

Из радикально оперированных больных с вовлечением в опухолевый или паразитарный процесс только желчные протоки наблюдалось 11 (17,19%) пациентов. У них были выполнены би-, сегментэктомии или гемигепатэктомии с резекцией гепатикохоледоха и конfluence, вплоть до второго деления протоков (в проксимальном направлении), и обязательным гистологическим исследованием на наличие микрометастазов по краям резекции, лимфаденэктомии гепатодуоденальной связки, области головки поджелудочной железы и чревного ствола, с последующим формированием прецизионного однорядного билиодигестивного анастомоза с выключенной петлей тонкой кишки по Ру.

С вовлечением в опухолевый или паразитарный процесс желчных протоков и сосудов оперировано 28 (43,75%) больных. Выполнены: лево-, правосторонние геми- или расширенные гемигепатэктомии с резекцией желчных протоков в пределах здоровых тканей с реконструктивной операцией – формированием билиодигестивного прецизионного анастомоза. Магистральные сосудистые структуры были выделены различными методами из ракового или паразитарного инфильтрата с оставлением «пластинок» патологической ткани на стенках трубчатых структур – при глубоком поражении, которые невозможно было удалить без образования неустраняемого дефекта в их стенке. Аппликационным методом выполнена глубокая криодеструкция «пластинок» патологической ткани и «мягкая» криодеструкция, методом крионапыления – при наличии поверхностных микрометастазов на сосудах, выделенных из инфильтратов.

Всем больным с механической желтухой на первом этапе, в экстренном порядке было произведено временное или окончательное наружное отведение желчи методом чрескожной чреспеченочной холангистомии под контролем УЗИ, с последующим через 3-4 недели оперативным лечением по показаниям.

Результаты: отдаленные послеоперационные результаты выявлены у 34 больных, радикально оперированных. Выживаемость составила 1 год – у 34 (97,4%), кроме 1(2,56%) летального случая, 2 года – 20 (58,82 %), 3 года – у 18 (52,94 %), 5 лет – у 6 (17,65%). Необходимо отметить отсутствие рецидивов заболеваний в области криодеструкций магистральных сосудистых структур.

Русинов В.М., Воробьев Д.Н., Сулопаров В.А.,
Якушев К.Б., Попырин И.А., Ковязин А. Н.
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ
ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ
С ВОВЛЕЧЕНИЕМ
НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ**

ГОУ ВПО Кировская государственная
медицинская академия,

Кировская областная клиническая больница, г. Киров.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения очаговых поражений печени с вовлечением НПВ за счет резекций печени, сочетанных с вмешательствами на НПВ.

Материал и методы: В Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей МЗ РФ с 1994 по 2005 г.г. находилось на обследовании и лечении 1449 больных с очаговыми поражениями печени, из них 151 (10,4%) – с вовлечением НПВ в очаг поражения в возрасте от 9 до 71 года ($45,2 \pm 2,3$). Мужчин было 60 (39,7%), женщин – 91 (60,3%).

Диагностика вовлечения НПВ включала УЗИ с дуплексным сканированием, КТ у 129 (85,4%) и/или спиральную КТ с болюсным контрастированием у 28 (18,5%) либо МРТ у 107(70,7%). Для уточнения степени стеноза, его протяженности, дислокации НПВ, а также анатомических вариантов кровоснабжения печени из 151 больного с признаками вовлечения НПВ у 66 (43,7%) выполнены ангиографические исследования: целиакография у 52(34,4%), спленопортография у 53(35,1%), каваграфия у 51(33,8%), у 3 из них с флебографией печеночных вен, прямая портография у 3(2,0%). Интраоперационное УЗИ для этих же целей потребовалось у 25 (16,5%) больных.

