


Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Российская академия медицинских наук
Ассоциация хирургов-гепатологов России и стран СНГ
Министерство здравоохранения Республики Башкортостан
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»
Управление здравоохранения администрации г. Уфы
ФГУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздравсоцразвития России

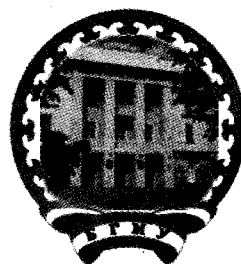
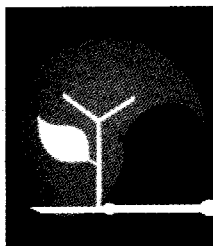
*65-летию Победы
в Великой Отечественной войне
посвящается*



**XVII международный Конгресс
хирургов-гепатологов России и стран СНГ
«Актуальные проблемы
хирургической гепатологии»**

15 – 17 сентября 2010 года
г. Уфа

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ



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

Цель исследования. Оценить возможности ультразвукового метода в диагностике первичного рака (ПРП) и глиосных холангиокарцином (ГХ) печени, осложнённых механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды ворот органа.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 69 больных с глиосными холангиокарциномами (ГХ) в возрасте от 31 до 87 лет. Мужчин – 27, женщин – 39. С первичным раком печени 217 пациентов в возрасте от 12 до 89 лет.

Алгоритм обследования состоял из комплекса мероприятий: ультразвуковое исследование (УЗИ) как серошкального, так и цветового доплеровского картирования (ЦДК) с дуплексным исследованием сосудов, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная холангиография (МРХГ), ангиография чревного ствола и системы воротной вены, чрескожная - чреспечёночная холангиография (ЧЧХ), ретроградная холангиография (РХГ), эндоскопическое УЗИ.

Ультразвуковое исследование проводилось на аппаратах Aloka 3500, Aloka 4000 с использованием датчика 3,5 МГц, в режиме серошкального сканирования, цветового доплеровского картирования (ЦДК), дуплексного исследования сосудов.

Результаты. Основным и скрининговым методом являлся ультразвуковой. Достоверными сонографическими признаками при ПРП являлось наличие очагового образования, неоднородной эхоструктуры, с неровными нечеткими контурами. При локализации опухоли вблизи к магистральным сосудам портальных или кавальных ворот органа нарушалась архитектура сосудов, кровотоки визуализировались только при доплеровском картировании. В 7 случаях выявлен неопластический тромбоз основного ствола и ветвей воротной вены. При компрессии желчных протоков, визуализировалась дилатация желчных протоков проксимальнее опухоли. Наиболее сложными в диагностическом плане были 5 случаев с циррозом печени, на фоне диффузно неоднородной структуры печени определялся участок с резко измененной эхоструктурой по сравнению к остальным сегментам, сосудистый рисунок был обеднен и деформирован.

В случаях с ГХ достоверными эхографическими признаками являлись: высокий блок на уровне конfluence, дилатация внутрипечёночных желчных протоков проксимальнее зоны обструкции, сужение просвета протоков на границе с опухолью в виде «писчего пера» 66 (95,65%) пациента, наличие внутриворотного образования при папиллярном росте 3 (4,34%) пациентов, наличие измененных тканей повышенной эхогенности в проекции бифуркации или гепатикохоледоха 38 (55,07%) пациентов, спавшийся желчный пузырь и дистальная часть холедоха.

Наибольшее значение имело ультразвуковое исследование протоков в области поражения до

выполнения дренирующих операций, когда имела место билиарная гипертензия. В этот период оценивалась степень изменений стенки протока на различном уровне. Так, утолщение (увеличение размера толщины стенок) и усиление интенсивности эхосигнала проксимальнее стриктуры свидетельствовало об инфильтративном типе роста 66 (95,65%) пациентов, наличие внутриворотного образования, без характерного сужения и изменений соответствовало папиллярному типу роста опухоли 3 (4,34%) пациента, в одном случае отмечался смешанный рост опухоли. У 3 пациентов, ранее оперированных по поводу желчнокаменной болезни, диагноз был дополнительно подтвержден методом МРХГ.

Заключение. Таким образом, достоверность УЗ метода в выявлении ПРП и ГХ, осложнённых механической желтухой и инвазией в магистральные сосуды ворот органа составила 96%, специфичность 92%, чувствительность 98%.

