61,4%) человек - получали усовершенствованное предоперационное консервативное лечение, с учётом типа дискинезии жёлчного пузыря (ЖП), сопутствующих заболеваний и вегетативных нарушений; II группа (контрольная) – 44 (38,6%) человека – получали только стандартную консервативную терапию. По всем критериям группы были однородными.

Результаты. Показаниями к хирургическому лечению ХБХ явились: упорное течение заболевания с сохранённой функцией ЖП, но имеющимися спайками, деформацией, перихолециститом; «отключённый» или резко деформированный ЖП, даже при отсутствии резких болей; бескаменный шеечный холецистит, холестероз ЖП; неэффективность длительного консервативного лечения; присоединение трудно поддающихся терапии осложнений – панкреатита, холангита; аномалии пузыря при ХБХ; атипичные формы этого заболевания; стойкая утрата функций ЖП за счёт его «сморщивания».

Стандартная лечебная программа ХБХ включала: режим; диетотерапию, лекарственную терапию в период обострения; купирование болевого синдрома; применение жёлчегонных средств; антибактериальную терапию; нормализацию функций вегетативной нервной системы; иммуномодулирующую терапию и повышение общей реактивности организма; физиотерапию, фитотерапию, водолечение. В I группе применены два новых, разработанных нами, способа консервативного предоперационного лечения: «Способ лечения гипертонически – гиперкинетической формы дискинезии жёлчевыводящих путей и вегетативных расстройств у больных хроническим бескаменным холециститом» (положительное решение от 10.12.2014 г.) и «Способ лечения гипотонической формы дискинезии жёлчевыводящих путей и ве-

гетативных расстройств у больных хроническим бескаменным холециститом» (положительное решение от 15.12.2014 г.).

Заключение. Применение двух разработанных способов консервативного лечения ХБХ в процессе предоперационной подготовки способствовало снижению числа осложнений после лапаро-скопической холецистэктомии с 14,8% до 3,3%, снижению срока лечения на 1,0 ± 0,3 суток ($p<0,05$). Ближайший послеоперационный период в I группе отличался менее выраженной температурной реакцией, ранней активизацией, не выраженным болевым синдромом, менее выраженным парезом кишечника.

БИОМЕХАНИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СОВРЕМЕННЫХ ШОВНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ХИРУРГИИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

Гаврилов В.А.
ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский универсиет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, России

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

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

Материалы и методы. Изучали механические и реологические свойства рассасывающегося шовного материала при воздействии на него агрессивных биологических сред. Определяли допустимые нагрузки на нити, а также влияние простого узла на механические свойства нитей в зависимости от времени нахождения в агрессивной биологической среде. Биологические свойства современных синтетических нитей и рассчитанные нами экспериментально параметры закрытия ран передней брюшной стенки изучались на биологических моделях крыс нелинейной породы с целью профилактики и прогнозирования развития ИОХВ. Нами применяли соотношение длины шва к длине раны 3:1. Крыс выводили из эксперимента на 3, 5, 14, 30 сутки. Морфологически оценивали регенеративные изменения в препаратах апоневроза. Морфологически производили оценку уровня воспалительной клеточной реакции, скорость и качество регенераторных процессов, расположение волокнистых структур, состояние кожи, тканей апоневроза и мышц в зоне оперативного вмешательства. При этом дифференцировалось качество синтетического шовного материала или капрона.

Проведен ретроспективно-проспективный анализ результатов хирургического лечения 293 пациентов с патологией органов гепатопанкретодуоденальной зоны. Пациенты были распределены на две группы. В группе наблюдения, в которую вошли 67 (22,9%) пациентов, для наложения межорганных анастомозов использовали оригинальную методику, включающую применение современных длительно-рассасывающихся хирургических нитей с двумя иглами. Лапаротомную рану ушивали послойно непрерывными петлевыми швами PDS Plus. У 226 (77,1%) пациентов группы сравнения, межорганные анастомозы накладывали коротко-рассасывающимися нитями, а для ушивания лапаротомных ран использовали нерассасывающиеся шовные материалы по традиционной технике.

В группе наблюдения у 2 (3,6%) пациентов возникла инфекция области хирургического вмешательства. В группе сравнения отмечено 35(15,5%) специфических осложнений.

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

Работа выполняется при поддержке гранта Российского фонда фундаментальных исследований 15-08-08247 А.

ИМПЕДАНСНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ, КАК СПОСОБ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Гаврилов В.А., Паршаков А.А.
ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский унивеситет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России, Пермь, России

Цель исследования: изучение эффекта изменения температуры при импедансометрии кожи и подкожных тканей при холодовом тесте и определение корреляции между параметрами, характеризующими тонус сосудов и интенсивность микрогемодинамики и значений альфа и бета дисперсии биоимпеданса у хирургических больных.

Материалы и методы. Проведено исследование накожного импеданса экспериментальным анализатором биоимпедансных спектров АБИС-01. Исследованы 33 пациента с острым панкреатитом легкой степени тяжести (21 (63,6%) мужчина и 12 (36,4%) женщин), не имеющих в анамнезе хронических сосудистых, эндокринных, онкологических заболеваний. Средний возраст исследуемых составил 28±7 лет. В горизонтальном положении пациентов измеряли биоимпеданс кожи дистальной фаланги II пальца кисти параллельно с измерением температуры дистальной фаланги III пальца. В статистическом анализе использован тест Вилкоксона для сравнения групп данных, статистически достоверным считалось значение <0,05. Для выявления взаимосвязи между значениями биоимпеданса и параметрами, характеризующими кожный кровоток, использованы коэффициенты ранговой корреляции Спирмена. Статистическая обработка данных проводилась с помощью Mathematica 7.0 и Statistica 6.0.

Результаты. Были обнаружены различия исходных значений частотной зависимости импеданса до начала пробы. Также получены и различия в динамике параметров диаграмм Найквиста в ответ на холодовой тест, что определяется индивидуальными особенностями реакции на холодовую пробу.

Вазодилатация микроиркуляторного русла соответствовала уменьшению тонуса микрососудов и увеличению амплитуд во всех трех диапазонах, вазоконстрикция приводит к обратному эффекту. Во всех временных интервалах вычисляли корреляции между параметрами диаграмм Найквиста и среднеквадратичными амплитудами колебаний кожной температуры в соответствующих частотных интервалах. Значения импеданса уменьшались с увеличением амплитуд колебаний, т.е. с увеличением кровотока, или вазодилатацией и увеличивались в случае вазоконстрикции.

Выводы. Предложенная гипотеза развития α-дисперсии является перспективным инструментом для изучения механизмов, ответственных за межклеточные взаимодействия, и, таким образом, требует дальнейшей проверки. Эксперименты с функциональными пробами, меняющие микрокровоток позволяют прояснить механизмы, определяющие импеданс кожи. Предложенная модель возникновения альфа дисперсии требует дальнейшей верификации при острых хирургических заболеваниях различной степени тяжести.

СОЧЕТАННЫЕ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Доронин М.Б., Рясков Л.А.
ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов, страдающих сочетанными с желчнокаменной болезнью заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства, путем применения минимально инвазивных технологий.

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов ВолгГМУ в период с 2011 по 2015 гг выполнено 146 традиционных лапароскопических холецистэктомий (ТЛХЭ), из которых сочетанные с ТЛХЭ операции - у 8 (5,5%) пациентов: грыжесечения по поводу пупочной грыжи - 4, аднексэктомия слева по поводу эндометриоидной кисты левых придатков матки - 1, лапароскопических адгезиолизиса (в анамнезе аппендэктомии) - 2, резекция II и III сегментов печени с цистэктомией по поводу гигантской лимфоидной кисты печени - 1. По технологии единого лапароскопического доступа с троакарной поддержкой («ЕЛД+»)

успешно завершено 174 операции. У 25 (14,4%) больных холецистэктомию по технологии «ЕЛД+» сочетали: с лапароскопической цистэктомией по поводу кисты правой почки в 3 наблюдениях, с лапароскопическим адгезиолизисом (в анамнезе у 1 пациентки грыжесечение по поводу вентральной грыжи - в 11, аппендэктомия – в 8, операция на матке и её придатках) – в 2, с аллогерниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи (у 2 - люмботомия слева, у 1- доступ Волковича-Дьяконова) – в 3, с грыжесечением по поводу параумбиликальной грыжи – в 1, с грыжесечением по поводу пупочной грыжи – в 5, с лапароскопической тубэктомией слева с резекцией левого яичника по поводу эндометриоидной кисты левого яичника – в 2 наблюдениях. Из 58 пациентов, перенесших комбинированную минилапароскопическую холецистэктомию (КМЛХЭ). у 4 (6,9%) операция была сочетана: с минилапароскопическим адгезиолизисом - 3, с аллогерниопластикой по поводу послеоперационной вентральной грыжи после нижнесрединной лапаротомии – 1 наблюдение.

Результаты. Удлинения среднего послеоперационного срока пребывания пациентов в стационаре, связанного с выполнением сочетанных операций на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, нами не отмечено, за исключением 4 наблюдений сочетанной с лапароскопической холецистэктомией аллогерниопластики, выполненной по поводу послеоперационной вентральной грыжи.

Выводы. Технические возможности различных лапароскопических технологий позволяют с минимальной травматичностью выполнять сочетанные с лапароскопической холецистэктомией операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, обеспечивая пациенту необходимый уровень безопасности, а также избегать повторных вмешательств по поводу сочетанной патологии.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ ПЕЧЕНИ ПУТЕМ КОМБИНАЦИИ МЕТОДОВ ЛОКАЛЬНОЙ ДЕСТРУКЦИИ И РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Дроздов П.А.
ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П.Боткина ДЗ г. Москвы, Россия

Актуальность. По частоте смертности колоректальный рак (КРР) занимает 2 место среди онкологических заболеваний. Оперативное лечение возможно не более чем в 20% случаев. В лечении этих больных широко применяются методы локальной деструкции опухолевых узлов и интраартериальной регионарной химиотерапии, как самостоятельные методы, так и в комбинации друг с другом.

Материалы и методы. В период с мая 2007 по май 2015 гг. в отделении хирургии печени и поджелудочной железы на стационарном лечении находились 457 больных с метастатическим КРР печени, из них термическая аблация опухоли выполнена 47 (10,29%) больным: радиочастотная аблация (РЧА) - 34 больным, микроволновая аблация (СВЧ) - 14 больным. Химиоэмболизация (ХЭ) печеночных артерий выполнена 86 (18,8%) больным. С 2014 г в нашей клинике применяют комбинацию методов локальной деструкции опухолей с методами интраартериальной локорегионарной химиотерапии в лечении больных с метастатическим колоректальным раком печени. Сущность методики заключается в проведении на первом этапе химиоэмболизации (ХЭ) ветви печеночной артерии, задачами которой является воздействие на мелкие сателлитные очаги, располагающиеся по периферии опухолевых узлов. Через 1-2 недели выполняется РЧА или СВЧ-аблация. Проведение на третьем этапе, через 1-2 недели, повторного курса ХЭ обеспечивает пролонгированное взаимодействие химиопрепарата с клетками опухоли ввиду развивающейся после аблации местного полнокровия. Критериями включения были: наличие солитарного очага не более 6 см в диаметре; наличие 2-3 очагов, размер каждого из которых не превышал 3 см; противопоказания или отказ больного от резекционного вмешательства.

Всего пролечено 17 (3,71%) больных (5 мужчин и 12 женщин, средний возраст составил 65,3±6,5 лет). Пролечено 26 опухолевых узлов, средний размер которых составил 4,89±1,47 см. Всем больным проводилась системная химиотерапия. В качестве химиопрепарата при проведении ХЭ использовали доксорубицин, в качестве эмболизата - липиодол. РЧА выполнена 8 (47,06%) больным, СВЧ - 9 (52,94%) больным. Если размер очага превышал 3 см аблацию проводили из нескольких точек: аблация выполнена их 2 точек у 3 (17,64%) пациентов (средний размер составил 40,75±10,23 мм); аблация выполнена из 3 точек у 3 (17,64%) больных (средний размер составил 66,44±20,32 мм).

Результаты. Летальных исходов и осложнений не было. Постаблационный и постэмболиза-

ционный синдром имел место у всех больных, по шкале боли соответствовал 2-3 баллам (0-10). Повышение уровня печеночных ферментов не превышало 100 Ед/л, назначение гепатопротективных препаратов не требовалось. Короткий промежуток между этапами лечения не влиял на интенсивность и продолжительность как постэмболизационного, так и постаблационного синдромов. Эффективность лечения оценивали с помощью МСКТ или МРТ с внутривенным болюсным контрастированием в сроки 3 и 6 месяцев. Срок наблюдения за больными составил в среднем 9,5 месяцев (от 1 до 13 месяцев). За время наблюдения прогрессирования заболевания и летальных исходов не было.

Выводы. Комбинация методов локальной деструкции опухоли с методами интраартериальной регионарной химиотерапии для лечения больных с метастатическим КРР печени безопасна, не ухудшает функцию печени, не влияет на интенсивность постэмболизационного и постаблационного синдромов и улучшает результаты лечения данной категории больных.

АССОЦИАЦИЯ УРОВНЯ РАСТВОРИМЫХ ЦИТОКИНОВ С РАЗВИТИЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Ефимов Д.Ю.
Республиканский наусно-практический центр трансплантации органов и тканей, Минск, Беларусь
УЗ «9-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Ряд цитокинов могут быть использованы в качестве суррогатных маркеров развития неблагоприятных исходов после трансплантации печени (ТП) (Millan O. с соавт., 2010; Zhou T.B. с соавт., 2011).

Цель исследования: оценить взаимосвязь между уровнем различных цитокинов и развитием осложнений после трансплантации печени.

Материалы и методы. Было проведено проспективное обзервационное случай-контроль исследование 52 последовательных ортотопических трансплантаций печени от донора со смертью мозга пациентам от 18 до 65 лет. Период исследования: январь 2013 - январь 2014 гг. Интерлейкины (ИЛ) - 2, 6, 8, 17, 23, ФНО-а, МВБ-1а, сосудисто-эндотелиальный фактор роста (VEGF) были измерены в 3 образцах крови методом мультиплексного иммуноанализа (Luminex 200): в печеночных венах спустя 1 час после реперфузии (проба 1), в периферической крови через 24 часа (проба 2) и 72 часа (проба 3) после реперфузии соответственно. Для определения экспрессии CD68+ на операции back table протокольно выполнялась биопсия трансплантата. Оцениваемые параметры: частота развития ранней дисфункции аллографта (РДА), острого отторжения (ОО), билиарных и инфекционных осложнений, а также выживаемость трансплантата.

Результаты. Различий в уровне изучаемых цитокинов по критерию развития РДА и ОО выявлено не было. Была получена статистически значимая корреляция между длительностью пребывания донора на ИВЛ и уровнем ИЛ-6 в 1-й пробе (r = 0,4, p = 0,03), экспрессией CD68 в печени донора и уровнем ИЛ-23 в 1-й пробе (r = 0,62, p = 0,03), степенью баллонной дегенерации донорской печени и уровнем ИЛ-2 в 1-й пробе (r = 0,77, p = 0,02), длительностью пребывания реципиента после операции в стационаре и уровнем ИЛ-6 в 3-й пробе (r = 0,61, p = 0,001), а также длительностью пребывания реципиента после операции в стационаре и уровнем VEGF в 3-й пробе (R = -0,71, p = 0,0004). Группы пациентов, перенесших билиарные осложнения, и без них значимо отличались по концентрации ИЛ-6 и VEGF в 3-й пробе (34 (28; 116) по сравнению с 13 (3; 16), p = 0,018 и 50 (40; 51) по сравнению с 102 (84; 259), p = 0,002; пг / мл, соответственно). Также было обнаружено значимое различие по уровню ИЛ-6 в 3-й пробе у пациеентов с и без раневой инфекции (219 (85; 2182) по сравнению с 15 (3; 30), p = 0,006; пг / мл).

Заключение. Результаты проведённого исследования подтверждают концепцию роли повреждения печени в организме донора в развитии воспалительного ответа у реципиента. Также показана взаимосвязь фактора роста сосудистого эндотелия с развитием билиарных осложнений.

МЕТОДЫ ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Ешмуратов А.Б.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Среди хирургических заболеваний печени и внепеченочных желчных путей наиболее тяжелыми больными могут быть признаны пациенты с синдромом механической желтухи с развитием печеночной и почечной недостаточности, тромбогеморрагического синдрома и холемических кровотечений, гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени, а также ряда других осложнений, приводя к развитию полиогранной недостаточности.

Цель исследования: оценка эффективности эндоскопического транспапиллярного стентирования желчевыводящих путей (ЖВП) при механической желтухе.

Материалы и методы. Изучены результаты эндоскопической декомпрессии желчных протоков у 375 больных с опухолями гепатопанкреатобилиарной зоны, осложненными механической желтухой. Мужчин было 134 (35,7%), женщин-241 (64,3%). Возраст пациентов составлял от 35 до 86 лет. Причиной развития механической желтухи явились обструкция билиарных протоков злокачественной опухолью: БДС – 140 (37,3%), головки поджелудочной железы – 145 (38,7%), желчного пузыря – 44 (11,7%), на уровне ворот печени - 46 (12,3%) пациентов. Указанные патологические процессы явились показанием для проведения малоинвазивных вмешательств, с целью декомпрессии билиарных протоков.

Результаты. Стентирование желчных протоков выполнено 305 (81,3%) больным. Следует отметить, что в 15 наблюдениях стент был установлен и без предварительно выполненной ЭПСТ при опухоли Фатерова сосочка непосредственно через опухолевую ткань. Осложнения после эндоскопических вмешательств, при опухолевой окклюзии желчных протоков отмечены у 26 (6,9%) больных. Кровотечение из области папиллотомии у 19 (5,1%) больных, которое было остановлено консервативно. У 7 пациентов произошла миграция стентов в желчный проток. Клинически это проявилось рецидивом желтухи и присоединением холангита и потребовал повторного стентирования. Стентирование желчных протоков явилось окончательным методом лечения у 268 (87,9%) пациентов, так как эти больные отказались от радикальной операции. У остальных 37 пациентов после разрешения механической желтухи выполнены отсроченные хирургические вмешательства: радикальные в объеме панкреатодуоденальной резекции – у 11, паллиативные, заключавшиеся в формировании билиодигестивного анастомоза – у 26. В 70 случаях, в связи с невозможностью бужирование стенозированного участка, на уровне ворот печени, стентирование не увенчалось успехом (им было произведено ЧЧХС). При анализе результатов средний срок функционирования стентов без клинических проявлений их обтурации составил 3,5месяца (от 1 до 11 мес.). При рецидиве желтухи и холангита осуществляли эндоскопичесую санацию стента либо его замену в стационарных условиях. Летальность составила 2,1% (умерло 8 пациентов из-за множественных холангиогенных абсцессов печени и прогрессирования полиорганной недостаточности).

Заключение. При выборе метода желчеотведения необходимо учитывать уровень опухолевой обструкции билиарного дерева. Так при проксимальных блоках ЖВП предпочтительно выполнение ЧЧХС. Эндоскопическое билиодуоденальное стентирование является эффективным способом восстановления желчеоттока при опухолевых поражениях дистальных отделов ЖВП. Этот метод декомпрессии, позволяя достаточно быстро и эффективно ликвидировать желтуху и холангит, дает возможность проводить хирургические вмешательства в более благоприятных условиях, а у больных с высоким риском (пожилого возраста, имеющих тяжелую сопутствующую патологию) билиодуоденальное стентирование может служить альтернативной паллиативному хирургическому лечению.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ ПРИ ОПУХОЛЯХ ПРОКСИМАЛЬНЫХ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Жариков Ю.О.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, России

Актуальность: В настоящее время опухоль проксимальных внепеченочных желчных протоков (опухоль Клатскина) составляет от 45% до 75% всех случаев холангиоцеллюлярного рака.

В связи с длительным бессимптомным течением заболевания, что обусловливает позднюю обращаемость за медицинской помощью, сложностью анатомического строения области ворот печени, агрессивностью опухоли, последняя имеет низкую резектабельность, наблюдается высокая летальность и плохой прогноз. Улучшение диагностики, совершенствование оперативной техники позволяют проводить обширные и комбинированные резекционные вмешательства на печени, желчных протоках и сосудистых структурах в области ворот печени. При этом даже при выполнении резекции R0 частота рецидивов достигает 50-70%.

Цель исследования: изучить отдаленные результаты хирургического лечения и прогноз у больныхраком проксимальных внепеченочных желчных протоков.

Материалы и методы. В период с 2011 по первое полугодие 2015 г. на лечении в Институте находилось 46 пациентов с опухолью проксимальных внепеченочных желчных протоков. Согласно классификации Bismuth-Corlette (1975) тип II (вовлечение печеночного конфлюэнса) выявлена у 2 (4,3%) пациентов; выявлен тип III – у 17 (37%) больных (из них тип IIIa (распространение направый долевой печеночный проток) – у 6 (13%) больных, тип IIIb (распространение налевый долевой печеночный проток) - у 11(24%) больных); тип IV (опухолевая инфильтрация обоих печеночных протоков) - у 27 (58,7%) больных. При поступлении у всех пациентов с механической желтухой отмечалось значительное повышение показателейпеченочных ферментов (АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, гамма-глютамилтранспептидазы) иобщего билирубина, что было обусловлено холестазом и высоким уровнем цитолиза гепатоцитов.

Для выявления достоверных факторов риска был выполнен моно- и полифакторный регрессионный анализ Кокса. Анализ выживаемостипациентов после оперативного лечения проведен по методу Каплана-Мейера.

Результаты. Хирургическое лечение проводили после билиарной декомпрессии у 37 больных (80,4% от общего количества пролеченных больных). Дренирование билиарного тракта первично было выполнено в Институте у 7 (18,9%) пациентов. Дренирование проведено по месту жительства у 30 (81,1%) больных: чрескожное чреспеченочное дренирование долевых протоков - у 17(56,7%) пациентов; выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), папиллосфинктеротомия, стентирование долевых протоков печени - у 12 (40%); ЭРХПГ завершена установкой назобилиарного дренажа - у 2 (3,3%) больных. От проведения оперативного вмешательства вследствие распространенности опухоли и осложнений основного заболевания у 9 (19,6%) больных отказались. Медиана послеоперационного пребывания больного в стационаре составила 27 койко-дней (8-52 к/д). В отдаленные сроки наблюдали 37 (80,4%) больных. 6-, 12-, 24-, 36-месячная выживаемость составила 86,4%, 78,7%, 60,5% и 37,7%, соответственно. Низкая общая выживаемость была обусловлена следующими факторами: периневральная инвазия, R1 резекция, метастазы в лимфатические узлы, стадия заболевания III и выше, T стадия 3 и выше, степень дифференцировки клеток 2 и выше, возраст старше 60 лет, инвазия в хвостатую долю печени.

Заключение. Неутешительные отдаленные результаты хирургического лечения и прогноз заболевания зависят от наличия целого ряда неблагоприятных факторов риска и радикальности проведенной операции. Улучшение диагностики и расширение знаний обопухолевой прогрессии на молекулярно-генетическом уровне в дальнейшем может способствовать совершенствованиюпрогнозирования и лечения такой тяжелой категории пациентов как больные опухолью Клатскина.

ЧРЕСКОЖНАЯ МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ГЕМАНГИОМ ПЕЧЕНИ ПОД УЗ-КОНТРОЛЕМ

Жемерикин Г.А., Юриченко Ю.Ю.
Кафедра факультетской хирургии №1 ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия

Цель исследования: уточнить тактику ведения больных гемангиомами печени с учетом нового миниинвазивного (микроволновая абляция) метода хирургического лечения.

Материалы и методы. Исследование было проведено на базе кафедры факультетской хирургии №1 ПМГМУ им. И.М. Сеченова в период с 2011 по 2015 гг. Всего под наблюдением находилось 64 больных гемангиомами печени (ГП) до 5 см в диаметре. У 23 (35,9%) из пациентов гемангиомы увеличились в размерах в 2-2,5 раза в течении 1,5-4 лет. Диагноз ГП был установлен у всех больных на основании мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). Оперативное вмешательство проводили в условиях рентгеноперационной под внутривенным наркозом. В зависимости от местоположения гемангиом в печени был выбран доступ через межреберную область или подреберье.

Термозонд проводили чрескожно чреспеченочно по длиннику гемангиомы под УЗ-контролем так, чтобы кончик термозонда достиг противоположного края опухоли. Далее проводили микроволновую абляцию в течение 15-20 мин. при температуре 80-120 °С (режимы абляции зависели от размеров, расположения и других факторов).

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

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

Результаты. Всего с использованием чрескожной микроволновой абляции гемангиом печени излечены 23 пациента. Осложнений вмешательства ни в одном наблюдении не отмечено. По одному сеансу абляции было проведено у 21 (91,3%) пациента, повторная абляция в связи с рецидивом опухоли при контрольной МСКТ - у 2 (8,7%) пациентов. У пациента с множественными гемангиомами выполнена одномоментная абляция двух наибольших гемангиом; по поводу оставшихся двух гемангиом пациент продолжает оставаться под наблюдением. Пациенты были выписаны на 3-5 день после операции. Сроки наблюдения составили от 7 до 35 месяцев (в среднем 24 месяца). Динамический УЗ-контроль показал, что в течение 2-3-х месяцев у больных могли сформироваться небольшие жидкостные очаги на месте абляции (7 пациентов), которые самостоятельно к концу 6 месяца регрессировали с формированием фиброза. Формирование фиброзированных очагов подтверждено при МСКТ через 6 месяцев.

Заключение. В силу минимальной инвазивности, эффективности, простоты, безопасности и легкой повторяемости, ЧМВА терапия может быть выбрана методом лечения больных с гемангиомами печени небольших размеров, имеющих тенденцию к росту

Ключевые слова: гемангиома печени, микроволновая абляция, миниинвазивные методы лечения, доброкачественные образования печени.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАННИХ ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ

Имамова А.М.
ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Казань, Россия
ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ, Казань. Россия

Цель исследования: определить возможность применения чрескожных пункционных малоинвазивных вмешательств в лечении больных с ранними интраабдоминальными послеоперационными осложнениями.

Материалы и методы. В период с 2009 по 2014 гг. в клинике хирургических болезней №1 ГБОУ ВПО «КГМУ» на базе отделения абдоминальной хирургии ГАУЗ «РКБ МЗ РТ» оперированы 9944 больных по экстренным и плановым показаниям. Средний возраст пациентов составил 51,8 лет. Мужчин было 52%, женщин - 48%. Развитие ранних интраабдоминальных послеоперационных осложнений наблюдали у 497 (5%) больных. Малоинвазивные вмешательства выполняли 406 (82%) пациентам. Диагностическте исследования и малоинвазивные вмешательства проводили с помощью ультразвукового сканера премиум-класса Philips HD 15 и 64-х срезового компьютерного томографа High Speed General Electric. В зависимости от локализации и характера содержимого были выделены следующие группы: серомы и гематомы брюшной полости и передней брюшной стенки – 178 (43,8%), абсцессы брюшной полости и желчные затеки – 139 (34,3%), абсцессы забрюшинного пространства - 89 (21,9%). Алгоритм действия включал в себя проведение диагностической пункции и в зависимости от ее результата проводились пункционная санация патологического образования, либо его дренирование, которое выполнялось в режиме «свободной руки», преимущественно по одноэтапной методике «стилет-катетер». После малоинвазивных вмешательств больным ежедневно осуществлялись ультразвуковой контроль и санация полостей. По необходимости производили замену дренажных трубок равнозначного или большего диаметра, установку дополнительных дренажей. При нестабильном состоянии больного, отсутствии положительной динамики лечения выполняли фистулографию, РКТ. К противопоказаниям для малоинвазивных вмешательств относятся – отсутствие безопасной траектории движения инструмента, нарушения свертывающей системы крови, пиодермия, распространенный гнойный перитонит и продолжающееся кровотечение в область вмешательства.