Результаты: Вовлечение НПВ наблюдали при альвеококкозе у 50 (45,5%) из 110 больных, эхинококкозе у 15 (23,8%) из 63, первичном раке и саркомах у 45(17,1%) из 262 больных, метастатическом раке у 12 (6,2%) из 195 больных, гемангиомах у 25 (6,7%) из 359, доброкачественных опухолях печени у 4 (5,4%) из 74 больных. Наиболее часто НПВ была вовлечена в очаг, исходящий из правой доли у 39 (25,8%), из правой и левой у 91 (60,3%), из левой – у 9 (6,0%), из культи левой доли у 8 (5,3%) и из культи правой доли у 4 (2,6%). Ретропеченочный отдел НПВ без устьев печеночных вен был поражен у 37 (24,5%) больных. НПВ с устьями печеночных вен (ПВ) была вовлечена у 114 (75,5%) пациентов: в сочетании с правой ПВ у 97 (64,2%), срединной ПВ у 88 (58,3%), левой ПВ у 60 (39,7%). Одновременное вовлечение всех трех печеночных вен наблюдалось у 38 (25,2%) больных.

Резекции печени с вмешательством на НПВ выполнены у 100 (66,2%) больных: радикальные – у 89 (58,9%), паллиативные – у 11 (7,3%). Объем операций включал: ГГЭ у 30 (30,0%), расширенные ГГЭ у 46 (46,0%), бисегментэктомии у 10 (10,0%), атипичные резекции у 5 (5,0%), ререзекции культи у 9 (9,0%).

У 98 (98,0%) из 100 оперированных больных предприняты вмешательства на НПВ: выделение и скелетирование у – 75 (75,0%), краевая резекция у – 20 (20,0%), резекция сегмента у – 3(3,0%): с анастомозом у – 1, аутовенозным протезированием НПВ у – 2. Операции на НПВ сочетались в 33 (33,0%) случаях с вмешательствами на остающихся ПВ: препаровой и скелетированием ППВ у – 13 (13,0%), СПВ у – 19 (19,0%), ЛПВ у – 8 (8,0%); резекцией единственной ППВ с реимплантацией в аутовенозный протез у 1 (1,0%), резекцией ЛПВ и СПВ с аутовенозным протезированием и реимплантацией в аутопротез НПВ у – 1 (1,0%).

Реконструктивные вмешательства на НПВ и печеночных венах в 6 случаях потребовали обходного вено-(порто) венозного шунтирования: у 2 с внешним насосом и гипотермической защитой печени, у 4 – с пассивным шунтированием кровотока. Интраоперационная кровопотеря составила 1022 ± 202 мл.

У 11 (7,3%) больных с очаговыми поражениями печени с вовлечением НПВ выполнены диагностические лапаротомии, у 10 (6,6%) – желчеотводящие и дренирующие операции. 30 (19,9%) пациентов

из-за распространенности процесса и сопутствующей патологией не оперированы.

После радикальных операций у 38 (42,7%) возникли различные осложнения, у 5 (5,6%) потребовавшие релапаротомий, у 11 (12,4%) – дренирований под УЗИ остаточных полостей или желчных затеков, умерло 9 (10,1%) больных. В группе с паллиативными вмешательствами умерло 4 (19,0%) чел.

Заключение: Вовлечение нижней полой вены в очаг поражения печени, диагностированное современными визуализационными методами (УЗИ, интраоперационное УЗИ, КТ, МРТ, ангиография) не является фатальным осложнением и НПВ может быть выделена в процессе резекции печени.

Радикальные вмешательства у таких больных с очаговыми поражениями печени с вовлечением НПВ возможны в 58,9% случаев.

Русинов В.М., Казаковцев Д.В., Воробьев Д.Н.
ОСОБЕННОСТИ ПОРТАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОЧАГОВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ОККЛЮЗИЯМИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ
ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия, г. Киров.

Цель исследования: Изучить особенности портального кровотока у больных с очаговыми поражениями печени, осложненными окклюзиями воротной вены (ВВ) и ее ветвей.

Материалы и методы: Нами проведено исследование портального кровотока у 46 больных с очаговыми поражениями печени, осложненными окклюзиями ветвей ВВ. Мужчин было 22, женщин – 24 в возрасте от 15 до 69 лет ($43,1 \pm 4,1$).