АЛЬБУМИНОВЫЙ ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ – НОВЫЙ МЕТОД ДЕТОКСИКАЦИИ ПРИ ПЕЧЁНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Русин В.И., Авдеев В.В.

Шляхта Т.Я., Румянцев К.Е.

*Ужгородский национальный университет,
медицинский факультет, г. Ужгород, Украина*

Цель исследования. Оценка эффективности использования метода детоксикации при печёночной недостаточности у пациентов с циррозом печени, осложнённым энцефалопатией и кровотечением.

Материалы и методы. В хирургической клинике Закарпатской областной клинической больницы с 2008 по 2010 г. пролечено 12 пациентов с циррозом печени, осложнённым асцитом и кровотечением из вен пищевода. С целью замещения детоксикационных функций печени и уменьшения внутрибрюшного давления использовали альбуминовый перитонеальный диализ. Восемь пациентов относились к В-классу цирроза печени по Child-Pugh, 4 – к С-классу.

Основой альбуминового перитонеального диализа является перенос через брюшину – высокопроницаемую диализную мембрану токсинов, имеющих сродство с альбумином, из крови на акцептор. Акцептором выступает донорский человеческий альбумин, циркулирующий в замкнутом контуре. Водорастворимые низкомолекулярные токсичные вещества выводятся по градиенту концентрации, как при обыкновенном диализе.

Для возобновления акцепторной способности раствор донорского человеческого альбумина, проходя по замкнутому контуру, подвергается гемодиализу и карбоперфузии.

В отличие от перитонеального диализа, который имеет лишь один контур, наша технология использует еще два контура: альбуминовый контур и контур обычной диализной машины с

последовательным подключением низкопроницаемого диализатора и сорбционной колонки, где и происходит регенерация альбумина. Через промежуточные альбуминовые контур и происходит опосредствованное выведение водорастворимых и белковосвязанных токсинов. Технологический проводится так: у больного пунктируется брюшная полость, в которую вводятся катетер для перитонеального диализа. Брюшная полость заполняется диализным раствором в объеме до 5 литров, в состав которого входит альбумин (3,5 - 5%), который исполняет роль жидкого адсорбента вредных веществ, выделяемых через брюшину. Как диализирующий раствор для заполнения диализного контура использовалась собственную аспитическую жидкость пациента, смешанную с альбумином. После этого альбуминсодержащая жидкость из брюшной полости поступает в контур очистки от токсичных веществ, состоящий из колонки с гемосорбентом и высокопроточного гемодиализатора, подключенного к аппарату «искусственная почка». В этом контуре происходит экстракция токсичных веществ из раствора для перитонеального диализа, после чего этот регенерированный раствор возвращается в брюшную полость для следующего пика.

Таким образом, циркуляция альбуминсодержащего раствора в системе «диализатор - брюшная полость» является непрерывной. В брюшной полости этот раствор «напитывается» токсичными соединениями, а в системе «диализатор - патрон сорбентом» происходит их элиминация и стабилизация электролитного состава. Скорость перфузии раствора составляет 150 - 200 мл/мин. *Результаты.* Умерло 3 (25%) пациентов от прогрессирования печёночной недостаточности и энцефалопатии. Восемь пациентов выжило, у них наблюдали регрессию печёночной энцефалопатии. Разработанный способ детоксикации при печёночной недостаточности есть эффективными, дешёвым и доступным в применении.

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ САНАЦИИ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

Рыбачков В.В., Уткин А.К., Тейшов А.В., Дурова Д.Е., Мавский С.В., ЯГМА, г. Ярославль, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных деструктивным панкреатитом. *Материалы и методы.* У 157 больных панкреонекрозом в качестве этапа лечения применялась лапароскопическая санация брюшной полости. У 110 больных (70,02%) на момент поступления имелись признаки системной воспалительной реакции, у 25 (15,92%) была полиорганная недостаточность. Среднее количество баллов по шкале SAPSII составило