Результаты. Всего выполнено 611 манипуляций под УЗ-контролем, в том числе плановые и экстренные замены дренажей. У 353 (86,9%) пациентов основным методом хирургического лечения оказались чрескожные пункционные вмешательства, которые способствовали полному устранению имеющихся ранних послеоперационных осложнений. Летальных исходов не было. Необ-

ходимость повторного открытого вмешательства возникла лишь у 53 (13,1%) больных. Летальность в группе больных, которым производили релапаротомию, составила 20,7%. Следует отметить, что при выполнении традиционных лапаротомных операций, у 24 (45,3%) больных вновь возникали послеоперационные осложнения, требующие повторных вмешательств, из них у 11 пациентов проблема была разрешена чрескожным пункционным дренированием.

Заключение. Проведенные исследования показали, что малоинвазивные вмешательства у больных с ранними послеоперационными осложнениями являются методом выбора в большинстве наблюдений при наличии в клинике подготовленных специалистов и оборудования. Данные методы хирургического пособия отличаются, прежде всего, малой травматичностью, доступностью, сокращением длительностью пребывания больных в стационаре, хорошими непосредственными и отдаленными результатами лечения.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ

Исмаилов Б.А.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова»
Ташкент, Узбекистан

Разработка оригинальных биодеградируемых полимерных материалов, является актуальной задачей современной хирургии. В настоящее время в практической хирургии востребованы полимеры, обладающие гемостатическим свойством наряду с отсутствием токсичности, биоинертностью, биоразложением в заданные сроки.

Цель исследования: сравнить эффективность гемостатических средств на основе производных целлюлозы в условиях in vitro и in vivo.

Материалы и методы. В качестве местных гемостатических средств использованы окисленная целлюлоза (ОЦ), неокисленная целлюлоза (НЦ) и Na-Ca-карбоксметилцеллюлоза (Na-Ca-КМЦ) в виде гемостатической пленки.

Гемостатичекая активность материалов изучена в условиях in vitro. Использована донорская кровь здоровых добровольцев для оценки определение времени свертывания крови (ВСК) по методу Ли-Уайту.

In vivo исследования были проведены на модели плоскостной раны печени, используя 75 белых крысах линии «Vistar» различного пола, массой тела 196,8±1,19 г. В моделированной ране отмечали активное паренхиматозное кровотечение. На кровоточащую поверхность печени произведена аппликация модифицированной гемостатической пленки. В другой серии применена порошковая форма ОЦ. В контрольной группе использовали НЦ в виде гемостатического тампона.

Эксперимент проводили с соблюдением международных требований о гуманном отношении к животным. Операции проводили под изофлурановым наркозом. Животные выводились из эксперимента через 1, 3, 7, 14 и 30 сутки после имплантации гемостатических материалов. Гистологические препарты фиксировали в 10-12% растворе формалина на фосфатном буфере. Парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и эозином. С помощью световой микроскопии оценивали динамику развития воспалительной реакции, регенерацию тканей печени, биодеструкцию, материалов.

Результаты. Проведенные in vitro исследования гемостатических средств пленки Na-Ca-КМЦ по методу Ли—Уайта ВСК составило 2,9±0,4 мин, ОЦ составило 4,3±0,35 мин, в контрольной группе составило 7,4±0,38 мин.

В исследованиях in vivo при аппликации гемостатической пленки время гемостаза составило 21,16±0,45 сек., применение ОЦ в аналогичных условиях показало 155,2±3,9 сек., в контрольной группе данные показателей составило 538±4,3 сек. После 10 минутного наблюдения в экспериментальных группах возобновления кровотечения не наблюдались. В контрольной группе на поверхности раны печени отмечалось образование рыхлой фибриновой пленки. Применение ОЦ дает стойкий гемостатический эффект в короткие сроки и обладает высокой адгезивностью, гемостатическая пленка кроме гемостаза, способствует регенерации тканей, не оказывает раздражающего действия и не обладает антигенными свойствами. В сроки наблюдения до 1 месяца неокисленная целлюлоза не подвергается боидеструкции, что последующим отмечается выраженная воспалительная реакция. Биодеструкция ОЦ и гемостатической пленки составило 14 – 15 суток с невыраженной воспалительной реакцией.

Выводы. Учитывая высокую адгезивность, стойкость гемостаза, биодеструкцию в заданные сроки и регенеративную способность ОЦ и гемостатической пленки Na-Ca-КМЦ могут быть применены в комбинации как биоразлагаемые имплантаты для остановки паренхиматозных кровотечений.

РОБОТ-АССИСТИРОВАННЫЕ ДИСТАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Калдаров А.Р., Смирнов А.В., Сон А.И., Поляков И.С., Ахтанин Е.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава РФ, Москва, Россия

Введение. Лапароскопические дистальные резекции поджелудочной железы (ЛС ДРПЖ) выполняются в ограниченном количестве хирургических клиник. Это связано со сложностью этих вмешательств и техническим несовершенством современных лапароскопических инструментов. Роботический комплекс (РК) позволяет решить целый ряд технических проблем и расширить возможности миниинвазивной хирургии.

Цель исследования: определение показаний и противопоказаний к робот-ассистированным дистальным резекциям поджелудочной железы (РА ДРПЖ).

Материалы и методы. Проведено ретроспективное исследование результатов лечения 102 пациентов, перенесших ДРПЖ. Робот-ассистированные операции (РАО) выполнены 32 (31,4%) больным, лапароскопические (ЛСО) – 10 (9,8%), традиционным (Тр) способом оперировано 60 (58,8%) больных. Средний возраст - 48,9±14,5 лет. Женщины было 75 (83,5%), мужчин - 27 (26,5%). РА ДРПЖ с сохранением селезенки выполнены 18 (56,3%) больным с опухолями низкого потенциала злокачественности. Резекция селезеночных сосудов потребовалась у 10 больных; признаков нарушения кровообращения в селезенке не было. Спленэктомия произведена 14 (43,8%) пациентам.

Результаты. Длительность РА ДРПЖ (218,0±68,2 мин.) была достоверно меньше по сравнению с аналогичными параметрами при ЛСО (301,6±119 мин.) и Тр (233±88,6 мин.) вмешательствах. Интраоперационных осложнений во всех группах не было. При РАО конверсий не зафиксировано, в лапароскопической группе – 4 перехода на традиционное вмешательство. Наименьшая интраоперационная кровопотеря отмечена в группе РА ДРПЖ -270±122,54 мл ($p<0.05$). Послеоперационный к/д меньше в группе РАО (14,1±9,1 сут). Панкреатические свищи возникли у 11 (34,4%) больных после РАО, в группе ЛС ДРПЖ - 8 случаев (80%), Тр ДРПЖ – 37 (61,7%).

Выводы. Использование РК при выполнении ДРПЖ обоснованно и позволяет уменьшить послеоперационный к/д, а также частоту и тяжесть послеоперационных осложнений, за счет минимальной травматизации тканей и прецизионности выполнения операций.

Показаниями к РА ДРПЖ являются аденокарциномы тела или хвоста ПЖ, нейроэндокринные неоплазии и кистозные опухоли ПЖ, стадируемые как Т1-2, а также доброкачественные опухоли ПЖ, размерами не более 4 - 5 см.

О СОВМЕСТНОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Кенжаев Л.Р.
Бухарский государственный медицинский институт им. Абу Али ибн Сино, Бухара, Узбекистан

Аксиальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) относятся к распространенными, их часто выявляют у лиц среднего и пожилого возраста. ГПОД сочетаются с патологиями желудочно-кишечного тракта, такими, как острый холецистит (ОХ), язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и др.

Цель исследования: улучшение результатов лечения у больных при микст-патологии ГПОД и ОХ.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2014 гг. обследованы 142 больных с диагнозом ГПОД в возрасте 27 - 74 года. У 27 (19%) больных выявили СТ ГПОД и ОХ, из них мужчин было 15 (55,5%), женщины - 12 (45,5%).

Больных беспокоили боли в верхней области живота, тошнота, горечь во рту, икота, эпигастральные боли в области нижнего правого ребра и др. Эти симптомы беспокоили больных в течение: 3 мес. - 1 (3,7%); 3-6 мес. - 2 (7,4%); более 1 года - 11 (40,7%); в течение 6-12 мес. - 13 (48,1%). У больных были выявлены приступы обострений симптомов ОХ от 1 до 4 раз. Диагноз ставили на основании ренгеноскопических, эндоскопических и ультразвуковых методов исследований, а также магнитно-резонансной терапии.

Результаты. Холецистэктомию (ХЭ) провели 27 больным. Из них лапароскопическая ХЭ была проведена у 18 (66,7%) больных; вначале выполнили лапароскопическую ХЭ, а затем – верхне -нижнюю лапаротомию - у 2 (7,4%); традиционным способом лечили 7 (25,9%) больных. После

операции использовали антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.

Выводы. После ХЭ у 7 (25,9%) больных результаты лечения были удовлетворительными, так как у них исчезли боли в области пищевода. ГПОД при ОХ чаще встречались у пациентов, у которых приступы обострений симптомов ОХ встречались с частотой 3 и более раза.

ПЕКТИНОВЫЙ ЭНТЕРОСОРБЕНТ В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Ким О.В.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Желудочно-кишечный тракт, имея большую поверхность для массообмена и осуществляя интенсивный процесс всасывания и выделения веществ различных классов, может использоваться для элиминации различных ксенобиотиков, токсинов, продуктов метаболизма и других веществ из организма. Поэтому в последние десятилетия в комплексе лечебных мероприятий стала применяться энтеросорбция, которая является методом этиотропной и патогенетической терапии.

Цель исследования: изучение детоксикационного эффекта пектинового энтеросорбента при токсическом субхроническом гепатите.

Материалы и методы. Для борьбы с интоксикационным синдромом нами были использован сорбент на основе цитрусового пектина, который относится к классу пищевых волокон, представляющих собой сложный комплекс биополимеров линейной и разветвленной структуры с большой молекулярной массой. Цитрусовый пектин - степень этерификации 50% и содержание свободных карбоксильных групп 0,6%. При таком строении его молекула обладает высоким сродством к электрону металлов, что обеспечивает высокую их декорпорацию за счет установления прочных связей на основе донорно-акцепторного взаимодействия. Отрицательно заряженные группировки в составе пектиновой молекулы взаимодействуют с положительно заряженным катионом токсичного металла, образуя ионную связь.

Сорбент скармливали животным ежедневно с 3-ей недели от начала моделирования патологического процесса, на фоне продолжающейся интоксикации солями тяжелых металлов. Продолжительность курса составляла 3 недели. Суточная доза составляла 0,5 г сорбента на 100 г массы тела животного.

Результаты. Терапия пектиновым энтеросорбентом наряду с выраженным декорпорационным эффектом активировала пластические процессы и восстановление основных видов обмена. Помимо образования прочных комплексов с металлами, пектин, физические свойства которого проявляются как гидрофильный коллоид, обладает также большой сорбционной способностью.

Заключение. Пектиновый сорбент может связывать как поступающие извне в пищеварительный канал тяжелые металлы, так и предупреждать вторичную резорбцию металлов при попадании их в желудочно-кишечный тракт с желчью или в составе других пищеварительных секретов, выводя их с калом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕПАМАЛА В ЛЕЧЕНИИ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Ким О.В.
АО «Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова», Ташкент, Узбекистан

Организм человека и животных находится под постоянным воздействием антропогенных факторов среды обитания. Желудочно-кишечный тракт и печень являются основными органами-мишенями, которые подвергаются повреждающему действию тяжелых металлов. Одним из основных факторов нарушения функциональной активности печени является ускорение процессов ПОЛ (перекисного окисления липидов), приводящих к дестабилизации клеточных мембран.

Цель исследования: оценить целесообразность применения фитопрепарата Гепамал при токсическом поражении печени соединениями тяжелых металлов.

Материалы и методы. Гепамал – фармакопейный препарат, полученный на основе лекар-

ственного сбора из цветков бессмертника, пижмы обыкновенной и плодов шиповника, применяемый в качестве биопрофилактического средства, способствующий повышению антиоксидантной и антитоксической защиты организма. Исследовали животных, у которых искусственно был вызван токсический гепатит солями тяжелых металлов. Гепамал вводили в желудок через зонд в дозе 1 мл/100 г массы тела. Антидотная терапия проводилась ежедневно в течение 2 недель на фоне продолжающейся интоксикации тяжелыми металлами.

Результаты. Позитивное действие Гепамала проявилось в снижении уровня липидов и холестерина, повышением антиоксидантного статуса и уменьшением синдрома эндогенной интоксикации. Курс лечения Гепамалом оказал положительное влияние на морфофункциональное состояние печени, нормализацию соматического статуса животных, снижение летальности.

Заключение. Антиоксидантное свойство Гепамала обеспечивает мембранопротекторную активность, о чем косвенно можно судить по лучшей сохранности эритроцитов крови и снижению интенсивности цитолиза. Позитивные изменения выявлены нами и при изучении морфологии органов. Некротические явления в печени животных, прошедших курс лечения Гепамалом, были выражены в меньшей степени.

Проведенные исследования выявили целесообразность включения препаратов, обладающих антиоксидантной активностью в комплексную терапию отравления ксенобиотиками, в частности, токсичными соединениями металлов.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТИ МИНИНВАЗИНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ В СТАЦИОНАРЕ ОДНОГО ДНЯ

Курмансеитова Л.И.
Клиника эндоскопических и малоинвазивных технологий ГБОУ ВПО Ставропольмкий государственный медицинский унивеситет Минздрава России, Ставрополь, Россия
РГБ ЛПУ «Карачаево-Черкесская Республиканская клиническая больница», Ставрополь, Россия

Синдром механической желтухи – это симптомокомплекс, развивающийся в результате различных причин, как злокачественных, так и доброкачественных. Вне зависимости от генеза этого заболевания диагностика обтурации желчевыводящих структур требует проведения срочных хирургических вмешательств, поскольку, чем выше уровень гипербилирубинемии, тем больше вероятность развития некорригируемой печеночнопочечной недостаточности. Средняя продолжительность госпитализации при данном синдроме составляет от 18 до 24 дней по данным разных авторов.

Цель исследования: изучить возможность лечения пациентов с механической желтухой в стационаре одного дня используя миниинвазивные технологии под УЗ- и РТВ-контролем.

Материалы и методы. Проведено исследование, основанное на результатах лечения 64 больных в период 2014-2015 гг., которым по поводу опухолевых и неопухолевых заболеваний органов БПДЗ были выполнены 109 антеградных и 3 антеградно-ретроградных вмешательств.

1 группа - 22 (34,4%) пацента, госпитализированных в хирургическое отделение республиканской больницы. Ограничений по времени пребавания и наблюдения за пациентами не было. Злокачественные стриктуры составили 95,4% (21 пациент), доброкачественные - 4,6% (1 пациент). Во время пребывания в стационаре было выполнено 33 вмешательства. Чрескожных чреспеченочных дренирований желчных протоков выполнено 25 (75%), стентирований желчных протоков - 8 (25%). Послеоперационная летальность в течении первых суток составила 3%. Смерть пациента наступила от полиорганной недостаточности. Осложнения во время и после этапного лечения наблюдалось у 1 пациента в виде гемотампонады холедоха (разрешено при помощи миниинвазивных техник), что составило 3,0%. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 17,8 дней

2 группа - 42 (65,6%) пациента, госпитализированных в стационар одного дня. Наблюдение данных пациентов проводили в стационаре одного дня, где имеются ограничения времени пребывания пациента. Злокачественные стриктуры составили 85,7% (36 пациентов), доброкачественные - 14,3% (6 пациент). Во время пребывания в стационаре было выполнено 79 вмешательств. Чрескожных чреспеченочных дренирований желчных протоков выполнено 59 (74,6%) больным, стентирований желчных протоков - 17 (21,5%), антеградно-ретроградных операций (рандеву технологии) - 3 (3,7%). Послеоперационная летальность в течении первых суток составила 0%. Осложнения во время и после этапного лечения бвли у 2 (2,6%) пациентов. У обоих пациентов возникла миграция дренажа с последующим подтеканием желчи в брюшную полость (выполнена лапаротомия с санацией

очагов). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 2 дня на разных этапах лечения. Обследование пациентов прошло на догоспитальном этапе.

Выводы. Применение чрескожных чреспеченочных технологий в стационаре одного дня при лечении механической желтухи позволяет проводить все необходимые оперативные вмешательства, позволяя снизить летальность, уменьшить количество осложнений, сократить время пребывания в стационаре, дает значительный экономический эффект.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ АНТЕГРАДНО-РЕТРОГРАДНЫХ ГИБРИДНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РУБЦОВЫХ СТРИКТУРАХ ОБЩЕГО ПЕЧЕНОЧНОГО ПРОТОКА ЯТРОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Курмансеитова Л.И.
Клиника эндоскопических и малоинвазивных технологий ГБОУ ВПО Ставропольмкий госудпрственный медицинский унивеситет Минздрава России, Ставрополь, Россия

Актуальность: По данным многочисленных публикаций, основной причиной формирования доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков является их травма в ходе лапароскопической или открытой холецистэктомии. По данным В.И. Малярчука (2002) и Э.И. Гальперина (2003) травмы желчных протоков при открытой холецистэктомии встречаются в 0,1-0,8%, при лапароскопической холецистэктомии колеблется от 0,3% до 3% случаев. После повреждения желчных протоков рубцовые стриктуры развиваются в отдаленном периоде у 20-30% больных.

Цель исследования: оценить возможности антеградно-ретроградных миниинвазивных вмешательств в лечении пациентов с рубцовыми стриктурами общего печеночного протока.

Материалы и методы. За период с сентября 2014 по апрель 2015 гг. оперированы 3 больных с рубцовыми стриктурами общего печеночного протока после ятрогенных повреждений в ходе лапароскопической холецистэктомии в районных больницах. 2 пациента было женского пола в возрасте от 40 до 66 лет. Один пациент мужского пола в возрасте 62 года. У всех пациентов признаки механической желтухи появились в раннем послеоперационном периоде. Для купирования которой 1 пациенту выполнили лапаротомию, холедохотомию, дренирование общего печеночного протока. У второго пациента выполнили чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков (зоны биффуркации). У третьего - рубцовая стриктура холедоха проявлялась транзиторным повышением билирубина и температуры, которые купировались консервативными мероприятиями. Однако, через 4 года купировать признаки механической желтухи консервативными мероприятиями не удалось, отмечен полный блок общего печеночного протока. Больные были неоднократно госпитализированы в хирургические стационары края.

Все пациенты поступили в клинику с явлениями острого холангита. Пациентам в клинике выполнено четырех этапное миниинвазивное лечение: 1 этап – чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковой и рентгентелевизионной навигацией. После формирования канала по ходу дренажной системы и купирования признаков холангита – 2 этап – антеградно-ретроградное прохождение стриктуры общепеченочного протока с использованием принципа “рандеву” с наружно – внутренним дренированием желчных протоков под ультразвуковым, эндоскопическим и рентгентелевизионым контролем. 3 этап стентирование внепеченочных протоков покрытым нитиноловым стентом с визуальным, эндоскопическим контролем стояния стента в двенадцатиперстной кишке; 4 этап через 6 мес. - эндоскопическое удаление стента.

Результаты. Наиболее сложным и длительным (до 90 мин) было оперативное вмешательство на 2-м этапе лечения. Средний койко-день на каждом этапе составлял 2- 4 дня. Течение раннего послеоперационного периода в 1 случае осложнился острым панкреатитом, который купировали консервативными мероприятиями. Во всех случаях получен положительный результат.

Выводы. Первый опыт выполнения антеградно-ретроградных гибридных операций при доброкачественных стриктурах общепеченочного протока ятрогенного происхождения показывает возможность успешного применения этого способа лечения у данной категории пациентов. Гибридные миниинвазивные вмешательства имеют известные преимущества перед повторными реконструктивно-востановительными операциями на желчных путях и могут в определенных случаях быть им альтернативой.

К ВОПРОСУ О ХИМИОТЕРАПИИ ЦИСТНОГО ЭХИНОКОККОЗА

Лукманов М.И.
ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России, Уфа, Россия

С 1996 года для профилактики послеоперационного рецидива цистного эхинококкоза у человека стали применять противопаразитарный препарат «альбендазол» с 40-70% эффективностью. В настоящее время альбендазол также используется для химиотерапии эхинококковых кист диаметром до 5 см. По данным Ф.Г. Назырова (2011) при лечении малых паразитарных кист печени у 38,0% пациентов наблюдали успешные результаты и у 41,3% - «благоприятный эффект». Однако добиться 100% результативности химиотерапии эхинококкоза до сих пор не удается.

Известно, что большинство лекарственных средств, попадая в организм человека, не оказывают прямого биологического эффекта, а вначале подвергаются биотрансформации. Первая фаза биотрансформации обеспечивается в основном ферментами суперсемейства цитохромов Р450, локализованными в основном на мембранах клеток печени и легких. Гены, контролирующие синтез цитохромов Р450, отличаются значительным полиморфизмом. Почти все типы мутаций генов цитохромов могут разделить людей на три группы: «быстрые» метаболайзеры (гомозиготы), с промежуточным метаболизмом (гетерозиготы), «медленные» метаболайзеры (гомозиготы). Часто «медленные» метаболайзеры отличаются от «быстрых» и «промежуточных» существенно пониженной активностью фермента, более низким периодом полувыведения. В настоящее время известно, что у человека метаболизм альбендазола в альбендазол-сульфоксид, обладающий высокой противогельминтной активностью, осуществляют в основном флавинсодержащие монооксигеназы и изоформы цитохрома Р450: CYP2C19, CYP3A4 (Гилман А.Г., 2006). Например, генотип CYP2C19*2/*2 обусловливает низкую активность цитохрома CYP2C19 и медленный метаболизм альбендазола в альбендазол-сульфоксид. В данном случае медленный метаболизм препарата обусловливает слабый терапевтический эффект. Таким образом, генетическое тестирование полиморфизма этих генов позволит прогнозировать лечебный эффект альбендазола.

Клинический пример. У пациента при ультразвуковом исследовании в левой доле печени выявлено объемное образование, размерами 42×35 мм, с четкими контурами. Серологические исследования показали положительную реакцию на эхинококк. Больному проведена химиотерапия альбендазолом в стандартных дозах. Через год пациент обратился с теми же жалобами. При ультразвуковом исследовании обнаружено, что киста в левой доле печени увеличилась до размеров 53×48 мм. Пациенту проведено молекулярно-генетическое исследование. Установлено, что пациент является носителем генотипа CYP2C19*2/*2 – «медленного» метаболайзера альбендазола. Генетический фактор обусловил слабый терапевтический эффект препарата. Поскольку в отношении дальнейшего развития эхинококковой кисты прогноз неблагоприятный, пациенту рекомендовано оперативное лечение.

БИЛИАРНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ТРУПНОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Магомедов К.М., Олисов О.Д.
Научно-исследовательский институт скорой помощи им Н.В. Склифосовского ДЗ г. Москвы, Москва, Россия

Цель исследования: оценить частоту возникновения билиарных осложнений после ортотопической трансплантации печени (ОТП) и результаты их лечения

Материалы и методы. Анализ результатов 288 ортотопических трансплантаций, выполненных в период с 2001 по 2015 гг.

Результат. Билиарная реконструкция осуществлена путем формирования билио-билиарного соустья в 247 (85,7%) наблюдениях, гепатикоэнтероанастомоз формировали в 41 (14,3%). Билиарные осложнения выявлены у 44 (15,2%) из 288 пациентов. Несостоятельность желчеотводящих анастомозов составила 4,1% (12 наблюдений). Стриктуры желчных протоков отмечены у 39 (13,5%) больных. Все посттрансплантационные стриктуры были распределены на две группы: анастомотические - 33 (84,6%) и диффузные – 6 (15,4%). Достоверных раз-

личий в частоте возникновения анастомотических стриктур в зависимости от метода билиарной реконструкции выявлено не было.

Стриктуры билиарных анастомозов в абсолютном большинстве наблюдений были успешно излечены хирургическими или эндоскопическими методами. Всем пациентам с диффузным типом поражения желчных путей требовалась ретрансплантация. Летальность, индуцированная билиарными осложнениями, составила 3,1% (9 наблюдений). В структуре билиарных осложнений частота летальных исходов составила 20,5% (9 из 44), в 6 наблюдениях летальный исход отмечен в группе диффузных стриктур желчных протоков.

Заключение. Билиарные осложнения являются наиболее часто встречающимся вариантом хирургических осложнений после ОТП. Тип билиарной реконструкции не оказывает влияния на частоту билиарных осложнений.

Большинство посттрансплантационных билиарных стенозов представлены анастомотическими стриктурами. Эндоскопические и хирургические методы коррекции эффективны в лечении изолированных стриктур.

Диффузные стриктуры относятся к наиболее серьезным осложнениям, лечение которых возможно только путем ранней ретрансплантации.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ В УСЛОВИЯХ ФОРМИРОВАНИЯ ОТГРАНИЧЕННОГО БАРЬЕРА

Магомедов М.М., Магомедов Р.З
ГБУ РД «Городская больница №1», Махачкала Россия

Введение. Проводимая в настоящее время интенсивная, комплексная терапия, во многих случаях, способствует формированию отграниченного тканевого барьера. Механизм данного процесса до конца не раскрыт, однако имеются данные, разъясняющие формирование тканевой демаркации за счет отдельных очаговых внесосудистых отложений фибрина и лейкоцитарной инфильтрации.

Цель исследования: определить эффективность хирургического лечения тотального неинфицированного панкреонекроза в услових формирования тканевого отграниченного барьера.

Материалы и методы. Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 34 пациентов с неинфицированным панкреонекрозом. Мужчин было 13 (38.2%), женшин – 21 (61.8%). Средний возраст - 44±3 года. Средний срок поступления в клинику с момента развития панкреонекроза - 103±16 суток. Лапароскопическое направленное дренирование брюшной полости проведено в 27 (79,3%) наблюдениях, декомпрессия билиарного тракта (БТ) путем формирования холецистостомы - в 21(61,7%) –. Всем пациентам выполнены клинические и биохимические исследования: УЗИ органов брюшной полости, МСКТ, МРТ, гастроскопия, холецистохолангиография (пациентам с холецистостомой).

Холецистэктомия, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы (ПЖ) и сальниковой сумки выполнена в 15 (44%) наблюдениях; холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, дренирование ложа поджелудочной железы и сальниковой сумки - в 5(14.7%); холецистэктомия, секвестрэктомия, операция Фрея - в 9 (26.5%); холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование БТ, секвестрэктомия, операция Фрея - в 5(14.7%) наблюдениях.

Результаты. Умеренное кровотечение из ложа ПЖ отмечено у 1(3.0%) пациентки. В послеоперационном периоде в 1 (3.0%) наблюдениях отмечена острая спаечная тонкокишечная непроходимость. В ближайшие и отдаленные сроки летальных исходов не отмечены.

Нарушение углеводного обмена имеет место 16(475) наблюдениях.

Все пациенты получают нутритивную поддержку (Берламин – модуляр, креон).

Заключение. Современная интенсивная терапия, проводимая во всех случаях панкреонекроза, нередко оказывается эффективной. В эту группу больных входят и случаи с локализацией деструктивного процесса ПЖ путем формирования отграничительного барьера. Такой вариант течения процесса является более приемлемым для проведения радикального хирургического лечения с благоприятным клиническим исходом.

ПРЕИМУЩЕСТВО Y-ОБРАЗНЫХ ДРЕНАЖЕЙ В РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Магомедов Р.З. Магомедов М.М.
ГБУ РД «Городская больница №1», Махачкала Россия

Введение. В реконструктивно-восстановительный этап операций на желчных протоках (ЖП) нередко завершается наружно-внутренним либо наружным дренированием билиарного тракта (БТ). Для этого используются дренажи различных конструкций.

Цель исследования: оценить позитивные и негативные стороны применения Y - образных дренажей в хирургии ЖП.

Материалы и методы. В исследование вошли 65 человек, которые были разделены на две группы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 35 (53,8%) пациентов (основная группа) с патологией внепеченочных желчных путей, где были исследованы Y–образные дренажи. Ятрогенное повреждение ЖП во время холецистэктомии имеет место у 24 (68,5%) пациентов. По классификации Э.И. Гальперина тип «+2» имеется у 7 (29,0%) пациентов, «+1» - у 6(25%), «0» - у 4(16,6%), «-1» у 3(12,6%).

