

# По материалам XX юбилейного международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ

**18-20 сентября в г. Донецке прошел XX юбилейный международный конгресс Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», в котором приняли участие ведущие специалисты из России, Украины, Молдовы, Беларуси, Узбекистана. На мероприятии были всесторонне освещены новые достижения хирургической гепатологии и панкреатологии, представлены современные подходы к лечению опухолевой патологии печени, рассмотрены вопросы профилактики послеоперационных осложнений и другие актуальные проблемы. Особое внимание было уделено современным методам лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой, терапии рубцовых стриктур желчных протоков. С основными положениями докладов мы предлагаем ознакомиться нашим читателям.**



Главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии им. академика В.В. Вахидова доктор медицинских наук, профессор Андрей Васильевич Девятков представил результаты селективного портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с высокой портальной гипертензией.



— По данным ВОЗ, 10% населения планеты имеет хронические заболевания печени, что составляет более 500 млн человек. При этом более 20 млн человек во всем мире страдают ЦП и/или раком печени. По прогнозам специалистов, в ближайшем десятилетии количество таких пациентов увеличится более чем на 60%. Радикально решить проблему ЦП и его осложнений позволило внедрение трансплантации печени. Потенциальная перспектива радикального лечения стала сегодня абсолютно приоритетным направлением в лечении больных ЦП. Однако, несмотря на ежегодный рост количества трансплантаций печени, даже в развитых странах потребность в донорском органе удовлетворяется в лучшем случае на 25-50%. В процессе ожидания операции умирают 10-24% больных, из которых более четверти пациентов — по причине кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Высокие показатели смертности обуславливают необходимость выполнения вмешательств, направленных на профилактику развития геморрагического синдрома, среди которых оптимальными считаются эндоваскулярные и хирургические способы декомпрессии портальной системы.

Портосистемное шунтирование следует рассматривать как вариант выбора способа портальной декомпрессии, особенно при неэффективности фармакологического и эндоскопического лечения.

Показано, что при соблюдении определенных показаний портосистемное шунтирование эффективнее других альтернативных методик как в плане

профилактики варикозно расширенных вен пищевода и желудка, так и в отношении сроков выживаемости пациентов с ЦП (G. Puhl et al., 2011; M.J. Orloff et al., 2012).

В Республиканском специализированном центре хирургии им. академика В.В. Вахидова за период с 1976 г. по январь 2013 г. было выполнено 862 декомпрессионных вмешательства. Количество шунтирующих операций за последние десятилетия увеличилось в разы — с 65 (1976-1985 гг.) до 316 (1996-2005 гг.) и 310 (2006-2012 гг.). При этом летальность снизилась с 28 (1976-1991 гг.) до 3,4% (1992-2010 гг.).

В центре отмечается широкое внедрение парциальных центральных и селективных типов анастомозов, оригинальных методик ограничения портокавального сброса, существенное уменьшение количества выполняемых центральных тотальных анастомозов, в том числе со спленэктомией, использование прецизионной техники с оптическим усилением при формировании сосудистого анастомоза. Перечисленные достижения позволили существенно снизить количество осложнений и летальность. Серьезно расширился спектр медикаментозной поддержки поврежденной печени в послеоперационном периоде.

Среди различных вариантов шунтирования наиболее часто (в 40% случаев) применялся предложенный W. Warren (1967) дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА). Данный анастомоз вызывает декомпрессию только гастролиенальной зоны портальной системы, сохраняя воротный кровоток.

Однако данный метод шунтирования имеет определенные недостатки:

- низкий декомпрессионный эффект у больных с высокой портальной гипертензией, перенесших кровотечение в анамнезе;
- риск прогрессирования асцитического синдрома в группе больных с декомпенсацией ЦП;
- высокий риск постшунтовых осложнений в старшей возрастной группе (старше 50 лет);
- диаметр селезеночной вены (выраженная трансформация селезеночной вены по диаметру) может препятствовать формированию анастомоза по типу конец в бок.

Внедрение оригинальной методики ограничения портокавального сброса

при помощи ограничительной манжеты из дакронового сосудистого протеза позволило улучшить результаты лечения больных, что было убедительно продемонстрировано в ходе исследования.

Для сравнения результатов ДСРА были сформированы три группы больных: ДСРА с диаметром селезеночной вены до 1,5 см — 194 (84,7%) пациента, с диаметром селезеночной вены более 1,5 см без ограничения — 21 (9,2%) больной, с диаметром селезеночной вены более 1,5 см с ограничением — 14 (6,1%) пациентов.