38,5±9,3. Геморрагический панкреонекроз место у 44 больных (28%), жировой панкреонекроз у 15 (9,55%), смешанный панкреонекроз у 62,4%). В 63% случаев лапароскопическая санация привела к клиническому выздоровлению. У больных отмечалось прогрессирование патологического процесса. Общая летальность составила 10,8%. Для выявления механизма лечебного эффекта лапароскопической санации проведены специальные исследования на прервификации токсических соединений в промежуточном вытоге, методом газожидкостной хроматографии. Исследование проведено у человека. Состав больных по клиническому течению был идентичен общей группе. В качестве контроля использовались аналогичные показатели у больных с кардиальным асцитом. Для прогнозирования развития осложнений течения панкреонекроза, на основании полученных данных, была построена нейросетевая модель. Её создания был использован программный эмулятор нейросетей Statistica Neural Networks (Statsoft Inc, USA). В качестве основных событий были выбраны три варианта исхода заболевания: «раннее» осложнение, «позднее» осложнение, в качестве признаков: пол больного, возраст, этиология панкреатита, уровень лейкоцитарного индекса интоксикации, диастаза вытока брюшной полости, срок заболевания, тип панкреонекроза, наличие или отсутствие системной воспалительной реакции. На основе полученных нейросетевой модели была разработана самостоятельная компьютерная программа «DYNAMITE». *Результаты.* В результате проведения исследований в перитонеальном вытоге выявлено 15 токсических соединений: апетальд, пропионовый альдегид, ацетон, н-масляный альдегид, этиловый спирт, изовалериановый альдегид, диацетил, н-валериановый альдегид, пропиловый спирт, метилэтилкетон, н-бутанол, гептанол, изокапроновый альдегид. При оценке эффективности лапароскопической санации выявлено, что элиминация токсических соединений определяется продолжительностью заболевания, количеством перитонеального вытока и формой панкреатической деструкции. Установлено, что степень элиминации токсических соединений непосредственно влияет на снижение частоты SIRS и ПОН у данного контингента больных. Наименьшими дискриминационными возможностями нейросетевое моделирование обладало при прогнозировании осложнений. Уровень воспроизводимости составил 95,5%, чувствительности 83%, а специфичности 99%. Проверка работы программы осуществлялась у 15

различным течением заболевания, не вошедших в группы острого деструктивного панкреатита. Среднее количество баллов по шкале SAPSII составило

видно из представленного материала основной операцией при портальной гипертензии, осложненной кровотечением, были различное виды разобщающие операции. При анализе ретицивог кровотечений после разобщающих операций были: 1) неполное прекращение коллатерального кровотока по венам пищевода и желудка; 2) значительное нарастание портального давления в условиях, когда отток по венам пищевода и желудка был основным. Для полного прекращения коллатерального кровотока операциями используются некоторые собственные приемы: в частности оставление интактным мышечной оболочке стенок при операции Сигура. Циркулярное прошивание карди в сочетании с лигированием всех внеорганных коллатералей. Сравнительный анализ показывает преимущество особенно разобщающего характера, у больных с портальной гипертензией имеющих риск возникновения рецидивизирующих кровотечений, которые при достаточной простоте дают вполне удовлетворительные результаты.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ

Ростовцев Н.М., Комляров А.Н.,

Павленко П.П., Олевская Е.Р.,

Махлюев А.А., Рассохова О.Б.

ГОУ ВПО «Челябинская государственная

медицинская академия (Создрава),

г. Челябинск, Россия

Цель исследования. Оценить эффективность хирургических вмешательств при внепеченочной форме портальной гипертензии.

Материалы и методы. Данная работа основана на результатах обследования и лечения 44 детей с синдромом портальной гипертензии. По результатам ультразвукового ангиосканирования и ангиоспиральной компьютерной томографии (МСКТ) в режиме ангиографии основной причиной портальной гипертензии у 35 пациентов были каверноматоз воротной вены, атрезия – у 4, тромбоз сегментарной вены – у 3, артериальная мальформация со сбросом крови через пупочную вену, стеноз брюшного отдела аорты – у двух детей. Исход из результатов обследования выбирается тактика лечения. Всем детям в предоперационном периоде проводилась склерозирующая терапия. При выборе варианта хирургического лечения руководствовались данными трансумбиликальной гепатографии, доплерографии и МСКТ в режиме ангиографии. 17 пациентам с функционизирующей левой долевой ветвью воротной вены после ревизии ворот печени проведено мезентерикоportalное шунтирование, 7-Н-образный спленоренальный, 5-ти дистальный спленоренальный, двум – мезентерикокаваальный анастомоз. При повышенном давлении в системе нижней полой вены у одного больного выполнили