Повреждение правого долевого протока – 3 (12,6%) и у 1(4,2%) пациентки боковое повреждение гепатохоледоха. Окклюзия ЖП имелась в 11 (31,5%) наблюдениях. Опухоль Клацкина 1 тип (по Bismuth-Corlette) выявлена в 3 (27,2%) наблюдениях, опухоль желчного пузыря с центральной обструкцией БТ - в 1 (9,0%) случае. В остальных 7 (63,8%) случаях имелась рубцовая доброкачественная стриктура ЖП. Обструкция на уровне конфлюенса отмечена в 2 наблюдениях, гепатохоледоха - в 5. Билиодигестивные анастомозы с использованием Y-образных дренажей наложены в 26 (74,3%) наблюдениях: бигепатикоеюностомия - в 14 случаях, гепатикоеюностомия – в 12. В формировании билиодигестивных анастомозов использовали изолированную по РУ петлю тощей кишки длиной не менее 80 см. В 8 (22,9%) наблюдениях при отсутствии диастаза между концами протоков петли мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру были формированы билио-билиарные анастомозы. Ушивание стенки гепатикохоледоха проведено в 1 (2,8%) случае. Группа сравнения составила 30 (46,2%) пациентов, которым были использованы дренажи другой конфигурации.

Результаты. Интраоперационные осложнения не отмечены. В послеоперационном периоде желчеистечение по улавливающим дренажам и формированием билиом в зоне операции в основной группе больных не отмечены, тогда как в группе сравнения данные осложнения имелись у 4 (13,3%) пациентов. Раневые осложнения отмечены в основной группе у 3 (8,0%) пациентов, в контрольной – у 7 (23,3%). Осложнения системного характера в основной группе пациентов имелись в 6,2% случаях, в контрольной – в 10,0%. Сроки госпитализации пациентов в контрольной группе были достоверно выше, чем в основной. В отдаленном периоде рестеноз в основной группе отмечен в 3 (8,2%), в контрольной – в 4 (13,3%). Летальных исходов в группах сравнения не имелись.

Заключение. Использование Y-дренажа в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей значительно снижает число послеоперационных осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ КАЛЬКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Майоров М.М.
ГБОУ ВПО Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль, Россиия

За последние 15 лет в клинике оперировано 554 пациентов с механической желтухой доброкачественной этиологии. Среди больных преобладали женщины (76,7%). Возраст варьировал в пределах от 19 до 94 лет. Больных пожилого возраста было несколько больше 71%. Во всех случаях причиной механической желтухи явился холедохолитиаз.

Диагноз механической желтухи ставился на основании клинических проявлений, ультразвукового исследования (УЗИ), биохимических анализов крови. Продолжительность желтухи колебалась от суток до 3 месяцев.

Хирургическую тактику определяли исходной билиарной гипертензией, степенью ее нарастания, которая аргументировалась в основном УЗ-мониторингом и показателями билирубина в

крови. 267 (74%) больным первым этапом выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, которая позволила восстановить отток желчи в двенадцатиперстную кишку, и выполнить эндоскопическую санацию холедоха. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия явилась окончательным методом хирургической коррекции в период данной госпитализации у 164 (61,4%) больных. В остальных случаях разрешение механической желтухи проводили классическими методами, в виде выполнения полостных операций. Хирургическое пособие заключалось в холедохолитотомии, восстановления проходимости холедоха. Летальность составила 5,7% (32 больных).

Анализ полученных данных показал, что одной из причин летальных исходов помимо наличия механической желтухи, по-видимому, является хирургическая агрессия, особенно у больных преклонного возраста.

Проведенное экспериментальное исследование на 42 животных показало, что выполнение только одной лапаротомии приводит к морфологическим изменениям в печени, почках, надпочечниках, которые заключались в развитии легких дистрофических изменений гепатоцитов и нефроцитов, появлении зернистых цилиндров в почечных канальцах, а также в стирании границ коркового и мозгового слоя надпочечников.

При сочетании лапаротомии и ревизии брюшной полости, морфологические изменения приобретали четкую патологическую направленность, которые нарастали по мере увеличения срока наблюдения за животными с первых по третьи сутки. Через сутки после лапаротомии с ревизией брюшной полости происходило развитие выраженной гидропической (вплоть до баллонной) и зернистой дистрофии печени и почек. Наблюдали и расстройства кровообращения в органах, развивались лейкоцитарные стазы и «краевое стояние» лейкоцитов с начальными проявлениями лейкодиапедеза.

Через двое суток после лапаротомии с ревизией брюшной полости, наряду с вышеописанными выраженными дистрофическими проявлениями, в печени происходило развитие мелкоочаговых некрозов, в почках - фокальных некрозов клеток, а в коре надпочечника – появление липофусцина. В паранефрии, капсуле почки и жировой ткани надпочечника значительно нарастала инфильтрация лейкоцитами.

Через трое суток после выполнения лапаротомии с ревизией, к перечисленным выше изменениям печени, почек и надпочечников присоединялось проникновение лейкоцитарного инфильтрата со стороны фиброзной капсулы почки на корковый слой, развитие интерстициального острого нефрита по ходу лоханок и чашечек и увеличение площади очагов некроза в печени.

Таким образом, данные эксперимента свидетельствуют о целесообразности разрешения механической желтухи малоинвазивными методами. При восстановлении оттока желчи после папиллосфинктеротомии, по-видимому, более предпочтительным является лапароскопическая холецистэктомия.

АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ С ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХЕАЛЬНОЙ ФИСТУЛОЙ

Мамонтов И.Н.
Кафедра хирургии и проктологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, Харьков, Украина

Введение. Одним из осложнений желчнокаменной болезни является нарушение проходимости желчных путей на почве синдрома Мириззи, при котором имеется патологическое сообщение между желчным пузырем и протоками и обструкцией последних. В диагностике основным является ЭРХПГ. Хирургическая коррекция синдрома варьирует от холецистэктомии с пластикой дефекта холедоха до гепатикоэюностомии, что не всегда возможно выполнить у лиц пожилого и старческого возщраста.

Цель исследования: разработать малотравматичный способ вмешательства при синдроме Мириззи с холецистохоледохеальной фистулой.

Материалы и методы. За период с 2013 по 2014 гг в клинике находилось 784 больных с ЖКБ в возрасте от 24 до 89 лет. Мужчин было 169 (22,8%), женщин - 605 (77,2%). Наряду с общеклиническим исследованием, пациентам выполняли УЗИ и по показаниям ЭРХПГ.

Результаты. Расширение гепатикохоледоха ≥ 8 мм, как признак желчной гипертензии, выявлено в 180 (23%) случаях, что являлось показанием для ЭРХПГ. Из них синдром Мириззи с холецистохоледохеальной фистулой диагностирован у 7 (3,9%) больных. Этим пациентам выполняли назобилиарное дренирование. В 1 случае в последующем выполнена литотрипсия. В 4 случаях выполняли

лапаротомию, холедохолитотомию, холецистэктомию с пластикой дефекта гепатикохоледоха участком стенки желчного пузыря. В связи с высоким периоперационным риском, связанным с выраженной сопутствующей патологией, двум больным выполнили хирургическое лечение в минимальном объеме - по разработанной методике, заключающейся в холецистотомии, удалении камней из желчного пузыря и гепатикохоледоха, ушивании холецистотомной раны. Желчный пузырь при этом не удаляли. В 1 случае, у пациентки 84 лет, вмешательство выполнено лапароскопически. Холецистотомия ушита интракоропарльным непрерывным швом. В другом случае, у пациентки 79 лет, вмешательство выполнили из минидоступа по Кохеру. Течение послеоперационного периода у исследуемых больных было без каких либо особенностей. На 4 сутки выполняли холангиографию через назобилиарный зонд. После подтверждения проходимости и герметичности желчных путей зонд удаляли. Несостоятельности шва желчного пузыря не было. Больные выписаны в удовлетворительном состоянии на 8 и 12 сутки. В течении года после операции у них не отмечалось признаков острого холецистита и признаков нарушения проходимости желчных путей.

Основной целью хирургического лечения синдрома Мириззи является восстановление пассажа желчи и устранение причины вызвавшей его нарушение. Этим целям соответствует описанный способ. Недостатком которого можно считать оставление желчного пузыря, в котором возможно развитие острого воспаления. Однако, отсутсвие конкрементов в просвете пузыря, широкое соустье между ним и гепатикохоледохом, должны свести этот риск к минимуму. Следует предположить, что при использовании указанного способа, возможным осложнением может быть несостоятельность холецистотомной раны, на фоне хронического воспаления стенки желчного пузыря имеющего место при синдроме Мириззи. Поэтому, с целью профилактики и контроля подобной несостоятельности мы оставляли НБД, контролируя герметичность на 4 сутки послеоперационного периода.

Наши данные не позволяют в полной мере оценить отдаленные результаты лечения. Поэтому необходимо накопление опыта подобных вмешательств.

Выводы. Разработанный способ лечения является безопасным, существенно упрощает ход вмешательства и поэтому может быть использован у пациентов с высоким периоперационным риском. Необходимы дальнейшие исследования для конкретизации показаний его использования и анализа отдаленных результатов.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Мансуров У.У.
Таджикский медицинский государственный унивеситет им. Абуали ибн Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель исследования: определение хирургической тактики при ятрогенных повреждений и стриктур желчевыводящих протоков.

Материалы и методы. За период с 2004 по 2014 гг. обследовано и проведено лечение 36 пациентов с ятрогенными повреждениями и стриктурами внепеченочных желчных протоков, поступивших из различных клиник республики в ГКБ СМП г. Душанбе (92%) с механической желтухой, желчными свищами, а также стриктурой после наложения билиобилярных анастомозов. Возраст пациентов варьировал в пределах от 19 до 74 лет, женщин было 19 (52,8%), мужчин – 17 (47,2%). В алгоритме обследования использовали комплекс диагностических методов: УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолангиография, КТ, МРТ, ЧЧХГ.

Результаты. С целью выбора хирургического пособия учитывали сроки диагностики, тяжесть состояния больных, характер ятрогенных повреждений и наличия стриктур внепеченочных желчных протоков.

Первоначальным этапом была проведена декомпрессия билиарного тракта и комплексная предоперационная подготовка.

Вторым этапом были восстановительные и реконструктивные оперативные вмешательства. Восстановительные операции выполнены у 14 (38,8%) больных: ушивание краевого дефекта холедоха на «Т» образном дренаже (4), билиобилярный анастомоз на «Т» образном дренаже (6), и временная холедохостомия (4). Реконструктивные вмешательства выполнили у у 22 (61%) больных. При стриктуре типов «-1», «0» и «+1» (по Гальперин Э.И., 2002) накладывали три-, би- и гепатикоеюноанастомозы на отключенной по Ру петле с транспеченочным дренированием по Сейпол-Куриану (8), по Прадера-Смиту (2), би- и гепатикоеюностомия с соустьем по Брауну с каркасным дренированием по Сейпол-Куриану (3) и гепатикоеюностомия на отключенной по Ру петле (6). При стриктуре типа «+2» выполняли гепатикодуоденостомию по Юрашу-Виноградову (2). Реконструкцию ранее на-

ложенных анастомозов произвели у 1 (4%) больного.

Оперативные вмешательства выполняли с соблюдением принципов прецизионности. При транспеченочном дренировании желчных путей проводили ежедневные санации дренажа, их смена каждые 3 месяца и удаление – через 2 года.

Послеоперационные осложнения были у 6 (27,2%) оперированных. Стриктуру анастомоза выявили у 2 (9%) больных. Летальность составила 18% (4 человека). Причиной смерти были: несостоятельность швов анастомоза – 2, печоночно - почечная недостаточность из-за тяжелой интоксикации при гнойном холангите – 2.

Заключение. Хирургическая тактика зависит от сроков диагностики, уровня поражения и состояния пациента. Выполнения реконструктивные вмешательств, завивисит от уровня повреждения желчных протоков, где в большинстве случаев показано гепатикоеюностомия с использованием каркасного дренирования.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ХОЛЕДОХА У ДЕТЕЙ

Матякубов Х.Н.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

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

Материалы и методы. В пенриод с 2005 по 2015 гг. в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи на лечении находилось 53 ребенка в возрасте от 2 мес. до 17 лет. Диагноз патологии гепатобилиарной системы до операции установлен во всех случаях на основании оценки клинических симптомов и специальных методов обследования (УЗИ, МРТ, МСКТ с контрастированием, РХПГ). Проведено обследование всех детей согласно утвержденному стандарту. Принципиально важно начинать обследование с менее инвазивных методов. УЗИ гепатикохоледоха было выполнено всем детям. При этом прямые признаки поражения желчных протоков обнаружены только у 32 (60,3%) пациентов. Значительно расширяют диагностические возможности выявления патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны КТ (МСКТ) и МРТ, которые выполнены у 44 (83,01%) пациентов при неубедительных данных УЗИ.

Результаты. МСКТ и МРТ с холангиографией имеют большое значение в распознавании патологии гепатобилиарной системы с высокой информативностью. Одним из методов диагностики патологии гепатобилиарной системы у детей является эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Она позволяет определить распространенность внутри- и внепеченочного поражения желчных ходов при точной сохраненности проходимости дистальной части общего желчного протока. В то же время, при ее проведении может произойти инфицирование желчевыводящих путей и панкреатического протока с развитием холангита и панкреатита. На сегодняшний день лечение кист общего желчного протока только хирургическое. Принципиальной задачей хирургического лечения кист общего желчного протока является создание условий для беспрепятственного оттока желчи в кишечник. Из 53 оперированных детей: супрадуоденальный холедоходуоденоанастамоз наложен в 4 (7,54%) случаях, резекция кисты холедоха, с наложением гепатикоэнтероанастамоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки - в 18 (33,96%) случаях, цистодуоденоанастамоз - в 1 (1,88%) случае, наружное дренирование холедоха по Керу (в связи с перфорацией кисты холедоха) - в 1(1,88%), резекция кисты холедоха с наложением гепатикоэнтероаностамоза с каркасным кольцом на выключенной по Ру петле тонкой кишки - в 29 (54,71%) случаях.

Выводы. 1. Кистозная трансформация желчевыводящих путей у детей относятся к группе редких заболеваний, что обусловливает трудности ее диагностики. Тщательная оценка клинических данных и изучение анамнеза позволяют предположить, а РХПГ и МРТ с холангиографией — уточнить диагноз.

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

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В ПЕЧЕНЬ

Мурзалиев Э.М., Джекшенов М.Д.
ГОУВПО «Кыргызско-российский славянский университет», Бишкек, Киргизия
Национальный онкологический центр МЗ КР, Бишкек, Киргизия

Лечение больных колоректальным раком (КРР) с метастазами в печень является актуальной проблемой современной онкологии. От 20 до 50% больных КРР при первичном обращении уже имеются метастазы в печени. Хирургическое лечение метастатического поражения печени позволят добиться значительного увеличения продолжительности жизни больных, повышая 5-ти летнюю выживаемость до 30-40%.

Цель исследования: оценка непосредственных результатов хирургического лечение метастазов колоректального рака в печень.

Материалы и методы. Проанализировано результаты лечения 30 больных с метастазами колоректального рака в печени с 2010 по 2015 гг. Мужчин было 13 (43,3%), женщин - 17 (56,7%). Средний возраст больных составил 55,5±9 лет. Метастазы локализовались в левой доле печени у 7 больных, в правой доли – у 20, билобарное поражение печени – у 3 больных.

Результаты. Объём выполненных резекций печени: ПГГЭ – 8, ЛГГЭ – 4, атипичные резекции – 8, бисегментэктомии – 5, трисегментэктомии 3, ЛЛЭ – 1, эксплоратиная лапаратомия - 1. Метохронных операций произведены у 17 больных. Объем кровопотери в среднем составило 798±256 мл (минимально 200 мл., максимально 2700 мл_. В послеоперационном периоде осложнения возникли у 7 пациентов: печеночная недостаточность - у 6 (получили консервативное лечение); желчный свищ – у 1 (закрылся на 16-е сутки после операции). Послеоперационная летальность составила 3,3% (умер 1 пациент).

Заключение. Тактика хирургического лечения метастатического рака печени должна быть активной, резекция печени может быть выполнена у больных с достаточным функциональным резервом органа. Предпочтительнее выполнение анатомических резекций печени. Ближайшие результаты лечения этой категории больных оправдывают предложенную тактику лечения.

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОЛНОМ НАРУЖНОМ ОТВЕДЕНИИ ЖЕЛЧИ

Насибова У.А.
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России, Махачкала, Россия

При механической желтухе опухолевого генеза, как первый этап поэтапного лечения, так и как окончательный вариант лечения, нередко выполняется наружное дренирование билиарного тракта. Естественно, при этом возможны существенные изменения в нутритивном статусе пациентов. Более того, при отсутствии в двенадцатиперстной кишке желчи происходит нарушение кислотно-щелочного баланса и запирательной функции пилорического жома, которые приводят к выраженным морфо-функциональным изменениям в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Цель исследования: оценить морфо-функциональное состояние верхних отделов желудочно-кишечного тракта и степени нарушения нутритивного статуса пациентов с полным наружным отведением желчи.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования 237 больных с полным наружным отведением желчи по поводу механической желтухи опухолевого генеза. Декомпрессия билиарного тракта была проведена путем выполнения перкутанной чрезпеченочной холангиостомии в 93 (39,2%) наблюдениях и холецистостомия из мини-доступа с лапароскопическим ассистированием - в 144 (60,8%) наблюдениях. Наряду с изучением гемостаза, больным выполняли фиброгастродуоденоскопию, суточное РН-мониторирование верхних отделов ЖКТ, копрологические исследования, определение индекса массы тела. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы «Биостатистика».

Результаты. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ выявлено у 64,5% больных. Почти у всех пациентов имелись высокие показатели РН в желудке и двенадцатиперстной кишке. Больные жаловались на изжогу, тошноту и рвоту.

У 3,4% больных отмечено гастро-дуоденальное кровотечение. Стеаторея и креаторея имели место у 18,9% больных. Гипопротеинемию наблюдали у 49,8% больных. Водно-электролитные нарушения отмечены у 93,6% больных. Почти у всех пациентов имелась тенденция к гиповолемии и гипокалиинемии. Индекс массы тела пациентов до декомпрессии билиарного тракта составила 22,6 кг/м^2, на 10-12-е сутки после декомпрессии – 17,6 кг/м^2.

Больным проводили комплексную терапию с коррекцией водно-электролитного обмена, назначением ингибиторов протеиновой помпы, сбалансированных нутриентов, а так же пациентам налаживали пероральное поступление желчи.

Заключение. При полном наружном отведении желчи меняется модель пищеварения, возникают эрозивно-язвенные изменения в желудочно-кишечном тракте, особенно в верхнем его отделе. Следовательно, должна быть заместительная терапия, которая направлена на коррекцию возникающих нарушений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЭНДОБИЛИАРНУЮ ХИРУРГИЮ

Ныжник Л.М.
ГБУЗ «Краевая областная клиническая больница», Калининград, Россия

Актуальность. В настоящее время в эндобилиарной хирургии вопреки очевидным достоинствам (узколокальность и бесконтактность) использование лазера остаётся весьма ограниченным. Самые серьёзные перспективы расширения применимости лазера лежат в области прецизионного предрассечения фатерова сосочка, а также в эндоскопическом гемостазе постпапиллотомических кровотечений (ППК). Постпапиллотомические кровотечения, возникшие на фоне механической желтухи и коагулопатии напряжения, характеризуются резистентностью к консервативному и эндоскопичпескому гемостазу.

Цель исследования: изучить возможности применения лазера при проведении манипуляций на большом дуоденальном сосочке и усовершенствовать их технологию.

Материалы и методы. В исследование вошли 72 пациента, которые были разделенв на две группы: группа исследования - предрассечение лазером использовали в 40 (55,6%) наблюдениях; контрольная группа – традиционное предрассечение использовали в 32 (44,4%) наблюдениях. Обе группы статистически не различались по возрасту, полу, относительном количестве парапапиллярных дивертикулов, размеров больших дуоденальных сосочков, уровню билирубина, печёночных трансфераз, АЧТВ.

Для проведения предрассечения большого дуоденального сосочка (БДС) использовали систему ERBE VIO 300 D с торцевыми папиллотомами «Olympus» и диодный лазер АЛХТ-Эломед с диаметром оптоволокна 0,5 мм и диодный лазер «ЛАМИ» с длиной волны 662 нм и мощностью 3 Вт. Предрассечение фатерова сосочка проводили по общепринятой методике. Область источника кровотечения освобождали от геморрагических сгустков струёй холодной воды, предварительной инфильтрации сосудосуживающими препаратами не проводили. Для определения эффективности и безопасности лазерных технологий, полученные результаты (среднее время проведения предрассечения, частота повторных этапов ЭПСТ, частота интраоперационных кровотечений) сравнивали с аналогичными показателями в группе проведения традиционного предрассечения.

Результаты использования лазера с целью гемостаза при постпапиллотомических кровотечениях на данном этапе исследования не подвергались контрольному сравнению.

Результаты. Среднее время, затраченное на проведение предрассечения, в контрольной группе составило 6,7 мин., в группе исследования – 5,2 мин, при технически сложных случаях (парапапиллярный дивертикул, незначительные размеры БДС) предрассечение в контрольной группе заняло 11,8 мин., в группе исследования – 7,7 мин. Хотя различие статистически достоверно, важным обстоятельством является то, что традиционное предрассечение фатерова сосочка за последние 15 лет отработано до деталей, а предрассечение лазером имеет ещё существенные перспективы для усовершенствования.

Эндоскопический гемостаз при постпапиллотомических кровотечениях лично проведён автором с использованием лазера в 4 наблюдениях, из которых в 3 (75%) наблюдениях кровотечение развилось на фоне высокой (более 350 мкмоль/л) и длительной (более двух недель) механической желтухи у пациентов с доброкачественным стенозом БДС, в одном наблюдении кроме данных факторов риска развития ППК имела место злокачественная инфильтрация фатерова сосочка. Стойкий гемостаз был достигнут во всех наблюдениях, в последнем случае потребовался повторная эндоскопическая остановка кровотечения также с помощью лазера.

В настоящее время автор также проводит ис-

следование по усовершенствованию лазерной литотрипсии конкрементов желчных протоков, результаты которой будут доложены позже.

Выводы. 1. Преимущество бесконтактной технологии воздействия на ткани (лазера) для её рассечения и гемостаза достигается за счёт прецизионности и отсутствия эффекта «прилипация».

2. Использование лазера при проведении предрассечения за счёт экономии времени позволяет проводить его на фоне «спокойной» двенадцатиперстной кишки при отсутствии усиливающейся перистальтики.

3. Лазерный гемостаз при постпапиллотомических кровотечениях обладает необходимой эффективностью, но требует дальнейшей отработки технологии для исследования проблем безопасности.

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕВОГО БЕДРА

Панчишкин А.С., Косивцов О.А.
ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава России, Волгоград, Россия

Цель исследования: изучить ближайшие результаты хирургического лечения пациентки с гигантской эхинококковой кистой левого бедра.

Клиническое наблюдение. Больная Ц. 28 лет, 11.03.2014 года обратилась в клинику с наличием на внутренней поверхности левого бедра безболезненного при пальпации, не спаянного с кожей, умеренно подвижного опухолевидного образования размерами 20х16 см, имеющего мягкоэластическую консистенцию. Серологический титр антител к эхинококку составил 1:100, уровень раково-эмбрионального антигена был в норме.

19.03.2014 г. больной выполнили хирургическое вмешательство: эхинококкэктомию, дренирование мягких тканей левого бедра. На операции под длиной приводящей мышцей бедра выявлено опухолевидное образование - нагноившаяся эхинококковая киста, из которой было эвакуировано до 400 мл серо-багрового гноя и сколексов. Гнойная полость распространялась от паховой складки до нижней трети бедра, между бедренной костью и мышцами. Так же на границе длиной приводящей и прямой мышцы, в средней трети бедра имелась эхинококковая киста, содержащая множество сколексов и серозной жидкости. Латеральнее, под сосудистым пучком, в средней и нижней трети бедра, между бедренной костью и медиальной широкой мышцей бедра визуализировалась еще одна киста. После вскрытия кист образовалось общее пространство, дренированное улавливающими дренажами, резиново-марлевыми и марлевыми тампонами. Течение послеоперационного периода гладкое, пациентке был назначен «Вермокс» в дозе 700 мг 3 раза в сутки, который она принимает по настоящее время.

Через 8 суток после операции пациентке под внутривенным наркозом выполнена расширенная перевязка, удалены два дренажа из мягких тканей левого бедра. В удовлетворительном состоянии 11.04.2014 г., через 23 дня после операции, она была выписана из клиники под амбулаторное наблюдение хирурга и инфекциониста по месту жительства.

Контрольное обследование выполнено через 3 месяца после операции. Титр антител к эхинококкозу – 1:100. При УЗИ мягких тканей левого бедра на некоторых участках послеоперационных рубцов визуализировали обтурированные свищевые ходы, повышение эхогенности подкожной клетчатки и мышц, объемных образований не выявлено. Через 6 и 12 месяцев после операции при выполнении УЗИ левого бедра были верифицированы лишь рубцовые изменения. На КТ брюшной полости патологии не выявлено, на МРТ бедра - картина после удаления эхинококковых кист мягких тканей левого бедра. Клинических данных за рецидив не получено. Титр антител к эхинококку составил 1:100.

Заключение. Несмотря на определенные диагностические трудности, связанные с нехарактерной локализацией эхинококкоза, было выполнено радикальное оперативное вмешательство, которое позволило добиться хороших ближайших результатов лечения.

ОПЫТ МИНИИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ОПЕРАЦИЙ ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КИСТОЗНО-КАЛЬКУЛЕЗНОГО ПАНКРЕАТИТА

Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С.
ГБОУ ВПО Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, Россия

Актуальность. Поскольку при хроническом кистозно-калькулезном панкреатите воспалительно-дегенеративные изменения распространяются на все отделы поджелудочной железы (ПЖ), то использование резекционных оперативных вмешательств ограничено, а иногда и нецелесообразно (Григорьев П.Я, Яковенко Э.П., 2002).

Цель исследования: сравнительная оценка эффективности результатов наружного и внутреннего дренирования кист и протоковой системы поджелудочной железы в лечении пациентов с хроническим кистозно-калькулезным панкреатитом.

Материалы и методы. В общехирургических отделениях №1 и №3 ВОКБ №1 с 2010 по 2014 гг. находились на лечении 95 пациентов (мужчин – 84 (88,4%), женщин – 11 (11,6%) в возрасте от 24 до 73 лет с диагнозом хронический кистозно-калькулезный панктеатит. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем, потребовавшие затем выполнения операции внутреннего дренирования, были выполнены у 31 (32,6%) больного. Оперативному лечению были подвергнуты 56 (58,9%) больных. Наложение продольного панкреатоеюноанастомоза (ППЕА) было произведено51 пациенту: ППЕА на выключенной петле по Ру (кроме того, 10 больным вследствие билиарной гипертензии было выполнено наложение билиодигестивного анастомоза - 38, переднего гастроэнтероанастомоза по причине декомпенсированного стеноза привратника - 3, цистоеюноанастомоза на одной петле с ППЕА) - 2, ППЕА с брауновским соустьем и заглушко по Шалимову - 5, продольного панкреатоцистоеюноанастомоза (операция по типу Фрея) - 4, ППЕА, модификация Избицки - 4. По причине стриктуры дистального отдела холедоха наложение гепатикоеюноанастомоза на выключенной петле по Ру-Герцену было произведено2 пациентам, цистоеюноанастомоз с брауновским соустьем и заглушкой по Шалимову - 1, дистальная резекция ПЖ вследствие значительной кисты хвоста ПЖ – 1, ЭРХПГ, ЭПСТ, стентирование ВП - 1.

