

**Резолюция XIX Международного Конгресса хирургов-гепатологов
России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической
гепатологии» Иркутск 19–21 сентября 2012 г.
«Внепеченочная портальная гипертензия
(диагностика и хирургическая тактика)»**

Синдром внепеченочной портальной гипертензии (ВПГ) развивается вследствие окклюзии воротной вены и ее ветвей. Причиной патологии у детей преимущественно являются неонатальные инфекции на фоне наследственных тромбофилий и, в ряде случаев, аномалия развития воротной вены.

У взрослых в этиологии внепеченочной окклюзии воротной вены играют роль, с одной стороны, системные факторы, как наследственные, так и приобретенные тромбофилии, среди которых чаще всего отмечаются миелопролиферативные заболевания, антифосфолипидный синдром и др. С другой стороны, в тромбозе воротной вены важная роль принадлежит локальным факторам (воспалительные заболевания брюшной полости, панкреатиты, травмы, операции и т.д.). Особенности патогенеза ВПГ определяются этиологией тромбоза, степенью вовлечения основных стволов портального бассейна, а также развитием венозных коллатералей.

Показаниями к хирургической коррекции ВПГ являются варикозное расширение вен (ВРВ) пищевода и желудка с эндоскопическими маркерами высокого риска кровотечения, а также впервые возникшее или рецидивирующее пищеводно-желудочное кровотечение. Выбор метода хирургической коррекции ВПГ осуществляется индивидуально с учетом этиологического фактора, данных эндоскопического исследования и состояния портальных сосудов по данным ультрасонографии с доплерографией. При планировании операций portoкавального шунтирования (ПКШ) более детальная оценка системы воротной вены осуществляется при помощи мультиспиральной компьютерной томоангиографии или возвратной мезентерикопортографии.

При хроническом панкреатите возможно развитие сегментарной ВПГ вследствие окклюзии селезеночной вены. В таких случаях операция на поджелудочной железе может сопровождаться спленэктомией.

С целью профилактики кровотечения или рецидивов кровотечений из ВРВ предпочтение целесообразно отдавать ПКШ, как наиболее радикальному методу. Дистальный спленоренальный анастомоз сопровождается минимальной частотой послеоперационного тромбоза и характеризуется быстрой и надежной декомпрессией гастроэзофагеального бассейна. У больных с тотальной окклюзией селезеночной вены оправдано выполнение других вариантов ПКШ, в том

числе мезентерикокавального анастомоза. Эндоскопические методы менее эффективны в качестве меры профилактики гастроэзофагеальных кровотечений и показаны при невозможности ПКШ.

У детей предпочтение отдается мезо-портальному анастомозу (Rex-шунт) и при невозможности его выполнения любому варианту portoкавального анастомоза.

В случаях неэффективности зонда-обтуратора и эндоскопических методов (склерозирование, лигирование) гемостаза при кровотечениях из ВРВ пищевода и желудка показано выполнение операции разобщения гастроэзофагеальных венозных коллекторов в неотложном порядке. Операция М.Д.Пациоры прошла испытание временем, лучшие отдаленные результаты получены у больных, которым вышеуказанная операция дополнялась деваскуляризацией желудка. ПКШ целесообразно выполнять в плановом порядке. Выполнение ПКШ в экстренном порядке возможно только в специализированном гепатохирургическом стационаре. В ряде случаев, с целью обеспечения гемостаза на время операции и в раннем послеоперационном периоде, вмешательство целесообразно сочетать с прошиванием ВРВ пищевода и желудка.

Гиперспленизм у больных с ВПГ в большинстве случаев не требует коррекции, и только при геморрагическом синдроме может обсуждаться спленэктомия. Целесообразность поэтапной эндоваскулярной редукции артериального притока селезенки требует дальнейшего изучения, учитывая высокий риск тромботических осложнений.

Наиболее эффективным методом лечения острого тромбоза воротной вены является проведение ранней системной продолжительной, не менее 3-х месяцев, терапии антикоагулянтами, которая позволяет снизить частоту летальных исходов и, в ряде случаев, добиться частичной, реже полной реканализации вен портальной системы. В единичных случаях неэффективности проводимой консервативной терапии при остром тромбозе воротной вены в специализированных хирургических стационарах возможно выполнение тромбэктомии из просвета воротной вены. Практическая возможность регионарного тромболитика путем чрескожной катетеризации ветвей воротной вены, трансъюгулярным внутривенным доступом или катетеризацией верхней брыжеечной артерии

остаются дискуссионными и требуют дальнейшего изучения.

Проблема лечения ВПГ у взрослых является мультидисциплинарной и должна проводиться совместно с гематологами в специализированных центрах.