Результаты. Анализ результатов доплерографии и МСКТ в послеоперационном периоде показал проходимость шунтов во всех случаях. Сопоставление данных объема кровотока с диаметром шунта позволило прийти к заключению, что адекватную лекомпрессию портальной системы обеспечивали анастомозы, имеющие диаметр от 8 до 10 мм. Повторные исследования, проведенные в динамике от 6 месяцев до 5-и лет после операции, выявили сокращение кровотока по сегментарным артериям и вене и через шунт. Хорошая функция шунта наблюдалась у 90,3%, недостаточная – у 7,7% (проведено склерозирование вен пищевода), тромбоз шунта отмечен в 2% случаев (повторялась повторная операция). Ретицивог кровотечения – 9,3%.

Заключение. Доплероскопическое УЗИ и МСКТ в режиме ангиографии высоко информативные методы, позволяющие оценить эффективность работы шунтов после портосистемного шунтирования. Разработанный нами диагностико-лечебный алгоритм, позволил нам индивидуализировать тактику лечения и улучшить его результаты.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ШКАЛЫ

МELD ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ

ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПОРТАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИЕЙ И ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫМ

СИНДРОМОМ II ТИПА

Русин В.И., Сирчак Е.С., Футько К.В.

Ужгородский национальный университет,

медицинский факультет, г. Ужгород, Украина

Цель исследования. Оценить возможность применения шкалы MELD для прогнозирования продолжительности жизни больных циррозом

печени (II тип) с гепаторенальным синдромом (ГРС) II типа.

Материалы и методы. Обследовано 29 больных (13С-МДТ). Для прогнозирования летальности больных ЦП с ГРС использовали шкалу MELD. **Результаты.** В класс В за Child-Pugh вошло 10 больных, масса функционирующих гепатоцитов (МФТ) по результатам 13С-МДТ для них составляла $43,7 \pm 5,8\%$, в класс С – 19 больных, с МФТ $17,6 \pm 6,2\%$.

При оценке состояния больных ЦП с ГРС по шкале MELD большинство пациентов находилось в диапазоне 21-49 баллов. Средний балл по шкале MELD составил $34,23 \pm 1,12$. Летальность достигала 17% за первые две недели пребывания в стационаре, за три месяца наблюдения – 14% и 10% за первый год. Длительная продолжительность жизни при 20-29 баллах по шкале MELD составляла 64%, при 30-39 баллах – 33%, а при 40-49 баллах – 0%. Продолжительность жизни в зависимости от уменьшения количества баллов по шкале MELD. Однолетнюю продолжительность

жизни наблюдали только у больных ЦП, которые попали в диапазон от 10 до 19 баллов (58%) и у 32% больных с баллами 20-29 по шкале MELD при переоценке первичных показателей.

Заключение. У больных ЦП с ГРС II типа выявили высокую летальность (10-17%) на первом году возникновения гепаторенального синдрома. Шкала MELD может быть использована для прогнозирования продолжительности жизни больных ЦП с ГРС.

ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Рыбачков В.В., Дряженков И.Г.,

Завьялов Д.В., Горохов В.В.

ЯГМА, г. Ярославль, Россия

Цель исследования. Улучшить результаты лечения больных с печёночной формой портальной гипертензии, осложнённой кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Материалы и методы. В основу работы положены результаты лечения и обследования 234 больных с печёночной формой портальной гипертензии, осложнённой кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПиЖ). Возраст больных колебался от 21 до 84 лет. У 157 (67,1%) пациентов продолжительность «печёночного» анамнеза составляла от 1 года до 20 лет.

V степени (48,9% и 33,6% соответственно). I и III При первичной экстренной эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) кровотечение было диагностировано у 78 (34,9%) больных. У 41 (18,4%) пациента был обнаружен переход варикозно расширенных вен на кардиальный отдел и свод желудка. Кровопотеря средней степени тяжести установлена у 73 (31,2%) больных, тяжёлой – у 161 (68,8%). По данным ЭГДС, доминировали пациенты с ВРВПиЖ.

