

© Коллектив авторов, 2006
УДК 616-089(063)СПбМАПО

**МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ,
ПОСВЯЩЕННОЙ 70-ЛЕТИЮ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ФАКУЛЬТЕТА САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ
АКАДЕМИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
(Санкт-Петербург, 10 ноября 2006 г.)**

**MATERIALS OF A RESEARCH-PRACTICAL CONFERENCE
DEVOTED TO THE 70TH ANNIVERSARY OF SURGICAL
DEPARTMENT OF ST.PETERSBURG MEDICAL ACADEMY
OF POSTGRADUATE STUDIES
(Saint Petersburg, 10 November 2006)**

В.П.Земляной, С.Л.Непомнящая, Р.С.Сидоров, А.Д.Ахметов
ТЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА ФОНЕ
ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.П.Земляной)
СПбМАПО

*V.P.Zemlyanov, S.L.Nepomnyashchaya, R.S.Sidorov,
A.D.Akhmetov*

CLINICAL COURSE OF MECHANICAL JAUNDICE AGAINST
THE BACKGROUND OF VIRAL HEPATITIS

В последние годы значительно возросла заболеваемость хроническим вирусным гепатитом (ХВГ), причем если 20 лет назад преимущественно регистрировался вирусный гепатит В (ВГВ), то сейчас значительно возросла роль гепатита С (ВГС). Одновременно увеличивается и количество больных с сочетанием вирусного гепатита (ВГ) и механической желтухи (МЖ). Частота выявления HBsAg среди лиц, страдающих желчно-каменной болезнью (ЖКБ), превышает в 3,77 раза частоту выявления этого маркера среди населения в целом. Желчнокаменная болезнь при хроническом вирусном гепатите встречается у 36,2–56,2% больных. Появление сочетанных форм гепатита, фульминантного гепатита осложняет течение и диагностику ЖКБ у больных этой категории. Схожесть клинической картины внутрипеченочного холестаза и МЖ, несомненно, вызывает трудности на этапе диагностического поиска. Изменения, возникающие в протоковой системе при ХВГ (уплотнение стенок общего желчного прото-

ка, желчного пузыря, расширение гепатикохоледоха, внутрипеченочных желчных путей, наличие явлений холангита), могут симулировать проявление МЖ. По данным литературы, желтуха в 5 раз повышает риск любых операций на желчных путях. Тяжесть состояния больных с МЖ определяется длительностью существования желтухи, нарушением функции печени, наличием сопутствующей инфекции в желчных путях, глубиной обменных расстройств в организме. Таким образом, при присоединении механического нарушения оттока желчи у больных с ВГ не может не сказаться на течении заболевания и осложнениях послеоперационного периода. Поэтому дифференциальная диагностика ХВГ и механической желтухи, а также лечение МЖ, возникшей на фоне ХВГ, является актуальной проблемой.

Мы изучили течение механической желтухи у 139 больных, находившихся на лечении в хирургическом отделении городской инфекционной больницы № 30 им. С.П.Боткина с 1998 по 2004 г. Все больные поступили в стационар с подозрением на ВГ. У 48 (34,5%) пациентов ВГ был подтвержден (1-я группа), из них у 32 имелся ВГВ, у 12 — ВГС, у 2 — неverified гепатит, по одному больному с острым вирусным гепатитом А (ВГА) и сочетания острого ВГА и хронического ВГВ. В этой группе больных причиной МЖ были рак поджелудочной железы — у 20, холедохолитиаз — у 14, опухоль ворот печени — у 5, опухоль общего желчного протока — у 3, рак желчного пузыря — у 2, первичный рак печени — у 1,

метастазы опухолей в гепатодуоденальную зону — у 2, стриктура терминального отдела общего желчного протока — у 1.

Течение МЖ на фоне ВГ зависело от нескольких патогенетических факторов. Наиболее значимыми были: уровень репликации ДНК и РНК вируса гепатита В и С и уровень обструкции или сдавления извне гепатихоледоха. В нашем наблюдении у 22,5% пациентов была высокая активность гепатита, у 81% — умеренная, у 6,5% — минимальная. Формы ХВГ, на фоне которых развивалась МЖ, существенного влияния на течение заболевания не оказывали. Однако уровень репликации вируса достоверно менял клиническую картину.

Средние сроки желтухи на момент поступления при опухолевой обструкции в 1-й группе составили 10,5 сут (от 2 до 60 сут); во 2-й группе — 6,27 сут (от 1 до 20 сут). При доброкачественной природе желтухи: в 1-й группе — 6,2 сут (от 1 до 25 сут), во 2-й группе — 4,2 сут (от 1 до 25 сут). Особенности догоспитального периода у больных с ВГ явилось более раннее появление предвестников желтухи, чем в группе без выявленного гепатита: 8 и 5,5 сут — для больных с доброкачественной причиной обструкции и 19,7 и 17,2 сут — для больных с опухолевой природой обтурации желчных путей, соответственно.

