

тота повреждения внепеченочных желчных протоков, возможности выполнения ЛХЭ у больных острым калькулезным холециститом и спаечным процессом брюшной полости, а также у лиц с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

Цель: провести анализ результатов применения ЛХЭ при калькулезном холецистите.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период 2002 – 2004 гг. в факультетской хирургической клинике лапароскопическая холецистэктомия выполнена 974 пациентам. Женщины было 866 (88,9 %), мужчин – 108 (11,1 %). Возраст больных колебался в пределах 24 – 75 лет, при этом пациенты 60 лет и старше составили 21,1 % (206 человек). У 896 (91,9 %) больных операция выполнена по поводу хронического калькулезного холецистита, у 78 (8,1 %) – острого калькулезного холецистита. Наличие операций на органах брюшной полости и малого таза в анамнезе отмечено у 180 (18,4 %) пациентов. Сопутствующая патология сердечно-сосудистой системы имела место у 546 (56,1 %) больных. Противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии считаем: механическую желтуху в анамнезе и на момент операции, диагностированный холедохолитиаз, другие заболевания, требующие вмешательства на внепеченочных желчных протоках, и перенесенные ранее хирургические вмешательства на органах верхнего этажа брюшной полости.

Операции проводились под общим обезболиванием, причем у 282 (28,9 %) больных интубация трахеи заменена постановкой ларингеальной маски, что наряду с обеспечением адекватного газообмена не оказывало существенных влияний на гемодинамические показатели.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз во время операции подтвержден во всех случаях. У 432 (44,3 %) больных отмечали наличие более или менее выраженного спаечного процесса в брюшной полости; у 54 (5,5 %) – рыхлый перивезикальный инфильтрат, у 18 (1,8 %) – тотальный спаечный процесс в брюшной полости. Перечисленное создавало определенные технические трудности, однако не послужило противопоказанием к выполнению ЛХЭ. Повреждений внепеченочных желчных протоков не наблюдали, хотя у 72 (7,3 %) больных отмечали различные варианты строения внепеченочных желчных протоков. В двух случаях (0,2 %) наблюдали перфорацию желчного пузыря с выпадением конкрементов в брюшную полость, последние удалены эндоскопически при помощи эндоконтейнера. Повторных вмешательств не потребовалось. Переход на лапаротомный доступ был произведен у 8 (0,8 %) больных. Показанием послужили: массивный рубцово-воспалительный инфильтрат в области гепатодуоденальной связки и полное внутрипеченочное расположение желчного пузыря. Операции заканчивали введением раствора анемкаина 0,5% – 20,0 в круглую связку печени и инфильтрацией мягких тканей передней брюшной стенки в области раны. Это позволило исключить применение наркотических анальгетиков в раннем послеоперационном периоде у 50 % пациентов.

Послеоперационных осложнений и развития декомпенсации сердечно-сосудистой патологии не наблюдали.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лапароскопическая холецистэктомия является основным способом лечения больных калькулезным холециститом и позволяет значительно расширить возможности хирургии у пациентов не толерантных к «открытой» операции.

З. Лхагвасурэн, Н. Баасанжав, Б. Гоош

ТРАНСАРТЕРИАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЗАЦИЯ РАКОВЫХ УЗЛОВ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЕЕ СПЛЕНОМЕГАЛИИ

*Научно-исследовательский институт медицины Монголии (Улан-Батор)
Монгольская государственная Академия здоровья (Улан-Батор)*

Рак печени является одним из самых распространенных видов злокачественных новообразований, который ежегодно уносит около миллиона человеческих жизней и около 315 тысяч человек подвергаются опасности заболевания (Radionuclide treatment of liver cancer coordinated meeting Singapore Dec. 2000). Средний показатель заболеваемости раком печени у населения Монголии составляет 39,2 % случаев, при этом одним из ведущих факторов его возникновения является цирроз печени.

