

При нормальных биохимических показателях и скорости плазменной элиминации (СПЭ) ИЦЗ > 15%/мин считали возможным выполнение резекции печени в объеме до 75–80% паренхимы. При классах А и В по Child-Pugh и СПЭ ИЦЗ 10–15%/мин полагали возможным удалить до 60–65 % паренхимы. Сочетание СПЭ менее 10%/мин и объема остаточной паренхимы < 30% служило критерием нерезектабельности опухоли печени. Таким пациентам для компенсаторной гипертрофии непораженной части печени и уменьшения объема опухолевого поражения выполняли химиоэмболизацию ветвей воротной вены (n=8) и артериальную химиоэмболизацию опухоли (n=22). Эффективность оценивали через 1,5–3 месяца.

Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 760±356 мл. Осложненный послеоперационный период имел место у 45,3% пациентов. Осложнения чаще развивались у больных с сопутствующим хроническим гепатитом или циррозом (n=15, 62,5%). В ряде наблюдений у одного пациента имелись два и более осложнений. В большинстве

случаев встречались послеоперационная печеночная недостаточность, реактивные плевриты, желчеистечение с резекционной поверхности печени с формированием желчных свищей. У больных с хроническим вирусным заболеванием печени гораздо чаще в послеоперационном периоде наблюдалось прогрессирование гепатоцеллюлярной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 16,9%. В отдаленном периоде наблюдения всем пациентам проводилась адьювантная регионарная полихимиотерапия. У 12 пациентов диагностирован рецидив опухоли в оставшейся части печени. Медиана выживаемости больных первичным раком печени при комбинированном лечении составила 40,2 мес., а метастатическом поражении 39,3 мес.

Таким образом, выполнение обширных резекций печени с учетом индивидуальных параметров гепатоцеллюлярной дисфункции и остаточного объема паренхимы при комбинированном лечении позволяет достичь удовлетворительных показателей выживаемости.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ С СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Кашкин Д.П., Смородский А.В.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования – оценить результаты лечения и профилактики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени.

В исследование включено 217 больных с синдромом портальной гипертензии обусловленной циррозом печени, которые находились на обследовании и лечении в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова в период с 1998-го по 2010 год. Из них мужчин было 129 (59,4%), женщин – 88 (40,6%). Средний возраст пациентов составил 46,8±11,7 лет. Цирроз печени был обусловлен хроническим вирусным гепатитом В у 66 (30,4%) пациентов, у 82 (37,8%) выявлены антитела к вирусу гепатита С, а у 49 (22,6%) определялись маркеры гепатитов В и С. По шкале Child-Pugh пациенты распределились следующим образом: класс А составил 57 (26,3%), класс В – 98 (45,2%), класс С – 62 (28,6%) больных. С продолжающимся кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода поступило 47 (21,7%) больных. Пищеводно-желудочные кровотечения в анамнезе перенесли 124 (57,1%) пациента. Из них

почти каждый второй (41,5%) перенес два и более эпизодов геморрагий. Остальные госпитализированы для профилактической коррекции портальной гипертензии. Дистальный спленоренальный анастомоз (ДСРА) выполнен у 56 больных, гастрокавальный шунт – 1, различные виды парциального шунтирования у 62 пациентов. Эндоскопическое лигирование варикозно расширенных вен пищевода выполнено 98 пациентам.

Эффективность эндоскопического лигирования в остановке острого пищеводного кровотечения составила 92,9%. Рецидив геморрагии в ближайшем послеоперационном периоде имел место у 12,2% больных, в отдаленном – 20,4%. Госпитальная летальность составила 5,1%. В отдаленном периоде после эндоскопической эрадикации рецидив варикозного расширения вен пищевода диагностирован у 65,7% больных. Выживаемость пациентов после эндоскопического лигирования вен пищевода в период наблюдения до 1 года составила 54,5±5,3%, трех- и пятилетняя – 34,9±5,7% и 21,5±9,6%, соответственно.

Портокавальное шунтирование приводило к значимому снижению портального давления с 40,0±7,5 до 26,3±6,1 см водн. ст. (p<0,001). Клинические признаки портосистемной энцефалопатии развились в 18,2% случаев после парциального шунтирования, в 15,1% после дистального спленоренального шунта. Тромбоз ДСРА в послеоперационном периоде диагностирован в 1 (1,8%) случае, портокавальных анастомозов малого диаметра в 5 (8,1%) наблюде-

ниях. Рецидивов гастроэзофагеальных геморрагий в отдаленном периоде не отмечено. Показатель кумулятивной выживаемости больных с портокавальными анастомозами был в период наблюдения до года $84,4 \pm 3,5\%$, а трех-, пяти- и десятилетняя выживаемость составили $66,6 \pm 5,1\%$, $50,4 \pm 5,9\%$ и $25,3,1 \pm 6,2\%$, соответственно. Продолжительность жизни пациентов после портокавального шунтирования определяла степень выраженности печеночной декомпенсации. Основными предикторами выживаемости были: менее 10 баллов по шкале Child-Pugh, остаточная концентрация ИЦЗ $< 31\%$,

объем печени > 1200 мл, креатинин < 89 мкмоль/л, объемная скорость кровотока по портальной вене > 550 мл/мин.