В группе больных с широкой селезеночной веной и ДСРА без применения ограничительной манжеты частота осложнений была достоверно выше по сравнению с группой пациентов, у которых ДСРА выполняли с использованием ограничительной манжеты, и группой с селезеночной веной до 1,5 см:

- печеночная недостаточность — у 14,3, 7,1 и 3,1% больных соответственно;
- печеночная энцефалопатия — у 18,2, 8,3 и 7,1% соответственно;
- нарастание асцита — у 23,8, 14,3 и 13,9% соответственно;
- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка в ранний период после ДСРА — у 14,3, 0 и 3,1% соответственно;
- летальность — у 9,5, 0 и 4,1% соответственно.

Таким образом, применение оригинальной методики ограничения портокавального сброса при ДСРА с диаметром селезеночной вены более 1,5 см позволило существенно снизить частоту специфических постшунтовых осложнений ( $p=0,03$ ).

Заместитель директора по научной работе ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Михаил Ефимович Ничитайло посвятил свой доклад вопросам рациональной хирургической тактики при осложненном холедохолитиазе.



— Нами были проанализированы результаты эндоскопического лечения 3510 больных, находящихся в отделении лапароскопической хирургии и холелитиаза в период с 2000 по 2013 г. с осложненными формами холедохолитиаза (множественный холедохолитиаз, фиксированные конкременты дистального отдела общего желчного протока, крупные камни общего желчного протока, вклиненные конкременты большого сосочка двенадцатиперстной кишки, синдром Мириizzi, болезнь Кароли).

Множественный холедохолитиаз был диагностирован у 1110 (31,6%) пациентов

с холедохолитиазом. Использование в лечении данной патологии активной (одноэтапное поочередное удаление конкрементов из желчных путей) и активно-выжидательной (многоэтапной) тактики позволило в 94,6% случаев достичь успеха терапии и в 3-4 этапа полностью санировать желчные протоки.

В случае фиксированных конкрементов желчных путей (встречались у 10,3% больных) выполняли смещение конкремента из зоны вклинения в проксимальном направлении биопсионными щипцами, металлическим тубусом литотриптера либо дробление конкремента литотрипторной корзиной, проведенной в протоки мимо фиксированного камня по гидрофильной струне.

Механическая литотрипсия при крупных конкрементах (>15 мм) была проведена у 1397 (39,8%) пациентов. Эндоскопическое лечение больных с конкрементами >25 мм в диаметре часто было безуспешным, и в большинстве случаев не представлялось возможным захватить конкремент корзиной литотриптера.

При высокой механической желтухе и гнойном холангите применяли метод эндобилиарного стентирования у 33 (0,9%) пациентов пожилого возраста с единичными конкрементами и тяжелой сопутствующей патологией. Во всех остальных случаях выполняли лапароскопические оперативные вмешательства.

Частота локализации камней в ампуле большого сосочка двенадцатиперстной кишки у больных холедохолитиазом составила 15,7% (550 пациентов). В нашей клинике всем больным с вклиненными камнями большого сосочка двенадцатиперстной кишки проводили эндоскопические вмешательства — преимущественно с использованием атипической торцевой папиллотомии. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при синдроме Мириizzi нередко оказывались безрезультатными. С помощью механического литотриптера удалось обойти и фрагментировать причинный конкремент у 19 пациентов.

У 24 больных с высокой механической желтухой и симптомами гнойного холангита предоперационно были выполнены различные варианты назобилиарного дренирования и временного эндобилиарного стентирования. У 10 пациентов с широким холецистохоледеальным свищем через свищевое отверстие эндоскопически были удалены также и все конкременты из желчного пузыря.

Частичное удаление причинных конкрементов выполнялось путем многократных этапных инструментальных ревизий с последующей санацией кистозно-расширенных протоков растворами антисептиков.

Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств (кровотечения и легкие формы острого панкреатита) наблюдались у 5,1% больных.

Таким образом, транспапиллярный метод является приоритетным в лечении осложненных форм холедохолитиаза.

На основании результатов применения различных лечебно-диагностических алгоритмов можно сделать вывод





о том, что использование преимуществ миниинвазивных технологий позволяет эффективно лечить пациентов с осложненными формами холедохолитиаза. Этапные эндоскопические вмешательства при осложненных формах холедохолитиаза позволяют достичь успеха в лечении данной патологии у 95% больных.

**Доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Михаил Васильевич Данилов** представил результаты минимально инвазивных диагностических и традиционных операций при хирургическом лечении осложненной желчнокаменной болезни и хронического панкреатита.