Известно, что первичный рак печени составляет 38 % среди всех видов онкологических заболеваний и занимает первое место в их структуре. Летальность по поводу рака печени составляет около 40 % в структуре летальных исходов раковых заболеваний в Монголии (Сандуйжав Р., 1998). Первичный рак печени у больных с циррозом печени зарегистрирован у 80 % больных, а у 90 % госпитализированных невозможно было проводить эффективное лечение. Лишь у

5,3–6 % таких больных было осуществлено хирургическое лечение (Сандуйжав Р. с соавт. 1998). Несмотря на то, что существуют современные эффективные методы диагностики и лечения, такие как лазерные, этанольные и даже трансплантация печени, они не решают полностью проблемы в связи с поздней диагностикой и невозможностью хирургического вмешательства более чем у 10 % всех больных (Vamado R., Sato M., 1983; Utiacker R., Mark H., Wholey, 1991; Ben Menachem, Hendel U., 1997).

В медицинской практике Монголии с 1994 г. применяется опухолевая трансартериальная эмболизация (ТАЭ) сосудов печени при первичном его раке и эмболизация селезеночных сосудов при гиперспленизме. Проведение ТАЭ при спленомегалии, возникшей на фоне цирроза печени, при невозможности выполнить операции, уменьшает явление гиперспленизма, предоставляет благоприятные условия для проведения операции.

В 1995–2003 гг. в кабинете ангиографии Научно-исследовательского института медицины им. академика Т. Шагдарсурэнэ и в Центральной клинической больнице им. П.Н. Шастина на аппарате HD-1520ТМ фирмы «Hitachi» и Polycliagnost-2, digital subtraction фирмы «Philips»

было обследовано 26 больных со спленомегалией и 401 больной раком печени. Этим больным были проведены целиакоангиография, селективное ангиографическое диагностирование и ТАЭ сосудов, при этом ход исследования документирован видеозаписью.

Общее количество больных, получивших ТАЭ в 1995–2003 гг. представлено на рис. 1.

Таким образом, у 401 больного первичным раком печени было проведено лечение путем эмболизации питающих сосудов опухоли. При этом среди пациентов были 265 мужчин ($66,1 \pm 2,4 \%$), 136 женщин ($33,9 \pm 2,4 \%$).

Из табл. 1 видно, что у человека в возрасте от 50 до 59 лет ($p < 0,001$) существует большая вероятность развития рака печени. Это подтверждается данными таких исследователей, как Б. Доржготов (1995), М. Шагдарсурэн (2002).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗВЕТВЛЕНИЯ ЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ МЕТОДОМ ЦЕЛИАКОАНГИОГРАФИИ

При изучении анатомических структур сосудов и кровоснабжения печени путем проведения ЦАГ у 74 (58,3 %) больных и результатов селективной ангиографии печени у 53 (41,7 %), в большинстве случаев (109 больных – 75,7 %) выявлена нормальная структура. Аномальное разветвление

