

XXIII

Международный Конгресс

Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ



# «АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»



**14-16**  
СЕНТЯБРЯ  
2016 ГОДА  
г.МИНСК

МАТЕРИАЛЫ  
КОНГРЕССА

*Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Министерство здравоохранения Российской Федерации  
Национальная академия наук Беларуси  
Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ  
Белорусская ассоциация хирургов  
Белорусский Государственный медицинский университет  
Белорусская Медицинская академия последипломного образования  
РНПЦ трансплантации органов и тканей  
ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации*

**XXIII Международный Конгресс Ассоциации  
гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ  
«АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ»  
14 – 16 сентября 2016 года**

**МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА**

*г. Минск*

охлаждения, у других 6 - интраоперационно с использованием МВА антенн без системы охлаждения. Максимальная зона деструкции, создаваемая одной антенной, достигалась в течение 10 минут при мощности 45 ватт и имела форму эллипса 3х5 см.

**Результаты.** Все пациенты хорошо перенесли сеансы МВА. Эффективность МВА контролировалась ультразвунографически и КТ-ангиографией. Отсутствие кровотока при ЦДК и контрастного усиления в аблированных опухолях считали успешным лечением. МВА была эффективна у всех пациентов. Ортопическая трансплантация печени в сроки от 1,5 до 12 месяцев после МВА выполнена 23 пациентам. Осложнение наблюдали у пациента рецидивом ГЦК после ОТП. После МВА на фоне транспапиллярного билиарного стента в зонах абляции сформировались 2 абсцесса печени, которые были успешно излечены чрескожным чреспеченочным дренированием. Рецидивы метастатического поражения печени отмечены у 2-х пациентов с колоректальным раком. У одного пациента при комбинации МВА с ТАХЭ развился тромбоз печеночной артерии.

**Выводы.** Микроволновая абляция является эффективным методом локо-регионарного лечения гепатоцеллюлярного рака на фоне цирроза печени и является мостом к пересадке у пациентов листа ожидания трансплантации печени. Микроволновая абляция является новым высокоэффективным методом лечения неоперабельных опухолей печени.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТГРАНИЧЕННЫМ НЕКРОЗОМ**

**Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П.**

**ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России,  
Нижний Новгород, Россия**

**Актуальность.** Отграниченный некроз (ОН) относится к локальным осложнениям некротического панкреатита. Тактика лечения данной категории пациентов остается предметом дискуссий.

**Цель исследования:** анализ результатов консервативного лечения, пункционно-дренирующих и открытых вмешательств у больных с ОН.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 46 пациентов с ОН: у 37 (80,4%) – формирование ОН из острого некротического скопления при консервативном лечении и динамическом наблюдении за больным в стационаре, у 9 (19,6%) – госпитализация при уже сформированном ОН, критерии включения – подтвержденный при компьютерной или магнитно-резонансной томографии с контрастированием эпизод некротического панкреатита в течение последних 6 месяцев. Показаниями к оперативному лечению были нагноение (15 человек), сохранение болевого синдрома (7 человек). Сравнение групп выполнено при помощи двустороннего точного критерия Фишера. Уровень значимости отличий был принят  $\leq 0,05$ .

**Результаты.** У 24 (52%) больных с ОН консервативное лечение привело к стабилизации или уменьшению размеров образования, стиханию болей, исчезновению клинических и лабораторных признаков воспаления. Они были выписаны с сохранением активного врачебного наблюдения, которое включало осмотр, УЗИ еженедельно в течение первого месяца, далее 1 раз в месяц с контролем общего анализа крови, уровня глюкозы. По показаниям выполняли повторную КТ с контрастированием, определяли сывороточный уровень  $\alpha$ -амилазы. Исходы консервативного ведения ОН спустя 1 год и более после перенесенного некротического панкреатита изучены у 13 пациентов. Регресс имел место у 7, формирование постнекротической кисты – у 6. Различий частоты регресса при размерах ОН от 3 до 8 см и свыше 8 см выявлено не было. У 5 лиц срок наблюдения составил от 4 до 8 месяцев: регресс наступил у 1 человека, уменьшение размеров – у 1, отсутствие динамики – у 3. В последней группе одному больному была выполнена лапароскопическая холецистэктомия и simultанное открытое дренирование ОН с секвестрэктомией через небольшой внебрюшинный доступ.

Необходимость в операции возникла в 22 из 46 (48%) случаев, из которых в 13 они были выполнены открытым путем, в 9 – под УЗ-контролем. В результате пункционного дренирования регресса удалось достичь у 2 больных, наружный панкреатический свищ сформировался у 1, постнекротическая киста – у 3, необходимость в открытой секвестрэктомии возникла в 3 случаях. Летальных исходов не было. После открытых операций ОН регрессировал у 10 лиц, постнекротическая киста сформировалась у 2, умер 1 человек. Частота регресса ОН была выше при выполнении открытых операций по сравнению с дренированием под УЗ-контролем (двусторонний вариант точного критерия Фишера,  $p=0,027$ ).