При исследовании динамики лабораторных изменений у больных с МЖ с ВГ в послеоперационном периоде выявлены ряд особенностей. Уровень АЛТ в группе больных с ВГ, при исходно более высоком и низком, снижался медленнее и к 3-м суткам составлял в среднем 56,4% от исходного (в контрольной группе — 37,5%), а к 5-м суткам — 38,6 и 30,3%, соответственно. Что свидетельствовало о более медленном купировании цитолитического синдрома после декомпрессионной операции у больных с сочетанием ВГ и МЖ. Уровень щелочной фосфатазы в 1-й группе изначально высокий ($498 \pm 54,5$) мкмоль/л снижался до нормальных значений уже в ходе предоперационной подготовки. У больных с МЖ без ВГ этот эффект был достигнут только после выполнения корригирующей операции. При поступлении отмечалось повышение значений тимоловой пробы — ($5,7 \pm 3,2$) МЕ, гиперхолестеринемия — ($10,2 \pm 6,5$) ммоль/л, уровень протромбинового индекса составил ($78 \pm 10,7$)%. Общий билирубин у пациентов без ВГ [при исходном, перед операцией ($144 \pm 23,2$) мкмоль/л] снижался постепенно за счет как прямого, так и непрямого билирубина к 7-м суткам после операции в среднем до 35% от исходного, а у больных с МЖ и ВГ [при исходном, к моменту операции ($222,03 \pm 36,8$) мкмоль/л] отмечалось его более медленное снижение. Причем после кратковременного снижения его уровня на 5-е сутки после билиарной декомпрессии отмечалось повышение до 70,3% от исходных величин, что свидетельствовало о второй волне развития гепатаргии. Для больных с МЖ на фоне ВГ было характерно развитие печеноч-

но-почечной недостаточности, в среднем на 7-е сутки после операции. Кроме того, отмечена зависимость между активностью вирусного процесса в печени и показателями протеинограммы, выражающаяся в развитии более выраженной диспротеинемии.

Хирургическая коррекция осуществлялась в среднем на 22-е сутки (от 8 до 30 сут) от начала заболевания. Длительная предоперационная подготовка была обусловлена исходной тяжестью состояния больных и необходимостью верификации МЖ. Послеоперационное ведение больных этой категории зависело от характера послеоперационных осложнений. К ним относились: нарастающая печеночная недостаточность (в 20,8% случаев основной группы и в 17,3% — контрольной), холангит (в 23,5%), более частое развитие геморрагического синдрома (10,4% в основной группе против 6% — в контрольной). Летальных исходов в основной группе было 9 (18,7%) (все больные с опухолевым генезом обтурационной желтухи) и в контрольной группе — 6 (6,5%).

Таким образом, сочетание механической желтухи и вирусного гепатита требует проведения своевременного полноценного обследования больных с уточнением функционального состояния печени для проведения адекватной предоперационной подготовки и прогноза, предупреждения возможных осложнений послеоперационного периода.

В.П.Земляной, Ю.В.Летина, С.Л.Непомнящая, В.М.Лабазанов

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.П.Земляной) СПбМАПО

V.P.Zemlyanov, Yu.V.Letina, S.L.Nepomnyashchaya, V.M.Labazanov

CLINICAL COURSE OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS WITH VIRAL HEPATITIS

В последнее время все чаще в литературе стали появляться работы о вирусной инфекции как об одной из причин развития острого панкреатита (ОП). В первую очередь, речь идет о непосредственном воздействии вируса, особенно гепатита В, на различные органы и ткани, в том числе на поджелудочную железу.

В последние годы отмечен рост удельного веса и числа больных с гепатитом, причем гепатит вирусной этиологии составляет до 67%. Только в Санкт-Петербурге в среднем за год в инфекционные стационары госпитализируются около 8000 человек с диагнозом вирусный гепатит (ВГ).

С 1994 по 2004 г. в хирургическом отделении городской инфекционной больницы № 30 им. С.П.Боткина Санкт-Петербурга были пролечены 132 больных с ОП в сочетании с хроническим и острым ВГ. Контрольную группу составили пациенты с ОП без инфекционной патологии. Острый вирусный гепатит (ОВГ) был у 13

человек, хронический (ХВГ) — у 119. В зависимости от форм ОП пациенты разделены на следующие группы: отечный — у 105, некротический стерильный — у 9, некротический инфицированный — у 18. Мужчин было 87, женщин — 45.

В зависимости от вида вирусной инфекции пациенты разделены следующим образом: с ВГВ — 66 (из них без ЖКБ — 43), ВГС — 16 (без ЖКБ — 12), ВГВ+ВГС — 19 (без ЖКБ — 15), ВГА — 12 (без ЖКБ — 11), ВГВ+ВГД — 1 (без ЖКБ), неverified инфицированный ВГ — 18 (без ЖКБ — 14).

Пациенты, у которых ОП развился при наличии желчнокаменной болезни (ЖКБ), составили 29,4% от всего числа больных с хроническим гепатитом. У 38 пациентов (из 119) была подтверждена цирротическая стадия ХВГ с такими ее проявлениями, как портальная гипертензия, отечно-асцитический синдром. Диагностически именно эта группа больных представлялась самой сложной. Это было обусловлено маскированием клинической картины ОП на фоне суб- и декомпенсированного процесса в печени.