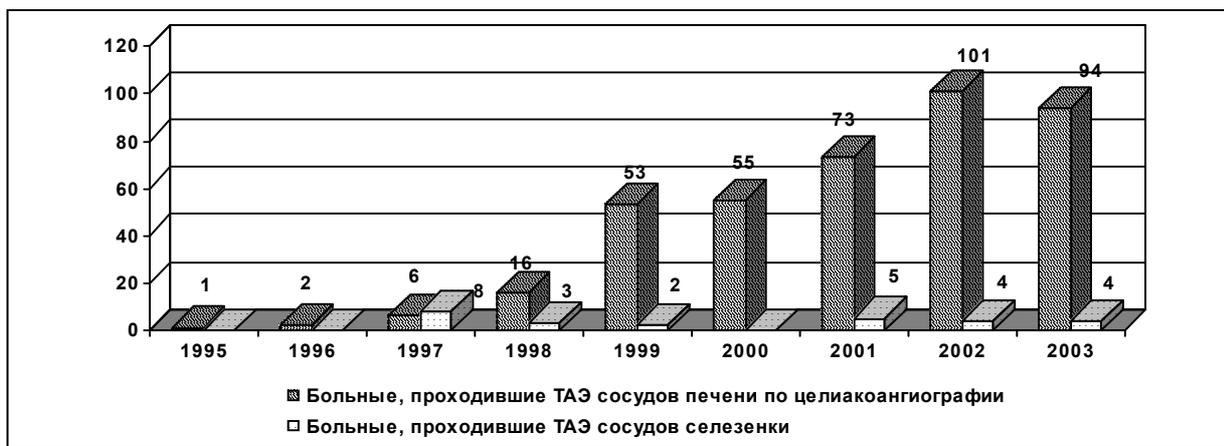


Рис. 1. Общее количество больных, получивших ТАЭ в 1995–2003 гг.

Таблица 1
Возраст и пол больных с первичным раком печени, проходивших лечение эмболизацией сосудов печени

Возраст	Мужчины			Женщины			Всего		
	n	%	$M \pm m$	n	%	$M \pm m$	n	%	$M \pm m$
20–29	4	1,5	0,7	5	3,7	1,6	9	2,2	0,7
30–39	18	6,8	0,6	12	8,8	2,4	30	7,5	1,3
40–49	42	15,9	2,2	15	11,0	2,7	57	14,2	1,7
50–59	166	62,6	2,9	62	45,6	4,3	228	56,9	2,5
60–69	23	8,7	1,7	31	22,8	3,6	54	13,5	1,7
70–79	12	4,5	1,3	11	8,1	2,3	23	5,7	1,2
Всего	265	100		136	100		401	100	

трупкулярного ствола аорты у выявлено у 18 (24,3 %) больных.

В наших исследованиях местом ответвления чревного ствола аорты у 87 (52,8 ± 3 %) больных было на уровне Th₁₂; у 24 (29,1 ± 2,7 %) — на уровне L₁; у 16 (18,1 ± 2,4 %) — на уровне Th₁₂ — L₁ позвонков. Х.Д. Кушив (1966), А.А. Кудинев (1967) считают такое разветвление нормальным, что соответствует нашим данным.

АНГИОСЕМИОТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Из обследованных больных (401 пациент) в 78 (19,4 %) случаях определяли цирроз печени «А», у 319 (79,5 %) — тип «В», в 4 (1 %) наблюдениях — «С», по классификации Чайлда.

Формы рака печени 401 обследованного нами больного:

- 1) рак печени, узловой формы — у 285 (64,3 %) больных;
 - 2) распространенные, диффузные формы рака — у 76 (18,9 %) пациентов;
 - 3) смешанные, многоочаговые и другие формы рака были у 67 (16,7 %) обследованных.
- Как ангиографические семиотики определены:
- гиперваскуляризация области опухолевого узла: в 285 наблюдений при опухолях размером меньше 5 см, которые были расположены в I — IV, V, VII и VIII сегментах печени;
 - сжатие и наклонение основного ствола артерии опухолевой зоны встретились при большом размере опухоли у 143 (35,6 %) больных. Обход сосуда опухоли малого размера встретился у одного больного;
 - ампутация и отрыв сосуда отмечены у 71,6 % обследованных;
 - при опухолях размером больше 7 см у 52,7 % больных на ангиограмме отмечено накопление контрастного масляного раствора липиодола в центре опухоли в виде «пруда» (73,2 %).

Этот рентгенологический признак позволяет контролировать динамику изменения патологического очага при сочетании эмболизирующих материалов с химиотатическими препаратами. Исследователи Kamot, Nemator, H. Ohishi, H. Uchida считают, что этот метод дает наиболее удовлетворительные результаты в лечении рака печени.

АНГИОСЕМИОТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПРИ СПЛЕНОМЕГАЛИИ

У 26 больных спленомегалия, возникшая на фоне цирроза печени, характеризовалась расширением артерии селезенки и гиперваскуляризацией. При этом зарегистрировано расширение и множественное разветвление сосудов воротной вены, увеличение размеров селезенки в венозной фазе и наряду с этим выявлены признаки сужения главных сосудов печени при ЦАГ-обследовании (табл. 2).