– Цель представленного исследования – разработка показаний и методов повторных и реконструктивных лапаротомных операций у пациентов, подвергшихся неэффективному минимально инвазивному вмешательству на желчных путях и большом сосочке двенадцатиперстной кишки при осложнениях желчнокаменной болезни и хронического панкреатита.

За период с 1995 по 2013 г. мы наблюдали 102 пациентов, перенесших минимально инвазивные диагностические и терапевтические вмешательства на желчных путях и поджелудочной железе: эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию или эндоскопическую папиллосфинктеротомию (n=45), лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) (n=5), эндоскопическое билиарное стентирование (n=32). В случае развития осложнений этих процедур или рецидива основного заболевания все пациенты данной группы подверглись лапаротомным (n=89), эндоскопическим или пунктирно-катетеризационным (n=24) повторным и реконструктивным операциям.

Согласно полученным данным причинами неэффективности эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии и эндоскопической папиллосфинктеротомии у пациентов с холедохолитиазом оказались билио-билиарные свищи (синдром Мирizzi – у 13 больных), не позволявшие выполнить полноценную литотрипсию и литоэкстракцию, а также крупные конкременты холедоха диаметром более 2 см (у 19 пациентов).

Основными причинами развития послеоперационного острого холангита и деструктивного калькулезного холедохолитиаза у 23 больных были неполноценная литоэкстракция и длительная инкубация контрастного вещества в просвете желчного пузыря и протоков, что потребовало проведения экстренных и срочных лапаротомных операций на желчных путях и большом сосочке двенадцатиперстной кишки.

Повторные операции на желчных путях и поджелудочной железе производили в послеоперационном периоде у 24 пациентов, которым ранее была выполнена ЛХЭ по поводу острого и хронического холедохолитиаза, а также при хроническом панкреатите и опухолях панкреатодуоденальной зоны. Причинами интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений ЛХЭ, потребовавших проведения лапаротомий, были: неконтролируемое кровотечение (n=6), повреждение желчных протоков (n=19), недостаточность культи пузырного протока вследствие не диагностированных до операции холедохолитиаза, псевдотуморозного панкреатита, опухолей органов панкреатодуоденальной зоны (n=5). Повторные оперативные вмешательства выполнялись с целью обеспечения гемостаза, восстановления целостности желчных протоков при их малых повреждениях и создания полноценного желчеоттока путем наложения билиодигестивных анастомозов с магистральными желчными протоками у больных с большими их повреждениями.

Исследование продемонстрировало, что методы минимально инвазивной хирургии желчных путей не исключают развития осложнений и рецидивов исходных заболеваний билиарно-панкреатической системы. Возникающие осложнения в целом ряде случаев требуют безотлагательного проведения повторных и реконструктивных лапаротомных операций с целью эффективного восстановления нарушенного желчеоттока, а в отдельных случаях – выполнения радикальных операций на поджелудочной железе.

**Доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии № 1 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца Игорь Леонидович Несташенко** представил результаты усовершенствованных эндоскопических методов лечения холедохолитиаза.



– Целью работы было улучшение результатов лечения пациентов с холедохолитиазом путем усовершенствования существующих и разработки новых методов эндоскопических эндо-билиарных вмешательств.

Анализ выполнения 17 тыс. транспапиллярных вмешательств позволил разработать тактику эндоскопического лечения больных с холедохолитиазом. Традиционный метод терапии предусматривает проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии и холедохолитоэкстракции. Однако индивидуальные анатомические особенности, наличие основной и сопутствующей патологии, перенесенные операции могут затруднять проведение папиллотомии, что вынуждает

хирургов искать новые технические способы применения данного вмешательства.

В нашей клинике были разработаны: способ выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии при наличии околососочковых дивертикулов; канюляционная супрапапиллярная холедоходуоденостомия; инвагинационная папиллотомия.

Учитывая достаточно высокую частоту непосредственных осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии (кровотечение – 0,3-2,0%; перфорация двенадцатиперстной кишки – 0,1-0,3%; панкреатит – 1,7-4,0%), актуальными также являются вопросы их профилактики. Одной из наиболее частых причин неудовлетворительных отдаленных результатов транспапиллярных вмешательств является рефлюкс-холангит, вызывающий рецидив холедохолитиаза в 4,0-5,0% случаев. Поэтому актуальным остается применение баллонной дилатации – органосохраняющего вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки. Однако частота развития послеоперационных панкреатитов после ее выполнения существенно выше по сравнению с проведением папиллотомии (15,4 и 0,8% соответственно). Нами был разработан способ баллонной дилатации сфинктера Одди, позволяющий предупредить данные осложнения и проводить эндобилиарные транспапиллярные вмешательства в полном объеме.