Осложнения операций на поджелудочной железе в раннем послеоперационном периоде

Частота развития острого послеоперационного панкреатита (ОПП) при операциях на поджелудочной железе (ПЖ), по данным различных авторов, колеблется от 3,5 до 40%. Причиной развития ОПП является прямое или опосредованное (ишемия, медикаменты) воздействие на ткань ПЖ, приводящее к ее деструкции. Прогностически неблагоприятным фактором развития ОПП является выполнение вмешательства на малоизмененной («сочной») железе, использование раздавливающих зажимов, механических сшивающих аппаратов, неатравматичного шовного материала, грубые манипуляции с органом, неадекватная перфузия сохраняемых отделов органа во время операции и ближайшем послеоперационном периоде. В настоящее время не существует методов дооперационной профилактики ОПП. Интраоперационной профилактикой панкреатита является соблюдение соответствующих показаний, правильной технологии вмешательств на паренхиме и протоках железы, применение «октреотида» и других мероприятий по угнетению панкреатической секреции, обеспечение надежного дренирования зоны операции. В раннем послеоперационном периоде наряду с известными лечебными мероприятиями, необходимо мониторирование уровня ферментов ПЖ, гликемии, динамическое УЗИ, КТ, МРТ.

Лечебная тактика при ОПП принципиально не отличается от таковой при остром панкреатите другой этиологии. Однако оценка тяжести течения ОПП всегда намного сложнее и требует при наличии клинических и лабораторных данных динамического ультразвукового, КТ или МРТ контроля. В случае выявления скопления патологического субстрата следует выполнять его пункцию для уточнения характера содержимого. При лечении ОПП целесообразно отдавать предпочтение минимально инвазивным пунктирно-дренажным процедурам. Релапаротомия после операций на ПЖ в раннем послеоперационном периоде является вынужденным вмешательством и в основном выполняется при распространенном перитоните, забрюшинной флегмоне и аррозионных кровотечениях.

Главной причиной несостоятельности панкреатодигестивных анастомозов, при условии их технически правильного выполнения, является ОПП. Профилактикой несостоятельности анастомоза является правильный выбор типа соустья с учетом состояния паренхимы, протоков ПЖ и характера патологического процесса. Основным видом соустья при операциях на ПЖ является панкреато(цисто)еюноанастомоз. При

панкреатодуоденальной резекции возможно формирование панкреатогастрального анастомоза. Выбор метода панкреатодигестивного анастомоза определяется опытом и предпочтениями хирурга. При развившейся несостоятельности анастомоза целесообразно применять методы малоинвазивного дренирования зоны несостоятельности, а в случае распространенного перитонита и аррозионных кровотечений показано повторное хирургическое вмешательство.

Операции панкреатодуоденальная резекция и тотальная панкреатэктомия, имеют свои строгие показания, определяющиеся характером патологического процесса и состоянием окружающих тканей. Только мультицентрический рост опухоли поджелудочной железы и ее тотальное поражение без вовлечения в процесс смежных органов, а также неэффективность ранее выполненных операций на ПЖ, оправдывает выполнение панкреатэктомии. При уверенности в нежизнеспособности культи поджелудочной железы после панкреатодуоденальной резекции, тяжелом послеоперационном деструктивном панкреатите, рецидивирующем аррозионом кровотечении, тотальная панкреатэктомия выполняется как вынужденная операция.

Осложнения операций на печени в раннем послеоперационном периоде

Печеночная недостаточность (ПН), развивающаяся после резекций печени в 0,6–13% случаев, является тяжелым осложнением, сопровождающимся высокой летальностью. «Синдром малой доли» (Small for size syndrome), сепсис и ишемически-реперфузионные повреждения считаются ключевыми в механизме патогенеза развития пострезекционной печеночной недостаточности.

Клиническими маркерами печеночной недостаточности являются энцефалопатия и желтуха, олигурия. К биохимическим маркерам относят гипоальбуминемию, гипербилирубинемия, повышение уровня цитолитических ферментов, гипогликемию, снижение уровня холинэстеразы, снижение протромбинового индекса и удлинение активированного свертывания крови, развитие метаболического ацидоза, повышение уровня лактата.

Снижение риска развития ПН связано с аргументированным отбором пациентов для резекции печени, оценкой функциональных резервов остающейся паренхимы и волюметрических характеристик перед большими резекциями печени. При отсутствии диффузных изменений печени (жировой гепатоз, холестаз, цирроз печени, маркеры печеночной дисфункции, системная и региональная химиотерапия) безопасно сохранять 20–30% паренхимы печени. При меньших расчетных объемах остающейся паренхимы показана эмболизация контралатеральной долевой воротной вены.

Необходимы тщательный отбор пациентов для больших резекций печени, профилактика гнойно-сеп-

тических осложнений после операций, своевременное разрешение холестаза с обеспечением энтерогепатической циркуляции желчных кислот, а также тщательная оперативная техника, снижающая интраоперационную кровопотерю. Следует также избегать длительного использования маневра Прингла особенно, у пациентов с дополнительными факторами риска развития ПН (пожилой и старческий возраст, диффузные изменения печени). Целесообразной представляется количественная оценка функциональных резервов печени (гепатосцинтиграфия, дыхательные и экскреторные тесты).

Для прогноза течения ПН следует использовать правило 50: протромбиновый индекс – 50%, билирубин – 50 мкмоль/л, 5-е сутки после резекции печени. При прогрессировании ПН необходимо проводить заместительную почечную терапию с включением экстракорпорального альбуминового или адсорбционно-диализа (MARS или Prometheus). При отсутствии эффекта следует рассмотреть возможность срочной трансплантации печени, как единственного способа радикального лечения ПН после обширной резекции печени.