Таблица 2

Размеры опухолей печени больных раком печени

Размеры опухоли (см)	n	%	M±m
1,0–2,0	2,9	12	0,8
2,1–3,0	31	7,7	1,3
3,1–4,0	34	8,5	1,4
4,1–5,0	57	14,2	1,7
5,1–6,0	69	17,2	1,9
6,1–7,0	55	13,7	1,7
7,1–8,0	42	10,5	1,7
8,1–9,0	34	8,5	1,4
9,1–10,0	38	9,5	1,5
10,1–11,0	29	7,2	1,3
Всего	401	100	

У 6 (13,9 %) больных из 43 (10,6 ± 2,1 %), имеющих опухоли с размером от 1,0 до 3,0 см, они не были выявлены при ультразвуковом и КТГ обследовании. ЦАГ позволила выявить раковые очаги еще более меньшего размера (1 — 2 см). При ТАЕ, когда внутриаартериально вначале вводили в очаг опухолей печени химические цитостатические средства (10 — 20 мл масляного раствора липиодола), и затем доксирубицин, затем эмболизировали сосуды (материалами спонжель, тефлон велюр), у 91 (22,7 %) больного с размером опухоли 3,1 — 5,1 см получили положительные результаты. Опухолевой очаг после ТАЭ кальцифицировался и покрывался обложкой, что определялось на рентгенокоскопии и УЗИ. У 1/3 больных для улучшения результатов эмболизации проводили повторную эмболизацию опухоли. Эмболизацию в очаге опухоли более большего размера (размером в 5,1 — 7,0 см) проводили у 124 (31 %) больных. При этом вначале образовывалось депо контраста очага опухоли, затем оно постепенно уплотнялось, кальцифицировалось. По данным нашего исследования, раковые узлы печени у 250 (62,4 %) больных локализовались в правой доле печени со статистической достоверностью ($p < 0,001$) (табл. 3).

Опухоли, расположенные в двух сегментах левой доли, встречались у 60 больных и, в том числе, в I — IV сегментах у 31 (51,7 %) больного, опухоли размером 5,1 — 7,0 см были у 23 (74,1 ± 1,1 %) пациентов. У этих больных результаты лечения были невысоки. Больные после эмболизации жили всего от 6 месяцев до одного года. Опухоли, расположенные в правой доле, размером (9,0 — 11,0 см) зарегистрировали у 22 больных, из них после эмболизации опухоли — у 17 (77,3 %) больных, охватывающей VI, VII и VIII сегменты правой доли печени, больные жили 2 — 3 года (рис. 2).

Из рисунка 2 видно, что 80,3 % больных, проходивших эмболизацию сосудов печени, продолжали жить от 6 месяцев до 5 лет, в среднем 1,7 лет. По данным Японского онкологического института (Niederau C. et al., 1998; Sakai, 2002) продолжи-

Таблица 3

Сравнительные показатели размеров и места расположения опухоли у обследованных больных

Место расположение опухоли		Размеры опухоли					%	M ± m
		1,0–3,0 см	3,1–5,0 см	5,1–7,0 см	7,1–9,0 см	> 9,0 см		
		n = 43	n = 91	n = 124	n = 76	n = 67		
Правая доля	в 1-м сегменте (n = 139)	31	15	38	47	8	34,7 %	2,4
	во 2-м сегменте (n = 89)		10	41	21	17	22,2 %	4,3
	в 3-м сегменте (n = 22)				6	16	5,5 %	1,1
Левая доля	в 1-м сегменте (n = 65)	12	39	14			16,2 %	1,8
	во 2-м сегменте (n = 60)		27	31	2		15,0 %	1,7
На 2 долях (n = 7)						7	1,8 %	0,4
Метастазы внутри печени (n = 19)						19	4,6 %	1,0
Всего (n = 401)							100%	