Результаты. Консервативная терапия проводилась у всех 234 больных. Зонд-обтуратор Сенгстакена-Блэкмора для достижения локального гемостаза был использован в 171 (73,1%) случае. Показанием для его использования явилось продолжающееся кровотечение при поступлении – 83 (48,5%) больных или рецидив кровотечения в стационаре – 88 (51,5%) больных. В дальнейшем данный метод локального гемостаза в качестве изолированного метода использовался у 101 (43,2%) больного.

V степени – у 23 (63,9%) и 11 (30,5%) пациентов соответственно. I и III степени отмечалась у 2 (5,6%) пациентов, II Экстренное хирургическое вмешательство было выполнено 36 больным. Все пациенты были оперированы на фоне активного кровотечения. Выраженность ВРВП

При лечении 34 пациентов использовано эндоскопическое склерозирование (ЭС) ВРВП. Из них у 15 (44,2%) манипуляции выполнялись по поводу продолжающегося кровотечения из ВРВП при отсутствии эффекта после установки зонда-обтуратора. У 19 (55,9%) больных V степени у 21

(61,8%) и 10 (29,4%) пациентов соответственно. В качестве склерозанта использовался 0,5% и 1,0% раствор этоксисклерола с курсом до 30 мл. I и III степени отмечалась у 3 (8,8%) пациентов, ПЭС выполнялось из-за высокого риска рецидива кровотечения. Выраженность ВРВП

Консервативное лечение приводит к снижению в сыворотке крови цитокинов на фоне повышения уровня фибронектина. При этом значительного улучшения портопечёночной гемодинамики не наблюдается. Частота рецидива кровотечения в стационаре составляет 30,7%, а летальность 46,5%. После прошивания варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка кровоток в воротной вене нарастает, в селезёночной вене снижается при увеличении линейного и объёмного артериального кровотока. Летальность снижается до 27,8%, а частота рецидивов кровотечения – до 11,2%.

После эндоскопического склерозирования варикозно расширенных вен пищевода линейный и объёмный кровоток в воротной вене возрастает. Устойчивая тенденция к нормализации в сыворотке крови концентрации цитокинов наиболее выражена при тяжёлой степени печёночной недостаточности. Это сопровождается снижением в условиях стационара летальности до 14,7%. В ближайший период после стационарного лечения более благоприятные результаты наблюдаются после эндоскопического склерозирования ВРВП.

Заключение. Таким образом, эндоскопическое склерозирование на высоте кровотечения варикозных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии более эффективно по сравнению с традиционными методами лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Савченко А.В., Авдей Е.Л., Дзядзько А.М.

УЗ «9-я клиническая больница», г. Минск, Беларусь

Цель исследования. Проанализировать причины развития осложнений склеротерапии варикозно расширенных вен пищевода и желудка (ВРВПЖ).

Материалы и методы. В исследование включены 220 больных с ВРВПЖ с синдромом портальной гипертензии (158 с внутripечёночной и 62 с подпечёночной формой портальной гипертензии), в возрастном диапазоне от 15 до 78 лет. Всего в процессе исследования выполнено 614 сеансов эндоскопического склерозирования ВРВПЖ. В качестве склерозирующих агентов использовались: полидоканол («Этоксисклерол») 0,5–3% раствор, тетрадецилсульфат натрия («Тромбовар», «Фибро-Вейн») 1–3% раствор. Склерозирующие вещества вводили интра-, паравазально либо смешанно. После выполнения сеанса склерозирующей терапии пациентам, у которых имело место поступление крови из мест инъекций, в случае невозможности

пекрэквестрэктомии с последующим ЦГА или ЦЭА - вариант, выполнения которой зависит от зоны локализации ПСЖ.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ НА ЭТАПАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТОЗНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

*Резник П.В., Овсянкин А.В., Афанасьев В.Н.,
Москалев А.П., Афанасьев Д.В., Герасимов С.А.*

*Кафедра общей хирургии с курсом ФПК и ППС
Смоленской государственной медицинской
академии, г. Смоленск, Россия*

Цель исследования. Изучение эффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в сочетании с другими методами хирургического лечения больных хроническим кистозным панкреатитом (ХКП).

Материалы и методы. Проведён анализ результатов обследования и лечения 64 больных ХКП. Для уточнения причин развития рецидивов и осложнений панкреатита использовали фиброгастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию, фистулографию, транскутанную цистографию под контролем УЗИ.