С целью изучения частоты развития «скрытых» форм ОП были проанализированы 253 протокола аутопсий за 2004 г. умерших больных с хроническим (247) и острым гепатитом (6).

Изменения в поджелудочной железе у больных, поступавших в стационар с вирусным гепатитом, при аутопсии были выявлены у 71 (28,06%) из них. Общепринятой патологоанатомической классификации ОП не существует. Большинство патологоанатомов различают острый серозный отек поджелудочной железы, некротические и гнойные ее изменения. В соответствии с этой условной классификацией отек поджелудочной железы был выявлен у 9 пациентов, некротические изменения без признаков нагноения — у 51, гнойно-некротические изменения с вовлечением в процесс парапанкреатической клетчатки, забрюшинной клетчатки, брыжейки толстой кишки — у 11, причем у 4 умерших из последней группы имел место асцит-перитонит.

Среди этих пациентов хронический алкоголизм (как сопутствующая патология) был выявлен более чем у 50% из них, а ЖКБ имела место менее чем у 5%.

Таким образом, ОП у больных с ВГ нередко может сопровождать ХВГ и быть самостоятельным процессом при ОВГ. Высокая летальность у пациентов этой группы обусловлена объективными трудностями ранней диагностики ОП, в связи с маскированностью его фоновой патологией, а также наличием взаимоотносяющих факторов, значительно затрудняющих лечение этих пациентов и тем самым ухудшающих прогноз заболевания. Поэтому больные с ОП, у которых заболевание протекает на фоне хронического или острого вирусного гепатита, требуют особого внимания и тщательного анализа с целью изучения особенностей клинической картины, диагностики, лечения, а также информативности малоинвазивных и инструментальных методов диагностики у этой категории пациентов.

М.С.Айталиев

РАДИКАЛЬНАЯ ЛИМФОДИССЕКЦИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.П.Земляной)
СПбМАПО

M.S.Aitaliev

RADICAL LYMPHODISSECTION IN OPERATIONS FOR CANCER OF THE PROXIMAL PART OF THE STOMACH

Основу исследования составляет анализ лечения 454 больных раком проксимального отдела желудка, находившихся в отделениях торакоабдоминальной онкологии НЦО МЗ КР с января 1985 г. по декабрь 2001 г., которым были выполнены радикальные операции. Проксимальные субтотальные резекции желудка с резекцией пищевода произведены 151 больному (33,2% от всех резекций), 296 (65,2%) — гастрэктомия, 7 (1,5%) — субтотальные резекции пищевода из правостороннего трансторакального доступа (типа Льюиса). Стандартные резекции выполнены 254 (55,9%) пациентам, расширенные — 72 (15,8%), комбинированные — 64 (14,1%) и расширенно-комбинированные — 64 (14,1%).

Изучение распространенности опухолевого процесса, на основании интраоперационной оценки и патоморфологического исследования удаленных препаратов, показало, что у 62,5% больных опухоль распространялась на пищевод (П), у 14,6% — только на кардию (К) и у 6,9% — опухоль локализовалась в пределах проксимального отдела желудка, у 54,1% — опухолевая инфильтрация распространялась на верхнюю и среднюю треть желудка. Опухоли характеризовались инфильтративным ростом (Борманн — III, IV — у 77,8% пациентов). III и IV стадии заболевания по TNM (в соответствии с 5-й редакцией Международного противоракового союза, 1997 г.) были у 78,4% больных. Общий показатель частоты поражения лимфатических узлов метастазами был равен $(64,3 \pm 2,2)\%$. Чаще всего $[(81 \pm 3,0)\%]$ — у больных с опухолевой инфильтрацией абдоминального отдела пищевода, реже всего $[(39,1 \pm 10,4)\%]$ — кардиального отдела желудка. Наиболее отчетливо влияние распространения опухоли на пищевод на частоту метастазирования было выявлено у больных, которым удалось выполнить субтотальную проксимальную резекцию желудка. В этой группе больных при опухолях, локализующихся только в пределах кардиальной зоны, частота метастатического поражения лимфатических узлов составила $(23,0 \pm 8,4)\%$, а вовлечение в опухолевый процесс кардии и абдоминального сегмента пищевода сопровождалось увеличением этого показателя до $(47,8 \pm 5,2)\%$. При распространении опухоли на диафрагмальный сегмент пищевода и выше отмечена наибольшая регистрация лимфогенного метастазирования — $(60 \pm 8,4)\%$.

Частота регистрации лимфогенного метастазирования после гастрэктомии была выше, чем после

субтотальных проксимальных резекций желудка — (73,3±2,5)% и (46,3±4,0)% соответственно. Причем у больных без распространения опухоли на кардию и пищевод, которым была выполнена гастрэктомия, частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов составила (60,8±5,7)%, при распространении на кардию и абдоминальный сегмент пищевода (АСП) — (77,6±2,9)%, при вовлечении в опухолевый процесс диафрагмального и нижнегрудного отделов пищевода — (76,1±9,5)%.

