

мативна целиакография, технически более сложный, но более безопасный и комплексный метод исследования, дающий возможность последовательно получить рентгеноконтрастное изображение артериальной, паренхиматозной и венозной фаз кровообращения печени и селезенки.

Костоазигрография отражает изменения кровообращения в системе непарной вены, обусловленные коллатеральным сбросом крови в нее из портальной системы через вены желудка и пищевода. Важным диагностическим и лечебным методом является лапароскопия. Этот

метод позволяет не только осмотреть органы брюшной полости и произвести под контролем биопсию печени и решать лечебно-тактические задачи.

Заключение

Таким образом, при осложненном течении цирроза печени определяются нарушения реологии крови, желчи, обусловленные структурно-морфологическими изменениями клеток крови, гепатоцитов. В диагностике портальной гипертензии наиболее оптимальными и информативными являются неинвазивные, инвазивные и ангиографические методы исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев Г.Н., Алсатаров Э.А., Ибадильдин А.С. и др. Диагностика и лечение осложненной портальной гипертензии. — Алматы, 1994. — 320 с.
2. Ибадильдин А.С., Андреев Г.Н., Борисов А.Н. Монография «Полисиндромность цирроза печени». — В. Новгород, 1999. — 196 с.
3. Андреев Г.Н., Борисова Н.А., Мухамеджанов Г.К. и др. Монография «Механическая желтуха неопухолевой этиологии». — 2004. — 124 с.
4. Борисов А.Е., Андреев Г.Н., Ибадильдин А.С., Борисова Н.А.

Эндоваскулярные методы диагностики и лечения портальной гипертензии. — Алматы. — 1996. — 105 с.

5. Гальперин И.И. Руководство по хирургии печени. — 2009.

6. Ибадильдин А.С., Мухамеджанов Г.К., Байзакова А.П. Морфофункциональные изменения при портальной гипертензии, осложненной внутрипеченочным холестазом. // Журнал «Морфология и доказательная медицина». — Алматы, 2010. — № 2. — С. 13-15.

УДК 616.36-089

Применение приема Прингла в хирургическом лечении пациентов с очаговыми заболеваниями печени

М.А. СЕЙСЕМБАЕВ, Б.Б. БАЙМАХАНОВ, Д.С. ТОКСАНБАЕВ, М.М. САХИПОВ, Н.К. САДЫКОВ, Е.Т. МОЛДАБЕКОВ, М.О. ДОСХАНОВ, Ш.А. КАНИЕВ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, Республика Казахстан, Алматы

Сейсембаев Манас Ахметжарович

председатель совета директоров акционерного общества
«Национальный научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова»
050004, Казахстан, г. Алматы, ул. Желтоқсан, д. 62,
тел. +7(727) 279-99-61, + 7(727) 279-95-05

Авторами проанализирован результат 188 резекций печени. Размеры очагов печени варьировали от 4 до 30 см в диаметре. Основной целью совершенствования техники исполнения резекции печени являлось снижение интраоперационной кровопотери. Были изучены результаты выполнения анатомических резекций печени с пережатием гепатодуоденальной связки турникетом (прием Прингла) и без такового. Отработка техники выполнения обширных резекций печени с накоплением опыта резекционных вмешательств на печени позволяет осуществлять объемные операции на печени без пережатия сосудистых элементов ворот печени с гарантией снижения интраоперационной кровопотери.

Ключевые слова: очаговые заболевания печени, обширные резекции печени, интраоперационная кровопотеря, прием Прингла, гемостаз.

Pringle's maneuver usage in surgical treatment of patients with focal lesions of the liver

M.A. SEISEMBAYEV, B.B. BAIMAKHANOV, D.C. TOKSANBAYEV, M.M. SAKHIPOV, N.K. SADYKOV, E.T. MOLDABEKOV, M.O. DOSKHANOV, S.A. KANIYEV

National Scientific Center of Surgery named after A.N. Syzganov, Republic of Kazakhstan, Almaty



Researchers analyzed the results of 188 liver resections. The size of focal lesions of the liver was varied from 4 to 30 centimeters in its diameters. The main technical target during operation was to reduce the intra-operative blood loss. It was analyzed results of anatomical liver resections with encircling the hepatoduodenal ligament with a tourniquet (Pringle's maneuver) or without it. Improvement of technical implementation of liver resections allows make large liver operations without vascular clamping of elements of porta hepatis, with a guarantee to reduce intraoperative blood loss.

Key words: focal liver disease, extended liver resections, intraoperative blood loss, Pringle's maneuver, hemostasis.