Результаты. Абсолютным показанием к выполнению операции продольной панкреатоеюностмии являлось расширение ВП до 5 мм и более по данным УЗИ брюшной полости, эндосонографии, КТ-исследования, рецидив жидкостного образования ПЖ, однако при клинике гипертензии ВП было произведено наложение ППЕА 8 пациентам с диаметром ВП 3-5 мм и 2 больным с диаметром ВП менее 3 мм. Относительными показаниями к оперативному лечению служили выраженные клинические проявления у пациентов с данным заболеванием. Вирсунготомия производилась под контролем интраоперационного УЗИ, длина разреза паренхимы ПЖ составила в большинстве случаев от 6 до 10 см, у 2 больных было выполнено рассечение ВП до 2 см. Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем при диаметре ВП менее 5 мм были произведены 18 пациентам, при диаметре ВП более 5 мм – 15 больным.

Выводы. Миниинвазивные пункционно-дренирущие вмешательства малоэффективны в лечении больных с хроническим кистозно-калькулезным панкреатитом вследствие частых рецидивов кист ПЖ и сохранения гипертензии ВП, поэтому этим пациентам показано наложение ППЕА. Операции внутреннего дренирования обеспечивают адекватную декомпрессию панкреатическим протоков с сохранением внутри- и внешнесекреторной функции ПЖ, способствуют ликвидации панкреатической гипертензии и минимизации факторов камнеобразования. Выполнение операции по типу Фрея при преимущественной локализации кист и конкрементов в головке ПЖ способствуют ликвидации дистального блока холедоха и гипертензии ВП, что позволяет отказаться от наложения билиодигестивного анастомоза при продольной панкреатоеюностии. ППЕА по Избицки считаем адекватным и целесообразным оперативным вмешательством при преимущественной локализации кальцинатов по передней поверхности ПЖ.

К ВОПРОСУ О ВЫБОРЕ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА В ЛЕЧЕНИИ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Патласов А.В.
ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздрава России, Киров, Россия

Цель исследования: оценить результаты лечения панкреатогенных забрюшинных флегмон при использовании различных операционных доступов.

Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2005 по май 2015 года находились на лечении 53 пациента с септическими забрюшинными флегмонами, что составляет 63,9% от общего числа пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

В структуре забрюшинных поражений преобладала левосторонняя ретроколическая флегмона - у 43 (81,1%) пациентов, парапанкреатическая - у 33 (62,3%), правосторонняя ретроколическая - у 16 (30,2%), тотальное поражение забрюшинной клетчатки - у 7 (13,2%), вовлечение паранефральной клетчатки - у 5 (9,4%), тазовой клетчатки - у 4 (7,5%).

Результаты. Все больные оперированы. У 45 (84,9%) пациентов была выполнена лапаротомия. Оментобурсостома сформирована путем верхнесрединной лапаротомии у 37 (69,8%) пациентов и верхней поперечной лапаротомии у 8 (15,1%) пациентов. Вскрытие, санация и дренирование флегмон осуществлялось двумя различными способами: внебрюшинное вскрытие по Н.И. Пирогову в 16 (30,2%) случаях и вскрытие флегмоны через лапаротомный доступ путем мобилизации соответствующих отделов толстого кишечника и выведения тампонов через люмботомическую контрапертуру либо лапаротомную рану – в 35 (66,0%) случаях.

Большинство осложнений наблюдали при формировании оментобурсостомы путем верхнесрединной лапаротомии в сочетанни с чрезбрюшинным вскрытием ретроколических флегмон: гнойно-панкреатические свищи в 6 (54,5%) случаях из 11, толстокишечные свищи – 3 (42,9%) из 7, тонкокишечные свищи – 2 (100%), дуоденозабрюшинный свищ – 1 (100%), бактериальный перитонит – 2 (66,7%) из 3, абсцессы брюшной полости – 7 (100%), инфекционные осложнения со стороны послеоперационной раны у 10 (90,9%) из 11, из них с эвентрацией у 4 пациентов.

Значительно меньше осложнений в зоне операции отмечали при оментобурсостомии путем верхней поперечной лапаротомии в сочетании с внебрюшинным вскрытием флегмон по Н.И. Пирогову: толстокишечный свищ – 1 (14,3 %), панкреатические свищи – 2 (18,1 %); со стороны послеоперационной раны осложнений не отмечено.

Из 53 пациентов с септическими забрюшинными флегмонами умерло 15 (из них оментобурсостома была софрмирована путем продольной лапаротомии и чрезбрюшинное вскрытие ретроколических флегмон у 13 пациентов, вмешательство на забрюшинном пространстве без лапаротомии - у 2). Летальность в этой группе пациентов составила 28,3%. При проведении поперечной лапаротомии и внебрюшинного вскрытия флегмоны все пациенты выписаны из стационара с улучшением, летальных исходов не отмечено.

Выводы. Оптимальным доступом при хирургическом лечении септических забрюшинных флегмон при панкреонекрозе является верхняя поперечная лапаротомия с формированием оментобурсостомы в сочетании с внебрюшинным вскрытием флегмоны по Н.И. Пирогову.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Патласов А.В.
ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздрава России, Киров, Россия

Цель исследования: анализ результатов хирургического лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом.

Материалы и методы. В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2005 по декабрь 2014 гг. находились на лечении 79 пациентов, оперированных по поводу инфицированного панкреонекроза (75,2% от общего числа пациентов с деструктивным панкреатитом). Мужчин было 49 (62,0 %) и женщин – 30 (38,0 %) в возрасте от 18 до 73 лет (средний возраст - 46,9±12,3 лет).

Срок от начала первых клинических признаков острого панкреатита до поступления в клинику составлял от нескольких часов до 90 суток (в среднем 24,8±24,1 дня).

Среди гнойных осложнений панкреонекроза преобладали септические забрюшинные флегмоны у 49 (62,0%) больных. Панкреатические и парапакреатические абсцессы наблюдали у 46 (58,2%) пациентов, абсцессы брюшной полости - у 8 (10,1%), бактериальный перитонит - у 13 (16,5%), сепсис - у 10 (12,7%), тонкокишечные и дуоденальные свищи - у 3 (3,8%), толстокишечные свищи - у 7 (8,9%), гнойно-панкреатические свищи - у 10 (12,7%), ферментативный перитонит - у 10 (12,7%), внутрибрюшное кровотечение из аррозированных сосудов - у 3 (3,8%), тромбоз ветвей воротной вены - у 2 (2,5%), тромбоз селезеночной вены - у 1 (1,3%), механическая желтуха - у 1 (1,3%) пациента.

Результаты. Все больные оперированы. Показаниями к операции являлись инфицированный панкреонекроз, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, абсцессы поджелудочной железы и парапанкреатической области, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Объем операций варьировал в широких пределах от малоинвазивных вмешательств до обширных вмешательств на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. Некрсеквестрэктомия выполнена у 63 (79,7%) пациентов, резекции поджелудочной железы - у 11 (13,9%). Вскрытие забрюшинных флегмон у 49 (62,0%) пациентов, пункционное дренирование абсцессов под контролем УЗИ в 10 (12,7%) случаях, наружное дренирование абсцессов – 20 (25,3%), остановка внутрибрюшного кровотечения – 3 (3,8%), в т.ч. со спленэктомией – 2 (2,5%), холецистэктомия и дренирование холедоха – 4 (5,1%).

Летальность в этой группе пациентов составила 24,1% (из 19 умерших у 15 была забрюшинная флегмона). Причинами смерти в послеоперационном периоде был сепсис у 11 (57,9%) больных, легочно-сердечная недостаточность - у 6 (31,6 %), панкреатогенный шок - у 1 (5,3%).

Выводы. Развитие осложнений панкреатита, в особенности забрюшинных флегмон, значительно утяжеляет течение заболевания и поддерживает летальность на высоком уровне.

ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ПЕЧЕНИ (ХЭПА) У ПАЦИЕНТОВ С ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНЫМ РАКОМ НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛИСТЕ ОЖИДАНИЯ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ

Полехин А.С.
ФГБУ Российский научный центр рентгенохирургических технологий Минздрава России, Санкт- Петербург, Россия

Цель исследования: оценить результаты ХЭПА у больных гепатоцеллюлярным раком (ГЦР), являющихся кандидатами для ортотопической трансплантации печени (ОТП).

Материалы и методы. За период с 1998 по 2015 гг. 150 ОТП выполнены у 145 пациентов, из них у 14 (9%) больных имелся ГЦР на фоне цирроза печени.

У 12 пациентов выполнили 26 циклов ХЭПА. Целью ХЭПА у 11 пациентов являлось предотвращение прогрессирования опухоли и тем самым продление периода ожидания донорского органа. У 1 больной ГЦР без цирроза печени с множественными дочерними узлами МХЭПА выполняли в надежде уменьшить объем и число злокачественных узлов. Учитывая сопутствующий ЦП, осуществляли суперселективную ХЭПА сосудов, питающих опухоль, суспензией 30-60 мг Доксорубицина в 5- 10 мг Липиодола и гемостатической губкой и/или насыщаемыми сферами.

Эффективность процедуры оценивали по данным компьютерной томографии через 1 мес. после процедуры. Однократная ХЭПА выполнена у 5 пациентов, дважды – у 3, трхды - у 3 и пять раз - 1 больному.

Результаты. Технический успех составил 100%. Осложнений не было. У одного пациента с множественными источниками кровоснабжения опухолевого узла после ХЭПА дополнительно осуществлена чрескожная радиочастотная абляция. Частичный ответ на лечение был достигнут у всех 12 пациентов. У больной с множественным поражением после 5 ХЭПА (за 8 мес.) число узлов уменьшилось с 8 до 5, а их размеры с 3-7 до 3-4 см.

ОТП выполнена после ХЭПА у 8 больных в сроки от 1 до 10 мес. Гистологические исследования показали 90-95% некроз образований в удаленных органах. К настоящему моменту живы 5 (63%) пациентов без рецидива и распространения опухоли в сроки от 12 до 96 мес. После ОТП умерли 3 (37%) пациента в сроки 8, 11 и 52 мес. от нарастания печеночной недостаточности, внутрипеченочного прогрессирования и генерализации опухолевого процесса, соответственно. 4 пациентки сняты с листа ожидания из-за прогрессирования опухоли (3) и отказа от ОТП (1).

Выводы. ХЭПА замедляет рост образований ГЦР и в большинстве случаев продлевает (до 10 мес.) период ожидания донорской печени и, соответственно, курабельность больных ГРЦ на фоне ЦП.

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РАСШИРЕННОЙ ГЕМИГЕПАТЭКТОМИИ

Полуэктов В.В.
ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский унивеситет Минздрава России, Омск, Россия

После расширенной гемигепатэктомии в послеоперационном периоде может формироваться кишечная недостаточность на фоне ишемии-реперфузии в условиях формирующейся острой портальной гипертензии.

Цель исследования: определить структурно-функциональные нарушения слизистой оболочки тонкой кишки после расширенной гемигепатэктомии.

Материалы и методы. Эксперимент выполнен на белых крысах-самцах (40 особей), массой 180-200 граммов, которым выполняли расширенную гемигепатэктомию. В послеоперационном периоде оценивалась амилолитическая активность слизистой оболочки всех отделов тонкой кишки методом ступенчатой десорбции. При морфологическом исследовании срезов фрагментов отделов тонкой кишки с окрашиванием гематоксилином и эозином оценивались структурные изменения энтероцитов в 1, 3 и 7 сутки. Достоверность различий средних величин определяли с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни.

Результаты. В исследуемые сроки отмечали резкое повышение активности полостной фракции амилазы слизистой оболочки всех отделов тонкой кишки. Через 6 часов наблюдали снижение уровня трудно десорбируемых фракций в дистальных отделах тонкой кишки. Начиная с 12 часов послеоперационного периода, происходил рост внутриклеточной фракции фермента. При гистологическом исследовании слизистой оболочки тонкой кишки выявлено нарушение микроциркуляции, обусловленное деструктивными изменениями энтероцитов. В 1, 3 сутки после операции отмечались очаги дистрофии и некрозов эпителия. На 7 сутки после расширенной резекции печени наблюдались явления репаративной регенерации слизистой оболочки.

Заключение. После расширенной гемигепатэктомии развивается изменение ферментативного спектра слизистой оболочки тонкой кишки, связанные с нарушением микроциркуляции и деструктивными изменениями энтероцитов.

ОСОБЕННОСТИ БИЛИАРНОГО СЕПСИСА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Потапов В.В., Пархоменко А.В., Фоминов В.М., Попова Ю.В.
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

Цель исследования: уточнить клинико-диагностические критерии билиарного сепсиса (БС), обусловленного холедохолитиазом для разработки оптимальной тактики лечения и улучшения результатов.

Материалы и методы. За 12 лет в клинике оперированы 978 больных с холедохолитиа-зом. Билиарный сепсис выявлен в 90 (9,2%) случаях. Среди пациентов была 61 (67,8%) женщина и 29 (32,2%) мужчин в возрасте от 32 до 80 лет. Острый калькулезный холецистит был в 23% случаев, хронический калькулезный холецистит – в 72,4%, резидуальный холедохолитиаз – в 4,6%. Диагноз БС ставили на основании клинико-лабораторных данных, бактериологического исследования желчи и крови, УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной холангиопанкреатографии, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, чрескожной чреспеченочной холангиографии, фиброхолангиоскопии. Для оценки тяжести состояния больных применяли модифицированную шкалу APACHE II.

Результаты. В клинической картине билиарного сепсиса наблюдали симптомы общей интоксикации, печеночной недостаточности и энцефалопатии, которые при неадекватном или поздно начатом лечении привели к развитию полиорганной недостаточности у 8 (8,8%) больных. В 33,4% случаях лейкоцитоз превышал 15,2х109/л. Крайне тяжелое состояние соответствовало по модифицированной шкале APACHE II 20 и более баллам. При диагностике тяжелого БС и билиарного септического шока учитывали: наличие клинических признаков синдрома системной воспалительной реакции; развитие синдрома полиорганной недостаточности; значение по модифицированной шкале APACHE II более 10 баллов; ультразвуковые признаки билиарной гипертензии; воспалительные изменения в магистральных желчевыводящих протоках; гипербилирубинемию более 24 мкмоль/л; уровень прокальцитонина в плазме более 5,9 нг/мл. Бактериологическое исследование

протоковой желчи, полученной интраоперационно и эндоскопически, выявило наличие бактериохолии у 94,6% обследованных. Изученные штаммы были наиболее чувствительны к цефалоспоринам III-IV поколения и карбапенемам. В клинике выполнены следующие операции: эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией, назобилиарным дренированием (НБД), с последующей ЛХЭ через 5-7 дней – у 37 (41,1%) пациентов; ЭПСТ с литоэкстракцией и промыванием холедоха антисептическими растворами, с последующей ЛХЭ через 5-7 дней – у 18 (20%); ЛХЭ, удаление конкрементов из холедоха через культю пузырного протока, холедохостомия по Холстедту – у 13 (14,5%); чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) при высоком риске – у 7 (7,8%); ранняя лапаротомия, ХЭ, холедохотомия, наружное дренирование холедоха по Холстедту или Вишневскому – у 15 (16,6%).

В 52 (57,7%) случаях разработанный в клинике "Способ лечения острого обтурационного холангита" (патент №30307от 25.02.2008 г.), с применением общей и местной озонотерапии показал хороший эффект. Важное значение в лечении БС придавали также гемодинамической и респираторной поддержке, дезинтоксикации с применением эфферентных методов (гемосорбция, плазмаферез), рациональной антибиотикотерапии, иммунокоррекции, антиоксидантам, витаминотерапии.

Летальность составила 8,8% (умерли 8 больных вследствие нарастания явлений сепсиса и полиорганной недостаточности, из них после применения миниинвазивных - 4 (5,3%) и после открытых оперативных вмешательств - 4 (26,6%). За последние 12 лет летальность уменьшилась на 16,2%.

Выводы. Холедохолитиаз является основным этиологическим фактором развития острого холангита и БС. Применение современных эндоскопических методов лечения острого холангита и БС, в сочетании с общей и местной озонотерапией, адекватной антибактериальной терапией является эффективным лечебно-диагностическим комплексом, позволяющим значительно улучшить результаты.

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММИРОВАННОЙ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

Рискиев У.Р.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Несмотря на постоянное развитие хирургических технологий и применение новых методов лечения в хирургии, по-прежнему сохраняется высокий уровень развития послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Их частота варьирует в пределах от 0,39 до 25% в зависимости от тяжести течения заболевания и объёма оперативного вмешательства

Проанализированы результаты диагностики и лечения послеоперационного перитонита (ПП), возникшего после абдоминальных вмешательств по поводу острых заболеваний и повреждений органов брюшной полости, повторно оперированных в хирургических отделениях Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) за период с 2002 по 2014 гг. включительно. За 13 лет было оперировано 43188 больных. Углубленному анализу результатов лечения подверглись результаты лечения 237 (0,55%) больных с ПП, которым потребовалось выполнении релапаротомии.

Научное исследование было разделено на два периода. I-й период (2002-2009 гг.) охватывал время до активного внедрения в практику экстренной абдоминальной хирургии миниинвазивных методов диагностики и лечения ПП. Рестроспективному изучению этого периода подвергли данные 149 (62,9%) больных, у которых, при наличии показаний в послеоперационном периоде, выполняли релапаротомию II-й период (2010-2014 гг.) охватывал время после широкого внедрения миниинвазивных технологий. Проспективно в этот период изучали данные 88 (37,1%) больных. Распределение больных с ВПО по полу и возрасту указывало на явное преобладание мужчин, которых было в 1,8 раз больше: мужчин было 152 (64,14%), женщин – 85 (35,86%). Больше больных приходится на возраст 45-54, средний возраст пациентов составила 51,1±17,7лет.

С 2010 г. в нашей клинике был разработан и внедрен новый метод осмотра органов брюшной полости с гибким эндоскопом – способ видеолапароскопии (получен патент на изобретения - №IAP 04782). При анализе первичной патологии у больных, после которых развился послеоперационный перитонит, на первом месте по частоте занимает осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка (18,1%), далее по частоте идет острый холецистит (15,6%) и опухоли органов брюшной полости (15,2%). Универсальным методом диагностики ранних послеоперационных внутри¬брюшных осложнений является лапароскопия и фибролапароскопия, диагностическая точность которой при первом исследова-

нии составила соответственно 95,2% и 85,4%, а при повторных - 100%. Разработанные технические приемы выполнения фибролапароскопии в раннем по-слеоперационном периоде позволили сделать исследование безопасным для пациента. При этом, осложнения, отмеченные в процессе его выполнения, составили 0,2% и наблюдались на этапе внедрения метода в клиническую практику. Это стало определяющим фактором достоверного снижения летальности у данной категории пациентов с 58,3% до 32,5% (Pχ2=0,002), а также позволило избежать выполнения напрасных диагностических релапаротомий.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ СИНДРОМА МАЛОЙ ДОЛИ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ

Саидназаров А.М.
АО «Республиканский специализированный ицентр хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Сведения мировой литературы в области стандартизации тактики ведения больных после обширных резекций печени (ОРП) в раннем послеоперационном периоде нередко противоречивы и не обобщены, так как до настоящего времени критерии понятия «обширной» резекции печени весьма индивидуальны.

Цель исследования: разработать варианты стандартизированной схемы интенсивного ведения больных в раннем послеоперационном периоде при ОРП в зависимости от тяжести клинического течения в условиях отделения реанимации.

Материалы и методы. Обобщен опыт лечения 81 пациента в раннем послеоперационном периоде после ОРП, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 1998 по 2014 гг. после ОРП.

Результаты. Патогенетически обоснованная дифференцированная лечебная тактика и прогнозирование течения послеоперационного периода после ОРП основана на применении разработанных и внедрённых протоколов интенсивной терапии.

Анализ оценки расчёта инфузионной терапии в раннем послеоперационном периоде после ОРП выявил несостоятельность стандартной общепринятой формулы расчёта жидкостной нагрузки наиболее часто применяемой после абдоминальных вмешательств.

Восстановление дефицита объёма циркулирующей крови (ОЦК) находится в прямой зависимости от объёма резецируемой ткани печени, результатом чего является увеличение риска развития печёночной энцефалопатии и синдрома малой доли печени. В этой связи применение формул расчёта инфузионной терапии с коррекцией на оптимизацию мозгового кровообращения является оптимальным. После ОРП общее количество инфузионной нагрузки в системную вену в первые сутки у большинства пациентов составила до 5л/сут., при этом скорость введения жидкости определяется необходимостью круглосуточной инфузии в зависимости от показателей ЦВД.

Анализ необходимости эффективности и кратности применения заместительной альбуминовой терапии после ОРП выявил, что степень содержания и распределения общего белка и его альбуминовой фракции значительно уменьшается на 21,92% и 10,44% соответственно, и, как следствие, уменьшение содержания альбумина сопровождается снижением онкотического давления крови на основании чего разработан, обоснован и внедрён протокол заместительной альбуминовой терапии для послеоперационного периода при ОРП.

В комплекс мероприятий интенсивной терапии синдрома малой доли после ОРП внедрён протокол нейропротекции и коррекции гемостаза, при этом доказано отсутствие ожидаемого положительного эффекта от применения плазмафереза в раннем послеоперационном периоде для экстракорпорального протезирования функций печени.

Принципы интенсивной терапии раннего послеоперационного периода при ОРП основаны на тактических протоколах антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики, которые позволяют поэтапно рационально и стандартизировано создавать условия для оптимального и дифференцированного подхода в каждом конкретном случае.

Выводы. Применение разработанных протоколов стандартизации тактики ведения больных в раннем послеоперационном периоде при обширных резекциях печени приводит к уменьшению развития осложнений, сокращению агрессии фазы послеоперационного стресса и оптимизации в фазе реабилитации, являясь одним из наиболее значимых компонентов комплекса лечебно-диагностической тактики.

ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ ДИСТРЕСС СИНДРОМ КАК ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА

Стрижков Н.А.
АО «Республиканский специализированный ицентр хирургии им. акад. В.Вахидова, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: определить эффективность комплекса респираторной терапии синдрома острого повреждения лёгких (СОПЛ) у больных с деструктивными формами панкреатита.

Материалы и методы. В исследование включены 76 пациентов с деструктивными формами панкреатита, тяжёлым клиническим статусом (по шкале Ranson более 4 баллов) осложнёнными СОПЛ и острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС) в РСЦХ им. акад. В. Вахидова в период с 2001 по май 2015 гг. Диагноз СОПЛ/ОРДС - на основании ARDS Network (BMJ Clin Evid. 2010 Nov 30; 2010. p:1511.).

Все больные находились на продленной ИВЛ (VELLA и VELLA+; VIASIS) в режимах по давлению и объёму (PCV, VCV) с применением рекрутмент-маневра.

Больные были разделены на две группы. Группа А (n=40 (52,6%) - ИВЛ с управляемым давлением (PCV), обратное отношение вдох/выдох-1,5/1, Pinsp-20-26 см.вод.ст., Fi O2 <60% «Оптимальный» PEEP (поддержание PaO2 выше 60 mmHg). Скорость Visp – 40 – 60 л/мин. Auto PEEP не более 50% от общего PEEP. Группа Б (VCV) (n=36 (47,4%) - «Вентиляция малыми Vt (6 mL/kg) и низким Pplat (<35 смH2O)», Ppeak < 35-40 см.вод.ст. VT 6-8 мл/кг. Fi O2 <60% PEEP 8-10 мм. рт. ст. Visp – 40 – 60 л/мин.

В комплексе респираторного пособия исследовали влияние интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких (ИПВЛ) и кинетической терапии (prone-позиция). Динамические осцилляции ИПВЛ осуществлялись с помощью респиратора (IPV-HC; Percussionaire Corp.) в контуре аппарата ИВЛ применяя одновременно внутрилегочную перкуссию (пневматические диффузионные конвективные «воздушные толчки») и сеансы небулайзерной инсуффляции (BI-PHASIC IMPULSATOR).

Критериями эффективности служили: PaO_2 и SaO_2., PaO_2/FiO_2. Шунтирование крови (справа на лево), pO_2 (A-a)e, pO_2 (a/A)e, статический комплайнс Cst., степень повреждение легких по J. Murray.

Результаты. Улучшение PaO_2/FiO_2 в группе А, относительно группы Б (исход – 2-е сутки - 108,7±22,4/112,4±20,2, 5-сутки - 184,8±22,4/140,4±24,2. А/Б соответственно). Отмечали разницу в показателях pO_2 (A-a) 2-е сутки - 170±18/165±20, 5-е сутки - 100±20,4/140±22,6, 58±24,4/100±22,2 соответственно. У больных группы А выявлено уменьшение сроков ИВЛ относительно больных группы Б (12±2,6/16±4,6 суток соответственно). При применении данной тактики из 40 пациентов группы А трансформация СОПЛ в ОРДС отмечали у 1 (2,5%) больного, а в группе Б - 74,3% (у 29 больных). Общая летальность в группе А – 2,5% (1 случай), в группе Б – 38,8% (10 случаев).

Анализ применения ИПВЛ-терапии в комплексе респираторного пособия у пациентов с деструктивными формами панкреатита выявил снижение показателей «слизь/поток» и «вязкость/упругость» слизи. Изменения воздушного потока при ИПВЛ способствуют «сдвигу» механики клиренса слизи, создавая условия для физиологических кашлевых толчков без повышения давления (максимальное альвеолярное давление и PEEP) и легочных объёмов.

Выводы. Ведение больных с деструктивными формами панкреатита осложнёнными СОПЛ/ОРДС в режимах по давлению, с ограничением пикового инспираторного давления и дыхательного объёма при удлинённом времени вдоха, является более эффективным в отношении коррекции гипоксемии, уменьшения отрицательного влияния механической вентиляции на паренхиму лёгких, длительности искусственной вентиляции лёгких и снижения летальности.

ЗАКРЫТАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ: ПРЕИМУЩЕСТВА, РЕЗЕКЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ

Султанова Р.С.
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России, Махачкала, Россия

Введение. Самым серьезным заболеванием в структуре паразитарных болезней по праву можно считать эхинококкоз. Заболеваемость населения по эхинококкозу с каждым годом растет и остает-

ся высокой. Достигнутые успехи мало сказались на решении проблемы рецидива эхинококкоза и частота его колеблется в пределах 3- 54%.

Цель исследования: уменьшение частоты рецидива абдоминального эхинококкоза и тем самым улучшение результатов лечения данной категории больных.

Материалы и методы. Проведен анализ хирургического лечения 720 больных с абдоминальным эхинококкозом. Всего у этих пациентов имелось 947 кист. Закрытую эхинококкэктоми. Выполнили 231 (32,1%) больному и у них удалено 289 (30,6%) кист. Открытую эхинококкэктомию выполнена 489 (67,9%) пациентам, при этом удалено 658 (69,4%) кист. В 37 наблюдениях был использован ультразвуковой деструктор-аспиратор Sonoca- 300 фирмы «Söring».

Видеолапароскопическая эхинококкэктомия и эхинококкэктомия из мини-доступа выполнена в 173 (18,2%) случаях.

Результаты. Интраоперационные осложнения отмечены у 6 (0,8%) больных. Из них при малоинвазивном варианте эхинококкэктомии – 2. Послеоперационные местные осложнения возникли у 13 (1,7%) пациентов, из них желчеистечение, улавливаемое страховочным дренажем – 4, жидкостные скопления в зоне операции – 6, нагноение раны – 3. Общие послеоперационные осложнения отмечены у 11 (1,5%) пациентов: пневмония – 2, правосторонний эксудативный плеврит – 6, тромбофлебит вен нижних конечностей – 3. Рецидив заболевания при открытой эхинококкэктомии отмечен у 18,6% больных, при закрытой – 3,1%. Различные патологические состояния функционального и органического характера среди пациентов, оперированных закрытым путем отмечены у 6,4%, при открытых операциях – 16,8%. Интегральный показатель качества жизни при открытых операциях составил 66,5±1,9 баллов, а при закрытых – 72,6±2,1 балла.