На основании проведенного анализа, нами определены группы регионарных лимфатических узлов, подлежащих удалению при раке проксимального отдела желудка, с учетом распространения опухолевого процесса на пищевод и тело желудка, и типа выполненных операций. При этом мы учитывали влияние распространенности первичной опухоли на пищевод и тело желудка, на частоту регионарного метастазирования. Группы лимфатических узлов классифицировали в соответствии с номенклатурой, предложенной Японским обществом изучения рака желудка.

Выполнение расширенных и расширенно-комбинированных хирургических вмешательств сопровождалось увеличением частоты выявления метастатического поражения регионарных лимфатических узлов почти в 2 раза в сравнении со стандартными операциями. При этом отмечалось существенное увеличение частоты метастатического поражения лимфатических узлов при распространении опухоли на кардию и абдоминальный сегмент пищевода: 53,8% — при стандартных резекциях, 85,4% — при расширенных, 77,5% — при комбинированных и 93,6% — при расширенно-комбинированных.

В связи с этим нами определен объем двухзональной лимфодиссекции (ЛД) с учетом проксимальной границы опухоли в пищеводе и дистальной — в желудке. Принимая во внимание труднодоступность и трудоёмкость ЛД в бифуркационной зоне, где имеются важные анатомические структуры средостения, мобилизация которых может повлечь за собой интраоперационные осложнения, мы полагаем, что бифуркационная ЛД целесообразна только при раке проксимального отдела желудка с верхней границей опухоли выше диафрагмы.

Таким образом, особенности строения лимфатической системы проксимального отдела желудка способствуют широкой диссеминации рака этого отдела в лимфатические узлы, по обе стороны диафрагмы (в абдоминальные и медиастинальные). Частота поражения регионарных лимфатических узлов метастазами составляет 64,7%. Частота метастатического поражения регионарных лимфатических узлов существенно зависит от опухолевой инфильтрации анатомических зон, прилежащих к проксимальной части желудка. Расширенная лимфодиссекция способствует более полному удалению регионарных лимфатических узлов, пораженных метастазами. Бифуркационные лимфати-

ческие узлы для рака проксимального отдела желудка с верхней границей в абдоминальном сегменте пищевода следует считать дистантными, и они не должны входить в стандартный объём медиастинальной лимфодиссекции.

А.В.Печерский

ВНЕГОНАДНАЯ ПРОДУКЦИЯ ТЕСТОСТЕРОНА ПРИ ЧАСТИЧНОМ ВОЗРАСТНОМ АНДРОГЕННОМ ДЕФИЦИТЕ У МУЖЧИН СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Кафедра хирургических болезней (зав. — проф. В.Л.Земляной) СПбМАПО

A.V.Pechersky

EXTRAGONADAL PRODUCTION OF TESTOSTERONE IN PARTIAL AGE-DEPENDENT ANDROGEN DEFICIENCY IN MEN OF OLDER AGE GROUPS

После 40 лет у мужчин наблюдается снижение циркулирующего в крови тестостерона, получившее название частичного возрастного андрогенного дефицита — ЧВАД [в англоязычной литературе: partial androgen deficiency of aging men, (PADAM)]. Для восполнения недостаточности продукции тестостерона формируется комплекс компенсаторно-приспособительных реакций, затрагивающих как эндокринный, так и паракринный, аутокринный уровни.

Цель работы — изучение причинно-следственных связей между ЧВАД и внегонадной продукцией тестостерона у мужчин старших возрастных групп.

Под наблюдением находились 9 больных с ЧВАД в возрасте от 42 до 74 лет. Больным назначали андриол (тестостерона ундеcanoат) 40 мг однократно утром. Оценивали результаты до и через 1 мес после начала андрогензаместительной терапии. Определение уровня лютеинизирующего гормона (ЛГ), общего тестостерона и простата-специфического антигена (PSA) производилось с помощью тест-наборов фирмы «DPS» (США), свободного тестостерона — наборами фирмы «Diagnostic Systems Laboratories Inc.» (США).

Через 1 мес после начала андрогензаместительной терапии у больных по сравнению с исходными данными ($M \pm m$) наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) снижение уровней ЛГ [с (3,32±2,32) МЕ/л до (3,16±1,17)], общего тестостерона [с (24,7±9,3) нмоль/л до (17,5±5,5)], повышение уровня свободного тестостерона [с (47,2±38,5) нмоль/л до (53±31,8)]. Уровень PAS практически не изменился [с (1,21±0,99) нг/мл до (91,15±0,78)].

Внегонадный синтез стероидных гормонов обусловлен гормональными и аутокринно-паракринными факторами (пролактином, инсулином, витамином D).

У наблюдавшихся больных, несмотря на то, что они относятся к старшим возрастным группам, внегонадная продукция тестостерона позволяла поддерживать его уровень в пределах нормального референтного интервала. При проведении адекватной андрогенза-

местительной терапии у больных с ЧВАД в ответ на инкрецию ЛГ формируется необходимый уровень тестостерона, а также наступает нормализация аутокринно-паракринных взаимоотношений вследствие беспрепятственного прохождения андроген-зависимыми клетками тестостерон-зависимого этапа клеточного цикла. Восстановление регуляции тестостерона устраняет необходимость в комплексе компенсаторно-приспособительных реакций, развивающихся при ЧВАД: уменьшается внегонадная продукция тестостерона, о чем свидетельствует снижение уровня общего тестостерона у наблюдавшихся больных. Данные изменения сопровождались повышением уровня свободного тестостерона.