Многочисленные дискуссии по различным вопросам тактики хирургического лечения очаговых заболеваний печени свидетельствуют об устойчивой актуальности этой проблемы. Начало этого тысячелетия характеризуется объективным прогрессом в лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний печени. Накопление большого хирургического опыта в специализированных гепатологических центрах позволило сократить послеоперационную летальность у пациентов, перенесших большие анатомические резекции печени, и уменьшить частоту послеоперационных осложнений у этой категории больных [1-3].

Совершенствование технологии этого оперативного вмешательства базировалось на разработке нескольких фундаментальных вопросов. Это прежде всего глубокое изучение топографической анатомии печени, позволившее определить строение и соотношение артериальной, венозной и билиарной систем печени [4-6]. В течение последних десятилетий у хирургов-гепатологов утвердилось твердая позиция, что единственным радикальным методом лечения больных с очаговыми заболеваниями печени (ОЗП), позволяющим добиться значительного продления и улучшения качества жизни, является резекция печени (РП) вместе с патологическим очагом в пределах здоровых тканей. При этом позиция анатомических резекций подхвачена практически во всех ведущих гепатологических клиниках мира и стала «золотым стандартом» в выборе метода резекции. Частота послеоперационных осложнений, по данным различных авторов из ведущих клиник, достигает 15-50%, а летальность после РП по поводу различных ОЗП составляет 4-30% [7, 8].

До настоящего времени в хирургии ОЗП во многих гепатологических клиниках широко применяется пережатие гепатодуоденальной связки, внедренное еще в 1908 году ирландским хирургом Принглом (рис. 1).

Эффект данного подхода в кровосбережении несомненный, особенно при непредвиденных, неконтролируемых кровотечениях. Однако общеизвестно, что ишемическое состояние печени не отражается бесследно на функциональном состоянии паренхимы органа.

Накопление опыта хирургических вмешательств на печени в настоящее время предполагает наличие серьезной материально-технической базы, которая включает эффективный диагностический блок, высокую хирургическую оснащенность и возможности мониторингирования пациентов как в раннем послеоперационном периоде, так и в отдаленные сроки лечения.

Материал и методы

В период с 2004 по 2012 г. в ННЦХ им. А.Н. Сызганова выполнено 188 (100%) резекционных вмешательств на печени по поводу различных ОЗП. Возраст пациентов — от 2 до 75 лет. Размеры очагов печени варьировали от 4 до 30 см в диаметре.

Выполнены следующие виды анатомических резекционных вмешательств: расширенная правосто-

ронная гемигепатэктомия (РПГГЭ) — 113 (60,1%) пациентам, правосторонняя гемигепатэктомия (ПГГЭ) — 49 (26,1%) больным, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия (РЛГГЭ) — в 2 (1,1%) случаях, левосторонняя гемигепатэктомия (ЛГГЭ) — еще 11 (5,9%) больным. Комбинированные обширные резекции выполнены 13 (6,9%) пациентам: РПГГЭ + атипичная сегментэктомия (II Sg) + гепатикоеюностомия на Ру петле 1 (0,5%) больному, кавальная лобэктомия + атипичная бисегментэктомия — 4 (2,1%) пациентам, ПГГЭ + эхинококкэктомия из левой доли печени — 3 (1,6%) больным, бисегментэктомия (IV-V Sg) + стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция — 1 (0,5%) пациенту, атипичные комбинированные резекции — еще в 4 (2,1%) случаях.

Таким образом, среди всех резекционных вмешательств на печени основную массу составили анатомические резекции — 175 (93,1%) операций. Объем и способ РП зависел от нозологических форм, распространенности очагового поражения и вовлечения магистральных сосудисто-протоковых структур.

Результаты и их обсуждение

Основной целью совершенствования техники исполнения резекции печени являлось снижение интраоперационной кровопотери. Массивные, трудноконтролируемые интраоперационные кровотечения, нередко возникающие при выполнении обширных РП, ведут в послеоперационном периоде к полиорганной недостаточности, коагулопатии, являясь причиной, впоследствии уже прогнозируемого, неблагоприятного исхода.

Для сравнительной оценки интраоперационной кровопотери из числа оперированных в объеме обширных РП нами выделены 2 группы больных — с применением приема Прингла — 58 (30,9%) случаев, и без применения такового — 117 (69,1%) случаев. Соотношение нозологических единиц, по поводу которых выполнены различные варианты анатомических РП в обеих исследуемых группах было практически равнозначным (табл. 1).

Необходимо отметить, что процесс разделения паренхимы без применения Прингл-маневра в нашей клинике стали применять в течение последних 9 лет, по мере накопления опыта выполнения операций с прецизионным выделением сосудистых структур в воротах и по линии рассечения паренхимы печени. При этом превентивное наложение турникета на гепатодуоденальную связку проводилось всегда без исключения, на случай возникновения неконтролируемого кровотечения.

