

ких абсцессов следует упомянуть также корзинчатые дренажи (3 и 5 мм), использование одновременно 2 — 3 дренажей для создания ирригационно-эвакуационной системы. Контракция полости зависела от наличия или отсутствия капсулы абсцесса: при несформированных его стенках период редукции полости составил $12,3 \pm 3,7$ суток, при сформированных — $17 \pm 4,1$ суток. Средняя продолжительность дренирования абсцессов печени составила $15,1 \pm 5,4$ суток. Эффективность миниинвазивного лечения абсцессов печени составила 100 %.

Среди 78 больных с травматическими внутрипеченочными повреждениями гематомы составили 19 наблюдений (24,4 %), гемобилемы — 24 (30,8 %), билемы — 15 (19,2 %), абсцессы — 20 (25,6 %). Минимизированные хирургические вмешательства (пункция, дренирование, пункция + дренирование) проведены у 62 (79 %) больных. У 8 больных с билемами печени малых размеров применялось консервативное лечение под визуальным динамическим контролем. Пациенты со средними и большими посттравматическими образованиями, в лечении которых не использовались малоинвазивные операции, составили группу сравнения (8 больных). Осложнений и летальных исходов от малоинвазивного лечения не было. Оперировано 2 (2,6 %) пациента. Показанием к операции в одном случае явилось наличие тканевого секвестра, в другом — кровотечение. Эффективность миниинвазивного лечения посттравматических образований печени составила 96 %.

У 4 пациентов с солитарными метастазами колоректального рака проводились сеансы алкоголизации под контролем УЗИ. Все больные ранее перенесли операции по поводу первичной злокачественной опухоли. У 2 была произведена операция Гартмана, у 2 — левосторонняя гемиколэктомия. При гистологическом исследовании метастазов был подтвержден диагноз аденокарциномы. Размеры метастатических новообразований варьировали от 2 до 3,5 см в диаметре. Алкоголизацию проводили под контролем УЗИ иглой «Chiba» ш 1,0 мм 96% этанолом. Необходимый объем этанола рассчитывали по формуле $V = 4/3\pi R^3/5$, где V — объем необходимого этанола, π 3,14, R — радиус образования. Введение спирта начинали в дистальной (относительно траектории иглы) части опухоли, по мере извлечения иглы равномерно вводили оставшийся раствор. Распределение препарата при манипуляции оценивали перманентно в режиме реального времени под контролем УЗИ. Проанализированы результаты лечения 3 пациентов, о которых имелись сведения к моменту написания тезисов. В течение 12 месяцев все пациенты живы.

При непаразитарных кистах печени и гемангиомах размерами до 5 см резекция органа или энуклеация образования имеет более высокий риск осложнений, нежели наличие доброкачественной опухоли печени. Поэтому применение миниинвазивных методик под контролем УЗИ наиболее оправдано. Нами пункционная алкоголизация непаразитарных кист печени применена у 16 пациентов, из них у 7 при поликистозе, у 9 при солитарном поражении. При солитарных кистах выполнялись пункционные алкоголизации 96% этанолом в количестве 10 % от объема кисты. Кол-во сеансов составило 3 (2 — 4) и определялось динамикой уменьшения полости кисты при контрольных УЗИ. При множественных кистах печени во всех наблюдениях выполнялось комбинированное пункционно-дренажное лечение, причем в 5 наблюдениях произведено дренирование кист таким образом, что траектория дренажного канала прошла через 2 и более кист. Ежедневно проводились сеансы склерозирования с экспозицией 96% этанола в количестве 10 % от объема кисты в течение 2 часов. Показанием к удалению дренажа служило отсутствие отделяемого. Эффективность миниинвазивного лечения кист печени составила 91 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пункционно-дренажный метод лечения абсцессов, гематом и гемобилем печени в подавляющем большинстве случаев является исчерпывающим методом их санации. Применение пункционно-дренажного метода в лечении гемангиом, непаразитарных кист, солитарных метастазов печени займет свое место с накоплением опыта и учетом всех особенностей течения патологического процесса.