**Заключение.** ОН представляет относительно благоприятный вариант течения некротического панкреатита, который не следует рассматривать как стадию обязательного формирования постнекротической кисты. Консервативное лечение ОН в 50% случаев позволяет избежать операции в сроки, когда еще сохраняются воспалительные изменения в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, и перевести больного на амбулаторный режим. Использование при этом активного врачебного наблюдения является безопасным и эффективным в ведении данной категории пациентов. При нагноении ОН, персистировании болевого синдрома предпочтительно выполнение открытого внебрюшинного дренирования с секвестрэктомией.

физического здоровья (PHs) был зарегистрирован у пациентов 3-й группы Me3 – [25%; 75%] = 48.5 (46.3; 50.6) баллов по сравнению с уровнем показателя у пациентов 2-й группы Me2 – [25%; 75%] = 42.6 (40.2; 47.7) и 1-й группы Me1 – [25%; 75%] = 41.5 (37.9; 44.9) баллов. Суммарный показатель психологического здоровья (MHs) к концу лечения в стационаре был достоверно ( $z_{1-3}=2.9$ ,  $p=0.012$ ) выше у пациентов 3-й группы – 47.9 (45.6; 53.6) по сравнению с величиной у пациентов 1-й группы – 43.4 (39.3; 50.4) баллов.

**Выводы.** Адекватная нутритивная поддержка пациентов, страдающих ХП (применение ПЭС на фоне ЦВ-П) в течение лечения в условиях стационара способствует повышению качества жизни.

## **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ В ХРОНИЧЕСКОМ: ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ**

**Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П.**

**ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России,  
Нижний Новгород, Россия**

**Актуальность.** Среди пациентов с острым панкреатитом значительную долю составляют лица с повторными эпизодами заболевания. Перенесенные приступы служат основой хронического процесса с формированием панкреатической гипертензии, кист, ложных аневризм. Лечение таких больных имеет особенности, связанные с возникающими осложнениями хронического панкреатита, требующими операции на фоне острого воспаления в поджелудочной железе.

**Цель исследования:** анализ результатов лечения больных острым панкреатитом, возникшим на фоне хронического.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 59 пациентов, госпитализированных в экстренном порядке с острым панкреатитом и наличием подтвержденных лучевыми методами обследования панкреатической гипертензии и/или кистозных образований поджелудочной железы. Критерий исключения – эпизод некротического панкреатита в течение последних 6 месяцев. В 20 (34%) случаях имели место такие осложнения, как нагноение кисты (10), механическая желтуха (4), перфорация (4), кровотечение в просвет кисты (2). Кроме больных с перитонитом в результате перфорации псевдокисты в брюшную полость, лечение начинали с консервативных мероприятий. Диагностические методы включали стандартные лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости, ФГДС, КТ и/или МРТ с внутривенным контрастированием, определение сывороточного уровня онкомаркеров СА 19-9 и РЭА. Показаниями к этапному хирургическому лечению были осложнения кист: вначале выполняли наружное дренирование

кисты под УЗ-контролем или лапаротомным доступом, наружное желчеотведение под УЗИ-контролем, прошивание кровотока при отсутствии возможности ангиоэмболизации. На втором этапе осуществляли резекционное, дренирующее или резекционно-дренирующее вмешательство на поджелудочной железе. В остальных случаях решение о необходимости оперативного лечения и его объеме принимали после регресса острого панкреатита на основании оценки выраженности хронического панкреатита.

**Результаты.** В 9 случаях размеры псевдокисты значительно уменьшились, признаки хронического панкреатита были не выражены. 5 пациентов от хирургического лечения отказались. Эти больные были выписаны под наблюдение хирурга. Операции были выполнены 45 (76%) пациентам. Наружное дренирование под УЗ-контролем (24) привело к регрессу гнойного процесса, желчной гипертензии в 22 случаях. Осложнения в виде дислокации дренажа с развитием перитонита и внутрибрюшное кровотечение имели место у 2 больных. Наружное дренирование лапаротомным доступом выполнено у 7 пациентов с кровотечением в полость кисты (1), перфорацией в брюшную полость (4), нагноением (2). Регресс псевдокисты наступил у 2 больных, были выписаны при отсутствии отделяемого по дренажу - 7, рецидив псевдокисты или формирование наружного панкреатического свища имело место у 7. Умерло 2 (6%) человека от причин, не связанных непосредственно с патологией поджелудочной железы. Второй этап оперативного лечения осуществлен у 11 пациентов, летальных исходов не было. Одноэтапные операции на поджелудочной железе в текущую госпитализацию выполнены в 14 случаях (Фрея – 2, цистопанкреатикоэюноанастомоз – 4, цистоеюноанастомоз – 6, дистальная резекция – 2), летальный исход – 1 (7%).

**Заключение.** Больные острым панкреатитом, возникшим на фоне хронического, представляют сложную для диагностики и выбора тактики лечения группу. Острый воспалительный процесс в поджелудочной железе определяет необходимость проведения в первую очередь консервативного лечения, а при развитии осложнений – применения этапного подхода с выполнением вначале хирургического пособия минимального объема. Для определения оптимального вида оперативного лечения на заключительном этапе требуется мультидисциплинарный подход.