С применением современных специфических технологий, благодаря отработанной технике выделения элементов глассоновых и кавальных структур в группе больных с анатомическими обширными резекциями без применения приема Прингла, удалось достоверно



Таблица 1.

Распределение больных, перенесших анатомическую резекцию печени, по характеру очагового заболевания

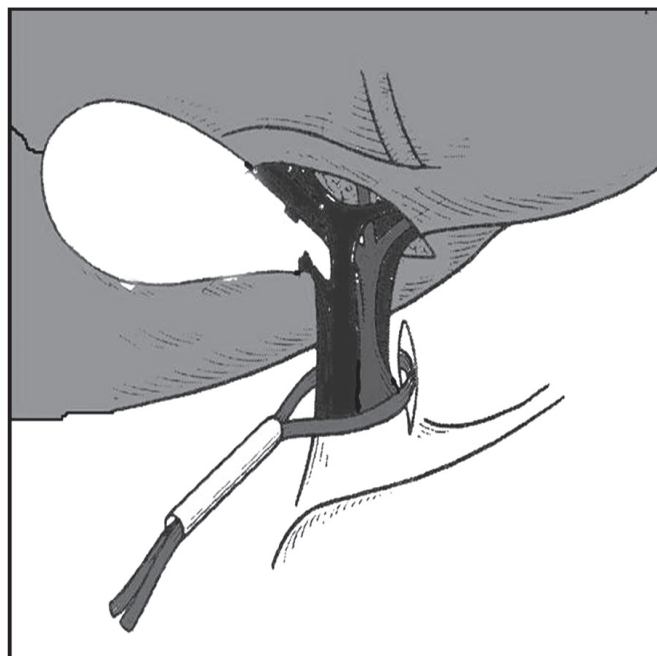
Очаговые заболевания печени (ОЗП)	I группа (с пережатием ГДС)	II группа (без пережатия ГДС)
Гемангиома	12	29
Аденома	7	22
Альвеококкоз	6	14
Эхинококкоз	24	37
Первичный рак	6	10
Метастатический рак	3	5
Итого:	58	117

снизить общую операционную кровопотерю до 300 мл. Тогда как в группе больных с приемом Прингла общая интраоперационная кровопотеря составила в среднем 800 мл. По категориям обширности резекций также наблюдалось достоверное снижение интраоперационной кровопотери: при выполнении правосторонних и расширенных гемигепатэктомий $p=0,01$, при выполнении левосторонних — $p<0,05$.

Среди всех оперированных больных после обширных резекционных вмешательств послеоперационные специфические осложнения развились у 17 (9,0%) больных: 6 в I группе и 11 — во II группе пациентов. В результате проведенного анализа выявлено, что при выполнении анатомических резекций, специфических осложнений было достоверно ниже: острая печеночная недостаточность в 1 (0,6%) случае (I группа); формирование наружного желчного свища — еще в 1 (0,6%) случае (II группа); внутрибрюшное кровотечение наблюдалось у 3 (1,7%) больных (1 пациент из первой группы, еще 2 — из второй).

Рисунок 1.

Прием Прингла: наложение турникета на гепатодуоденальную связку



Послеоперационная летальность после анатомических резекционных вмешательств составила 8 (4,6%) больных. При этом 3 (1,7%) пациентов принадлежали первой группе, еще 5 (2,9%) — второй. Причинами послеоперационной летальности явились: острая печеночная недостаточность (1 случай), инфекционно-воспалительное осложнение с развитием сепсиса (1 случай), острая печеночная недостаточность (2 больных), аррозивное кровотечение из резецированной культи печени с развитием ДВС-синдрома (4 пациента).

Несмотря на то, что в группе больных без пережатия гепатодуоденальной связки общая кровопотеря почти в 2 раза снижена, кровопотеря на этапе диссекции паренхимы была почти одинаковой и достоверно не отличалась друг от друга. Однако кровопотеря на этом этапе относительно общей интраоперационной кровопотери среди больных с наложением приема Прингла в среднем составила 1/6 часть, а без приема Прингла — 1/3,5 части. Применение пережатия связки позволило минимизировать кровопотерю в период рассечения паренхимы. После разжата связки — в периоде реперфузии печени начиналось кровотечение различной интенсивности со всей резекционной поверхности оставшейся печени. И средняя кровопотеря на этом этапе составила у больных 300 мл, достоверно отличаясь от кровопотери в объеме 50 мл после рассечения паренхимы в случаях без применения афферентной блокады кровотока печени ($p<0,01$).

Пережатие связки позволяло избежать значительных кровотечений в момент рассечения паренхимы, однако далее после разжата связки в процессе достижения окончательного гемостаза отмечалась дополнительная и относительно значительная кровопотеря с резецированной поверхности печени.