М.В. Демаков, А.В. Карпович

РАСШИРЕННАЯ ЛИМФОДИСЕКЦИЯ ПРИ ОРГАНОБЕРЕГАЮЩЕЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

НИИ гастроэнтерологии ГОУ ВПО СибГМУ (Северск)

Стандартным объемом лимфодиссекции (D_2) при выполнении субтотальной дистальной резекции (СДР) при раке считается удаление 1,3 — 9, 11р и 12 групп лимфоузлов. Левые паракардиальные (2-я группа) лимфоузлы при данном объеме лимфодиссекции остаются интактными в связи с тем, что по классификации Японской ассоциации рака желудка (JGCA) эта группа относится к лимфатическим коллекторам третьего порядка (N_3) при локализации опухоли в средней или нижней трети желудка, однако в

современной литературе ряд авторов указывает на выявление лимфогенных метастазов в этих узлах в 2–6,7 % случаев.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Разработать способ расширенной лимфодиссекции (ЛД) при выполнении СДР по поводу рака дистальных отделов желудка, направленный на удаление левых паракардиальных лимфатических узлов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оперативное лечение по предлагаемой методике заключается в следующем: первоначально выполняют мобилизацию желудка по малой кривизне традиционным способом, с одновременной диссекцией перигастральных и лимфоузлов общей печеночной, левой желудочной, селезеночной артерий, чревного ствола и гепатодуоденальной связки. При мобилизации желудка по большой кривизне разрушают полностью весь связочный аппарат, в том числе и желудочно-диафрагмальную связку, при этом освобождая дно желудка и короткие желудочные артерии. Левые паракардиальные лимфоузлы удаляют с соблюдением принципа абластики — исключительно острым путем, придерживаясь адвентиции обнажаемых сосудов, сдвигая удаляемую жировую ткань с лимфоузлами в сторону препарата. После резекции желудка, остается культя небольших размеров, питание которой осуществляется сохраненными короткими желудочными и задней желудочной артериями. Восстановление желудочно-кишечной непрерывности производится по любой традиционной методике (Бильрот, Ру).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Предлагаемым способом прооперировано 16 пациентов, из них 6 женщин и 10 мужчин. Средний возраст пациентов составил 54 ± 6 года. Говоря о глубине пенетрации стенки органа опухолью, у 3 пациентов отмечалась Т2-стадия опухолевой инвазии, у 12 — Т3 и у 1 — Т4. У 13 пациентов опухоль локализовалась в антропилорическом отделе, у 3 — в нижней трети тела желудка. При сравнении ранних послеоперационных осложнений в группе пациентов с проведением лимфодиссекцией предлагаемым способом ($n = 16$) с группой пациентов, оперированных по традиционной методике ($n = 15$, у 3 пациентов Т2-стадия опухолевой инвазии, у 11 — Т3 и у 1 — Т4; опухоль локализовалась в антропилорическом отделе у 13 пациентов, в нижней трети тела желудка — у 2 пациентов), достоверных различий не выявлено. В исследуемой группе ни у одного пациента не было выявлено несостоятельности шва анастомоза культи желудка, что говорит о достаточном ее кровоснабжении. При субтотальной дистальной резекции желудка с удалением данной группы лимфоузлов без вмешательства на смежных органах не отмечалось усиления истечения лимфы, дренажи из брюшной полости удалялись на 3–4 сутки (как и в группе без диссекции левых паракардиальных лимфоузлов), из стационара пациенты выписывались под наблюдение онколога поликлиники на 7–9 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде пациентам проводились курсы химиотерапии по стандартным схемам в соответствии с окончательным патоморфологическим диагнозом. При последующем контрольном наблюдении этих пациентов в сроки до 1 года локорегионального или отдаленного метастазирования онкологического процесса выявлено не было.

Следует отметить, что при патологоанатомическом исследовании окрашенных срезов удаленных левых паракардиальных лимфоузлов в исследуемой нами группе пациентов метастаз был выявлен у одного пациента (6,25 %).

Длительность динамического наблюдения пациентов составила $4,5 \pm 1,3$ года, что позволило оценить уровни 1-, 2- и 3-летней выживаемости в исследуемой группе пациентов, которая составила 87,5 %, 75 % и 68,75 %, соответственно. Причиной смерти у 5 (31,25 %) процентов явилась генерализация опухолевого процесса, случаев локального рецидива опухоли отмечено не было. При этом ретроспективный анализ 94 случаев СДР по традиционной методике (без диссекции левых паракардиальных узлов), выполненных в клинике в период с 1993 по 2002 гг. выявил 5 (5,3 %) случаев локального прогрессирования злокачественного процесса в оставленных тканях, из них в 2 (2,1 %) случаях источником рецидива явились паракардиальные лимфатические узлы.

ВЫВОДЫ

Предлагаемый способ лимфодиссекции при субтотальной дистальной резекции желудка не увеличивает число ранних послеоперационных осложнений, не ухудшает кровоснабжение культи желудка, снижая риск развития локорегиональных рецидивов при раке дистальных отделов желудка.