

**АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ
И ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ**

ФГБОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)

ГУЗ «Бурятский республиканский онкологический диспансер» (Улан-Удэ)

Бурятский филиал ФГБУ «Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии» СО РАМН
(Улан-Удэ)

Для современной хирургической гепатологии внедрение новых хирургических технологий при лечении очаговых заболеваний печени имеет большое значение (Марзлик Н.В. с соавт., 2009; Патютко Ю.И. с соавт., 2010; Koffron A.G. et al., 2007; Dagher I. et al., 2008). Вместе с тем, при доброкачественных и злокачественных очаговых образованиях печени не полностью определена тактика по выбору объема и метода оперативного вмешательства (Аксенов И.В. с соавт., 2010; Чжао А.В. с соавт., 2010; Коваленко Ю.А. с соавт., 2009; Barakat O. et al., 2008). При этом хирургическое лечение очаговых поражений печени на протяжении многих лет всегда представляло сложную для разрешения проблему. Недостаточно решенным вопросом резекции печени, в особенности обширной, является проблема адекватного гемостаза и холестаза. Резекция печени требует соблюдения двух взаимосвязанных условий — необходимость достижения адекватного отступления линии рассечения печеночной паренхимы от края очагового образования и постоянный контроль за кровотечением во время операции (Вишневский В.А. с соавт., 2003; Патютко Ю.И., 2005; Chouillard E. et al., 2003; Feng Z.O. et al., 2008). Ведущим фактором профилактики интраоперационных осложнений при операциях на печени служит совершенствование техники выполнения резекции. Применение современных технологий в хирургии печени способствует улучшению результатов хирургического лечения и качества жизни оперированных больных.

Нами разработан способ резекции печени с применением конструкций из сверхэластичного биосовместимого материала с памятью формы защищенный патентом РФ (№ 2286103) и внедренный в клиническую практику. Конструкции различных форм и размеров были изготовлены в НИИ медицинских материалов и имплантатов с памятью формы Сибирского физико-технического института при Томском государственном университете.

Методика оперативного вмешательства заключалась в следующем. После лапаротомии и определения объема резекции мобилизацию печени производили по общепринятой методике. На печень проксимальнее предполагаемой линии резекции накладывали одну из выбранных по размеру и форме конструкций, которая предварительно после стерилизации охлаждалась, при этом конструкция при нагревании сдавливала печеночную ткань, с определенным усилием не повреждая ее, одновременно, сдавливая сосуды и желчные протоки. Накладывали турникетные швы отступая от конструкции 1,5–2,5 см. После этого выполняли резекцию печени при этом крупные сосуды и желчные протоки дополнительно клипировали и лигировали при необходимости. Конструкцию удаляли. В ряде случаев выполняли гепатизацию раневой поверхности печени, при необходимости к культи печени фиксировали прядь большого сальника. Операцию завершали дренированием брюшной полости.

Экспериментальная часть исследования выполнялась для определения объема кровопотери во время операции и для выяснения морфологических изменений со стороны ткани печени при наложении конструкции, в зависимости от времени ее нахождения. В результате данные морфологических исследований показали, что конструкция при сдавлении прекращает кровоток в дистальном изолированном участке печени, при этом в течение 30 минут не оказывает повреждающего действия непосредственно на подлежащую компрессии ткань печени.

Экспериментальными исследованиями было выявлено, что предлагаемая методика резекции печени приводит к снижению интраоперационной кровопотери до 37,6 %, в отличие от традиционного метода. Ангиографические исследования показали, что конструкция прочно сдавливает печеночные сосуды и обеспечивает надежный гемостаз.

В Бурятском республиканском клиническом онкологическом диспансере оперативные вмешательства по данной методике были выполнены 45 пациентам по поводу доброкачественных и злокачественных очаговых новообразований печени. Мужчин было 14, женщин — 31. Средний возраст больных составил $59,6 \pm 3,4$ года. Операции были выполнены по поводу: гемангиомы — 18 больным; первичного рака печени — 9; кисты печени — 5; метастатического поражения печени — 10; хронического абсцесса печени — 2; фибромы печени у 1 больного. Показаниями к операции были поражение не более 3 хирургически резектабельных сегментов печени и отсутствие печеночной недостаточности. Атипичные резекции правой доли печени были выполнены в 29 случаях, левой доли — в 11 случаях, левосторонняя гемигепатэктомия была выполнена в 5 случаях.