Заключение. При абдоминальном эхинококкозе предпочтение должны отдавать закрытой эхинококкэктомии. Открытая эхинококкэктомия должна выполняться в исключительных случаях, когда киста имеет центральную локализацию, либо имеется тяжелая сопутствующая патология. Закрытая эхинококкэктомия целесообразно выполнять с использованием современных резекционных технологий.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Телемисов С.О.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Проблема лечения злокачественных заболеваний билиарного тракта актуальна, что диктует необходимость дальнейших исследований и создания национальных программ в решении данного вопроса. В настоящее время лишь небольшое количество пациентов сопухолями панкреатодуоденальной зоны могут быть оперированы радикально, большинству же возможно выполнить лишь паллиативное лечение, при этом в большинстве случаев используют обходные анастомозы или стентирование, в том числе в сочетании с химио-, радио-, фотодинамической терапией, химиоэмболизацией.

Проанализированы результаты лечения 1001 больных с механической желтухой злокачественной этиологии. Всем больным при поступлении выполняли МР-холангиографию, для определения уровня блока. После выявления уровня блока решался вопрос об ретроградном или антеградном дренировании билиарного дерева. Было выявлено, что причиной злокачественной механической желтухи были опухоли ТОХ в 429 (42,9%) случаях, опухоль БДС - в 222 (22,1%) случаях, опухоль средней трети холедоха - в 143(14,3%) случаях, опухоль располагалась в области ворот печени - в 207 (20,7%) случаях. У 911 (32,4%) больных с механической желтухой злокачественного генеза РПХГ выполнены различные лечебные манипуляции.

Эндоскопическое стентирование холедоха выполнено 520 (51,9%), РПХГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией – 187 (18,6%) больным, РПХГ+назобилиарное дренировние – 6 (0,6%) больным. РПХГ носила только диагностический характер в связи с расположением опухоли в области ворот печени, а также невозможностью провести лечебные манипуляции по техническим причинам у 198 (19,8%) больных. Больным, у которым во время МР-холангиографии или ретроградной панкреатохолангиографии выявляли высокий блок желчевыводящих протоков, или при наличии противопоказаний к ретроградному стентированию желчевыводящих протоков выполнена антеградная холангиография с последующей чрескожной чреспеченочной холангиостомией. ЧЧХС выполнена 121 (12,1%) больному, при этом ЧЧХГ с наружным дренированием холедоха выполнено у 50(5%) больных, наружно- внутреннее дренирование холедоха - у 61 (6,1%) больного, чрескожное чреспеченочное эндопротезирование - у 6(0,6%) больных. 4 (0,4%) больным, из-за возникшего во

время чрескожное чреспеченочной холангиографии кровотечения, было выполнено чрескожное чреспеченочное тампонирование пункционного канала. После разрешения механической желтухи вторым этапом выполнялись лечение основного заболевания. Панкреатодуоденальная резекция выполнена у 12 (0,11%), наложение обходного холецистоэнтероанастомоза выполнено у 89 (0,9%) больных; наложение обходного гастроэнтероанастомоза, холецистоэнтероанастомоза и энтероэнтероанастомоза выполнено у 4 (0,04%) больных; наложение обходного гепатикоэнтероанастомоза - у 11 (0,1%) больных. У 88% больных с механической желтухой опухолевого генеза малоинвазивные эндобилиарные вмешательства явились окончательным методом желчеотведения.

Подобное этапное разделение проводимого лечения у больных с синдромом механической желтухи значительно улучшает результаты лечения, снижает послеоперационную летальность и количество послеоперационных осложнений.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРЕЗЕКЦИОННОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Тупикин К.А., Олифир А.А.
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия

Актуальность. Пострезекционная печеночная недостаточность (ППН) в настоящее время является наиболее частой причиной смерти пациентов, перенесших большие операции на печени. Частота ППН не имеет тенденции к уменьшению, и колеблется в пределах 0,7-9,1%, возможности своевременной диагностики илечения ППН на догоспитальном и послеоперационном этапе ограничены.

Цель исследования: изучить возможности лечения и раннего выявления ППН у пациентов после больших резекций печени.

Материалы и методы. За период с 2009 по 2013 г. в Институте хирургии им. А.В. Вишневского выполнено 204 больших резекций печени. По поводу метастатического поражения печени оперирован 101 (49,6%) пациент, из которых колоректальные метастазы были у75 (36,8%) пациентов; первичных опухолей печени – 54 (26,4%) пациента, из них гепатоцеллюлярный рак был у 25 (12,3%), холангиоцеллюлярный рак – у 20 (9,8%) пациентов; доброкачественные опухоли и неопухолевые поражения печени – у 49 (24%) пациентов. Объём выполненных оперативных вмешательств: ЛГГЭ – 42 (20%), ПГГЭ – 68 (33,3%), рЛГГЭ – 27 (13,3%), рПГГЭ – 44 (21,5%), резекция 3-х и более сегментов печени – 19 (16,3%). В послеоперационный период оценивали признаки печеночной недостаточности поклиническим данным, снижениюпоказателей альбумина ниже 28 г/л, повышению билирубина крови выше 50 мкмоль/л, снижению протромбинового индекса (ПТИ) ниже 50%, увеличению МНО выше 2 на 1-3-и, 7-9-е, а также на 5-е сутки послеоперации (критерий 50/50). Для оценки степени ППН применяли классификацию ISGLS.

Результаты. У большинства пациентов на 1-3-и сутки после операции имелось снижение альбумина, повышение билирубина и МНО со снижением ПТИ. При этом одновременное значимое падение уровня альбумина, ПТИ, повышение билирубина и МНО отмечено у 64 (31,4%) пациентов. Данные изменения разрешались на фоне консервативного лечения в течение 4-8 суток, поэтому не могли рассматриваться как ППН. К 5-м суткам указанные изменения отмечались у 48 (23,5%) пациентов. Числовые значения оцениваемых показателей у них составили: альбумин - 17-34 (сред. 29) г/л, МНО – 1,4-3,8 (сред. – 2,5), общий билирубин – 22-99 (сред – 49) мкмоль/л. У 31 (15,2%) пациента признаки ППН разрешились на фоне стандартной терапии (класс А по ISGLS). Клинически значимая ППН развилась у 17 (8,3%) пациентов, из них тип В – у 11 (5,4%), и С – у 6 (2,9%). Критерий 50/50 был положителен при этом только у 12 (5,9%) пациентов. На фоне прогрессирования ППН умерло 8 (4,1%) пациентов, из них у 3 пациентов (1,5% от всех оперированных) критерий 50/50 был отрицательным.

Выводы. С помощью существующих методов клинической и лабораторной диагностики выявление ППН не всегда достоверно и зачастую несвоевременно. В связи с этим требуется дальнейшее изучение и разработка принципов ранней диагностики и прогнозирования развития ППН на дооперационном этапе и в ранние сроки после операции.

ВОЗМОЖНОСТИ МИНИИНВАЗИВНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА

Хаджибаев Ф.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Изучены результаты эндоскопических транспапиллярных ретроградных (ЭТПВ) и антеградных чрескожно-чреспеченочных эндобилиарных (АЧЧВ) вмешательств у 3014 больных с механической желтухой доброкачественного генеза (МЖДГ). Контрольную группу составили 1197 (39,7%) больных, получавших лечение с 2002 по 2007 гг., в основную группу включены 1817 (60,3%) больных, подвергнутых эндобилиарным вмешательствам с 2008 по 2013 гг. – в период широкого применения рутинных и более радикальных, более интервенционных эндобилиарных методик опытными специалистами. У 1039 (34,5%) пациентов установлено осложненное течение заболевания: гнойный холангит диагностирован у 428 (14,2%), абсцессы печени – у 34 (1,1%), печеночная недостаточность – у 355 (11,8%). У 222 пациентов при ЭГДФС диагностированы острые язвы желудка и ДПК. При этом отмечается достоверное повышение частоты всех перечисленных осложнений МЖ у лиц, госпитализированных позже 3-х суток с момента появления иктеричности. ЭТПВ выполнены в 2745 (91,1%) случаях. ЭПСТ в разных вариациях выполнена 2623 (87,0%) больным, в т.ч. с последующей литоэкстракцией – у 1837 (60,9%), назобилиарным дренированием – у 84 (2,8%), стентированием – у 20 (0,7%). Имеем небольшой опыт баллонной дилатации – 6 (0,2%) случаев.

Наличие парафатерального дивертикула усложняет выполнение селективной канюляции холедоха и последующей ЭПСТ. Однако наш опыт выполнения РПХГ и ЭПСТ у 58 больных с парафатеральными дивертикулами показал, что, пользуясь специальными приемами и соблюдая осторожность, нормальный желчеотток можно восстановить у большинства больных, не получив при этом тяжелых осложнений. АЧЧВ использованы у 333 (11,0%) пациентов, показаниями к которым являются невозможность или неэффективности ЭТПВ, наличие противопоказаний к выполнению РПХГ, МР-признаки высокой или протяженной стриктуры/блока желчевыводящих путей (ЖВП). У всех 333 больных удалось наладить дренирование ЖВП, в том числе наружно-внутреннее дренирование - у 230 (69,1%). Показатель успешного наружно-внутреннего дренирования ЖВП за дискретные периоды наблюдения возрос с 45,8% в 2002-2007 гг. до 82,2%, чему способствовали внедрение и расширение показаний к дополнительным рентгеноэндобилиарным лечебным процедурам, направленным на низведение камня, дилатацию и стентирование зон рубцовых стриктур. Совершенствование техники выполнения процедуры и использование более совершенных дренажных катетеров сопровождалось снижением частоты дислокации дренажного катетера (с 9,2 до 6,6%), желчеистечения (с 2,5 до 2,3%) и кровотечения (с 1,7 до 1,4%) в брюшную полость, нагноения ложа дренажа (с 10,8 до 5,6%), ятрогенного пневмоторакса (с 1,7 до 0,5%), не возросло число случаев развития поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов (оставалось в пределах 3,3% за исследуемые периоды наших наблюдений).

Заключение. Методом выбора декомпрессии желчных путей при МЖДГ являются ЭТПВ и АЧЧВ, наличие возможностей для выполнения которых является обязательным условием для оказания адекватной и экстренной помощи этой категории больных.

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АПЛАТИЗАЦИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Хамидов Т.М.
ГБОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России, Махачкала, Россия

Введение. Малоинвазивная хирургия – это один из основных путей прогресса современной хирургии в целом. В литературе последних лет существует множество информации о малоинвазивных вмешательствах при кистозных образованиях печени и селезенки. Одним из методов завершения операции при кистозных образованиях паренхиматозных органов брюшной полости является аплатизация (абдоминизация) их. Это особенно показано при средних и поверхностно расположенных кистах печени и селезенки.

Материалы и методы. Аплатизация кист

печени и селезенки в малоинвазивном варианте проведена у 75 пациентов при 88 кистах. Паразитарные кисты были у 56 (7,6%) больных, простые – у 19 (25,4%). Кисты локализовались в печени у 62 (82,6%) пациентов, в селезенке – у 13 (17,4%) больных. В селезенке имелись одиночные кисты, а в печени у 11 (17,7%) пациентов отмечены множественные кисты, из них эхинококковые кисты - у 6 (54,5%), простые - у 5 (45,5%) больных. Размеры кистозных образований варьировали в пределах от 5,6 до 10,7 см в диаметре. Все кисты были с преимущественным ростом в сторону брюшной полости. Локализация печеночных кист: II-й сегмент – 10 (13,3%), III-й сегмент – 15 (20,0%), IV-й сегмент – 10 (13,3%), V-й сегмент – 14 (18,6%), VI-й сегмент – 12 (16,0%), VII-й сегмент – 8 (10,6%), VIII-й сегмент – 6 (8,2%). На диафрагмальной поверхности печени отмечены 66 (88,0%) кист, на висцеральной – 9 (12,0%). Ближе к нижнему полюсу селезенки имелись 8 (61,6%) кист, к верхнему – 5 (38,4%).

Из 88 кист печени и селезенки лапароскопически удалены 33 (37,5%) кисты и операция завершена аплатизацией остаточной полости. Из мини-доступа с применением устройства «Мини-ассистент» фирмы «САН» и лапароскопическим ассистированием удалено 55 (62,5%) кист.

Результаты. При лапароскопической аплатизации кист конверсия на широкую лапаротомию проведена в 4 (12,1%) наблюдениях. Во всех этих случаях имелось умеренное кровотечение из краев иссеченной фиброзной капсулы. Оно остановлено ушиванием кровоточащих участков фиброзной капсулы. Послеоперационные осложнения отмечены в 5 (6,6%) случаях: местные – у 3 (4,0%), общие – 2 (2,6%). К местным осложнениям относились жидкостные скопления в зоне печени (2) и селезенки (1). Они устранены перкутанными пункциями под УЗ-наведением. Из общих осложнений – это правосторонний экссудативный плеврит – 1 и тромбофлебит вен нижних конечностей – 1. Летальных исходов не было.

Заключение. Аплатизация в малоинвазивном варианте является эффективным методов завершения операции при лечении кист печени и селезенки.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Хашимов М.А.
Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

Современные способы профилактики и лечения кровотечений, связанных с прогрессированием варикозного расширения вен пищевода и желудка (ВРВПЖ) при портальной гипертензии (ПГ), включают медикаментозные, эндоскопические, рентгенэндоваскулярные и оперативные методы.

Цель исследования: оценить эффективность собственных результатов профилактики и лечения кровотечений из ВРВ пищевода портального генеза.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 234 пациентов с кровотечениями из ВРВПЖ. Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 68 лет (в среднем 42,5±2,34). Мужчин было 163 (69,7%), женщин - 71 (30,3%). Для оценки состояния вен пищевода использовали классификацию А.Г. Щерцингера (1983). В соответствии с ней I степень ВРВ обнаружена у 18 (7,8%), II – у 87 (37,1%), III - у 129 (55,1%) больных. Стволовой тип ВРВ выявлен у 202 (86,5%), смешанный – у 32 (13,5%) пациентов. Локализация ВРВ начиная со средней трети грудного отдела пищевода, имелась у 147 (62,9%), с переходом на кардиальный отдел желудка у 87 (37,1%). Наличие «красных маркеров» - отмечено в 72 (30,9%) и явления эрозивного эзофагита – диагностировано в 35 (15,2%) случаях. Активное поступление крови из дефекта в стенке вены обнаружено у 77 (33,1%) больных, признаки остановившегося кровотечения (фиксированные тромбы-сгустки, белые тромбы на поверхности вен) выявлены у 157 (66,9%) пациентов.

Результаты. Эндоскопическое лигирование ВРВ пищевода проведено 81 (34,6%) больным. На высоте кровотечения у 12 пациентов и на фоне остановившегося кровотечения для профилактики его рецидива - в 69 случаях. Одномоментно на вены накладывали от 3 до 6 эндолигатур «спиральным» методом наложения в шахматном порядке, начиная с области эзофагокардиального перехода снизу вверх. После эндоскопического лигирования все пациенты отмечали умеренную болезненность в груди и явления дисфагии в течение 1-2 дней после вмешательства. Во время лигирования и в раннем послеоперационном периоде у наших больных осложнений не отмечено. Рецидив кровотечения до выписки из стационара после эндоскопического гемостаза возник у 16 (19,7%) пациентов. Пациенты в экстренном порядке были подвергнуты оперативному вмешательству (операция Пациора). После эндоскопического лигирования умерло 8 (9,8%) пациента. Причиной смерти у 5 больных явилась развившаяся постгеморрагиче-

ская анемия, у 3 - прогрессирующая печеночная недостаточность.

Выводы. Эндоскопический гемостаз является высокоэффективным методом профилактики осложнений при варикозно-расширенных венах пищевода, а также при кровотечениях из вен, особенно у больных с портальной гипертензией с высоким риском оперативного вмешательства. С целью повышения эффективности использования данного вмешательства при остром кровотечении целесообразно выполнение эндоскопическое лигирование в отсроченном порядке после достижения временного гемостаза с применением зонда-обтуратора Блекмора на 6-12 часов и создания более благоприятных условий для адекватной оценки эндоскопической картины. Применение эндоскопических методик гемостаза позволяет снизить летальность в этой тяжелой группе пациентов.

ЭНДОСОНОГРАФИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЪЕМНОЙ ПЛОТНОСТИ СОСУДОВ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН

Шаповалов А.М.
ГБУ РО «Ростовская областная клиническая больница», Ростов-на-Дону, Россия

Цель исследования: у больных с портальной гипертензией и варикозным расширением вен (ВРВ) эзофагокардиального перехода методом ультразвуковой диагностики изучить наименее васкуляризированную зону передней стенки желудка и разработать индивидуальную систему определения объемной плотности сосудов этой области, как возможного места формирования эзофагогастроанастомоза при хирургическом лечении.

Материалы и методы. Методом эндоскопии обследовали 50 пациентов с портальной гипертензией цирротического генеза. ВРВ пищевода 1 ст. выявлены у 9 (18%) больных, 2 и 4 ст. – у 26 (52%), 3 ст. варикоза – у 15 (30%) больных. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) прицельно исследовали переднюю стенку желудка в области кардии и средней трети тела с визуализацией подслизистых вен, так как эти зоны представляются наиболее удобными при формировании анастомоза между пищеводом и желудком. Определяли толщину стенки органа, диаметр и линейные размеры сосудистых сегментов. Исследуемые параметры использовали при математических расчетах сосудистой плотности венозной сети желудка. Площадь тканей, на которой производили УЗИ, составляла 400 мм^2, что было определено минимально допустимой величиной площади, на которой может быть сформировано соустье. Реализация системы количественного определения плотности сосудов в ткани была выполнена в программе Microsoft Office Excel (Microsoft, 2007), где стандартными средствами осуществлялся автоматизированный расчет всех параметров. Статистические расчеты были проведены в программе STATISTICA 10 (StatSoft, Inc., 2011).

Результаты. Установлено, что, вне зависимости от степени выраженности ВРВ, диаметр подслизистых вен желудка, равно как и сосудистая плотность, в области кардии превышал аналогичные показатели в средней трети тела желудка – 3,22±0,62 мм и 2,53±0,46 мм, соответственно. Четко прослеживали зависимость изменения диаметра вен и сосудистой плотности от степени ВРВ пищевода. Несмотря на это, средний показатель сосудистой плотности кардии составил 51,95±11,93%, тогда как в средней трети тела желудка он был существенно меньше – 29,38±5,65% ($p<0,05$). Сосудистая плотность желудка изменчива и зависит от степени ВРВ пищевода, однако средняя треть передней стенки желудка, в сравнении с его кардиальным отделом, менее васкуляризирована, каким бы не было ВРВ. Данная зона, с точки зрения надежности формирования эзофагогастроанастомоза и профилактики ранних и поздних кровотечений, может рассматриваться как оптимальная.

Выводы. УЗИ позволяет проводить оценку состояния подслизистых вен желудка у больных с портальной гипертензией. Индивидуальный расчет плотности сосудистых структур передней стенки желудка позволяет определять зону наименьшей васкуляризации и объективно подходить к выбору места формирования эзофагогастроанастомоза.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ В КЛИНИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Шарикова О.В.
ГБОУ ВПО Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

Актуальность. Острый холецистит (ОХ) прочно занимает одно из ведущих мест в структуре экстренных хирургических заболеваний. Значительную роль в его клиническом течении играет наличие сопутствующих болезней, в том числе инфекционных, что затрудняет своевременную диагностику возникшего ОХ и осложняет выбор тактики лечения таких пациентов. В настоящее время в периодической медицинской литературе данная проблема представлена единичными публикациями, что требует более детального ее рассмотрения.

Цель исследования: изучение частоты и структуры ОХ у больных с инфекционными заболеваниями.

Материалы и методы. Проведен анализ 50 историй болезни пациентов, пролеченных в хирургическом отделении клинической инфекционной больницы им. С.П. Боткина в 2002-2012 гг. по поводу острого холецистита, возникшего на фоне острой и хронической инфекционной патологии. Мужчин было 23 (46%), женщин - 27 (54%) человек. Возраст больных варьировал в пределах от 21 до 71 года.

Результаты. При анализе историй болезни установлено, что все пациенты поступали в стационар с наличием клинических признаков инфекционного заболевания. Среди них симптоматика острого гастроэнтероколита наблюдалась у 16 (32%), обострения хронического вирусного гепатита – у 28 (56%), острого вирусного гепатита – у 2 (4%) и прочих инфекционных заболеваний – у 4 (8%) человек.

На этапе приемного отделения диагноз ОХ был установлен только 21 (42%) пациенту. При этом анамнестически во всех случаях появлению характерного для острого холецистита болевого синдрома предшествовала симптоматика инфекционного заболевания. У 29 (58%) пациентов диагноз ОХ был установлен после госпитализации в профильное инфекционное отделение в сроки от 1 до 7 суток от момента поступления. К числу ведущих симптомов инфекционных заболеваний, маскирующих клиническую картину острого холецистита, относились тошнота и многократная рвота, диарея и желтуха, которые были выявлены соответственно у 25 (50%), 10 (20%) и 10 (20%) больных. Болевой абдоминальный синдром встречался во всех случаях. Клиническая картина острого холецистита у больных с инфекционной патологией отличалась большей тяжестью течения вследствие развития синдрома взаимоотягощения.

Экстренные хирургические вмешательства после постановки диагноза выполнены 32 (64%) больным. Отсроченная операция на фоне безуспешности консервативной терапии выполнена 18 (36%) пациентам. Особенностью хирургического вмешательства являлись более сложные хирургические условия, связанные либо с цирротическим поражением печени при хроническом гепатите, либо с нарушением механизмов свертывания крови при остром и хроническом гепатите. При бактериологическом посеве желчи прооперированных больных возбудители Disenteria Flexneri 3a, Salmonella Give группы E, Salmonella Branderburg группы B, Salmonella Enteridi группы D высеяны соответственно у 3 (6%), 6 (12%), 3 (6%) и 4 (8%) пациентов. Это позволило предположить, что у данных больных возбудитель кишечной инфекции послужил причиной развития вторичного острого холецистита.

Заключение. Полученный опыт оценки больных с ОХ, возникшим на фоне инфекционной патологии, показал, что клиническая картина заболевания отличается более тяжелым течением, а выполнение хирургического вмешательства требует дифференциального подхода, что определяет значимость дальнейшего изучения данной проблемы.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РУБЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ И БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ ПУТЕМ ПОСТОЯННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ТУБУЛЯРНЫХ СТРУКТУР ИМПЛАНТАНТАМИ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

Штофин Г.С., Иванян К.Г.
ГБОУ Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск, Россия

В последние годы в реконструктивной хирургии желчевыводящих путей все активнее используются стенты дилятаторы из сверхэластичного никелида титана с эффектом памяти формы, позволяющие устранять нарушения желчеоттока с хорошими результатами.

Цель исследования: оценить качество жизни больных, оперированных с рубцовыми стриктурами внепечёночных желчных протоков (ВЖП) и билиодигистивных анастомозов (БДА), в ближайшие и отдаленные сроки после операции постоянного стентирования тубулярных структур имплантантами из никелида титана при патологии органов гепатодуоденальной области.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 176 пациентов, находившихся на лечении с повреждением и/или стриктурами ВЖП в перитод с 2000 по 2015 гг. В 136 случаях были выполнены операции постоянного стентирования желчных путей и БДА гепатодуоденальной зоны с использованием стентов из никелида титана. Всем пациентам, находившимся в стационаре, проводили, как общеклинические,так и инструментальные методы исследования: УЗИ, ЭРХПГ, фистулография, компьютерная томография, МРТ. В зависимости от способа хирургического вмешательства все пациенты были подразделены на 2 группы: I (основная) группа – 136 (77,3%) пациентов, у которых при хирургическом лечение были использованы стенты из никелид титана; II (контрольная) группа – 40 (22,7%) пациентов, оперированных традиционными методами. Основную группу составили пациенты с протяженными (более 2,0 см) стриктурами с высокой их локализацией (уровень ОПП, конфлюэнс, долевые протоки). Возраст пациентов варьировал в пределах от 25 до 74 лет. Исследование проводили с помощью международных опросников общего здоровья - MOS SF-36, специального гастроэнтерологического GSRS, в следующих точках - при поступлении больного в стационар и через 1, 3, 6, 12 месяцев и в отдаленные сроки от 2 до 13 лет.

Результаты. Изучено качество жизни у 42 (30,9%) пациентов (основная группа), оперированных с применением стен та из никелида титана марки ТН–10. Больные самостоятельно отвечали на вопросы,часть из них при анкетировании по почте – 36 (85,7%), либо во время клинического обследования в условиях стационара поликлиники – 6 (14,3%).

При оценки качества жизни (КЖ) по опроснику SF–36 у обследованных больных выявлено, что через 1 мес. после операции - 48,50±8,505%, через 3 мес. после операции - 67,00±5,00%, а через 6 месяцев общее здоровье (О3) уже достигает 77,58±1,61%, при этом КЖ больных повысилось, .е оценка больными своего состояния здоровья в настоящий момент лечения улучшилась. Также отмечено, что и остальные показатели опросника SF-36-жизненная активность (Ж), социальное функционирование (СФ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ) в после операционном периоде постепенно повышаются и в отдаленном периоде достигают 71,00±2,78%; 82,52±2,13%; 73,61±2,81% и 73,03±1,50% соответственно. Это говорит о повышении качества жизни больных до достаточно комфортного, но не очень высокого уровня. По опроснику GSRS все шкалы показателей в отдаленном периоде составили:болевой синдром (БС) - 1,52±0,10, рефлюксный синдром (РС) - 1,56±0,07, констипационный синдром (КС) - 1,12±0,04, диспептический синдром (ДП) - 1,57±0,04 и диарейный синдром (ДС) - 1,09±0,6%, показывают нам о снижении всех баллов в отдаленном периоде после операции и приближении их к периоду при поступлении. В отдаленном периоде (от 2 до 13 лет) показатели физического и психического компонентов здоровья по опроснику SF-36 у 42 больных основной группы составили: физический компонент (РН) - 99,22±0,37%, а психический компонент здоровья (МН) составил - 90,59±0,85%. Выявлена достоверная положительная сильная корреляция между шкалами МН, РН и всеми шкалами общего опросника (r=от 0,707 до 0,850; p<0,05).

Выводы. В отдаленном периоде у пациентов,оперированных путем постоянного стентирования тубулярных структур имплантантами из никелида титана показатели КЖ увеличены,что говорит о повышении жизненной активности.

ПОРТАЛЬНО ГИПЕРТЕНЗИОННАЯ ХОЛАНГИОПАТИЯ У ДЕТЕЙ С ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Юлдашев Р.З.
Республиканский специализированный научно практический медицинский центр педиатрии, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Внепеченочная блокада воротной вены с развитием портальной гипертензии приводит к развитию в воротах печени обширных порто-портальных и порто-системных коллатералей. Портально гипертензионная холангиопатия являясь патологией билиарного тракта у данной категории больных обусловлена порто-портальными коллатералями. Отмечено что у больных с внепеченочной портальной гипертензией на эндоскопическом исследовании в ряде случаев выявляется наличие дуоденогастрального рефлюкса мутной желчи с наличием различной степени выраженности эзофагита в нижней трети, что, в свою очередь, увеличивает риск кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Цель исследования: определить связь между портально гипертензионной холангиопатией и риском кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода

Материалы и методы. Обследованы 87 детей с внепечёночной портальной гипертензией (ВПГ) (45 (51,7%) мальчиков и 42 (48,3%) девочек) в возрасте от 1,5 года до 18 лет. Больные обращались в плановом и экстренном порядке на стационарное лечение в клинику детской хирургии РСНПМЦ Педиатрии для выполнения различных вариантов операции портосистемного шунтирования. Всем пациентам проведены рутинные клинико-биохимические исследования, фиброэзофагогастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование с дуплексным сканированием гепатолиенальной зоны, МСКТ, МРТ ангиография висцеральных сосудов.