Билиарные осложнения являются ведущими специфическими осложнениями после резекций печени. В большинстве наблюдений желчеистечения не угрожают жизни пациентов, однако они могут приводить к развитию септических осложнений с последующей ПН, что повышает риск летального исхода. Помимо удлинения послеоперационного койко-дня и сроков нетрудоспособности пациентов нередко возникает необходимость в повторных миниинвазивных и оперативных вмешательствах.

Частота билиарных осложнений по данным литературы составляет 5,5–21%. Столь большой разброс цифр можно объяснить не только разнородностью анализируемых групп пациентов, но и использованием разных критериев оценки билиарных осложнений. Для решения этой проблемы международной группой авторов в 2011 г. разработано определение желчеистечения. Осложнением предложено считать случаи, при которых концентрация билирубина в отделяемом по дренажу превышает концентрацию билирубина сыворотки крови > 3 раз на 3-и сутки после операции или необходимы миниинвазивные вмешательства или повторная операция для устранения скоплений желчи или перитонита. Желчеистечения также stratифицированы по тяжести: степень А – длятся менее 7-и суток, прекращаются самостоятельно без лечения; степень В – длятся более 7-и суток или требуется миниинвазивное лечение; степень С – требуется повторная операция. Несомненно, хирургический опыт оказывает основное влияние на частоту желчеистечений, как и любых других осложнений. Но существуют и объективные факторы, которые необходимо изучать, а именно: факторы риска и методы профилактики. Исследования, определяющие факторы риска развития

желчеистечений немногочисленны и зачастую противоречивы. Предложенные методы профилактики (пробы на герметичность, интраоперационная холангиография, дренирование протоков, местные гемостатики, оментопластика) просты, однако доказательств их эффективности недостаточно. Рядом ретроспективных исследований показано, что пробы на герметичность выглядят наиболее предпочтительно.

В целом, проблема билиарных осложнений при резекциях печени далека от решения, но использование единого определения является шагом, который позволит стандартизировать и сравнить результаты различных клинических исследований, а также облегчить объективную оценку эффективности тех или иных методов профилактики желчеистечений.

Хирургия альвеококкоза печени

В комплекс диагностических мероприятий альвеококкоза печени входят лучевые методы обследования (УЗИ, КТ, МРТ), серологические исследования, биопсия, лапароскопия. Всемирной Организацией Здравоохранения предложена классификация, которая основывается на распространенности паразитарной ткани в печени, вовлечение рядом расположенных органов и наличие метастазов.

Показанием к радикальной резекции печени является возможность полного удаления паразитарной ткани из печени. Поражение нижней полой вены, элементов печеночно-двенадцатиперстной связки и массивное поражение печени остаются основными противопоказаниями к радикальной операции.

Выполнение циторедуктивной резекции с удалением большей части паразитарной ткани и оставлением опухоли на «опасных» структурах оправдано, особенно в комплексе с последующим длительным химиотерапевтическим лечением.

Стремление к удалению всей паразитарной ткани за счет сосудистой реконструкции и резекции нижней полой вены сопровождаются высокой летальностью. Выполнение данных манипуляций, с учетом современных достижений противопаразитарной химиотерапии, неоправданно.

При рецидиве альвеококкоза следует рассмотреть вопрос о возможности повторного хирургического лечения, которое должно быть направлено на максимальное удаление паразитарной ткани с соблюдением противопоказаний к радикальной резекции. Наличие отдаленных метастазов, при отсутствии возможности их удаления, является противопоказанием к резекции печени.

Лечение осложненного течения заболевания пациентам, которым невозможно выполнить резекцию печени, осуществляется по показаниям. При нагноении паразитарной ткани показано выполнение дренирования полости распада. При наличии механической желтухи предпочтительнее выполнение эндоскопического стентирования. Выполнение локальной деструк-

ции в значительной степени ограничено исходно крупными размерами паразитарных очагов. Целесообразно выполнение данного метода лечения при рецидивном альвеококкозе, а также как дополнение к основному этапу операции.

Трансплантация печени может быть выполнена при нерезектабельном поражении, однако недостатками ее являются высокая частота рецидивов на фоне последующей противопаразитарной химиотерапии. Абсолютными противопоказаниями к трансплантации печени являются наличие отдаленных метастазов, непереносимость противопаразитарной и иммуносупрессивной терапий.

Противопаразитарная химиотерапия показана в течение двух лет после радикальной операции, во всех остальных случаях – пожизненно. Препаратом выбора является альбендазол.

Лечение альвеококкоза печени остается трудной задачей, требует мультидисциплинарного подхода и опыта резекционных вмешательств с учетом специфики заболевания. Лечение этих больных должно осуществляться в специализированных стационарах. Паллиативное лечение пациентам, которым невозможно выполнить резекцию печени, возможно в условиях общехирургического стационара.

20 сентября 2012 г.
проф. Буриев И.М.
проф. Глабай В.П.
проф. Цвиркун В.В.