Всем больным в дооперационном периоде выполнялись стандартизованные клиничко-лабораторные и инструментальные методы исследования. При определении показаний и подготовки к операции определяли степень поражения печеночной паренхимы и степень состояния важнейших функций печени, а также

предполагаемый объем и тяжесть оперативного вмешательства. Помимо этого, учитывали состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, наличие других сопутствующих патологий. Вмешательства на левой доле печени выполняли, используя верхнесрединный доступ, резекцию правой доли осуществляли, используя доступ Б.И. Альперовича. Операцию заканчивали дренированием подпеченочного и поддиафрагмального пространств. В послеоперационном периоде проводилась коррекция нарушений основных систем жизнеобеспечения, причем особое внимание уделяли профилактике острой печеночной недостаточности.

Осложнения различного характера в раннем послеоперационном периоде развились в 8 случаях (17,7 %), из них реактивный плеврит в 3 случаях, обострение хронического гепатита — 2, печеночная недостаточность — 2, острая печеночно-почечная недостаточность — 1. В результате развития острой печеночно-почечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде один больной умер (летальность — 2,3 %). Операция была выполнена по поводу рака правой доли печени на фоне цирроза.

Отдаленные результаты прослежены в течение одного, трех и пяти лет после операции. После операций по поводу гемангиом и кист печени выживаемость в течение первого года составила 100 % и сохранялась на протяжении 3—5 лет, что определялось доброкачественностью образований. Выживаемость при раке печени составила 66,6 % в течение первого года. При метастазах печени больные не доживали до одного года.

В 2 случаях при раке правой доли печени и наличии противопоказаний к оперативному лечению была выполнена регионарная селективная внутриартериальная эмболизация правой печеночной артерии. У 3 больных эмболизация печеночных артерий выполнена по поводу гигантских гемангиом. Осложнений во время оперативных вмешательств не наблюдалось. Положительные данные наблюдения за пациентами с применением клинко-лабораторно-инструментальных исследований дают непосредственные предпосылки о более широком применении в нашей практике данного метода в виде дополнения к резекционным технологиям, а также в виде отдельного изолированного рентгеноэндоваскулярного вмешательства.

Таким образом, полученные экспериментальные и клинические данные свидетельствуют о том, что резекция печени с применением конструкций из сверхэластичного материала с памятью формы способствует уменьшению интраоперационных осложнений и улучшает непосредственные результаты оперативного лечения. Предлагаемый способ резекции печени может достаточно широко применяться в общехирургических лечебных учреждениях, так как является технически простым, доступным и не требует больших материальных затрат.

Л.Н. Шантанова, А.Г. Мондодоев, Р.С. Романова

ИССЛЕДОВАНИЕ СНОТВОРНОГО ДЕЙСТВИЯ СУХОГО ЭКСТРАКТА ПИОНА УКЛОНЯЮЩЕГОСЯ

ФГБУН «Институт общей и экспериментальной биологии» СО РАН (Улан-Удэ)

В последние десятилетия интенсивность и многообразие отрицательных психогенных факторов обусловили рост нервно-психических заболеваний и, в первую очередь, неврозов и невротических состояний. Согласно статистическим данным тревожные состояния и неврозы в общемедицинской сети выявляются в 53—68 % случаев (Захарова И.А. с соавт., 2009). При этом течение многих патологических процессов вне зависимости от этиологии и патогенеза, как правило, усугубляется невротическими расстройствами, а неврозы и неврозоподобные состояния обладают способностью к соматизации и приводят к развитию психосоматических заболеваний, относящихся к категории т.н. «болезней цивилизации» (Вельтищев Д.Ю., 2009).

Медикаментозное лечение неврозов связано с применением средств с анксиолитическим (транквилизирующим) действием, способных устранять тревогу, страх, беспокойство, напряжение, повышенную раздражительность, бессонницу и другие проявления невротических состояний. При этом транквилизаторы находят все большее применение не только в психиатрии, неврологии, общемедицинской практике для устранения широкого круга нервно-психических и психосоматических расстройств, но и используются практически здоровыми лицами для устранения эпизодически возникающих ситуационных трудностей, конфликтных и стрессорных ситуаций. Вместе с этим, для синтетических транквилизаторов характерно развитие побочных негативных эффектов, а также высокий риск развития толерантности и лекарственной зависимости (Мосолов С.Н., 2002), в связи с чем, более предпочтительным является использование препаратов растительного происхождения. В настоящее время для коррекции невротических состояний широкое применение имеют галеновые препараты валерианы, пассифлоры, пустырника, пиона и некоторых других растений. Следует отметить, что число седативных средств весьма ограничено. Одним из подходов к расширению их арсенала является разработка новых лекарственных форм (таблеток, гранул