Результаты. У 15% детей при эндоскопическом исследовании кроме варикозного расширения вен пищевода и желудка выявляется так называемый, дуоденогастральный рефлюкс мутной желчи (ДГРЖ) с наличием тех или иных изменений в слизистой нижней трети пищевода и желудка – от катарального до эрозивного эзофагита и гастрита. У данной категории больных имели место более частые эпизоды кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ). По данным клинико-биохимических исследований отмечено умеренное повышение уровня ЩФ – 262,33 U/l ($p \leq 0{,}001$), показатели ГГТ находились в пределах возрастной нормы. При УЗИ выявлена умеренная эктазия вне- и внутрипечёночных желчных протоков (холедох был расширен до 7мм), а так же увеличение толщины стенки желчного пузыря с наличием, в ряде случаев, варикозно расширенных вен желчного пузыря. На МСКТ и МРТ определяли аналогичные изменения. Признаки портально гипертензионной холангиопатии чаще выявляли у детей в возрасте от 5 до 16 лет. Гендерной зависимости не обнаружено, отношение мальчиков к девочкам 5:6.

После выполнения портосистемного шунтирования явления портально гипертензионной холангиопатии заметно снижались, а со временем исчезали.

Заключение. Развитие портально гипертензионной холангиопатии у детей с ВПГ отмечается с прогрессированием основного заболевания. При дальнейшем развитие заболевания появление ДГРЖ увеличивает риск кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, усугубляя имеюшийся эрозивный эзофагит.

Авторский указатель

Anai H. 75,
Arai Y 75,
Aramaki T. 75,
Aripova N. 18,
Baik J.H. 72,
Choo S.W. 72,
Han J.K. 72,
Ikeda M. 75,
Inaba Y 75,
Kim J.K 72, 75,
Kong H.-J. 72,
Kwon S.H. 75,
Lee K.H. 72,
Matmuratov S 18
Motoo Y18,
Okusaka T. 75
Park S. 72, 75
Shin S. 72,
Song K.S. 72
Takeuchi Y 75,
Yamamoto S. 75
Аббасов П. 2
Абдеев Р.Р. 19, 56, 178
Абдоков А.Д. 112
Абдуллаев С.М. 141
Абдуллаева А.З. 122, 172, 173
Абдурахманов Б.А 32, 33, 34, 35
Абобакиров Д.М. 201
Абуов С.М. 151
Авазов А.А. 166
Авдей Е.Л. 58, 69, 81
Айдемиров А.Н. 112
Акбаров М.М. 77, 78, 125, 176
Акуленко С.В. 119
Александров Ю.А 7.,
Алексанян Г.Б. 21,
Алексеев В.В. 183
Алиев А.К 202
Алиев М.А. 122, 173
Алимов С.У 110, 135 , 136, 140
Алиханов Р.Б. 2, 10, 16, 21, 36, 70, 159, 174
Алтыев Б.К. 136, 141, 193
Аминов И.Х. 25,
Анваров Х.Э 136, 203
Ангелич Г.А. 36,
Андреев А.А 111
Андреев А.И. 37,
Андреева М.А. 163
Андрейцева О.И. 16,
Анисимов А.Ю. 37,
Антипов В.Н. 181
Антонов Н.Н. 98,
Антюфриева ДА 203
Аргучиснкий И.В. 169
Арипова М.У 70, 71
Арипова Н.У. 38, 70, 71
Арифджанов А.Ш. 42,
Артемьев А.И. 7, 8, 9
Артемьева Н.Н. 98,
Артыкбаев А.Ж. 151
Арутюнов С.Э 91
Арутюнян К.В. 198
Арчвадзе Б. 110
Арыбжанов Д.Т 33, 34
Асараров А.А. 50, 137
Астанков Р.А. 104
Астахов Д.А. 21,
Аталиев А.Е. 110, 136, 140, 142
Ахаладзе Г.Г. 3,
Ахматова Н.К. 21,
Ахтанин Е.А 143, 215
Ашивкина О.И. 29,
Ашуров Ш.Э. 51,
Бабаджанов А.Х. 51, 52, 53, 54, 55
Багмет Н.Н 83, 88
Бадалов Д.А 204, 205
Базаев А.В 119
Байбеков И.М. 39, 53
Байбеков Р.Р. 52, 54
Байгуисова Д.З. 4,
Байжанулы К.Б 146
Баймагамбетов А.К. 32, 35
Баймаханов Б.Б. 4 ,
Баймурадов Ш.Э 180, 193, 205
Бакулин И.Г. 36,
Бареева Л.Т. 99,
Барыков В.Н 4, 144
Бах А.Ю 107
Бебезов Б.Х. 5, 145
Бедин В.В. 31, 139
Белов Д. Ю 41, 44
Белоконев В.И. 145
Бельский В.А. 11,
Берелавичус С.В. 15, 22, 100, 143, 185
Биржанбеков Н.Н. 4,
Бирюков А.В 9
Благитко Е.М. 90
Бликян А.В 67
Богачев В.Ю. 46,
Богданов В.Е. 116
Богомолов Н.И. 111
Борисов Д.Л 80
Борисова Н.Ю. 98
Боровик В.В. 73,
Боровский С.П. 146, 188
Бородаев И.Е. 113
Брахми Ноамен Бен Амара206
Бритвин Т.А. 92, 93
Бруслик С.В. 14,
Бугаев С.А 118
Будаев А.В. 25,
Бужор П.В. 129
Бурмистров Д.С. 86,
Бутаев Л.А. 87

Бухарин А.Н 147
Бызов Д.В 60
Быков А.Ю. 57,
Ванькович А.Н 10, 36, 70, 157, 159
Варфоломеева С.Р 86,
Васенин С.А. 11, 59
Васильев И. А 92, 93, 94 , 95, 97
Васильченко М.В. 183
Вастьянов Р С. 150
Вафин А.З. 112
Велигоцкий Н.Н. 91
Верджил Петрович 129
Верхолаз К.В 63
Ветшев П.С. 14,
Ветшева Н.Н. 30,
Вишневский В.А. 16, 29, 30, 189
Влахов А.К. 6,
Вовк А.В 145
Воеводин А.Л 8.,
Воеводин Л. 7,
Воздвиженский М.О. 16,
Войновский А.Е. 148
Войтюк В.Н. 115
Волков А.А. 8, 9,
Воробьев С.Л. 100,
Воронов Д.В 2
Воронцов А.К 148
Ворончихин В.В. 7,
Восиев А.С. 172
Восканян С.Э. 7, 8, 9
Габдрахимов С.Р130
Габоян А.С. 149
Гаврилов В.А 180, 207, 208
Гаврилов О.В. 75
Гаврилов Я.Я. 10, 30
Гаврилова Е.А. 21,
Гаврилюченко РБ. 9,
Гаджиев Дж.Н. 149
Гаджиев Н.Дж. 149
Галиакберов А.Р 56
Галиуллин РИ 184
Галкин И.В. 57,
Галян Т.Н. 21,
Ганцев Ш.Х. 33,
Гарилюченко Р.Б. 8,
Гасанов А.Г. 173
Гизатулина Н.Р 39, 40, 42
Глинкин В.В. 47,
Говтун Г.И. 183
Гонсалвес Гонсалез Д. 44,
Гончарова А.В 21
Горбунов А. А 160
Горин Д.С. 15, 22, 100, 143
Горохов Г.Г. 11, 16
Готье С.В 17
Грабовский О.А 181
Градусов В.П 190
Гранов Д.А 63, 73, 79, 91, 168
Грачев Б.Д 61, 62
Гребенкин Е.Н 3
Греков Д.Н. 31, 139
Грендаль К.Д 159
Григорьев В.Л. 7,
Григорьевский М.В 156
Грицаенко А.И 130, 175
Грицкевич А.А. 185
Грошилин В.С. 195
Губарев К.К. 8, 9
Губина И.А 179
Гулахмадов А.Д 117, 118, 120, 121, 171
Гуревич Л.Е 92, 93, 94, 107
Гюнтер В.Э. 17,
Давлатов Дж. 117, 118, 121
Давыдова С.В. 149
Дану М.И 36, 129
Дану М.И. 129
Дарвин В.В. 112
Девятов А.В. 51, 52, 53, 54, 55, 77, 124, 125
Демидов В. М. 150
Джалилов А.А 51
Джансыз И.Н. 164
Джафаров С.М. 87, 137
Джекшенов М.Д 225
Джиоев С.Х. 20,
Джумабеков А.Т. 151
Джураев М.Д 73, 76, 152, 153, 170
Дзыгал А.Ф 154
Дмитриев А.В. 195
Дмитричев А.В. 7
Добров С.Д. 90,
Довгулев К.А. 63,
Долгих Р.Н. 74, 155
Домашенко Н.Н. 114, 115
Донова Л.В. 16,
Доронин М.Б.208
Дорофеева Т.Е. 4,
Досханов М.О. 27, 182
Дриаев В.Т. 20
Дроздов П.А 139, 209
Дронов В.И 155
Дударев С.И 66
Дудко С.М. 16,
Дуйсебеков М.К. 27, 82, 182
Дымников Д.А. 184
Дымова О.В 86
Евтушенко А.В. 60,
Егоров А.В. 92, 93, 94, 95, 96, 97, 107
Егоров В.И. 97, 156, 157, 158
Ермаков В.Е. 191, 192
Ермакова Л.А 114, 115
Ершов К.Г 87, 159, 186
Ефанов М.Г. 2, 10, 16, 21, 36, 70, 159, 174
Ефимов Д.Ю 58, 81, 210
Ефремов А.П. 4,
Ешмуратов А.Б 211
Жаббаров З.И 164
Жаворонкова О.И. 10,, 29, 30, 118
Жамилов Ж.Д. 54,

Жантеев М.Е 32, 35
Жариков Ю.0 211
Жарменов С.М. 151
Жданов А.И. 78, 103
Жемерикин Г.А. 212
Жигалова С.Б. 41,
Жильцов А.В. 181
Жораев Т.С. 151
Жунисов Б.К. 32, 35
Жунусов А.Т. 177
Жураев М.Д 176
Журбин А.С 7
Журенкова Т.В. 156
Журина Ю.А. 156
Забежинский Д.А. 7, 8, 9
Забозлаев Ф.Г. 20,
Завьялов А.А. 104
Загайнов В.Е 11, 16, 59, 82
Загитов А.Р. 19,
Зайцев А.И. 82,
Запорожченко Б. С. 113, 160
Заривчацкий М.Ф. 12, 75
Захаров А.Г. 119
Захидова С.Х 164, 165
Захлевный А.И. 8, 9
Земляной В.П. 100,
Земсков В.М. 143
Зинатулин Д.Р 84, 188
Зинич Н.Ф. 4,
Зияев Ш.А. 201
Злобин А.И 20
Золотухин К.Н. 19,
Зубков О.Б. 113
Ибадильдин А.С. 161, 162
Ибадов Р.А. 39, 40, 42,
Ибрагимов РА 37
Иванов С.А. 116
Иванов Ю.В. 20, 21
Иванян К.Г. 241
Ившин В.Г. 114
Икрамов А.И. 125
Икрамов Р.З. 118
Ильясова Б.С. 4,
Имамов А.А. 51,
Имамова А.М 99, 213
Имашков Д.А. 9,
Инговатова Г.М. 85
Индейкин А.В 148
Ионкин Д.А 10, 29, 30, 118
Исламова Х.Д 120
Исмаилов Б.А 19, 162, 214
Исраилова М.Х 70
Исхаги С.Х. 9,
Ищенко К.Б 76, 163, 164, 181
Йылмаз С. 2
Кабанов М.Ю. 13,
Казаков И.В 10, 21, 70, 95, 159
Казмин Л.Д. 95,
Кайаалп Д. 2,
Калашник Р.С. 78, 103, 228
Калдаров А.Р 15, 100, 106, 215
Калдыбаев М.М. 188
Калинин Д.В 105, 106, 182, 185, 189
Калымбетов Р.Б. 151
Камалов Ю.Р. 21,
Каменских Е.Д. 12, 75
Каниев Ш.А 27, 182
Карабаев Б.Х 164, 165, 166, 194
Карельская Н.А 100, 105, 182
Каримов Ш.И. 42,
Кармазановский Г.Г. 85, 156, 189
Карпин А.Д. 16,
Карпов А.А 31, 197
Карпов О.Э. 14, 108
Карпова Р.В. 14, 43, 44, 167
Карташов А.С. 57,
Катайкин А.Н. 7,
Качанов В.Н. 113
Качанов Д.Ю. 86,
Каширский А.Г. 78, 103
Каштальян М.А. 167
Кенжаев Л.Р 215
Керопян С.Е 25
Ким О. В 216
Ким П.П. 2, 10, 36, 70, 159, 174
Ким Э.Ф. 21,
Кирковский Л.В. 28, 58, 69, 81
Киртанасов Я.П. 114, 115
Киселев Н.М. 11,
Киценко Е. А. 41, 44,
Климов А.Е. 149
Климова Н.В 112
Кобелев И.А 47
Ковалевич Л.Д. 29, 30
Коваленко З.А. 98, 170
Коваленко Ю.А. 189
Кожемякина Л.Ф. 181
Козак О.Н. 28,
Козлов А.В. 168
Козлов С.Н 64, 65
Козлова М.Н. 143
Козырин И.А 16, 98, 170
Колесник И.В 61, 62
Колесников В.В. 57,
Колкин Я.Г. 115
Колотвин А.А 167
Колпаков А.В 164
Колыванова М.В 12
Колыванова М.В 75
Колышев И.Ю. 7, 8, 9
Кондрашин С.А. 96, 107
Корнилов М.Н. 17,
Коробейникова М.А. 57,
Коробка В.Л. 45,
Коротеева Н.А. 21,
Коротков С.В. 28, 58, 68, 81, 88
Корсакова Н.А. 92, 93
Корымасов Е.А. 116

Корякина Т.В. 98,
Косивцов О.А 227
Костырев С.В 84, 188
Косяк А.А. 12, 75
Коханенко Н.Ю. 98,
Кочатков А.В. 98, 170
Кошевой А.П. 46,
Кошель А.П. 46,
Кравцов В.И 161, 162
Красильников Д.М. 47, 99
Краснов А.О. 25,
Краснов Г.Н. 7,
Краснов Е.А. 112
Краснов К.А. 25,
Краснов Л.М. 100,
Краснов О.А. 25,
Крехно О.П. 191, 192
Кригер А.Г. 15, 22, 100, 105, 106, 143, 182,185
Круду О.К. 36,
Крыжановская Е.Ю. 86
Куандыков Т.К. 4,
Кубышкин В.А. 100, 189
Кузнецова А.Е. 21,
Кузовлева Е. 93,
Кузьменко В.В. 104
Кукош В.М. 59,
Кулезнева Ю.В 174
Кунгурцев С.В 29, 30
Курбангулов И.Р. 19, 56
Курбанов Б.М. 172
Курбонов К.М . 117, 118, 120, 171, 172
Куркин А.В. 78, 103
Курмансеитова Л.И 217, 2018
Курушкина Н.А. 156
Лабунец З.В. 69,
Ладоша М.Ю 13
Лебедева А.Н. 105
Лебедь О.А. 28,
Лебезев В.М. 47,
Левчук А.Л 108
Лежинский Д.В 94, 96
Лим В.Г. 70,71
Лисицын А.А. 100,
Лихачев Е.А 24, 183
Лищишин В.Я 130
Логинов М.О. 56,
Ложкин М.В. 16,
Лотов А.Н. 118
Лубянский В.Г. 169
Лукманов М.И 219
Лукоянова Г.М. 48,
Луцик К.Н. 16,
Лысак М.М. 112
Лысанюк М.В 101
Любивый Е. Д. 44,
Лядов В.К. 16, 98, 170
Лян Э.Г. 147
Магзумов И.Х 131
Магомедов К.М. 16, 20, 219
Магомедов М.М 122, 172, 173, 220, 221
Магомедов Н.Н 122, 172
Магомедов Р3 172, 220
Магомедов Р3 122, 220, 221
Майоров М.М 221
Майстренко Н.А. 101,
Макаримов Э.Ш 47
Максимкулов Д.М. 152, 176
Максимкулов Дж.М. 76, 153
Максимкулов Ж.М. 170
Максимов М.А 17
Малаев Н.Б. 146, 188
Маланка М.И. 112
Малов А.А. 119
Малова И.И. 99,
Мамадалиев Г.С. 120
Мамадумаров Т.С. 120
Мамашев Н.Д. 5, 145
Мамедов С.Х. 147
Мамонтов И.Н 222
Мансуров УУ. 223
Манукьян Г.В. 49,
Манюхин А.А. 74, 155
Маркович А.А 102, 109
Мартиросян Р.А. 41,
Марченко В.0. 65
Марченко К.С. 191, 192
Маршанкулов Р.И 145
Маслов В.Г. 80,
Матвиенко А.А 115
Маткулиев У.И. 42, 50, 51
Матмуратов С.К. 38,
Матякубов Х.Н 224
Махмадов Ф.И. 117, 118, 120, 121, 171, 172
Махмудов Г.А 50
Махмудов У.М .124, 125
Машурова Е.В. 112
Медведев В.А. 191, 192
Медведев В.А. 192
Меджидов РТ. 122, 172, 173
Мелехина О.В. 10, 70, 159, 174
Мельникова М.В 28
Мерзликин Н.В. 17,
Метелин А.В. 86,
Мешков С.В. 116
Миннуллин М.М. 47,
Миргасимова Д.М. 99,
Мирходжаев И.А. 122
Михайлов А.Г. 169
Моисеенко В.Е. 91
Мойсюк Я.Г. 17,
Молдабеков Е.Т. 27,
Морозова М.М. 86
Муаззамов Б.Б 123, 138
Мугатаров И.Н. 12, 75
Муканова Ш.А. 82,
Мулендеев С.В. 198
Муравьев П.Т 113
Мурашкин В.С. 187

Мурашов И.Ю. 9,
Мурзалиев Э.М.225,
Муртазалиева М.С. 59,
Мусаев Г.Х. 95, 96, 107, 118, 124
Мусин Р.А. 47,
Муслимов Р.С. 16,
Муслимов С.А 200
Мустафакулов И.Б. 165
Мустафин А.Х 175, 178
Мутагиров В.В. 4,
Мухин А.С. 48,
Набиев А. Н 38
Наврузов С.Н. 73, 76, 153, 152, 176
Назыров Ф.Г. 19, 51, 52, 53, 54, 55, 77, 78, 124, 125, 176
Найденов Е.В. 7, 8, 9
Нартайлаков М.А. 19, 56, 130, 162, 178
Насибова УА 225
Недолужко И.В. 36,
Недолужко И.Ю. 174
Нематов О.Н. 73,
Непомнящая С.Л. 100,
Нечунаев А.А. 20,
Никулина С.А. 104,
Нишанов М.Ш. 77, 78
Новрузбеков М.С. 16, 20
Нормухамедов С.Г. 50,
Нуриахметов Р.Р. 19
Нуритдинов У.С. 54,
Нуров З.Х 171, 172
Ныжник Л.М 226
Обрядов В.П. 48,
Ованисян Д.Р 112
Овчинников В.А. 119
Одишелашвили Г.Д. 127
Одишелашвили Л.Г. 127
Олещук Н.В. 168
Олимов Н.К. 135
Олисов О.Д 16, 219
Олифир А.А 236
Омаров Н.Р 169
Омонов О.А 176
Онищенко Н.А. 26,
Онищенко С.В. 112
Орманов Б.К 82
Осмиловская И.В. 197
Осокин А.С. 180
Осумбеков Б.З. 128, 177
Осумбеков Р.Б 128, 177
Отдельнов Л.А 48
Павелец К.В. 98,
Павлик В.Н. 57,
Павловский А.В. 91,
Павлюк Г.В. 36, 129
Панич И.И. 36,
Пантелеев В.С 130, 175, 178
Панченков Д.Н. 20, 21
Панчишкин А.С.227,
Панюшкин Д.В. 12, 75
Парахоняк Н.В. 119
Парнова В.А. 95, 96, 107
Паруков В. Г. 107
Парфенов И.П. 31,
Пархисенко В.Ю. 78, 103, 228
Пархоменко А.В 115, 206, 231
Паршаков А.А 208
Паршиков В.В. 190
Патласов А.В 229
Пахнов Д.В. 127
Пельц В.А. 25,
Петров Л.О. 16,
Петров Р.В. 97, 156, 157, 158
Петров С.В. 99,
Петровский А.Н 130
Петухова М.В. 156
Пирогова И.Ю. 179
Писаренко С.С. 36,
Пискун А.Б. 28,
Подтаев С.Ю. 180
Полехин А.С 79, 168, 230
Поликарпов А.А 63, 73, 79, 91, 168
Полуэктов В.В 104, 231
Полысалов В.Н. 168
Полякевич А.С 90
Поляков И.С. 22, 215
Поляков Р.С. 88,
Помазков А.А 195
Попов А.Ю. 130, 188
Попов С.А. 91,
Попова Ю.В 231
Поршенников И.А. 57,
Потапов В.В 206, 231
Пранкевич Н.Н. 104
Привалов А.В. 16,
Пропп А.Р. 104
Прохоров А.В. 21,
Пулатов М.М. 131
Пушкин С.Ю. 145,
Пышкин С.А. 80, 179
Пьяникин С.С. 185
Радионов Ю.В. 98,
Радкевич Р.А. 63,
Раимов С.А 52, 54
Рахимов Б.М. 57,
Рахманов С.У 42, 87, 137
Рашидова С.Ш. 19,
Ращинская Н.Т 132
Ращинский С.М. 107
Ризаев К.С. 141, 187, 193
Рискиев УР 232
Рожденкин А.Е. 48,
Роман Л.Д 198
Ромащенко П.Н. 101,
Рудаков В.С. 9,
Рудаков С. 8,
Рудакова М.Н 21, 84, 188
Руденко К.Е 6
Рузибоев С.А. 165

Рузиев У.С. 142
Руммо 0.0. 28, 58, 68, 69, 81, 88
Русаков В.Ф. 100,
Рыхтик П.И 11, 59
Рябов К.Ю. 84,
Рябова Е.Н. 59,
Рясков Л.А 208
Сабашвили Г. 110
Савченков Д.К. 184
Садыков Н.К. 27, 82, 182
Садыков Р.А. 19, 162
Садыков Ч.Т. 4,
Саенко Д.С. 17,
Саидназаров А.М 233
Сайдазимов Е.М 77, 78, 125
Салимгареев И.З. 19, 175
Сало Н.В. 17,
Самарцев В.А. 180
Самоходов С.Ю. 130
Санковский А.В. 13,
Сапанюк А.И. 147
Сарсенбаев Б.Х. 4,
Сарымсаков А.А. 19,
Сахибоев Д.П 42
Сахипов М.М. 4,
Сачечелашвили Г.Л. 147
Свиридова Т.И. 14,
Седаков И.Е 76, 181
Сейсембаев М.А. 82, 182
Семенков А.В. 21,
Семенова Т.С 41
Семенцов К.В. 13,
Семикоз Н.Г. 181
Сенчик К. Ю. 183
Серегин А.А. 82,
Сероштанов В.В. 169
Сеферов Б.Д. 6,
Сидоренко А.Ю. 180
Сидоров Д.В. 16,
Синило С.Б. 107, 132
Сипливый В.А. 60,
Ситников В.А. 26,
Скипенко О.Г. 16, 83, 88
Смирнов А.В. 105, 182, 215
Смоленцев С.В. 12, 75
Собиров А.Дж 117, 118, 121
Соколов А.Н 78, 103
Солдатенко Н.В. 12, 75
Соловов В.А. 16,
Соловьев А.В. 57,
Соловьёв В.Ю. 111
Соловьёв И.А. 24, 183, 184, 198
Солодинина Е.Н. 156
Сон А.И. 215
Сонис А.Г. 61, 62
Сохарев А.С. 25,
Стамкулов Ф.Т 4
Старостин С.А. 57, 63
Старостина Н.С 2, 36, 156, 157, 157, 158,
Старцев А.Б. 25,
Степанова Ю.А. 29, 30, 106, 185, 189
Стойко Ю.М. 108
Столяров Е.А. 62,
Стражеску Г. И 26, 133, 134
Стрижков Н.А 40, 42, 234
Стяжкина С.Н. 26,
Султанов С.А 53, 55
Султанова РС 234
Суров Д.А. 24, 183, 184
Суров Э.А. 5,
Сухоруков В.В. 61, 62
Сятковский А.Р 185, 199
Тавобилов М.М. 31, 139, 197
Тагаев К.Р 164
Тагиев Э.Г. 149
Таразов П.Г. 63, 79, 168
Тедорадзе В. 110
Телемисов С.0 235
Тен И.Э. 146
Теплов А.А. 185
Терещенко А.Д. 106
Тетерин Г.В. 87, 186,
Тешаев О.Р 110, 165, 136, 140
Тимашков Д.А. 8,
Тихонов П.А. 187
Тихонова В.В 26
Тлеуф Б.Д 161
Токсанбаев Д.С. 27, 82, 182
Толстых Г.Н. 90,
Торопов А.В. 104
Трандофилов М.М. 21, 84, 188
Третьяк С.И. 107, 132
Туганбеков Т.У188
Туйев Х.Н 73, 152, 153
Туманова У.Н. 85,
Тупикин К.А. 16, 236
Убайдуллаев Ш.И 120, 141
Угай А.Г. 4
Улмасов Ф.Г. 76
Умаров А.Э. 141
Уметалиев Т.М. 5, 145
Урмонова Н.М 201
УсачО.Б 197
Устинов Г.Г. 85,
Усякий П.В. 189
Уткин Д.В 157
Утлик Ю.А. 155
Фазилов А.В 191, 192
Фандеев Е. Е. 41, 44,
Фёдоров А.Г. 149
Федоров Е.А 100
Федоров Е.Е.2,
Федорук А.М. 28, 68, 69, 88
Федюнин А.А. 9,
Филин А.В., 86
Филиппов А.В 74
Филиппов А.В. 155, 187
Фирсова В.Г. 190

Фомин П.Д. 64, 65
Фоминов В.М. 231
Фоминых Е.В. 96, 107
Фролов А.С. 191, 192
Хабибулаева З.Р 173
Хаджибаев А.М. 136, 193
Хаджибаев Ф.А 141, 237
Хайбуллина З.Р162
Хакимов М.Ш. 42, 50, 51, 87, 137
Хакимов Э.А. 166, 194
Хакимов Ю.У. 77, 78
Хальзов В.Л. 87,
Хамидов Т.М 237
Хасанов В.Р. 42, 87, 137
Хасанов С.М. 142
Хацко В.В. 115
Хашимов М.А 141, 193, 238
Хашимов Ш.Х 39, 124, 125
Хвития Н 110
Хикматов Ж.С 122, 138
Ховрин В.В. 86,
Холматов П.К. 65
Холов К.Р 172
Холоденин К.Г. 119
Хомчук И.А. 183
Хоробрых Т.В 14, 43, 44, 66, 67, 167
Худоёров С.С. 73, 76, 152, 153
Цветков Б.Ю. 116
Цвиркун В.В. 10, 36, 159
Ценев А.А. 104
Цимбалист ДА. 145
Цирдава Г.Ю. 48,
Цой Л.В. 95,
Цыпин А.Б. 26,
Чайченко Д.В. 16,
Чардаров Н.К. 16,
Чекунов Д.А. 83, 88
Червов А.Ю. 9,
Черемисин В.М. 98,
Черкасов М.Ф. 45, 195
Черная Н.Р. 174
Черноусов А.Ф 14, 44, 107, 124, 167
Чернышев А.В. 46
Чернышев В.Н. 116
Чернышова Н.В. 78, 103
Чжао А.В. 29, 30, 118
Чингизова Г.Н. 56,
Чирков Д.Н. 46,
Чичканова А.С. 82,
Чокотаев М.А. 128
Чорманов А.Т. 4,
Чуклин С.М 196
Чуклин С.Н. 197
Чучуев Е.С. 7, 9
Шабалин А.Ю148
Шабалин М.В. 7, 8, 9
Шабунин А.В. 31, 139, 197
Шакиров Б.М. 166, 194
Шаназаров Н.А 188
Шаниева З.А 42
Шаповалов А.М 45, 239
Шаповалюк В.В. 65,
Шарапов И.В 113
Шарикова О.В 240
Шарипов УБ 122, 123
Шаталов А.Д. 115
Шатемиров В.Х. 142
Шевченко Ю.Л. 108
Шерцингер А.Г. 47, 49
Шершнев О.Ф. 84, 188
Шиворова О.И 57
Ширяев С.В. 109
Ширяев Ю.Н. 98,
Шишин К.В. 36,
Шкалова Л.В. 59,
Шостка К.Г. 198
Штофин Г.С. 139, 241
Штофин С.Г. 139
Шукуров А. А. 110, 136, 140
Шуракова А.Б. 29, 30
Щастный А.Т.185,199
Щеголев А.И 85
Щёкина Е.Е. 57,
Щерба А.Е. 28, 58, 68, 69, 81, 88
Эйрих В.Р. 85
Эрматов Б.Р. 137
Эсенкулов Ч.Т 5
Югай Ю.М 139
Юдин А.В. 111
Юлдашев Р.З 242
Юриченко Ю.Ю 95, 212
Юрлевич Д.И. 68, 69, 88
Юсупбеков А.А. 73, 153
Юшина Е.Г. 57
Яковенко А.В 43
Яковец Н.М. 28,
Яковлева Д.М. 13,
Яковлева Е.В. 163
Янгиров И.В. 200