Таким образом, внегонадная продукция тестостерона целым рядом тканей обусловлена частичным возрастным андрогенным дефицитом. Данные изменения направлены на компенсацию тестикулярной недостаточности и являются частным проявлением метаболического синдрома (Х-синдрома). Обратное развитие указанных патологических процессов невозможно без коррекции частичного возрастного андрогенного дефицита.

Н.И.Глушков, В.Б.Мосягин, И.М.Сафин

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И.Глушков) СПбМАПО, отделение эндоскопии ГУЗ «Городская больница № 26» (главврач — Е.С.Железняк)

N.I.Glushkov, V.B.Mosyagin, I.M.Safin

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS AND MECHANICAL JAUNDICE

Результаты хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной патологией внепеченочных желчных протоков, остаются неудовлетворительными в связи со значительным числом послеоперационных осложнений и высокой послеоперационной летальностью, которая колеблется от 6 до 19%, а при сочетании механической желтухи и гнойного холангита достигает 60%.

Тактика лечения этой тяжелой патологии складывается из применения лапароскопической холецистэктомии, лапароскопической холедохотомии, эндобилиарных и эндоскопических вмешательств на желчных протоках и большом сосочке двенадцатиперстной кишки (БСДК), в различных их сочетаниях и последовательности. Диагностическая программа и лечебная тактика не могут быть однотипными и зависят от сроков заболевания, характера патологии желчных протоков, выраженности билирубинемии, а также общего состояния больного.

Оперативные вмешательства включали эндоскопические (эндоскопическая папиллосфинктеротомия —

ЭПСТ), эндобилиарные (чрескожная чреспеченочная холангиостомия, эндобилиарное низведение конкрементов, эндобилиарная баллонная дилатация папиллы), эндовидеохирургические (лапароскопическая холедохолитотомия, лапароскопическое дренирование общего желчного протока) и традиционные операции. Ни один из этих методов не является идеальным, поэтому необходимо решать вопрос о выборе оптимальной последовательности и способе хирургического вмешательства.

В зависимости от хирургической тактики, больных с патологией внепеченочных желчных протоков можно условно разделить на три группы.

1-ю — составили 65 больных с холедохолитиазом без нарушения оттока в двенадцатиперстную кишку. В этой группе выполнялось одно- и двухэтапное лечение в зависимости от размеров общего желчного протока, конкрементов и времени постановки диагноза. Хирургическое лечение в один этап применяли у больных с расширением общего желчного протока более 1 см. Выполняли лапароскопическую холецистэктомию, холедохолитотомию с дренированием по Керу (у 36 больных). Двухэтапное лечение использовали при нерасширенном холедохе. При постановке диагноза до операции вначале выполняли ЭПСТ и через 2–3 дня — лапароскопическую холецистэктомию с дренированием общего желчного протока по Холстеду–Пиковскому (у 12). Если холедохолитиаз устанавливался во время операции, то вначале выполняли лапароскопическую холецистэктомию с дренированием общего желчного протока по Холстеду–Пиковскому и через 2–3 дня — ЭПСТ (у 17).

Во 2-ю группу вошли 53 пациента с холедохолитиазом и нарушением оттока в двенадцатиперстную кишку и билирубинемией, не превышающей 100 мкмоль/л. Тактика лечения зависела от наличия патологии большого дуоденального сосочка (БСДК). У 13 больных причиной желтухи был только холедохолитиаз, а у 5 — имелись сдавление общего желчного протока большим камнем желчного пузыря (у 3) и экстрахоледохеальное сдавление увеличенными лимфатическими узлами (у 2). У этих 18 пациентов лечение выполнено в один этап: лапароскопическая холецистэктомия с дренированием общего желчного протока по Керу (у 13) и по Холстеду–Пиковскому (у 5). При патологии БСДК (у 35 пациентов) хирургическое лечение осуществляли в два этапа. У 7 из них при ущемленном конкременте в БСДК первым этапом выполнили ЭПСТ, вторым — лапароскопическую холецистэктомию с дренированием общего желчного протока по Холстеду–Пиковскому. У четырех больных с сочетанием холедохолитиаза и стриктурой БСДК первый этап заключался в лапароскопической холецистэктомии с дренированием общего желчного протока по Керу, а второй — в ЭПСТ через 4–5 дней. У 19 пациентов причиной желтухи являлась стриктура БСДК. Первым этапом выполнялась лапароскопиче-

ская холецистэктомия с дренированием общего желчного протока по Холстеду–Пиковскому, вторым — ЭПСТ. У 5 больных со стриктурой терминального отдела общего желчного протока вторым этапом осуществлялась эндобилиарная дилатация стриктуры баллонным катетером.

