

с кистами почек не сопровождаются большими техническими трудностями, а имеют лишь несколько большую продолжительность (101 ± 18,1 мин.). Течение раннего послеоперационного периода у больных с кистами почек, перенесших симультанные эндовидеохирургические или изолированные вмешательства достоверно не различается. В операционную бригаду при симультанных операциях кроме уролога должен входить хирург, гинеколог или проктолог владеющие эндовидеохирургией.

Имеющийся экономический эффект при симультанных эндовидеохирургических операциях позволяет рекомендовать их выполнение, но по строгим индивидуальным показаниям.

При поликистозе почек не целесообразно отказываться от перкутанных методов лечения, т.к. без их применения больные с ХПН значительно раньше начинают гемодиализ.

© АГАПОВ В.К., ИСТОМИН Н.П., АГАПОВ К.В., ЕГОРОВ М.С., ДЗУКОВЕВА Ф.А.

РОЛЬ СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ И МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫБОРЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

В.К. Агапов¹, Н.П. Истомин², К.В. Агапов², М.С. Егоров¹, Ф.А. Дзукоева¹

¹ФГБУЗ Клиническая больница №119 ФМБА России, г. Химки; ²ФГБУЗ Клиническая больница №84 ФМБА России, г. Москва; ³ФГБОУ Институт повышения квалификации ФМБА России, г. Москва

Введение. Острый панкреатит (ОП) занимает лидирующее положение в неотложной абдоминальной хирургии. Летальность при панкреонекрозе (ПН) колеблется в пределах 12–75%. Точными методами диагностики ОП являются СКТ и МРТ, результаты которых можно выразить индексами Balthazar. Таким образом, представляется интересным оценить эффективность СКТ и МРТ при определении тактики лечения у больных ОП.

Цель - оценить эффективность СКТ и МРТ в выборе лечебной тактики при остром панкреатите.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положены результаты проспективного обследования и лечения 43 больных ОП, находившихся в КБ №119 с 2009 по 2012 гг. Из общего числа больных выделили две группы. В первой группе основным диагностическим методом, определявшим лечебную тактику, являлась СКТ, а во второй – МРТ. Для оценки состояния больных и эффективности лечения ежедневно использовали шкалу APACHE II. В первой группе СКТ выполнена 23 больным, во второй группе МРТ выполнена 20 больным. Группы не отличались по возрасту, срокам от начала заболевания и тяжести состояния больных. СКТ выполняли на четырехсрезовом компьютерном томографе «Lightspeed», фирмы General Electric. МРТ выполняли на аппарате

«MAGNETOM Espree» 1,5 Тл, фирмы Siemens. Второе исследование выполняли при ухудшении состояния больного по шкале APACHE II в течение двух суток на 4 балла. Результаты оценивали с использованием КТ и МРТ – индексов Balthazar. Лечение больных проводили поэтапно. Каждый этап включал в себя три метода лечения: 1 метод – дренирование отдельных жидкостных скоплений под контролем ультразвукового исследования; 2 метод – лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости; 3 метод – «полоткрытые» и «открытые» дренирующие операции.

Результаты и обсуждение. В первой группе отечная форма ОП выявлена у 10 больных (КТ-индекс от 0 до 3 баллов), во время как у 13 больных (КТ-индекс от 4 до 10 баллов) диагностирован ПН. В группе оказалось 5 больных с биллиарной и 8 больных с алиментарной формами ПН. У 10 больных выявлены ограниченные, у 3 – распространенные формы ПН. Стерильный ПН диагностирован у 9, а инфицированный – у 4 больных. Во второй группе выявлено 9 больных с отечной формой ОП (МРТ-индекс от 0 до 3 баллов), а больных с ПН (МРТ-индекс от 4 до 10 баллов) – 11. Среди больных с ПН биллиарная форма верифицирована у 4 пациентов, а у 7 – алиментарная. Ограниченный ПН обнаружен у 9, а распространенный у 2 больных. Стерильных форм ПН выявлено 7, а инфицированных – 4.

При определении лечебной тактики в обеих группах использовали следующий принцип. Если индекс Balthazar принимал значения от 0 до 3 баллов, что бывает при отечной форме ОП и мелкоочаговом ПН, то первым этапом проводили консервативную терапию. При наличии изолированного острого скопления жидкости, абсцесса ПЖ, парапанкреатической клетчатки, салниковой сумки, брюшной полости, когда индекс Balthazar находился в пределах от 4 до 7 баллов, выполняли лечение первым методом. Пункционные методы дренирования применяли в качестве окончательного метода лечения либо как подготовительный этап перед «полоткрытыми» или «открытыми» дренирующими операциями. Лапароскопические вмешательства выполняли только при ПН осложненном острым деструктивным холециститом без признаков распространенного бактериального перитонита. При инфицированном крупноочаговом ПН, абсцессах брюшной полости, бактериальном перитоните, оментобурсите, флегмоне забрюшинной клетчатки, когда индекс Balthazar составлял от 7 до 10 баллов предпочтение отдавали третьему методу лечения.

На каждом этапе лечения контролировали значения шкалы APACHE II и индексов Balthazar, на основании которых выносили заключение об эффективности проводимого лечения. Если после первого этапа хирургического лечения в течение двух суток значения шкалы APACHE II повышались на 4 балла, то СКТ или МРТ повторяли. Если индекс Balthazar повышался на 1 – 2 балла, то переходили к следующему этапу хирургического лечения и применяли третий метод.