СОДЕРЖАНИЕ

I. НОВОЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ И ПАНКРЕАТОЛОГИИ

Особенности трансплантации печени
Аббасов П., Кайаалп Д., Йылмаз С. **2**

Левосторонняя гемигепатэктомия с резекцией первого сегмента печени, резекцией и реконструкцией правой печеночной артерии и бифуркации воротной вены у пациента с опухолью клацкина
Алиханов Р.Б., Федоров Е.Е., Ефанов М.Г., Ким П.П., Старостина Н.С., Воронов Д.В. **2**

Новый метод разделения паренхимы печени без сосудистой изоляции
Ахаладзе Г.Г., Гребенкин Е.Н. **3**

Оперативное лечение осложнений после родственной трансплантации печени в городской клинической больнице (клинический случай)
Баймаханов Б.Б., Сахипов М.М., Чорманов А.Т., Ильясова Б.С., Куандыков Т.К., Мутагиров В.В., Биржанбеков Н.Н., Садыков Ч.Т., Байгуисова Д.З., Стамкулов Ф.Т. **4**

Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени
Барыков В.Н., Сарсенбаев Б.Х., Зинич Н.Ф., Дорофеева Т.Е., Ефремов А.П., Угай А.Г. **4**

Опыт лечения альвеококкоза печени с поражением магистральных сосудов
Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Суров Э.А., Эсенкулов Ч.Т. **5**

Эхоконтролируемая радиочастотная абляция очаговых образований паренхиматозных органов и мягких тканей
Влахов А.К., Сеферов Б.Д., Руденко К.Е. **6**

Первый опыт циркулярной резекции и протезирования нижней полой вены при альвеококкозе печени
Ворончихин В.В., Александров Ю.А., Катайкин А.Н., Григорьев В.Л., Краснов Г.Н., Дмитричев А.В. **7**

Непосредственные результаты ALPPS при очаговых поражениях печени
Восканян С.Э., Артемьев А.И., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Чучуев Е.С., Воеводин А.Л., Журбин А.С. **7**

Опыт 150 трансплантаций печени в ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России
Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Забежинский Д.А., Найденов Е.В., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Воеводин А.Л., Захлевный А.И., Тимашков Д.А., Гарилюченко Р.Б., Волков А.А. **8**

SPLIT-трансплантация печени взрослым реципиентам (первая успешная операция в российской федерации)
Восканян С.Э., Артемьев А.И., Губарев К.К., Тимашков Д.А., Забежинский Д.А., Колышев И.Ю., Шабалин М.В., Рудаков В.С., Чучуев Е.С., Исхаги С.Х., Найденов Е.В., Захлевный А.И., Федюнин А.А., Мурашов И.Ю., Червов А.Ю., Гаврилюченко Р.Б., Волков А.А., Бирюков А.В. **9**

Опыт комбинированного применения физико-химической абляции при очаговых образованиях печени
Гаврилов Я.Я., Жаворонкова О.И., Ионкин Д.А. **10**

Оценка сложности, показаний и выбор метода лапароскопической резекции печени
Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Ванькович А.Н. **10**

Хирургическое лечение распространенного альвеококкоза печени с применением трансплантологических технологий
Загайнов В.Е., Киселев Н.М., Горохов Г.Г., Васенин С.А., Бельский В.А., Рыхтик П.И. **11**

Первый опыт применения микроволновой аблации при лечении больных с метастатическим раком печени
Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д., Косяк А.А., Панюшкин Д.В., Солдатенко Н.В., Смоленцев С.В., Колыванова М.В. **12**

Первый опыт применения протокола FAST-TRACK у пациентов перенесших панкреатодуоденальную резекцию
Кабанов М.Ю., Семенцов К.В., Яковлева Д.М., Санковский А.В., Ладоша М.Ю. **13**

Неинвазивная дистанционная ультразвуковая абляция (HIFU) вторичных опухолей печени
Карпов О.Э., Ветшев П.С., Бруслик С.В., Свиридова Т.И., Бруслик Д.С. **14**

Регенерация печени под воздействием криопреципитата и аллопланта
Карпова Р.В., Хоробрых Т.В.,Черноусов А.Ф. **14**

Робот-ассистированные операци на поджелудочной железе
Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Калдаров А.Р. **15**

ALPPS: российский опыт. Первые результаты
Лядов В.К., Козырин И.А., Чайченко Д.В., Привалов А.В., Воздвиженский М.О., Дудко С.М., Соловов В.А., Карпин А.Д., Сидоров Д.В., Ложкин М.В., Петров Л.О., Новрузбеков М.С., Олисов О.Д., Луцик К.Н., Магомедов К.М., Донова Л.В., Муслимов Р.С., Скипенко О.Г., Чардаров Н.К., Загайнов В.Е., Горохов Г.Г., Вишневский В.А., Тупикин К.А., Андрейцева О.И., Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г. **16**

Применение криодеструкторов из никелида титана в хирургии новообразований печени
Мерзликин Н.В., Сало Н.В., Гюнтер В.Э., Саенко Д.С., Максимов М.А. **17**

Итоги и уроки 10-летнего опыта трансплантации печени
Мойсюк Я.Г., Корнилов М.Н., Готье С.В. **17**

Action mechanisms of tnf-alpha on the cell death of pancreatic cancer in vitro
Motoo Y., Aripova N., Matmuratov S. **18**

GEPROCEL - новый гемостатический имплантат для хирургии печени
Назыров Ф.Г., Рашидова С.Ш., Садыков Р.А., Сарымсаков А.А. Исмаилов Б.А. **19**

Реализация программы трансплантации печени в республике башкортостан
Нартайлаков М.А., Курбангулов И.Р., Абдеев Р.Р., Загитов А.Р., Золотухин К.Н., Салимгареев И.З., Нуриахметов Р.Р. **19**

Оценка качества донорской печени на до трансплантационном этапе
Новрузбеков М.С., Магомедов К.М., Джиоев С.Х., Дриаев В.Т. **20**

Необратимая электропорация в лечении местно-распространенного рака поджелудочной железы
Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Соловьев Н.А., Забозлаев Ф.Г., Нечунаев А.А., Злобин А.И. **20**

Параметры операционного стресса после лапароскопических и открытых резекций печени
Панченков Д.Н., Алексанян Г.Б., Иванов Ю.В., Ахматова Н.К., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Астахов Д.А., Казаков И.В. **21**

Робот-ассистированные резекции печени
Поляков И.С., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Кригер А.Г. **22**

Выбор акустического доступа при микроволновой абляции первичных и метастатических опухолей печени
Прохоров А.В., Трандофилов М.М., Гаврилова Е.А., Рудакова М.Н. **23**

Реконструкция желчеотведения при трансплантации печени и ее фрагментов
Семенков А.В., Ким Э.Ф., Камалов Ю.Р., Галян Т.Н., Казакова О.В., Коротеева Н.А., Кузнецова А.Е., Гончарова А.В. **23**

Экспериментальная модель изолированной перфузии печени
Соловьёв И.А., Суров Д.А., Лихачев Е.А. **24**

Применение комбинированого способа консервации печеночного трансплантата
Сохарев А.С., Краснов К.А., Будаев А.В., Краснов О.А., Старцев А.Б., Пельц В.А., Аминов И.Х, Краснов А.О., Керопян С.Е. **25**

Одновременное решение двух проблем лапароскопическим путём
Стражеску Г.И. **26**

Детоксикация, иммунокоррекция при гнойном холангите и печеночной недостаточности, первый опыт клеточной перфузии гепатоцитов
Стяжкина С.Н., Ситников В.А., Цыпин А.Б., Онищенко Н.А., Тихонова В.В. **26**

Развитие программы трансплантации печени в национальном научном центре хирургии им. А.Н. Сызганова, Республика Казахстан
Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Досханов М.О., Молдабеков Е.Т., Дуйсебеков М.К., Каниев Ш.А. **27**

Использование микроволновой абляции как варианта локорегионарной терапии
Федорук А.М., Пискун А.Б., Яковец Н.М., Козак О.Н., Кирковский Л.В., Руммо О.О, Щерба А.Е., Коротков С.В., Лебедь О.А., Мельникова М.В. **28**

Применение резекции печени, дополненной криодеструкцией при альвеококкозе
Чжао А.В., Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Шуракова А.Б., Ковалевич Л.Д., Ашивкина О.И., Кунгурцев С.В. **29**

Термические методы локальной деструкции при первичном и метастатическом раке печени
Чжао А.В., Вишневский В.А., Ионкин Д.А., Жаворонкова О.И., Степанова Ю.А., Ветшева Н.Н., Шуракова А.Б., Ковалевич Л.Д., Гаврилов Я.Я., Кунгурцев С.В. **30**

Использование роботических технологий в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны
Шабунин А.В., Парфенов И.П., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Карпов А.А. **31**

II. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОРТОКАВАЛЬНОГО ШУНТИРОВАНИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Минимально инвазивные технологии в лечении гастроэзофагеальных кровотечений при циррозе печени
Абдурахманов Б.А., Жунисов Б.К., Баймагамбетов А.К., Жантеев М.Е. **32**

Результаты коррекции портальной гипертензии у больных циррозом печени с применением инновационных технологий
Абдурахманов Б.А. **32**

Результаты портокавального шунтирования у больных циррозом печени с применением инновационных технологий
Абдурахманов Б.А., Ганцев Ш.Х., Арыбжанов Д.Т. **33**

Эффективность коррекции диуретикорезистентного асцита у больных циррозом печени с применением миниинвазивных технологий
Абдурахманов Б.А., Арыбжанов Д.Т. **34**

Эффективность эндоскопических методов гемостаза в лечении цирроза печени осложненного геморрогическим синдромом
Абдурахманов Б.А. Баймагамбетов А.К., Жунисов Б.К., Жантеев М.Е. **35**

Роль хирургического портосистемного шунтирования в лечении пациентов с портальной гипертензией. опыт МКНЦ.
Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г., Бакулин И.Г, Шишин К.В, Недолужко И.В., Старостина Н.С. Цвиркун В.В., Ким П.П., Ванькович А.Н. **36**

Эндоскопическая фибрин-клеевая окклюзия варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени
Ангелич Г.А., Панич И.И., Круду О.К., Павлюк Г.В., Писаренко С.С., Дану М.И. **36**

Перспективы развития хирургии портальной гипертензии в республике татарстан
Анисимов А.Ю., Андреев А.И., Ибрагимов Р.А. **37**

Влияние алкалоида протопина на сократительную активность гладкомышечных клеток воротной вены при экспериментальной портальной гипертензии
Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Набиев А. Н. **38**

Использование внутрисосудистого лазерного облучения крови у больных циррозом печени после портосистемного шунтирования
Байбеков И.М., Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р. **39**

Лазерное облучение костного мозга в комплексном лечении пищеводно - желудочных кровотечений при циррозе печени
Байбеков И.М., Хашимов Ш.Х. **39**

Протоколы лечения у больных с активацией цирротического процесса и острой печёночной недостаточности после портосистемного шунтирования
Гизатулина Н.Р., Ибадов Р.А., Стрижков Н.А. **40**

Ведение больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Рекомендации международной согласительной конференции по портальной гипертензии BAVENO VI, 2015
Жигалова С.Б., Киценко Е.А., Фандеев Е.Е., Белов Д.Ю., Мартиросян Р.А., Семенова Т.С. **41**

Клинико-иммуногистохимические параллели прогнозирования и развития гепатоцеллюлярной недостаточности после портосистемного шунтирования
Ибадов Р.А., Гизатулина Н.Р., Арифджанов А.Ш., Стрижков Н.А., Шаниева З.А. **42**

TIPS как альтернатива открытым портокавальным шунтам
Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Маткулиев У.И., Хасанов В.Р., Сахибоев Д.П. **42**

Влияние гипотензивных препаратов на портальную гипертензию у больных с циррозом печени
Карпова Р.В., Хоробрых Т.В., Яковенко А.В. **43**

Действие криопреципитата на портальную гипертензию, у больных циррозом печени.
Карпова Р.В., Хоробрых Т.В., Черноусов А.Ф. **44**

Этиология и лечение внепеченочного тромбоза воротной вены
Киценко Е. А., Фандеев Е. Е., Любивый Е. Д., Гонсалвес Гонсалез Д., Белов Д. Ю. **44**

Хирургическое лечение и профилактика кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени
Коробка В.Л., Черкасов М.Ф., Шаповалов А.М. **45**

Операция портокавального шунтирования не показана или не выполнима. как безопасно ликвидировать варикозные вены пищевода и желудка и устранить риск кровотечения? 10-летний опыт новых возможностей
Кошевой А.П., Богачев В.Ю., Кошель А.П., Чирков Д.Н., Чернышев А.В. **46**

TIPS - один из методов остановки кровотечений. Первый опыт
Красильников Д.М., Миннуллин М.М., Глинкин В.В., Макаримов Э.Ш. **47**

Портокавальное шунтирование у больных циррозом печени
Лебезев В.М., Шерцингер А.Г., Мусин Р.А., Кобелев И.А. **47**

Комбинированное лечение портальной гипертензии у детей
Лукоянова Г.М., Обрядов В.П., Мухин А.С., Цирдава Г.Ю., Рожденкин А.Е., Отдельнов Л.А. **48**

Факторы риска неблагоприятных исходов операций портокавального шунтирования у больных циррозом печени и портальной гипертензией
Манукьян Г.В., Шерцингер А.Г. **49**

Выбор способа гемостаза при кровотечениях из варикозных вен желудка у пациентов с портальной гипертензией
Маткулиев У.И., Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Нормухамедов С.Г., Махмудов Г.А. **50**

Прогнозирование повторных кровотечений у больных с портальной гипертензией
Маткулиев У.И., Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Имамов А.А., Джалилов А.А. **51**

40 – летний опыт портосистемного шунтирования у больных с портальной гипертензией
Назыров Ф.Г. Девятов А.В., Бабаджанов А.Х. **51**

Анализ качества жизни больных циррозом печени после портосистемного шунтирования
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А., Байбеков Р.Р. **52**

Ангиоархитектоника и гистоструктура сосудов спленального и левого ренального бассейнов у больных с портальной гипертензией
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Байбеков И.М., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А. **53**

Результаты дистального спленоренального анастомоза у больных с портальной гипертензией
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Раимов С.А. **54**

Результаты модифицированного способа тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора у больных с синдромом портальной гипертензии
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Жамилов Ж.Д., Нуритдинов У.С., Байбеков Р.Р. **54**

Спленосупраренальный анастомоз в сосудистой хирургии портальной гипертензии
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Султанов С.А. **55**

Портосистемное шунтирование и трансплантация печени в лечении портальной гипертензии
Нартайлаков М.А., Абдеев Р.Р., Курбангулов И.Р., Логинов М.О., Чингизова Г.Н., Галиакберов А.Р. **56**

Трансплантация печени после портосистемного шунтирования
Поршенников И.А., Старостин С.А., Быков А.Ю., Павлик В.Н., Карташов А.С., Щёкина Е.Е., Коробейникова М.А., Юшина Е.Г. **57**

Результаты хирургического лечения пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии
Рахимов Б.М., Галкин И.В., Колесников В.В., Соловьев А.В., Шиворова О.И. **57**

Трансплантация печени при синдроме портальной гипертензии
Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Авдей Е.Л., Кирковский Л.В., Ефимов Д.Ю. **58**

Опыт комплексного исследования портального кровотока и диффузных изменений трансплантата печени с использованием arfi-эластографии
Рыхтик П.И., Рябова Е.Н., Муртазалиева М.С., Васенин С.А., Шкалова Л.В., Загайнов В.Е. **59**

Результаты портосистемного шунтирования и трансплантации печени у пациентов с синдромом портальной гипертензии
Рябова Е.Н., Васенин С.А., Кукош В.М., Муртазалиева М.С., Загайнов В.Е. **59**

Результаты операции дистального спленоренального шунтирования у больных с циррозом печени
Сипливый В.А., Евтушенко Д.В., Евтушенко А.В., Бызов Д.В. **60**

Ангиография в выборе операции при портальной гипертензии
Сонис А.Г., Сухоруков В.В., Колесник И.В., Грачев Б.Д. **61**

Дисфункции внутрипеченочного шунта у больных циррозом печени
Сонис А.Г., Сухоруков В.В., Столяров Е.А., Грачев Б.Д., Колесник И.В. **62**

Опыт эндоскопической профилактики кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода у больных с синдромом портальной гипертензии
Старостин С.А., Радкевич Р.А., Довгулев К.А., Верхолаз К.В. **63**

Трансъюгулярный внутрипеченочный портокавальный шунт (TIPS) как этап подготовки к трансплантации печени
Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А. **63**

Прогностическая ценность гемодинамических показателей развития осложнений портальной гипертензии у больных с диффузными заболеваниями печени
Фомин П.Д., Козлов С.Н. **64**

Хирургическая тактика при восстановлении объемного кровотока селезеночной артерии при редукционной эмболизации у больных с портальной гипертензией
Фомин П.Д., Козлов С.Н., Шаповалюк В.В., Марченко В.О. **65**

Тактика к лечению и профилактике пищеводных кровотечений у больных с портальной гипертензией
Холматов П.К. **65**

Прогнозирование исходов портосистемных шунтирующих вмешательств при осложненной портальной гипертензии
Хоронько Ю.В., Дударев С.И. **66**

Энцефалопатия после портосистемных шунтирующих операций: профилактика и лечение
Хоронько Ю.В., Бликян А.В. **67**

Особенности определения показаний, обследования и технические аспекты трансплантации печени при синдроме портальной гипертензии
Щерба А.Е., Коротков С.В., Юрлевич Д.И., Федорук А.М.,Руммо О.О. **68**

Рентгеноэндоваскулярные технологии в лечении портальной гипертензии
Юрлевич Д.И., Руммо О.О., Щерба А.Е., Авдей Е.Л., Федорук А.М., Лабунец З.В., Кирковский Л.В. **69**

III. ПЕРВИЧНЫЙ РАК ПЕЧЕНИ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Лапароскопические и робот-ассистированные резекции печени при гепатоцеллюлярном раке. Цирроз печени - противопоказание?
Алиханов Р.Б., Ефанов М.Г., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ким П.П., Ванькович А.Н. **70**

Скрининговые возможности ультразвукового исследования по выявлению гепатоцеллюлярной карциномы
Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У., Исраилова М.Х. **70**

Ультразвуковое исследование в режиме дуплексного сканирования в диагностике и прогнозировании течения гепатоцеллюлярной карциномы
Арипова Н.У., Лим В.Г., Арипова М.У. **71**

Therapeutic effect of transcatheter arterial embolization for hypervascular hepatocellular carcinoma: web-based multicenter analysis
Baik J.H., Song K.S., Han J.K., Choo S.W., Park S., Kong H.-J., Shin S., Lee K.H., Kim J.K. **72**

Трансплантация печени при раке на фоне цирроза. Результаты лечения
Гранов Д.А., Боровик В.В., Поликарпов А.А. **73**

Непосредственные результаты хирургического лечения рака печени сочетающегося с циррозом
Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А., Худоеров С.С., Нематов О.Н., Туйев Х.Н. **73**

Регионарная терапия местнораспространенного гепатоцеллярного рака
Долгих Р.Н., Манюхин А.А., Филиппов А.В. **74**

Диагностика и результаты лечения гепатоцеллюлярной карциномы
Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Каменских Е.Д., Косяк А.А., Гаврилов О.В., Панюшкин Д.В., Солдатенко Н.В., Смоленцев С.В., Колыванова М.В. **75**

Prospective study of transcatheter arterial chemoembolization for unresectable hepatocellular carcinoma: an asian cooperative study between Japan and Korea
Ikeda M., Arai Y., Park S.J., Takeuchi Y., Anai H., Kim J.K., Inaba Y., Aramaki T., Kwon S.H., Yamamoto S., Okusaka T. **75**

Хирургическая техника катетеризации печеночной артерии при селективной внутриартериальной химиотерапии
Ищенко Р.В., Седаков И.Е. **76**

Результаты хирургического метода лечения при первичном раке печени
Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Максимкулов Дж.М., Худоёров С.С., Улмасов Ф.Г. **76**

Анатомическая резекция печени при ее объемных поражениях
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Хакимов Ю.У. **77**

Новые технологии в хирургии опухолей печени
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У. **78**

Особенности хирургического лечения первичного рака печени
Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С., Каширский А.Г., Чернышова Н.В., Куркин А.В., Соколов А.Н. **78**

Химиоэмболизация печеночных артерий (ХЭПА) в лечении пациентов с гепатоцеллюлярным раком (ГЦР) на фоне цирроза печени (ЦП)
Полехин А.С., Таразов П.Г., Поликарпов А.А., Гранов Д.А. **79**

Первичные злокачественные опухоли печени (диагностика и лечение)
Пышкин С.А., Маслов В.Г., Борисов Д.Л. **80**

Трансплантационные технологии в хирургическом лечении гепатоцеллюлярного рака
Руммо О.О., Щерба А.Е., Коротков С.В., Авдей Е.Л., Кирковский Л.В., Ефимов Д.Ю. **81**

Опыт проведения трансартериальной химиоэмболизации пациентам с гепатоцеллюлярной карциномой
Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Дуйсебеков М.К., Муканова Ш.А., Орманов Б.К. **82**

Химиоэмболизация печеночной артерии у больных нерезектабельной гепатоцеллюлярной карциномой и циррозом печени
Серегин А.А., Загайнов Е.М., Зайцев А.И., Чичканова А.С., Загайнов В.Е. **82**

Мультимодальный подход в лечении гепатоцеллюлярного рака
Скипенко О.Г., Чекунов Д.А., Багмет Н.Н. **83**

Анализ результатов комплексного хирургического лечения больных с первичным раком печени
Трандофилов М.М., Рудакова М.Н., Шершнев О.Ф., Рябов К.Ю., Зинатулин Д.Р., Костырев С.В. **84**

Зависимость компьютерно-томографического показателя васкуляризации гепатоцеллюлярного рака от размера узла
Туманова У.Н., Кармазановский Г.Г., Щеголев А.И. **85**

Ультразвуковая семиотика первичного гепатоцеллюлярного рака печени
Устинов Г.Г., Эйрих В.Р., Инговатова Г.М. **85**

Комбинированное лечение гепатобластом
Филин А.В., Бурмистров Д.С., Варфоломеева С.Р., Качанов Д.Ю., Ховрин В.В., Крыжановская Е.Ю., Морозова М.М., Метелин А.В., Дымова О.В. **86**

Роль эндоваскулярных вмешательств в лечении первичных опухолей печени
Хакимов М.Ш., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М., Бутаев Л.А. **87**

Опыт хирургического лечения гепатоцеллюлярной карциномы
Хальзов В.Л., Ершов К.Г., Тетерин Г.В. **87**

Трансартериальная химиоэмболизация в лечении гепатоцеллюлярного рака
Чекунов Д.А., Поляков Р.С., Багмет Н.Н., Скипенко О.Г. **88**

Трансплантация печени при гепатоцеллюлярной карциноме: комбинированный подход основанный на критериях BCLC, «UP-TO-7»/TTV и рабочей группы EHCLTSG
Щерба А.Е., Юрлевич Д.И., Коротков С.В., Федорук А.М.,Руммо О.О. **88**

IV. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ)

Диагностика и хирургическое лечение при нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы
Благитко Е.М., Толстых Г.Н., Добров С.Д., Полякевич А.С. **90**

Современные аспекты диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы
Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э. **91**

Комбинированное лечение больных нейроэндокринными карциномами поджелудочной железы
Гранов Д.А., Павловский А.В., Попов С.А., Поликарпов А.А., Моисеенко В.Е. **91**

Морфологическая диагностика, определение гормонального профиля и злокачественного потенциала клинически нефункционирующих нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы
Гуревич Л.Е., Егоров А.В., Бритвин Т.А., Корсакова Н.А., Васильев И.А. **92**

Особенности экспрессии рецепторов к соматостатину 2,3 и 5 типа в нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы
Гуревич Л.Е., Корсакова Н.А., Егоров А.В., Бритвин Т.А., Кузовлева Е, Васильев И.А. **93**

Безопухолевая форма панкреатогенной гипогликемии
Егоров А.В., Гуревич Л.Е., Васильев И.А., Лежинский Д.В. **94**

Первый опыт чрескожной микроволновой абляции инсулинпродуцирующей опухоли поджелудочной железы под уз-контролем
Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Парнова В.А., Васильев И.А., Казмин Л.Д., Цой Л.В., Юриченко Ю.Ю. **95**

Эволюция алгоритма топической диагностики при гормонально активных нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы
Егоров А.В., Мусаев Г.Х., Кондрашин С.А., Фоминых Е.В., Васильев И.А., Парнова В.А., Лежинский Д.В. **96**

Тотальная дуоденопанкреатэктомия в лечении нейроэндокринных опухолей
Егоров В.И., Егоров А.В., Петров Р.В., Васильев И. А. **97**

Хирургическое лечение нефункционирующих панкреатических нейроэндокринных неоплазий малых размеров
Коваленко З.А., Кочатков А.В., Козырин И.А., Лядов В.К. **97**

Проблемы дифференциальной диагностики нефункционирующих нейроэндокринных опухолей и экзокринного рака поджелудочной железы
Кохаленко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Черемисин В.М., Павелец К.В., Ширяев Ю.Н., Радионов Ю.В., Антонов Н.Н., Корякина Т.В., Борисова Н.Ю. **98**

Диагностика и комплексное лечение больных с инсулиномами поджелудочной железы
Красильников Д.М., Петров С.В., Бареева Л.Т., Малова И.И., Миргасимова Д.М., Имамова А.М. **99**

Диагностическая и лечебная тактика при нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы
Краснов Л.М., Непомнящая С.Л., Русаков В.Ф., Земляной В.П., Воробьев С.Л., Лисицын А.А., Федоров Е.А. **100**

Нефункционирующие нейроэндокринные неоплазии поджелудочной железы
Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Калдаров А.Р., Карельская Н.А. **100**

Органический гиперинсулинизм: дифференциальная диагностика и обоснование тактики лечения
Майстренко Н.А., Ромащенко П.Н., Лысанюк М.В. **101**

Лекарственное лечение нейроэндокринных опухолей (НЭО) печени и поджелудочной железы
Маркович А.А. **102**

Оценка возможностей хирургического лечения муцинозных и нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы с различным потенциалом злокачественности
Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С., Каширский А.Г., Чернышова Н.В., Куркин А.В., Соколов А.Н. **103**

Возможности диагностики гормонпродуцирующих опухолей поджелудочной железы
Пропп А.Р., Никулина С.А., Полуэктов В.Л., Пранкевич Н.Н., Астанков Р.А., Кузьменко В.В., Торопов А.В., Ценев А.А., Завьялов А.А. **104**

Диагностика и хирургическое лечение незидиобластоза
Смирнов А.В., Калинин Д.В., Лебедева А.Н., Карельская Н.А., Кригер А.Г. **105**

Диагностика нейроэндокринных опухолей с кистозной трансформацией структуры
Степанова Ю.А., Терещенко А.Д., Кригер А.Г., Калдаров А.Р., Калинин Д.В. **105**