Из вышеописанного считаем необходимым отметить, что пережатие сосудистых структур в периоде реперфузии печени последующем приводит к значительному по времени периоду достижения окончательного гемостаза. В подгруппе больных без пережатия связки продолжительный по времени этап рассечения паренхимы печени значительно облегчает процесс гемостаза после удаления макропрепарата. Из этого следует, что время, выигранное при наложении приема Прингла на этапе рассечения паренхимы, тратится на достижение окончательного гемостаза после снятия турникета.

В подгруппе, где этап диссекции паренхимы протекал несколько дольше, этап достижения окончательного гемостаза по резецированной поверхности органа ввиду отсутствия факта пережатия ГДС был достигнут почти в 4 раза быстрее.



Заключение

Таким образом, отработка техники выполнения обширных резекций печени с накоплением опыта резекционных вмешательств на печени позволяет осуществлять объемные операции на печени в анатомическом варианте без пережатия сосудистых элементов ворот печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Готье С.В., Цирульников О.М., Филлин А.В., Камалов Ю.Р., Семенов Д.Ю. Радикальные резекции при обширных очаговых поражениях печени // Вестник Российской академии медицинских наук. — 1997. — № 9. — С. 8-13.
2. Taniguchi H., Takahashi T. Analysis of 210 Elective Hepatic resection // Hepato-Gastroenterology. — 1997. — Vol. 44. — P. 1624-1631.
3. Альперович Б.И., Журавлев В.А. Дискуссия о методах резекции печени // Анн. хир. геп. — 2005. — Т. 10, № 1. — С. 18-26.
4. Дарвин В.В., Лысак М.М., Краснов Е.А. Новые технологии в хирургии очаговых заболеваний печени // Матер. науч. конф. «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». — Санкт-Петербург, 2005. — С. 82.
5. Вишневский В.А., Кубышкин В.А., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З., Коков Л.С. Пути улучшения ближайших результатов обширных

Типичное выполнение обширных резекций воротным способом и без пережатия связки при условии имеющегося опыта резекции печени может гарантировать снижение интраоперационной кровопотери. Данные операции должны протекать в операционной с наличием современного технического оснащения и гемостатических средств.

резекций печени // Матер. науч. конф. «Новые технологии в диагностике, интервенционной радиологии и хирургии печени и поджелудочной железы». — Санкт-Петербург, 2005. — С. 74.

6. Clavien P.A., Selzner M., Rudiger H.A., Graf R., Kadry Z., Rousson V., Jochum W. A prospective randomized study in 100 consecutive patients undergoing major liver resection with versus without ischemic preconditioning // Ann Surg. — 2003. — Vol. 238. — P. 843-850; discussion 851-852.

7. Скипенко О.Г., Завенян З.С., Багмет Н.Н. и др. Резекция печени: ближайшие результаты 132 операций // Анн. хир. геп. — 2006. — Т. 11, № 4. — С. 28-37.

8. Man K., Fan S.T., Ng I.O., Lo C.M., Liu C.L., Wong J. Prospective evaluation of Pringle maneuver in hepatectomy for liver tumors by a randomized study // Ann Surg. — 1997. — Vol. 226. — P. 704-711; discussion 711-713.

УДК 616.147.17-007.64-036.12-08

К вопросу об оценке эффективности методов лечения хронического геморроя

О.Ю. КАРПУХИН

Казанский государственный медицинский университет
Республиканская клиническая больница МЗ РТ, г. Казань
Клиника Doctor Group, г. Казань
Профессорская клиника КГМУ

Карпухин Олег Юрьевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии № 1
420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49, тел. 8-905-3-12-92-90
e-mail: oleg_karpukhin@mail.ru

Проведена сравнительная оценка геморроидэктомии и латексного лигирования в лечении пациентов с геморроидальной болезнью. В первую группу вошли 106 больных с геморроем II-IV стадии, которым в стационаре выполнена закрытая геморроидэктомия по Миллигану — Моргану. Во вторую — 112 пациентов с геморроем II-III стадии, которым в амбулаторных условиях выполняли латексное лигирование. Показаны преимущества и недостатки двух доминирующих в России методов лечения хронического геморроя. Раннее обращение больных за медицинской помощью, широкое внедрение малоинвазивных вмешательств в амбулаторную и клиническую практику, выбор метода лечения с учетом стадии заболевания позволят изменить соотношение между геморроидэктомией и малоинвазивными вмешательствами в пользу последних.

Ключевые слова: хронический геморрой, латексное лигирование геморроидальных узлов, геморроидэктомия.

To the question of the assessment of effectiveness of treatment methods of chronic hemorrhoids

O.YU. KARPUKHIN

Kazan State Medical University
Republican Clinical Hospital of MH of RT
Clinic «Doctor Group», Kazan
Professorial clinic KSMU