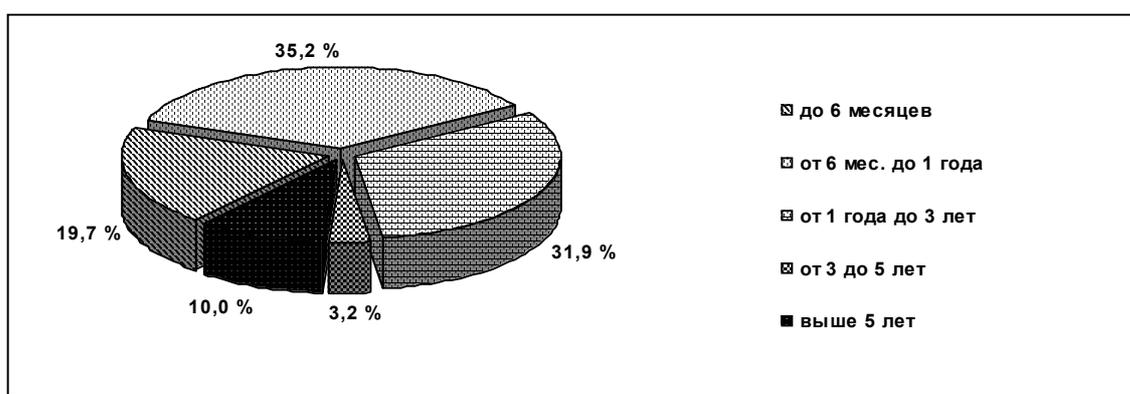


Рис. 2. Продолжительность жизни больных после эмболизации сосудов опухолей печени.

тельность жизни больных после эмболизации опухолей печени составляет от одного до трех лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ СЕЛЕЗЕНКИ

Эмболизация сосудов селезенки была осуществлена у 26 больных (9 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 6 до 56 лет с диагнозом гиперспленизм. Частичная эмболизация, т.е. эмболизация верхних ветвей селезенки, сделана у 3 (11,5 %) больных, средних ветвей – у 12 (46,1 %), нижних артерий – у 8 (31,0 %) пациентов (табл. 4).

Таблица 4

Результаты эмболизации сосудов селезенки в зависимости от степени цирроза печени

Степень цирроза печени по Чайлду	n	%	M ± m
A	6	23,1	8,4
B	16	61,5	9,7
C	4	15,4	7,2
Всего	26	100,0	

Изменения, выявленные после эмболизации сосудов селезенки:

1) Уменьшение размеров селезенки, относящееся по данным L. Lida, T. Sakina, K. Akagi к груп-

пе «А» выявлено у 5 больных, у которых отмечался некроз, охватывающий более 80 % всей поверхности селезенки, к группе «В» – 9 больных, имеющих размер некроза 60–80 %, к группе «С» – 12 больных, некроз у которых охватывал менее 60 % всей поверхности селезенки. Размер зон инфаркта и его уменьшение имеют прямую зависимость от срока рассасывания.

2) Улучшение гемограммы, коагулограммы: увеличение количества эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов и гемоглобина в крови способствовало улучшению показателей на 80 %, а также исчезновению носового кровотечения.

РЕАКЦИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДОВ

После эмболизации сосудов опухолевого узла печени у 322 (82,7 ± 2,7) больных наблюдалась не- сильная боль, которая продолжалась от 3 до 7 дней. В процессе лечения у 198 (49,4 ± 2,5 %) больных наблюдалась рвота. Температура поднималась и оставалась повышенной в течение 1–7 суток у 148 (36,8 %) больных. После лечения антибиотиками температура нормализовалась. Гематома на месте пункции бедренной артерии наблюдалась у 10 (2,5 ± 0,8 %) больных. Внутрипеченочные метастазы опухоли отмечены у 149 (37,1 ± 2,4 %) больных

на двух сегментах печени, а у 22 (8,8 ± 1,0 %) больных — на 3-х сегментах (p < 0,05).