Лечение нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы
Третьяк С.И., Синило С.Б., Ращинский С.М., Паруков В. Г., Бах А.Ю. **106**

Диагностика и лечение гастринпродуцирующих опухолей гастропанкреатодуоденальной области
Черноусов А.Ф., Парнова В.А., Егоров А.В., Кондрашин С.А., Мусаев Г.Х., Фоминых Е.В., Гуревич Л.Е. **107**

Современная диагностика и хирургическая тактика инсулином поджелудочной железы
Шевченко Ю.Л., Карпов О.Э., Стойко Ю.М., Левчук А.Л. **108**

Радионуклидная диагностика и радионуклидная терапия нейроэндокринных опухолей печени и поджелудочной железы
Ширяев С.В., Маркович А.А. **109**

V. ЧРЕСКОЖНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ (ЗА И ПРОТИВ)

Хирургическое лечение больших и гигантских эхинококковых кист печени
Арчвадзе Б., Тедорадзе В., Сабашвили Г., Хвития Н. **110**

Пункционное и пункционно-дренажное лечение эхинококковых кист печени
Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Шукуров А. А., Алимов С.У. **110**

Эхинококкоз в восточном забайкалье россии
Богомолов Н.И., Соловьёв В.Ю., Юдин А.В., Андреев А.А. **111**

Хирургическое лечение эхинококкоза печени без применения чрескожных технологий
Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Маланка М.И., Машурова Е.В., Абдоков А.Д., Ованисян Д.Р. **112**

Вопросы хирургической тактики при первичном эхинококкозе печени
Дарвин В.В., Краснов Е.А., Лысак М.М., Онищенко С.В., Климова Н.В. **112**

Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства при эхинококкозе печени
Запорожченко Б.С., Бородаев И.Е.,Зубков О.Б., Запорожченко М.Б., Муравьев П.Т, Качанов В.Н., Шарапов И.В. **113**

Чрескожное лечение больных эхинококкозом печени
Ившин В.Г., Киртанасов Я.П., Домашенко Н.Н., Ермакова Л.А. **114**

Воздействие водного раствора гипохлорита натрия на протосколексы и оболочки эхинококковой кисты
Киртанасов Я.П., Домашенко Н.Н., Ермакова Л.А., Матвиенко А.А. **115**

Современные методы диагностики и хирургического лечения гидатидозного эхинококкоза печени
Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Войтюк В.Н., Пархоменко А.В. **115**

Эволюция способа операции при эхинококкозе печени
Корымасов Е.А., Иванов С.А., Чернышев В.Н., Богданов В.Е., Цветков Б.Ю., Мешков С.В. **116**

Выбор оптимального метода лечения больных тяжелого состояния с нагноившимися эхинококковыми абсцессами печени
Курбонов К.М., Махмадов Ф.И., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Собиров А.Дж. **117**

Способ ранней диагностики нагноения эхинококковых кист печени
Курбонов К.М, Махмадов Ф.И., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Собиров А.Дж. **118**

Моновезикулярный эхинококкоз печени: современные подходы к лечению
Лотов А.Н., Мусаев Г.Х., Чжао А.В., Жаворонкова О.И., Икрамов Р.З., Ионкин Д.А., Бугаев С.А. **118**

Опыт хирургического лечения эхинококкоза печени с применением чрескожных катетерных вмешательств под контролем ультразвукового сканирования
Малов А.А., Парахоняк Н.В., Акуленко С.В., Захаров А.Г., Холоденин К.Г., Овчинников В.А., Базаев А.В. **119**

Собственный опыт чрескожнго пункционного метода лечения под контролем ультрасонографии больных с остаточными полостями печени после эхинококэктомии
Мамадумаров Т.С., Убайдуллаев Ш.И., Мамадалиев Г.С., Исламова Х.Д. **120**

Место неинвазивных методов диагностики в определении тактики хирургического лечения больных с эхинококкозом печени осложненным прорывом в желчевыводящие пути
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Гулахмадов А.Д. **120**

Эффективность видеолапароскопии при нагноившихся эхинококковых кистах печени
Махмадов Ф.И., Гулахмадов А.Д., Давлатов Дж., Собиров А.Дж. **121**

Перкутанное дренирование рецидивных эхинококковых кист печени
Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Абдуллаева А.З., Магомедов М.М., Магомедов Р.З., Магомедов Н.Н. **122**

Минимально инвазивные методы в лечении эхинококка печени
Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б., Хикматов Ж.С. **122**

Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении эхинококкоза печени
Муаззамов Б.Б., Шарипов У.Б. **123**

Чрескожное лечение эхинококкоза печени: достоинства и недостатки
Мусаев Г.Х., Черноусов А.Ф. **124**

Негативные последствия пункционного метода лечения эхинококкоза печени
Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М. **124**

Пункционный метод лечения эхинококкоза печени - за и против
Назыров Ф.Г., Икрамов А.И., Девятов А.В., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М. **125**

Эндохирургия эхинококкоза печени, осложненного желчными свищами
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М.. .....**126**

Облитерация остаточной полости после чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии
Одишелашвили Г.Д., Пахнов Д.В., Одишелашвили Л.Г. **127**

Сравнительный анализ результатов лапароскопической и открытой эхинококкэктомии из печени
Осумбеков Б.З., Чокотаев М.А., Осумбеков Р.Б. **128**

Пункционно-аспирационное лечение эхинококковых кист печени
Павлюк Г.В., Бужор П.В., Дану М.И., Верджил Петрович **129**

Пункция в сочетании с лапароскопическим вмешательством при лечении эхинококкоза печени
Пантелеев В.С., Нартайлаков М.А., Габдрахимов С.Р., Самоходов С.Ю., Грицаенко А.И. **130**

Дифференцированный подход в лечении эхинококкоза печени
Попов А.Ю., Петровский А.Н., Лищишин В.Я. **130**

Чрескожные технологии в лечении эхинококкоза печени, осложненной механической желтухой
Пулатов М.М., Магзумов И.Х. **131**

Лечение паразитарных кист печени
Синило С.Б., Третьяк С.И., Ращинская Н.Т. **132**

Нарушение иммунного статуса у больных с эхинококкозом печени
Стражеску Г.И. **133**

Преимущество лапароскопической техники лечения эхинококкоза печени
Стражеску Г.И. **133**

Трудности миниинвазивного хирургического лечения эхинококкоза печени задней локализации
Стражеску Г.И. **134**

Новый способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии
Тешаев О.Р., Олимов Н.К., Алимов С.У. **135**

Пункционно-дренажное лечение больших и гигантских эхинококковых кист печени
Тешаев О.Р., Аталиев А.Е., Шукуров А. А., Алимов С.У. **136**

Применение оптимизированного алгоритма диагностики и лечения пациентов с ургентными осложнениями эхинококкоза печени
Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Анваров Х.Э. **136**

Чрескожное чреспеченочное пункционно-дренажное лечение эхинококкоза печени
Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р., Джафаров С.М., Эрматов Б.Р. **137**

К проблеме множественного эхинококкоза печени
Хикматов Ж.С., Муаззамов Б.Б. **138**

Хирургическое лечение паразитарного поражения печени
Шабунин А.В., Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Дроздов П.А., Югай Ю.М. **139**

Способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии
Штофин С.Г., Штофин Г.С. **139**

Возможности пункционного и пункционно-дренажного лечения сочетанных поражений эхинококкозом
Шукуров А. А., Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Алимов С.У. **140**

VI. РАЗНОЕ

Скрининг кардиоваскулярных заболеваний при подготовке больных с осложнённими формами камней желчного пузыря и почек к оперативному вмешательству
Абдуллаев С.М., Умаров А.Э., Убайдуллаев Ш.И. **141**

Тактика и лечение больных с ущемленным камнем БДС
Алтыев Б.К., Ризаев К.С., Хашимов М.А., Хаджибаев Ф.А. **141**

Редкие осложнения пузырно-дуоденального свища
Аталиев А.Е., Шатемиров В.Х., Рузиев У.С. Хасанов С.М. **142**

Профилактика послеоперационного панкреатита после резекционных операций на поджелудочной железе
Ахтанин Е.А., Земсков В.М., Берелавичус С.В., Козлова М.Н., Горин Д.С., Кригер А.Г. **143**

Факторы риска возникновения послеоперационного панкреатита после резекционных операций на поджелудочной железе
Ахтанин Е.А., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Кригер А.Г. **143**

Хирургическое лечение GIST панкреатодуоденальной области
Барыков В.Н. **144**

Оперативное лечение гемангиом печени
Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Маршанкулов Р.И. **145**

Осложнение чрескожного дренирования протоков печени с повреждением печеночной артерии и кровотечением из общего желчного протока
Белоконев В.И., Пушкин С.Ю., Цимбалист Д.А., Вовк А.В. **145**

Чреспеченочное стентирование желчных протоков в лечении механической желтухи опухолевой этиологии
Боровский С.П., Малаев Н.Б., Тен И.Э., Байжанулы К.Б. **146**

Эндоскопическое лечение наружних свищей поджелудочной железы
Бухарин А.Н, Сачечелашвили Г.Л., Сапанюк А.И., Мамедов С.Х., Лян Э.Г. **147**

Эктопированная поджелудочная железа луковицы двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением
Войновский А.Е., Шабалин А.Ю., Индейкин А.В. **148**

Анализ лечения больных с травмами печени
Воронцов А.К. **148**

Перспективное направление в лечении синдрома механической желтухи доброкачественного генеза
Гаджиев Дж.Н., Тагиев Э.Г., Гаджиев Н.Дж. **149**

Эндопротезирование желчных протоков саморасширяющимися стентами при опухолевой обструкции
Давыдова С.В., Фёдоров А.Г., Климов А.Е., Габоян А.С. **149**

Повышение эффективности использования миниинвазивных технологий в комплексном лечении больных с острым деструктивным панкреатитом
Демидов В. М., Демидов С. М., Васьянов Р. С. **150**

Виртуальные тренажеры-симуляторы в обучении эндоскопических хирургов
Джумабеков А.Т., Жораев Т.С., Артыкбаев А.Ж., Абуов С.М., Жарменов С.М., Калымбетов Р.Б. **151**

Непосредственные результаты хирургического лечения опухолей внепеченочных желчных протоков
Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Максимкулов Д.М., Худоёров С.С., Туйев Х.Н. **152**

Результаты хирургических вмешательств при опухолях поджелудочной железы
Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Максимкулов Дж.М., Юсупбеков А.А., Худоёров С.С., Туйев Х.Н. **153**

Методика диагностического поиска у больных циррозом печени и сопутствующим развитием острого холецистита
Дзыгал А.Ф. **154**

Опыт выполнения лапароскопических резекций поджелудочной железы в многопрофильном стационаре
Долгих Р.Н., Филиппов А.В., Утлик Ю.А., Манюхин А.А., Дронов В.И. **155**

Есть ли необходимость в коррекции артериального кровоснабжения печени после иссечения чревного ствола?
Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С., Журенкова Т.В., Петухова М.В., Журина Ю.А., Григорьевский М.В. **156**

КТ недостаточно для того, чтобы признать рак поджелудочной железы нерезектабельным
Егоров В.И., Петров Р.В., Солодинина Е.Н., Кармазановский Г.Г., Старостина Н.С, Курушкина Н.А. **156**

Обоснование выбора операции при дуоденальной дистрофии. опыт лечения 67 больных
Егоров В.И., Ванькович А.Н., Петров Р.В., Старостина Н.С. **157**

Панкреассохраняющие резекции двенадцатиперстной кишки при доброкачественных и злокачественных заболеваниях
Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С., Уткин Д.В. **157**

Результаты тотальной дуоденопанкреатэктомии при злокачественных опухолях поджелудочной железы. Опыт 50 операций
Егоров В.И., Петров Р.В., Старостина Н.С. **158**

Редкий случай лекарственного цирроза печени (клиническое наблюдение)
Ершов К.Г. **159**

Первый опыт хирургического лечения доброкачественных опухолей печени в МКНЦ
Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Цвиркун В.В., Казаков И.В., Мелехина О.В., Ванькович А.Н., Ким П.П., Грендаль К.Д. **159**

Новые тактические подходы при хирургическом лечении больных хроническим панкреатитом
Запорожченко Б. С., Горбунов А. А **160**

Кисты поджелудочной железы, принципы лечения
Ибадильдин А.С., Кравцов В.И., Тлеуф Б.Д. **161**

Наружные свищи поджелудочной железы, результаты лечения
Ибадильдин А.С., Нартайлаков М.А., Кравцов В.И. **162**

Гемостатические свойства нового поликомпозиционного полимера по данным исследований IN VITRO
Исмаилов Б.А., Хайбуллина З.Р, Садыков Р.А. **162**

Дифференциальная диагностика холангиокарцином внутрипеченочной локализации
Ищенко Р.В., Андреева М.А., Яковлева Е.В., Ищенко К.Б. **163**

Хирургическая тактика у онкологических больных с острым небилиарным асептическим панкреонекрозом на фоне химиогормонотерапии
Ищенко Р.В., Джансыз И.Н., Колпаков А.В. **164**

Метод Шелле – как эффективный метод гемостаза при тяжелых повреждениях печени
Карабаев Х.К., Тагаев К.Р, Захидова С.Х., Жаббаров З.И. **164**

Хирургическое лечение повреждений поджелудочной железы
Карабаев Х.К., Рузибоев С.А., Мустафакулов И.Б., Захидова С.Х. **165**

Течение и лечение острого деструктивного панкреатита у тяжелообожженных
Карабаев Х.К., Карабаев Б.Х., Хакимов Э.А., Шакиров Б.М., Авазов А.А. **166**

Малоинвазивные хирургические вмешательства под контролем узи в лечении больных циррозом печени
Карпова Р.В., Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В. **167**

Оптимизация методики лапароскопической холецистэктомии
Каштальян М.А., Колотвин А.А. **167**

Эффективность холангиодренирования и последующей регионарной химиотерапии у больных механической желтухой опухолевой этиологии
Козлов А.В., Таразов П.Г., Гранов Д.А., Поликарпов А.А., Полысалов В.Н., Олещук Н.В., Полехин А.С. **168**

Результаты резекции поджелудочной железы при хроническом панкреатите в раннем послеоперационном периоде
Лубянский В.Г., Аргучиснкий И.В., Михайлов А.Г., Сероштанов В.В., Омаров Н.Р. **169**

Лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция. Первый опыт.
Лядов К.В., Лядов В.К., Коваленко З.А., Кочатков А.В., Козырин И.А. **170**

Результаты комбинированного хирургического метода лечения рака внепеченочных желчных протоков
Максимкулов Ж.М., Джураев М.Д. **170**

Диагностика и миниинвазивное лечение послеоперационных осложнений резекций печени
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Гулахмадов А.Д., Нуров З.Х. **171**

Результаты мининвазивного лечения кист поджелудочной железы
Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Нуров З.Х., Восиев А.С., Холов К.Р. **172**

Выбор резекционной технологии в хирургии печени
Меджидов Р.Т., Курбанов Б.М., Абдуллаева А.З., Магомедов Н.Н., Магомедов М.М., Магомедов Р.З. **172**

Как избежать развития панкреатической фистулы после панкреатодуоденальной резекции
Меджидов Р.Т., Алиев М.А., Гасанов А.Г., Абдуллаева А.З., Магомедов М.М., Хабибулаева З.Р. **173**

Антеградное дренирование желчных протоков при отсутствии билиарной гипертензии
Мелехина О.В., Кулезнева Ю.В., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Ким П.П., Недолужко И.Ю. **174**

Первый опыт портоэмболизаций с декомпрессией и без декомпрессии желчных протоков
Мелехина О.В., Черная Н.Р., Ким П.П., Ефанов М.Г., Алиханов Р.Б., Кулезнева Ю.В. **174**

Лапароскопическое лечение больных с кистами печени и селезенки
Мустафин А.Х., Салимгареев И.З., Грицаенко А.И., Пантелеев В.С. **175**

Результаты комбинированного хирургического лечения местнораспространенной формы рака желчного пузыря
Наврузов С.Н., Максимкулов Д.М., Жураев М.Д. **176**

Результаты хирургического лечения больных с проксимальными опухолями внепеченочных желчных протоков
Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Омонов О.А. **176**

Чрескожные малоинвазивные вмешательства при остром холецистите у больных с высоким операционно-анестезиологическим риском
Осумбеков Б.З., Жунусов А.Т., Осумбеков Р.Б. **177**

Временное наружное шунтирование для внутрикишечного отведения желчи из печени при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков
Пантелеев В.С., Абдеев Р.Р., Нартайлаков М.А., Мустафин А.Х. **178**

Комплексное лечение цирроза печени и его осложнений (клиническое наблюдение)
Пышкин С.А., Пирогова И.Ю., Губина И.А. **179**

Лапароскопия в диагностике и лечении панкреонекроза
Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э. **180**

Термометрия высокого разрешения в диагностике и лечении острого панкреатита
Самарцев В.А., Гаврилов В.А., Подтаев С.Ю., Осокин А.С., Сидоренко А.Ю. **180**

Хирургические особенности внутрипротоковой лучевой терапии при холангиокарциномах проксимальных желчных протоков
Седаков И.Е., Ищенко Р.В., Семикоз Н.Г., Кожемякина Л.Ф., Жильцов А.В., Антипов В.Н., Грабовский О.А. **181**

Применение миниинвазивных способов в лечении механической желтухи опухолевой этиологии
Сейсембаев М.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Дуйсебеков М.К., Досханов М.О., Каниев Ш.А. **182**

Результаты хирургического лечения пациентов с парадуоденальным панкреатитом
Смирнов А.В., Калинин Д.В., Карельская Н.А., Кригер А.Г. **182**

Изолированная химиоперфузия печени при метастазах колоректального рака
Соловьёв И.А., Сенчик К. Ю., Говтун Г.И., Суров Д.А., Хомчук И.А., Васильченко М.В., Алексеев В.В., Лихачев Е.А. **183**

Результаты выполнения панкреатодуоденальной резекции пациентам старшей возрастной группы
Соловьев И.А., Суров Д.А., Савченков Д.К., Дымников Д.А., Галиуллин Р.И. **184**

Лапароскопические операции у пациентов с хроническим панкреатитом
Сятковский АР, Щастный АТ **185**

Опыт органосохраняющих операций при метастатическом раке почки
Теплов А.А., Кригер А.Г., Грицкевич А.А., Пьяникин С.С., Берелавичус С.В., Степанова Ю.А., Калинин Д.В. **185**

Лечение метастазов меланомы сетчатки в печень (клинические наблюдения)
Тетерин Г.В., Ершов К.Г. **186**

Особенности отбора и периоперационного ведения больных хроническим калькулезным холециститом с сопутствующей коронарной патологией
Тихонов П.А., Филиппов А.В., Мурашкин В.С. **187**

Анализ результатов комбинированного лечения больных колоректальным раком с метастатическим поражением печени
Трандофилов М.М., Рудакова М.Н., Зинатулин Д.Р., Шершнев О.Ф., Попов А.Ю., Костырев С.В. **188**

Варианты ангиоархитектоники первичных и метастатических новообразований печени и их влияние на результаты химиоэмболизации
Туганбеков Т.У, Боровский С.П., Шаназаров Н.А, Малаев Н.Б., Калдыбаев М.М. **188**

Диагностика и хирургическое лечение кистозных опухолей печени
Усякий П.В., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Коваленко Ю.А., Кармазановский Г.Г., Степанова Ю.А., Калинин Д.В. **189**

Ранние операции при остром панкреатите
Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П. **190**

Опыт применения радикальной панкреатодуоденальной резекции в лечении рака головки поджелудочной железы
Фролов А.С., Крехно О.П., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Фазилов А.В., Медведев В.А. **191**

Хирургическое лечение метастазов колоректального рака в печень
Фролов А.С., Крехно О.П., Медведев В.А., Ермаков В.Е., Марченко К.С., Фазилов А.В. **192**

Определение степени тяжести течения и лечения острого панкреатита
Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э. **193**

Острый билиарный панкреатит, как осложнение эндобилиарных вмешательств
Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Хашимов М.А., Баймурадов Ш.Э. **193**

Гепатопатия у тяжелообожженных
Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Шакиров Б.М., Карабаев Б.Х. **194**

Отдаленные результаты комбинированного лечения распространенного колоректального рака с внутрипеченочными метастазами
Черкасов М.Ф., Дмитриев А.В., Грошилин В.С., Помазков А.А. **195**

Патогенетические аспекты спленомегалии у больных циррозом печени
Чуклин С.М. **196**

Спленомегалия у больных острым панкреатитом
Чуклин С.Н., Осмиловская И.В., Усач О.Б. **197**

Функциональное состояние желудка и тонкой кишки у больных с опухолевым поражением головки поджелудочной железы после радикальных вмешательств
Шабунин А.В., Тавобилов М.М., Карпов А.А. **197**

Хирургическая тактика при колоректальном раке с метастазами в печень
Шостка К.Г., Соловьёв И.А., Мулендеев С.В., Арутюнян К.В., Роман Л.Д **198**

Опыт лапароскопической панкреатодуоденальной резекции
Щастный А.Т., Сятковский А.Р. **199**

Экспериментальное обоснование стимуляции регенерации печени фетальными и биологическими материалами
Янгиров И.В., Муслимов С.А., Мусина Л.А., Мингазов Р.С. **200**

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

Мини-доступ у пожилых больных острым калькулёзным холециститом
Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М. **201**

Эндотоксикоз и полиорганная недостаточность у пожилых больных острым калькулёзным холециститом
Абобакиров Д.М., Зияев Ш.А., Урмонова Н.М. **201**

Патоморфоз острых повреждений желчевыводящих путей
Алиев А.К. **202**

Общий гомоцистеин один из маркеров панкреонекроза
Антюфриева Д.А. **203**

Применение оптимизированного алгоритма диагностики и лечения пациентов с ургентными осложнениями эхинококкоза печени
Анваров Х.Э. **203**

Особенности болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии единым доступом
Бадалов Д.А. **204**

Оценка течения раннего послеоперационного периода у больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию единым доступом
Бадалов Д.А. **205**

Возможности лапароскопии в диагностике и лечении панкреонекроза
Баймурадов Ш.Э. **205**

Предоперационнная подготовка больных с хроническим бескаменным холециститом, которым показано хирургическое лечение
Брахми Ноамен Бен Амара, Пархоменко А.В., Потапов В.В. **206**

Биомеханические свойства современных шовных материалов, используемых в хирургии органов гепатопанкреатодуоденальной зоны
Гаврилов В.А. **207**

Импедансная спектроскопия, как способ оценки состояния микроциркуляторного русла у хирургических больных
Гаврилов В.А., Паршаков А.А. **208**

Сочетанные минимально инвазивные операции у пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью
Доронин М.Б., Рясков Л.А. **208**

Лечение больных с колоректальным раком печени путем комбинации методов локальной деструкции и регионарной химиотерапии
Дроздов П.А. **209**

Ассоциация уровня растворимых цитокинов с развитием послеоперационных осложнений после трансплантации печени
Ефимов Д.Ю. **210**

Методы декомпрессии билиарной системы в лечении больных с синдромом механической желтухи
Ешмуратов А.Б. **211**

Хирургическое лечение и прогноз при опухолях проксимальных внепеченочных желчных протоков
Жариков Ю.О. **211**

Чрескожная микроволновая абляция гемангиом печени под уз-контролем
Жемерикин Г.А., Юриченко Ю.Ю. **212**

Малоинвазивные вмешательства при ранних интра-абдоминальных послеоперационных осложнениях
Имамова А.М. **213**

Сравнительная эффективность гемостатических средств на основе производных целлюлозы
Исмаилов Б.А. **214**

Робот-ассистированные дистальные резекции поджелудочной железы
Калдаров А.Р., Смирнов А.В., Сон А.И., Поляков И.С., Ахтанин Е.А. **215**

О совместном течении острого холецистита и грыж пищеводного отверстия диафрагмы
Кенжаев Л.Р. **215**

Пектиновый энтеросорбент в лечении токсических поражений печени
Ким О.В. **216**

Эффективность гепамала в лечении токсических поражений печени
Ким О.В. **216**

Оценка возможности мининвазиных технологий в лечении пациентов с механической желтухой в стационаре одного дня
Курмансеитова Л.И. **217**

Первый опыт выполнения антеградно-ретроградных гибридных вмешательств при рубцовых стриктурах общего печеночного протока ятрогенного происхождения
Курмансеитова Л.И. **218**

К вопросу о химиотерапии цистного эхинококкоза
Лукманов М.И. **219**

Билиарные осложнения после трупной трансплантации печени
Магомедов К.М., Олисов О.Д. **219**

Хирургическая тактика при неинфицированном панкреонекрозе в условиях формирования отграниченного барьера
Магомедов М.М., Магомедов Р.З. **220**

Преимущество Y-образных дренажей в реконструктивно-восстановительной хирургии внепеченочных желчных протоков
Магомедов Р.З. Магомедов М.М. **221**

Результаты лечения больных с механической желтухой калькулезной этиологии
Майоров М.М. **221**

Альтернативный способ хирургического вмешательства при синдроме миризси с холецистохоледохеальной фистулой
Мамонтов И.Н. **222**

Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчных протоков
Мансуров У.У. **223**

Диагностика и лечение кистозной трансформации холедоха у детей
Матякубов Х.Н. **224**

Результаты хирургического лечения метастазов колоректального рака в печень
Мурзалиев Э.М., Джекшенов М.Д. **225**

Нутритивная поддержка пациентов при полном наружном отведении желчи
Насибова У.А. **225**

Результаты внедрения лазерных технологий в эндобилиарную хирургию
Ныжник Л.М. **226**

Ближайшие результаты хирургического лечения эхинококкоза левого бедра
Панчишкин А.С., Косивцов О.А. **227**

Опыт миниинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств и операций внутреннего дренирования в хирургическом лечении хронического кистозно-калькулезного панкреатита
Пархисенко В.Ю., Калашник Р.С. **228**

К вопросу о выборе оперативного доступа в лечении септических забрюшинных флегмон при панкреонекрозе
Патласов А.В. **229**

Результаты хирургического лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом
Патласов А.В. **229**

Химиоэмболизация печени (ХЭПА) у пациентов с гепатоцеллюлярным раком находящихся на листе ожидания ортотопической трансплантации печени
Полехин А.С. **230**

Структурно-функциональные изменения слизистой оболочки тонкой кишки после расширенной гемигепатэктомии
Полуэктов В.В. **231**

Особенности билиарного сепсиса при холедохолитиазе
Потапов В.В., Пархоменко А.В., Фоминов В.М., Попова Ю.В. **231**

Эфективность программированной видеолапароскопии в диагностике и лечении послеоперационного перитонита
Рискиев У.Р. **232**

Интенсивная терапия синдрома малой доли после обширных резекций печени
Саидназаров А.М. **233**

Острый респираторный дистресс синдром как основная причина летальности при деструктивных формах панкреатита
Стрижков Н.А. **234**

Закрытая эхинококкэктомия печени: преимущества, резекционная технология
Султанова Р.С. **234**

Этапное лечение больных с механической желтухой злокачественного генеза
Телемисов С.О. **235**

Современные возможности диагностики и лечения пострезекционной печеночной недостаточности
Тупикин К.А., Олифир А.А. **236**

Возможности миниинвазивных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе доброкачественного генеза
Хаджибаев Ф.А. **237**

Видеолапароскопическая аплатизация кист печени и селезенки
Хамидов Т.М. **237**

Профилактика и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии
Хашимов М.А. **238**

Эндосонографическое определение объемной плотности сосудов желудка у больных с варикозным расширением вен
Шаповалов А.М. **239**

Острый холецистит в клинике инфекционных заболеваний
Шарикова О.В. **240**

Оценка качества жизни больных с рубцовыми поражениями внепеченочных желчных протоков и билиодигестивных анастомозов путем постоянного стентирования тубулярных структур имплантантами из никелида титана в ближайшие и отдаленные сроки после операции
Штофин Г.С., Иванян К.Г. **241**

Портально гипертензионная холангиопатия у детей с внепеченочной портальной гипертензией
Юлдашев Р.З. **242**

Авторский указатель **243**

Выходные данные

....