3-ю группу составили 21 больной с наиболее тяжелой патологией внепеченочных желчных протоков и уровнем сывороточного билирубина, превышающем 100 мкмоль/л. Прогрессирование печеночной недостаточности в этой группе диктовало применение трехэтапного хирургического лечения. На первом этапе выполнялась только декомпрессия желчной гипертензии (ЭПСТ, чрескожная чреспеченочная холангиостомия), на втором — санация внепеченочных желчных протоков с устранением причины желтухи (эндобилиарная дилатация папиллы — у 21 пациента, низведение конкрементов в двенадцатиперстную кишку — у 11), третий этап завершала лапароскопическая холецистэктомия. Дополнительного дренирования общего желчного протока не требовалось, так как после второго этапа в желчных протоках оставляли катетер, осуществляющий наружновнутреннее дренирование желчных путей.

Таким образом, комплексное использование различных методов малоинвазивной хирургии позволяет выполнить необходимый хирургический объем при желчнокаменной болезни, осложненной патологией внепеченочных желчных путей у больных повышенного риска.

*Н.И.Глушков, А.В.Скородумов, А.А.Субботин,
Ю.А.Пахмутова, М.В.Филатов*

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА: КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И.Глушков) СПбМАПО

*N.I.Glushkov, A.V.Skorodumov, A.A.Subbotin,
Yu.A.Pakhmutova, M.V.Filatov*

ULTRASONIC DIAGNOSTICS OF ACUTE PANCREATITIS:
CLINICAL-ECHOGRAPHIC PARALLELS

Хирургическое лечение острого панкреатита (ОП) до настоящего времени остается актуальной проблемой неотложной хирургии. За последние годы в Санкт-Петербурге он занимает лидирующее место в структуре заболеваний «острого живота». Летальность от ОП за последние 30 лет варьирует в пределах 20–45%. Ранняя диагностика ОП основана на клинико-лабораторных данных и результатах инструментальных методов исследования, среди которых наибольшее распространение получила эхография. Ультразвуковое исследование (УЗИ) следует проводить у всех пациентов с острым деструктивным панкреатитом.

В период с 1999 по 2004 г. обследованы 1969 больных с ОП, причем некротические формы ОП отмечены у 391 (19,9%) из них. При первичном обследовании

правильный диагноз ОП установлен у 87,3% от общего числа пациентов, у остальных — потребовалось проведение повторных исследований. У 7,6% больных диагноз подтвержден только после диагностической лапароскопии. Цель нашей работы — анализ эхографической картины ОП в зависимости от тяжести патоморфологических изменений в поджелудочной железе, брюшной полости и забрюшинной клетчатке и динамики ее изменения в различные фазы развития заболевания.

УЗИ в ферментативной стадии ОП призвано отличить панкреатит от других острых заболеваний, в том числе требующих хирургического вмешательства (острый холецистит, острая кишечная непроходимость, перфоративный перитонит и др.). К наиболее постоянным эхографическим признакам ОП относятся: увеличение размеров поджелудочной железы (ПЖ), нечеткость или отсутствие границ ПЖ, снижение (реже — повышение) эхогенности органа, наличие жидкости в сальниковой сумке, свободной брюшной полости и забрюшинной клетчатке. На эхограммах пациентов в ферментативной стадии острого деструктивного панкреатита (ОДП) (первые 5 сут от начала заболевания) ПЖ имеет вид «размытого пятна» без определенных границ, причем эхоструктура органа практически не идентифицируется. При локализации процесса в головке ПЖ определяются эхографические признаки желчной гипертензии (расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, увеличение размеров желчного пузыря). Из всех перечисленных признаков только по наличию жидкости в парапанкреатических тканях (в виде «полумесяца» или «полоски») можно заподозрить тяжелый ОДП, особенно если определяемое количество жидкости имеется и в свободной брюшной полости. У пациентов с легкой (отечной) формой ОП отек железы к концу ферментативной фазы рассасывается параллельно с редукцией клинической симптоматики, и ПЖ приобретает свою обычную мелкозернистую структуру, оставаясь увеличенной в размерах в течение 1–2 мес (организация отека).

Ультразвуковой мониторинг позволяет ориентировочно прогнозировать вероятность развития тяжелого ОДП. Практически картина отека ПЖ свидетельствует об отечной форме ОП только в те сроки, когда дальнейшего прогрессирования процесса уже не происходит, т. е. на 2–3-и сутки заболевания и более. Наблюдаемый же в первые часы заболевания отек ПЖ может представлять собой отечную фазу панкреонекроза любой тяжести. Сомнительные эхографические данные требуют использования более точных методов диагностики, таких как компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография.