Следующий важный этап лечения – извлечение конкрементов из желчных протоков, которые не удалось или удалось извлечь или которые не отошли после эндоскопической папиллосфинктеротомии. В последующем они были удалены методом механической литотрипсии. Для повышения эффективности процедуры в клинике была разработана методика предварительной обработки конкрементов 3,0% водной взвесью силикса. В случае неэффективности указанных вмешательств методом выбора является эндоскопическое (внутреннее или наружное) дренирование желчных протоков.

При использовании вышеописанного лечебного алгоритма удалось достичь эндоскопическим путем радикальной санации желчных протоков у 88,9% пациентов, в 6,7% случаев эндоскопия была первым этапом оперативного лечения больных с холедохолитиазом и в 4,4% – проведение транспапиллярных вмешательств было невозможным или неэффективным.

Осложнения эндоскопического лечения холедохолитиаза отмечались в 4,3% наблюдений: кровотечение из папиллотомной раны, прогрессирование холангита, острый панкреатит – в 0,9%, перфорация двенадцатиперстной кишки. Частота рецидивного холедохолитиаза после радикальной эндоскопической санации желчного протока составила 4,0%, летальность – 0,8%.

Применение разработанных в клинике методов у больных с холедохолитиазом позволило улучшить непосредственные результаты их лечения на 7,2%.

**Кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького Александр Анатольевич Стукало** рассказал о тактике ведения пациентов со стенозирующими заболеваниями терминального отдела холедоха (ТОХ).



– В представленном исследовании приняли участие 2377 больных с патологией общего желчного протока, которым в клинике в период с 2003 по 2012 г. были произведены эндохирургические транспапиллярные вмешательства. В исследование включили 1128 (47,5%) пациентов с выявленными стенозирующими заболеваниями. Первую группу составили больные со злокачественными опухолями ТОХ (n=341, 30,2%), вторую – пациенты с доброкачественными опухолями большого сосочка двенадцатиперстной кишки (n=129, 11,4%), третью – больные, у которых основным фактором нарушения проходности ТОХ были парапапиллярные дивертикулы (n=392, 34,8%), четвертую – пациенты с вклиненными камнями в интрамуральной и папиллярной зоне ТОХ (n=161, 14,3%), пятую – больные с воспалительным и рубцовым характером стеноза (n=105, 9,3%).

Всем пациентам выполнялась дуоденоскопия с визуальной, а при необходимости – с морфологической оценкой папиллярной зоны, ретроградная или антеградная холангиография. Первоочередной задачей лечения, на наш взгляд, являлось устранение или существенное снижение протоковой гипертензии. Больным с сонографическими признаками протоковой гипертензии терапевтические мероприятия начинали с пункционных декомпрессионных вмешательств. С целью топической диагностики ликвидации стеноза ТОХ всем пациентам выполняли эндохирургические транспапиллярные вмешательства. У больных со стенозом папиллярного сегмента преимущественно производили эндоскопическую супрапапиллярную дуоденохоледохостомию в интрамуральной части общего желчного протока. У пациентов с парапапиллярными дивертикулами и деформацией оси ТОХ выполняли преимущественно канюляционную поэтапную послойную папиллотомию. Больным со злокачественным стенозом проводили эндопротезирование протока.

Наиболее опасными были попытки эндоскопической ликвидации стеноза панкреатической части ТОХ, поскольку сопровождалась частым развитием панкреонекроза и перфорацией. Осложнения возникли у 62 пациентов (5,5%), из которых 9 больных умерли (7 – в связи с осложнениями панкреонекроза, 2 – в результате ретродуоденальной перфорации).

Летальность составила 0,8%. Эффективность эндоскопического устранения доброкачественных форм стеноза ТОХ достигала 88,6% (697 из 787 пациентов). Эффективность эндохирургического разрешения билиарного блока у 341 больного обтурационной желтухой злокачественного происхождения составила 49,3% (168 пациентов).

Таким образом, эндоскопические транспапиллярные вмешательства оказались эффективными при стенозе папиллярного и интрамурального сегментов. Эффективность эндоскопических вмешательств повышалась при использовании атипичной техники выполнения, проведении этапных вмешательств, использовании комплекса организационных и медикаментозных мероприятий.

Подготовил Вячеслав Килимчук