Причинами окклюзий ветвей ВВ были: у 22 больных (47,8%) – альвеококкоз, у 17 (37,0%) – первичный рак печени, у 2 (4,3%) – эхинококкоз, у 2 (4,3%) – метастазы колоректального рака, у 2 (4,3%) – ангиосаркома и у 1 (2,2%) – гигантская гемангиома печени. Окклюзия левой ветви ВВ диагностирована у 20 больных (43,5%), в том числе у 11 (23,9%) – с вовлечением бифуркации ВВ; окклюзия правой ветви ВВ – у 26 (56,5%), из них с вовлечением бифуркации у 16 (34,2%). Группу сравнения составили 38 больных с очаговыми поражениями печени (размер очагов не менее 55 мм в диаметре) без вовлечения крупных сосудистых структур гиллисоновых ворот.

Характер поражения ВВ и ее ветвей устанавливали на основании ультразвуковой эхографии у 46 пациентов (100%) в режиме дуплексного сканирования на аппарате «ACUSON 128 xp/10» (SIEMENS, Германия) методом импульсной доплерографии и цветового доплеровского картирования. Измеряли диаметр сосудов, определяли максимальную систолическую скорость кровотока ($V_{\max}$), конечно-диастолическую скорость кровотока ($V_{\min}$), среднюю линейную скорость кровотока (TP), рассчитывали объемную скорость кровотока (Q), определяли систоло-диастолическое отношение, пульсационный (PI) и резистивный (RI) индексы, индекс артериальной перфузии печени и конгестивный индекс для воротной вены.

Результаты: При окклюзиях ветвей ВВ мы наблюдали увеличение линейных и объемных показателей портального кровотока по контралатеральной (здоровой) половине печени. Получены достоверные различия в величине объемного кровотока по долевым ветвям ВВ: $1,17 \pm 0,35$ л/мин в исследуемой группе против $0,98 \pm 0,21$ л/мин в группе сравнения ($p < 0,05$). Средние значения всех показателей линейного кровотока в исследуемой группе также были выше, причем в большей степени возрастали максимальная и средняя линейная скорости: $29,34 \pm 4,12$ см/сек против $25,18 \pm 4,15$ см/сек в группе сравнения ($p < 0,05$) и $23,28 \pm 3,73$ см/сек против $20,17 \pm 3,01$ см/сек соответственно ($p < 0,05$). Индекс артериальной перфузии у больных основной группы был достоверно ниже: $0,25 \pm 0,07$ против $0,31 \pm 0,06$ ($p < 0,05$). Достоверных различий в диаметрах исследуемого сосуда не было: $9,98 \pm 1,11$ см по сравнению с $10,02 \pm 0,89$ см в группе сравнения ($p > 0,05$). Полученные данные отражают увеличение доли венозного притока по непораженной половине в общем кровоснабжении печени у больных исследуемой группы. Ускорение кровотока по основному стволу воротной вены при окклюзии одной из ее долевых ветвей отражает и снижение в исследуемой группе величины конгестивного индекса до $0,034 \pm 0,010$ против $0,045 \pm 0,010$ в группе сравнения ($p < 0,05$).

Заключение: Полученные данные свидетельствуют о том, что при окклюзиях долевых ветвей ВВ происходит увеличение портального кровотока по непораженной половине печени за счет увеличения скоростных характеристик кровотока.

Ситников В.А., Стяжкина С.Н., Белоусов А.Н.,
Коробейников В.И., Кузнецов И. С., Варганов М. В.,
Злобин Д. П., Сумин К. Н.
ДЕТОКСИКАЦИОННАЯ И ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА
ГОУ ВПО Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Гнойный холангит является одним из наиболее тяжелых гнойно-септических осложнений предоперационного и послеоперационного периода в гепатобилиарной хирургии. Развитие гнойного холангита на фоне механической желтухи всегда опасно генерализацией инфекции в виде холангиогепатита, множественных абсцессов печени, пилефлебита, сепсиса, септического шока. Тяжесть состояния этих больных усугубляется нарастающей холемической интоксикацией, острой печеночной и иммунологической недостаточностью.

Цель исследования: изучить особенности антибактериальной, детоксикационной и иммунокорректирующей терапии, применяемой в клинике в комплексном лечении гнойного холангита.

Материалы и методы. В течение 20 лет на лечение в клинику находилось 608 больных с механической желтухой из них 231 – с гнойным холангитом. В хирургическую клинику 1 республиканской клинической больницы, поступают наиболее сложные и тяжелые больные из районов республики после продолжительного лечения. Длительность холестаза у 55%