Произведена эмболизация сосудов при позднем периоде развития опухоли у 71,6 % больных, что явилось показанием к полной и частичной эмболизации сосудов полуселективным, селективным методом. Исходя из этого, считаем, что необходима полная эмболизация, когда размер очага колеблется между 5 и 8 см, наблюдается возникновение прудообразного круга вокруг очага, появление кальцирования и положительного эффекта лечения 73,2 % больных.

Неполная эмболизация необходима в связи с тем, что вышеуказанные симптомы появились при распространенной опухоли, срок сохранения кальцирования был небольшим, что не допускало применения специальных эмболизирующих материалов при эмболизации.

Необходимо производить твердую эмболизацию артерии печени в тех случаях, когда имеется очаговая опухоль размером от 3,1 до 7,1 см с помощью масляного раствора липиодола и специальных эмболизирующих материалов.

Можно произвести мягкую эмболизацию сосудов, когда опухоль имеет размер от 9,1 до 11 см и

множественные метастазы внутри печени при помощи маслячного раствора с химиоэмболизацией.

Доказана возможность частичной эмболизации каждого сосуда селективным методом при очаговых опухолях, имеющих метастазы внутри печени.

ВЫВОДЫ

1. Опухолевой очаг при первичном раке печени в 62,4 % случаев располагается в правой доле, в 31,2 % наблюдений — в левой, у 1,8 % больных — в обеих долях печени. У 37,1 % обследованных с первичным раком печени опухолевые очаги были локализованы в двух, а у 8,8 % больных — в трех сегментах печени.

2. Селективная эмболизация сосудов сегмента печени, где локализуется опухолевой очаг при первичном раке печени, у 80,3 % обследованных позволяет продлить жизнь больных от 6 месяцев до 7 лет.

3. Частичная эмболизация артерии селезенки при ее спленомегалии у большинства больных циррозом печени позволяет подавлять синдром гиперспленизма, что необходимо в подготовке тяжелых больных данной категории.

Г.П. Лях, А.А. Реут

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И *HELICOBACTER PYLORI*

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

Анализ частоты и степени обсеменения *Helicobacter pylori* (НР) при различных морфологических проявлениях вблизи от края язвенного дефекта (при язвенной болезни желудка различной локализации)

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Аналізу были подвергнуты результаты исследования 32 больных с язвенной болезнью желудка различной локализации. Возраст пациентов был от 27 до 61 года. Из них при эндоскопическом исследовании у 2 (6,25 %) больных язвенный дефект локализовался в кардиальном отделе желудка; у 4 (12,5 %) — по малой кривизне тела желудка; у 7 (18,91 %) — на задней стенке тела желудка; у 12 (37,5 %) — в области угла желудка; у 4 (12,5 %) — в антральном отделе и у 3 (9,37 %) — в препилорическом отделе.

Проводилось морфологическое и цитологическое исследование биопсийного материала со слизистой на расстоянии 0,5 — 0,7 см от края язвенного дефекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Вблизи от края язвенного дефекта различной локализации НР был выявлен у 14 (43,75 %)

больных, из них с высокой степенью обсеменения у 9 (64,28 %) больных: у 4 (44,44 %) — с локализацией язвенного дефекта в области угла желудка; у 3 (33,33 %) — на задней стенке тела желудка и у 2 (22,22 %) — в кардиальном отделе желудка.

Выраженные воспалительные изменения выявлены у 11 (34,37 %) больных. У 6 (54,5 %) из них НР выявлен с высокой степенью микробного обсеменения: 2 (18,18 %) — в кардиальном отделе, 3 (27,27 %) — в области угла желудка и 1 (9,09 %) — на задней стенке тела желудка. У остальных умеренная степень воспалительных изменений, НР выявлен с различной степенью микробного обсеменения (2 — первая степень, 3 — третья степень).

ВЫВОДЫ

Проведенный анализ установил связь между выраженностью воспалительных изменений, частотой и степенью микробного обсеменения. При выраженных воспалительных изменениях, независимо от локализации язвенного дефекта НР выявляется чаще и с высокой степенью обсеменения.