Обследование показало, что наряду с экзогенными (нарушение диеты, приём алкоголя) факторами обострений ХКП у больных были выявлены внутренние причины рецидивов заболевания, требовавшие хирургического лечения. У 16 больных диагностирован папиллостеноз, стриктуры главного панкреатического протока (ГПП) установлены у 38 больных, у 10 пациентов причины рецидива заболевания были обусловлены экзогенными факторами.

Выполнение (ЭПСТ) с целью улучшения дренажной функции ГПП и предупреждения осложнений ХКП проведено 38 больным. Из них у 26 больных выполнены радикальные хирургические вмешательства, в виде изолированной цистэктомии плазменным скальпелем. Особенностью планового хирургического лечения у 12 пациентов явилась стриктуры ГПП на большом протяжении. Указанная патология потребовала прямого хирургического вмешательства на ПЖ, которое заключалось в выполнении операции продольной панкреатоеюностомии. При этом у 5 из них указанная операция сочеталась с постановкой стента для дополнительного дренирования проксимального отдела ГПП.

У остальных 16 пациентов с установленным папиллостенозом и малыми размерами панкреатических кист (5 см в диаметре), хирургическое вмешательство ограничилось ЭПСТ в сочетании пункционно-аспирационным методом под контролем УЗИ. У 10 пациентов проводилось консервативная терапия обострений ХКП.

Результаты. Оценка отдалённых результатов на протяжении 3 лет показала, что из 38 оперированных пациентов у 32 рецидивов панкреатита не отмечалось. У 4 больных частота приступов заболевания сократилась в два раза. У 2 пациентов сохранялся болевой синдром. Из 16 больных с папиллостенозом наличие панкреатических кист без признаков обострения панкреатита наблюдалось у 4 больных. Полная регрессия кист выявлена у 12 пациентов ХКП. Из 10 пациентов, которым проводилась консервативная терапия, у 6 выявлено увеличение размеров кисты, что потребовало проведения оперативного лечения. У 4 пациентов выполнены операции внутреннего дренирования, а у 2 больных плазменная цистэктомия.

Заключение. Таким образом, анатомически обусловленные причины рецидивирования хронического кистозного панкреатита являются показанием к выполнению ЭПСТ и ЭВТ и определяют выбор хирургического метода лечения у больных ХКП. При осложнённом течении ХКП выполнение эндоскопических вмешательств носит превентивный характер, направленный на устранение прогрессирования самих осложнений, путём ликвидации дуктальной панкреатической обструкции.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Русин В.И., Болдижар А.А., Мартышов А.В.

*Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина*

Цель исследования. Исследование результатов тактики и технических приёмов остановки кровотечений в просвет кист поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Материалы и методы. Среди 300 пациентов с псевдокистами (ПК) поджелудочной железы, которые находились на лечении в хирургической клинике ЗОКБ им. Андрея Новака, г. Ужгород, у 15 больных ПК осложнялась кровотечением.

При этом в просвет не нагноенной ПК кровотечение наблюдалось у шести, в просвет нагноенной ПК – у трёх и в просвет верхних отделов ЖКТ ещё у 6 пациентов, из них в просвет желудка у четырёх, в просвет 12-палой кишки у двух.

Ангиографические исследования выполнены у всех 15 больных.

При этом у двух больных с ПК осложнёнными кровотечениями в просвет верхних отделов ЖКТ диагностирована псевдоаневризма селезёночной артерии, а ещё у двух пациентов – псевдоаневризма панкреатодуоденальной артерии. Нами выполнена эмболизация псевдоаневризм баллоном, что отделяется.

У семи больных с кровотечением из эрозированной селезёночной артерии в случае признаков экстрavasации контрастного вещества выполнена

эмболизация сегментарной артерии у пяти больных жидким "Емболином", у двух пациентов – с отслаиваемым баллоном. У трёх больных с нагноенными псевдокистами и кровотечением в просвет последней выполнено лапаротомное дренирование ПК с прошиванием ретропанного сосуда. У одного пациента с кровотечением в просвет ПК выполнена экстренная панкреатодуоденальная резекция в модификации клиники.