В первой группе хирургическое лечение потребовалось 4 больным. Из них на первом этапе 3

больным выполнено пункционное дренирование острых скоплений жидкости под УЗИ и 1 больному лапаротомия, некрэксэкстрактомия. Второй этап лечения потребовался 1 больному, которому выполнили серию санационных релапаротомий. Средние сроки госпитализации в первой группе составили 15,4 суток, летальных исходов не зарегистрировано. Во второй группе оперировано 4 больных. Двум больным на первом этапе лечения выполнено пункционное дренирование острых скоплений жидкости под УЗИ, а двум больным потребовалось выполнение лапаротомии, некрэксэкстрактомии. На втором этапе лечения оперировано 4 больных, которым выполнена лапаротомия, некрэксэкстрактомия. Средние сроки госпитализации во второй группе составили 20,5 суток. После нескольких санационных релапаротомий умер 1 больной от полиорганной недостаточности.

Заключение. Применение КТ и МРТ – индексов Balthazar является перспективным направлением развития неотложной панкреатологии, т.к. позволяет оценить тяжесть заболевания и своевременно определить тактику как хирургическому лечению при ПН.

© АГАПОВ В.К., ЦВИРКУН В.В., АЛЕКСАНДРОВ Б.А.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ НА ПЕЧЕНИ

В.К. Агапов, В.В. Цвирун, Б.А. Александров
ФГБУЗ Клиническая больница №119 ФМБА России, Москва

Цель - оценить осложнения послеоперационного периода после открытых и лапароскопических резекций различного объема с использованием современных методов диссекции печеночной паренхимы и обработки раневой поверхности печени; изучить осложнения комбинированных методов лечения опухолей печени.

Материалы и методы. Изучены осложнения хирургического и комбинированного лечения 101 больного с доброкачественными и злокачественными очаговыми заболеваниями печени первичной и метастатической природы. В период 03.2002 – 07.2012 выполнены 85 резекций печени (7 обширных и 78 экономных) у 74 пациентов. 14 операций (из них, 1 обширная) выполнены лапароскопическим способом; 18 пациентам произведена радиочастотная абляция метастатических узлов, из них 11 РЧА сопровождала резекцию печени. Размер узлов не превышал 3 см, количество – от 1 до 10; 15 пациентам с метастатическим колоректальным раком проведена регионарная внутриартериальная химиотерапия (всего – 36 курсов). В 31 случае химиоинфузия печеночной артерии сочеталась с химиоэмболизацией.

Техническое обеспечение операций включало аппаратуру для моно- и биполярной электрокоагуляции (в т.ч. электрохирургический блок LigaSure, аргонсильный коагулятор Valleylab), гармонический скальпель Ultracision, ультразвуковой диссектор Sonos. При массивной кровопотере применялся ап-

парат для реинфузии крови Cell-saver. Радиочастотная абляция выполнялась с помощью аппарата «Фотек» в режиме моно- и биполярной коагуляции.

Результаты. Осложнения обширных резекций печени отмечены у 4 (57,1%), экономных резекций – у 15 (19,2%) пациентов. В первой группе преобладали печеночная недостаточность и перитонит – по 2 (28,6%) случая. Во второй группе спектр осложнений был более широким. Зафиксированы как «хирургические», так и «нехирургические» осложнения. У 3 (3,8%) больных послеоперационный период осложнился развитием внутрибрюшного кровотечения, у 4 (5,1%) – формированием билломы и желчеистечением по дренажу. Отмечено по 2 (2,6%) случая печеночной недостаточности и пневмонии, по 1 (1,3%) – острый панкреатит, стриктура холедоха, ОНМК и флегмограмм.

Смерть после резекции печени наступила в 4 (4,7%) случаях. Причинами летального исхода были печеночная, а также прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне массивного опухолевого поражения.

Лапароскопические резекции печени осложнились у одной (7,1%) больной, что оказалось достоверно ниже, чем в общей группе. Осложнений у больных, перенесших РЧА не получено. Осложнения регионарной химиотерапии отмечены после 5 (13,9%) вмешательств. Как правило, это была гипертермия (4 (11,1%)), купировавшаяся после прекращения лечения, и лишь в 1 случае (2,8%) – лейкопения.

Заключение. Современные методы диссекции печеночной паренхимы и обработки раневой поверхности печени позволяют добиться достаточно низкого уровня «хирургических» послеоперационных осложнений. Эндовидеохирургические методы резекции печени при адекватном отборе больных являются безопасными, однако для их объективной оценки требуется дальнейшее накопление материала. Использование радиочастотной абляции и регионарной химиотерапии является эффективным и безопасным компонентом комбинированного лечения больных с метастатическим колоректальным раком, и могут быть использованы.

© АРУТЮНЯН А.В., ЧЕРДАНЦЕВ Д.В., АРУТЮНЯН А.В., ЕРЕМИНА Е.В.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.В. Арутюнян, Д.В. Черданцев, А.В. Арутюнян, Е.В. Еремينا
ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, КБУЗ Краевая клиническая больница, г. Красноярск

В начале 21 века острый панкреатит остается одной из наиболее актуальных проблем абдоминальной хирургии. По материалам информационно-аналитического центра в Красноярском крае ежегодно госпитализируется 4,5 - 5 тыс. больных острым