На 2-й неделе заболевания ОДП переходит в реактивную фазу своего развития. Клиническим ее выражением является перипанкреатический инфильтрат (ППИ). УЗИ служит наиболее надежным средством

мониторинга в этой фазе. Серийная эхотомография в опытных руках по значимости результатов УЗИ не уступает КТ, а иногда и превосходит ее. Как правило, УЗИ пациентов с ППИ является повторным (вторым или третьим по счету). УЗ-картина ОДП в реактивной фазе представляет собой определенную трансформацию ранних эхографических проявлений острого панкреатита. К началу реактивной фазы (5–7-е сутки заболевания) исчезает картина «размытого пятна», что позволяет идентифицировать размеры ПЖ. Размеры ПЖ в течение всей реактивной фазы (2-я неделя ОДП) остаются увеличенными. Как правило, признаки ферментативного перитонита (свободная жидкость в брюшной полости) перестают определяться. В реактивной фазе начинает проявляться гетерогенность структуры ПЖ, и очаги некроза выделяются на фоне малоизмененных тканей как гипоехогенные участки, размеры которых могут быть измерены с большой точностью (до 0,5 см в диаметре — мелкоочаговый панкреонекроз, от 0,5 до 1,0 см — среднечаговый, более 1 см — крупноочаговый). Именно в фазе ППИ наиболее четко проявляется асимметрия поражения ПЖ («головчатый» и «хвостовой» панкреатиты). Наконец, в реактивной фазе ОДП наиболее четко определяется основной УЗ-признак парапанкреатита — скопление жидкости по периметру ПЖ. Размеры и протяженность этого скопления и служат объектом УЗ-мониторинга, так как отражают динамику течения флегмонозного парапанкреатита (ФПП). При рассасывании ФПП полоска жидкости по контуру ПЖ уменьшается и исчезает, тогда как при формировании парапанкреатической кисты оформляется в полостное образование. Отличие свежей (незрелой) парапанкреатической кисты служит слабая выраженность соединительнотканной оболочки — капсулы, которая становится сформированной лишь к 3-му месяцу от начала ОДП. При отрицательной динамике — прогрессировании ФПП — скопление жидкости по периферии ПЖ расширяется, увеличивается в размерах и становится неоднородной (расплавление тканей).

Эхографическая картина гнойно-некротического парапанкреатита (ГНПП), как правило, формируется на 3-й неделе от начала ОДП. В основе УЗ-диагностики ГНПП лежит выявление полостного образования в зоне ПЖ, как правило, с секвестрами. В отличие от формирующейся асептической секвестральной кисты при ГНПП резко выражены воспалительные изменения в окружности полостного образования и отсутствует даже намек на отграничение очага («капсула»).

Все же, основываясь только на данных УЗИ, отличить гнойник от секвестральной кисты бывает трудно или даже невозможно. Необходим динамический контроль (повторное УЗИ через 1–2 дня) после пробного лечения мощными антибиотиками или после проведения иммунотерапии: асептическая полость остается такой же или уменьшается в размерах, тогда как ГНПП прогрессирует. Нужна также увязка данных УЗИ с клини-

ческой симптоматикой и лабораторными показателями. Если есть возможность, к концу 2-й — началу 3-й недели ОДП УЗИ следует дополнить КТ, особенно если к этому времени состояние пациента не улучшается.

Таким образом, ультразвуковая диагностика является простым, доступным и эффективным методом ранней диагностики ОП и должна быть включена в диагностический комплекс инструментального обследования как обязательный метод первой очереди.

Н.И.Глушков, В.Б.Мосягин, М.Г.Сафин, О.И.Гинтовт, С.Ю.Ярыгина, Л.В.Елисеева

МЕТОД ВНУТРИПРОТОВОКОВОГО ФОТООБЛУЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХОЛАНГИТОМ НЕОПУХОЛЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И.Глушков) СПбМАПО

N.I.Glushkov, V.B.Mosyagin, M.G.Safin, O.I.Gintovt, S.Yu.Yarygina, L.V.Eliseeva

METHOD OF INTRADUCT PHOTO-IRRADIATION IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLANGITIS OF NON-TUMORAL ETIOLOGY

Холангит осложняет течение заболеваний гепатобилиарной зоны у 15–30% больных. Летальность при данной патологии остается высокой и достигает 13–40%, при этом существует четкая тенденция к повышению летальности с увеличением возраста больных. Для холангита характерны явления желчной гипертензии и высокий титр обсемененности желчи микроорганизмами (не менее 10^5). Использование антибактериальной терапии не приводит к полной элиминации микроорганизмов не только при билиарной гипертензии, но и при декомпрессии желчных путей. При этом, наличие наружных желчных дренажей не способствует снижению бактериохоллии. Для улучшения результатов оперативного и комплексного лечения существуют множество способов внутрипротоковой санации и дозированной декомпрессии, которые объединяются в систему методов регионарного лечебного воздействия. Целью такого воздействия являются восстановление физико-химических свойств желчи, уменьшение ее вторичного инфицирования и бактериохоллии, восстановление морфоструктурных изменений стенки желчного протока и нивелирование явлений печеночной недостаточности.

Цель исследования — улучшение результатов комплексного лечения больных с холангитом неопухолевого этиологии.