Результаты. Во всех случаях не зависимо от способа остановки удалось остановить кровотечение, при летальности 6,7%.

Заключение. Основным методом лечения кровотечения из ПК поджелудочной железы является открытое лапаротомное вмешательство, альтернативой которому становятся рентгенэндоваскулярные способы остановки кровотечения.

К ОЦЕНКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рыбаков В.В., Уткин А.К., Алехин А.Г., Быков А.С.
ИГМА, г. Ярославль, Россия

Цель исследования. Оценка результатов лечения осложнённых псевдокист поджелудочной железы. *Материалы и методы.* По нашим данным частота кист поджелудочной железы как результатов перенесённого острого панкреатита составляет 28,4%. Мы располагаем опытом лечения 243 кист поджелудочной железы в возрасте от 17 до 72 лет. Среди больных преобладали мужчины (62,5%). Оперативное вмешательство выполнено у 114 больных. Показанием к операции явились прориссирующее течение кисты. Абсцедирование псевдокисты имело место у 53 больных (47,2%), перфорация в брюшную полость – у 11 (9,4%), кровотечения – в 5 случаях (4,4%), нарастающее непродуктивность – в 6 случаях (5,4%), пистолтепварный свищ – 4 больных (3,5%), у 30 больных оперативное вмешательство предпринято в связи с увеличением кисты и усилением болевой симптоматики. При срочных и экстренных операциях выполнялось наружное дренирование кисты (68 больных), цистостомия (разной модификации) выполнено у 20 больных, диспанная резекция поджелудочной железы со спленэктомией – в 11 случаях, у 5 больных панкреатодуоденальная резекция. Послеоперационная летальность составила 10,5%.

Особо следует отметить профузное кровотечение из полости кисты в сочетании с её перфорацией в брюшную полость. Мы располагаем двумя подобными наблюдениями с благоприятными исходами. В обоих случаях отмечалось профузное кровотечение из сегментарной артерии. Кровотечение было остановлено перевязкой артерии. В дальнейшем пришлось выполнить

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Самарцев В.А., Сандаков П.А., Новикова Н.В., Минеев Д.А., Осokin А.С., Бадин А.Ю., Маклакова С.В., ГОУ ВПО «ИГМА имени ак. Е.А. Вагнера Ярославля», МУЗ ГКБ №4, г. Пермь, Россия

Введение. Широко внедрение в клинику хирургической практики методов эндоскопической визуализации, совершенствование минимально инвазивных технологий открыло новые горизонты в лечении псевдокист поджелудочной железы (ПК). Многообразие хирургической тактики, рецидивы заболевания, тяжёлые послеоперационные осложнения делают лечение кист ПК актуальной медицинской, социальной и экономической проблемой. *Цель исследования.* Улучшение результатов хирургического лечения кист ПК за счёт выбора оптимальной хирургической тактики. *Материалы и методы.* нами оперированы 72 пациента с кистами ПК. Средний возраст больных составил $48 \pm 4,6$ лет. По экстренным показаниям оперировано 24 (33,3%), в отсроченном порядке 13

темкологическим слева с последующим восстановлением кишечной трубки. В настоящее время оба больных работают по специальности. В остальных случаях лечение кист осуществлялось пункционными санациями. Считаём, что показанием для подобной манипуляции является диаметр полости более 5 см.

При несформированных кистах многократная пункционная санация позволяет избежать развития осложнений и почти в половине случаев добиться их исчезновения. В более поздние сроки эффективна пункционная санация в виде эффективного уменьшения кисты отмечена в 32% случаев. В этой группе оперативное вмешательство выполнено только у 9 больных (пистостомия) с одним летальным исходом в связи с развитием жирового панкреонекроза.

При прогнозировании течения несформированных кист большое значение имеет определение степени её активности. Предварительные исследования показали, что такими критериями могут являться степень микробной обсеменённости содержимого кисты, а также повышение в полости кисты концентрации токсических соединений и промежуточного метаболизма и проводимых цитологических исследований. В этих случаях возможна прориссированная деструктивная процедура в полости кисты весьма велика. При наличии такой ситуации активизация хирургической тактики оправдана.

Заключение. Таким образом, при осложнённых псевдокистах поджелудочной железы необходим дифференцированный подход с учётом активности их течения и разнородности уже возникших осложнений.