Таким образом, портокавальное шунтирование является наиболее радикальным методом коррекции портальной гипертензии и показано у пациентов с компенсированной функцией печени. Эндоскопическое лигирование – эффективный метод остановки кровотечений портального генеза, однако сопровождается высокой частотой рецидива варикозного расширения вен пищевода, что требует постоянно контроля и выполнения повторных сеансов.

ОПТИЧЕСКАЯ КОГЕРЕНТНАЯ ТОМОГРАФИЯ КАК ОБЪЕКТИВНЫЙ МЕТОД ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГРАНИЦЫ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

*Кукош В.М., Загайнов В.Е., Загайнова Е.В., Горохов Г.Г.,
Геликонов Г.В., Шкалова Л.В.*

*ФГУ «ПОМЦФМБА России», Нижний Новгород, Россия;
ГОУ ВПО НижГМА Росздрава, Нижний Новгород, Россия*

В настоящее время на фоне внедрения новых современных методов диагностики отмечается увеличение количества больных с выявленным раком внепеченочных желчных протоков (воротная холангиокарцинома, опухоль Клатскина). Несмотря на появление брахитерапии, единственным радикальным методом лечения является хирургический. Однако анатомические особенности расположения опухоли, а также строение желчных протоков обуславливают трудности диагностики и выбора оптимального объема хирургического вмешательства, что является причиной большого процента местных рецидивов (по литературным данным до 64% в течение первого года после перенесенной операции).

В последние годы активно развивается и используется как отечественными, так и зарубежными исследователями метод оптической когерентной томографии (ОКТ), с помощью которого возможно получение изображений поверхностных тканей организма человека *in vivo* в ближнем инфракрасном диапазоне длин волн с пространственным разрешением 10–20 мкм в реальном масштабе времени.

Целью работы является оценка эффективности ОКТ при определении границ опухолей желчных протоков для выбора объема хирургического вмешательства.

Материал и методы. ОКТ относится к мезоскопическим методам визуализации и основана на детекции обратно рассеянного инфракрасного света от биологических тканей. Полученные изображения в реальном масштабе времени отражают гистологию

тектонику тканей глубиной до 2 мм. Сканирование проводится съемным зондом (2,7 мм) («Руководство по оптической когерентной томографии» под ред. д.м.н., проф. Н.Д. Гладковой, д.м.н. Н.М. Шаховой, чл.-корр. РАН, д.ф.-м.н. А.М. Сергеева. Москва, Физматлит, Медицинская книга, 2007). Применяемые в настоящее время методики исследования стенки желчных протоков выполняются со стороны слизистой оболочки. Интраоперационное ОКТ исследование желчных протоков позволяет осуществлять визуализацию границы опухоли по наружной поверхности без вскрытия просвета. Учитывая структурные особенности желчных протоков – небольшую толщину тканевых слоев, возможно было получение ОКТ изображения стенки протока на всю толщину. В процессе выполнения оперативного лечения после идентификации желчных протоков с опухолью, размещали сканирующий конец зонда в эпицентре опухоли путем прижатия под прямым углом к наружной поверхности желчного протока и получали соответствующее положению зонда бесструктурное или с нарушенной структурой изображение. Далее выполняли пошаговое сканирование опухоли желчного протока с ценой шага 3–5 мм последовательно по четырем направлениям условного циферблата. Проксимальной границей опухоли считали то положение зонда, при котором получали первое слоистое изображение. После чего выполняли резекцию желчных протоков с отступом от проксимальной границы опухоли не менее 5 мм.

В период с 2005 по 2010 г. в Приволжском окружном медицинском центре находилось на лечении 26 пациентов с диагнозом опухоль Клацкина. Радикальные операции с применением ОКТ исследования уровня поражения желчных протоков удалось выполнить у 9 (36%) пациентов. При этом локальные резекции гепатикохоледоха выполнены в 2 (7,7%) случаях, резекции желчных протоков в сочетании с резекцией печени в 7 (26,9%) случаях с последующим прецизионным формированием билиодигестивных анастомозов. У 2 (7,7%) пациентов на