Проанализированы результаты лечения 65 больных холангитом, проходивших лечение на базах нашей кафедры в период с 2002 до 2006 г. Среди пациентов преобладали женщины (64%). Пациенты старшей возрастной группы составили 76% от всего числа больных. Средний возраст пациентов превысил 65 лет. Причиной развития холангита чаще всего являлся холедохолитиаз (у 72% больных), рубцовые стрикту-

ры желчных протоков (у 8%), острый панкреатит (у 5%). Среди всех пациентов выделены основная и контрольная группы. В контрольной группе из 50 человек проводили традиционные методы лечения (оперативное пособие, декомпрессия желчных протоков малоинвазивными методами, антибактериальная и инфузионная терапия). В основной группе из 15 пациентов, помимо традиционных методов лечения, проводили внутривисцеральное фотооблучение с использованием аппарата ОВК-03 в режиме II (спектр оптического излучения с максимумом в области длин волн 360–590 нм). У данной группы пациентов эндобилиарное фотооблучение выполняли при наличии у больного наружного дренажа как в предоперационном периоде (перед основным этапом оперативного лечения), так и в раннем послеоперационном периоде. В качестве предоперационной подготовки эндобилиарное фотооблучение применено у 3 пациентов. У 2 пациентов с рубцовыми стриктурами терминального отдела общего желчного протока для декомпрессии было использовано наружное чрескожно-чреспеченочное дренирование. Этим больным в последующие дни через наружный дренаж выполнялось внутривисцеральное фотооблучение. Расположение световода в желчных протоках контролировали при помощи ультрасонографии. У одной больной после операции на гепатобилиарной области развился синдром приводящей петли с рефлюкс-холангитом. Этой пациентке в качестве первого этапа выполнено наружное дренирование общего желчного протока традиционным доступом. Использование внутривисцерального фотооблучения позволило купировать явления холангита, и через 10 дней ей был выполнен основной этап оперативного вмешательства. В остальных клинических наблюдениях эндобилиарное фотооблучение проводили в раннем послеоперационном периоде. У 9 больным выполнялись традиционная холецистэктомия и дренирование общего желчного протока, 3 пациентам произведена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием общего желчного протока. Во всех клинических наблюдениях производили посевы желчи с определением чувствительности к антибактериальным препаратам и определяли количественный титр обсемененности микроорганизмами. Посевы желчи производили во время операции, на 3-и и 7-е сутки послеоперационного периода. В 96% случаях посевы были положительными. Чаще всего высевались *E. coli*, *Ent. cloacae*, *Klebsiella*. Количественный титр бактериоохоллии составлял 10^5 – 10^7 . В 16% посевов определялась ассоциация двух микроорганизмов и более.

Частота летальных исходов в контрольной группе составила 16% (8 больных). В основной группе летальных исходов не было.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде в контрольной группе выявлены у 9 больных (18%), из них нагноение послеоперационной раны — у 6. В основной группе осложнения отмечены у 2 (13%) пациентов (у 1 больного — нагноение послеоперацион-

ной раны, у другого — выпадение наружного желчного дренажа на 11-е сутки).

У больных в контрольной группе на 5–7-е сутки отмечено изменение микрофлоры в сторону микробных антибиотикоустойчивых ассоциаций, а также сохранение титра бактериоохоллии не менее 10^3 – 10^4 . В основной группе больных, которым проводили внутривисцеральное фотооблучение, отмечено более быстрое снижение титра бактериоохоллии, в сравнении с контрольной группой. На 7-е сутки послеоперационного периода при использовании эндобилиарного фотооблучения 20% посевов желчи были отрицательными. Клинически у больных основной группы отмечено более быстрая нормализация температурной кривой и клинического анализа крови (в среднем на 3–4-е сутки, в отличие от 6–7-х суток в контрольной группе пациентов), а также более быстрое купирование признаков печеночно-почечной недостаточности.

Таким образом, метод внутривисцерального фотооблучения является миниинвазивным способом санации желчных путей, бактерицидный эффект которого позволяет целенаправленно воздействовать на микробную причину холангита и снизить число гнойных осложнений у больных с холангитом неопухолевой этиологии. Использование данного метода улучшает результаты комплексного лечения таких пациентов.

Н.И.Глушков, А.В.Скородумов, А.В.Гурина, М.В.Филатов
МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ
ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Кафедра общей хирургии. (зав. — проф. Н.И.Глушков) СПбМАПО

N.I.Glushkov A.V.Skorodumov, A.V.Gurina, M.V.Filatov
MINILAPAROTOMY IN TREATMENT OF COMPLICATED FORMS
OF CHOLELITHIASIS

Основным методом лечения холецистохоледохолитиаза на сегодняшний день остается хирургическое вмешательство. Традиционная холецистэктомия из лапаротомного доступа имеет ряд недостатков, таких как значительная операционная травма; большое количество послеоперационных осложнений; длительный период реабилитации и нетрудоспособности.

Поэтому в настоящее время, особенно у больных пожилого и старческого возраста, все большее распространение получает холецистэктомия из минилапаротомного доступа. К числу преимуществ минилапаротомии относятся: малая травматичность операции, возможность выполнения полного объема вмешательства с адекватным интраоперационным обследованием; возможность выполнения операции при наличии спаечного процесса после ранее перенесенных операций и при наличии противопоказаний к наложению пневмоперитонеума, более благоприятное течение послеоперационного периода, значительное снижение частоты послеоперационных осложнений и послеоперационного койко-дня, быстрое восстановление трудоспособности.