

ный гемостаз применен в качестве профилактического без выявленного источника кровотечения.

В группе пациентов с локализованным источником кровотечения у 3-х из них при язве 12-перстной кишки (2 — рецидив кровотечения, 1 — продолжающееся кровотечение Forrest Ia) источником кровотечения явился ствол гастродуоденальной артерии, что установлено в ходе ангиографии. У 1 пациента при локализации язвы в желудке источником кровотечения явилась восходящая ветвь левой желудочной артерии. Эндоваскулярный гемостаз у всех пациентов выполнен путем введения в просвет сосуда эмболизационных спиралей.

У 2-х (66%) пациентов из 3-х, перенесших профилактический эндоваскулярный гемостаз, в сроки от 2 до 12 часов произошёл повторный рецидив язвенного кровотечения. Пациент 33 лет оперирован в объеме резекции 2/3 желудка с экстериоризацией пенетрирующей дуоденальной язвы. Пациент 91 года оперирован в объеме гастротомии с прошиванием кровоточащего сосуда в дне язвы тела желудка. Оба пациента благополучно перенесли послеоперационный период и выписались.

Скончался 1 пациент (14,2%) 86 лет с язвой субкардиального отдела с тяжелой сопутствующей патологией через 2-е суток после эффективного эндоваскулярного гемостаза с установленным источником экстравазации контраста, выполненного на фоне рецидива язвенного кровотечения.

На основании имеющегося опыта сделаны следующие выводы: эндоваскулярный гемостаз при язвенных рецидивирующих кровотечениях является эффективным современным методом лечения; преимуществом его является малоинвазивность и малотравматичность, позволяющая снизить риск неблагоприятного исхода; наиболее эффективен эндоваскулярный гемостаз на фоне продолжающегося кровотечения, что позволяет ускорить поиск, локализовать и устранить источник кровотечения; профилактический эндогемостаз не является эффективной мерой предотвращения рецидива язвенного кровотечения; вопрос внедрения его в повседневную клиническую практику требует дальнейшего изучения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ЛУКИН А.Ю., ТАВОБИЛОВ М.М., ШИКОВ Д.В., КОЛОТИЛЬЩИКОВ А.А.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
botkintmm@yandex.ru

Актуальность: Деструктивный панкреатит отмечается в среднем у 20% больных, характеризуется значительным количеством осложнений и летальных исходов (максимальная летальность наблюдаются в случае инфицирования зон деструкции и варьирует от 15 до 39%). В последние годы в лечении инфицированной формы деструктивного панкреатита используются мини-инвазивные способы секвестрэктомии: пункционно-дренирующий (ПДС), эн-

доскопический транслюминальный и видеоретроперитонеоскопический. Отсутствие общепринятого алгоритма по использованию мини-инвазивных вмешательств требует дальнейшей разработки лечебной тактики.

В нашей клинике разработаны 4 «Модели» панкреонекроза в зависимости от локализации зон некроза в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке.

Цель исследования: Уточнение показаний к применению малотравматичных способов секвестрэктомии у пациентов с деструктивной формой острого панкреатита.

Материалы и методы: За период с 2012 по 2017 годы проанализированы результаты лечения 318 пациентов с деструктивным панкреатитом. Из них в 229 случаях диагностирован инфицированный панкреонекроз, что потребовало оперативного лечения. ПДС был использован в 198 случаях (86,5%). Видеоассистированная ретроперитонеоскопическая секвестрэктомия (ВАРС) использована в комплексном лечении 18 пациентов (7,9%), из них: ПДС+ВАРС — у 4 пациентов, ПДС+ВАРС+открытый способ — у 14 пациентов. Эндооскопический транслюминальный способ секвестрэктомии применен в 14 случаях (6,1%).

Полученные результаты: Применение ПДС в сочетании с консервативной терапией привело к излечению 26 пациентов (11,4%). В данной группе мелкоочаговый панкреонекроз («Модель-1») был диагностирован у 5 пациентов, у 10 пациентов инфильтрат по «левому типу» («Модель-2»), у 7 пациентов инфильтрат по правому типу («Модель-3»), а у 4 пациентов — инфильтрат по «смешанному типу» («Модель-4»).

У 4 пациентов ВАРС была использована в качестве самостоятельного способа секвестрэктомии. Максимальное количество эндоскопических санаций забрюшинного пространства — 6. Инфильтрат по «левому типу» («Модель-2») был диагностирован у 3 пациентов из данной группы, в 1 случае — инфильтрат по «правому типу» («Модель-3»). У 14 пациентов, которым была выполнена ВАРС, в дальнейшем потребовалось применение открытого способа секвестрэктомии в связи со значительной распространенностью деструктивного процесса в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке («Модель-4»).

Эндооскопическая транслюминальная секвестрэктомия у 8 пациентов была использована в качестве самостоятельного способа. Указанный способ применялся у пациентов с диагностированными очагами деструкции и жидкостными скоплениями, локализованными в центральной части поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, тесно прилегающими к задней стенке желудка, либо ДПК, при условии отграничения зон некроза. Частота повторения эндоскопических ревизий — 2–7. В 6 случаях эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия дополнялась ПДС для обеспечения адекватной санации зон деструкции.

Отмечено 2 осложнения: аррозивные кровотечения в ходе выполнявшихся ВАРС (были остановлены посредством эндоскопического гемостаза). Летальных исходов не отмечено.

Выводы: ПДС не всегда обеспечивает адекватную санацию зон деструкции. Применение ПДС целесообразно в сочетании с другими способами секвестрэктомии.

ВАРС в комбинации с ПДС является эффективным малотравматичным способом секвестрэктомии при лечении пациентов с инфицированным панкреонекрозом с формированием инфильтрата по «левому» и «правому» типам («Модель-2» и «Модель-3»). ВАРС целесообразно сочетать с открытым способом в случае деструктивного процесса, наблюдаемого при «Модели-4».

Эндоскопическая транслюминальная секвестрэктомия показана пациентам с ограниченными зонами некроза, локализованными в центральной части поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, тесно прилегающими к задней стенке желудка или ДПК.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ТАВОБИЛОВ М.М., КАРПОВ А.А., ДРОЗДОВ П.А., КОРЖЕВА И.Ю.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
botkin.karpov@yandex.ru

Актуальность: Рост числа пациентов с осложненными формами желчнокаменной болезни — холедохолитиазом и механической желтухой — требует оптимизации лечебно-диагностического протокола ведения этой категории пациентов. В условиях Боткинской больницы проведено исследование оценки эффективности использования эндосонографического исследования в случаях недостаточной информативности трансабдоминального ультразвукового исследования у больных с подозрением на холедохолитиаз. Целями исследования были оценка чувствительности и специфичности метода.

Материалы и методы: В исследование включены 48 пациентов с подозрением на холедохолитиаз, находившихся на лечении в отделении хирургии печени и поджелудочной железы в период с декабря 2017 по январь 2018 гг. Всем пациентам был выполнен стандартный диагностический протокол, включая лабораторные и инструментальные исследования. У всех 48 больных не отмечалось явлений выраженной билиарной гипертензии (диаметр холедоха $7 \pm 1,2$ мм (от 5,5 до 8,8 мм)), уровень общего билирубина составил $54 \pm 10,4$ мкмоль/л (от 27 до 78 мкмоль/л). У 15/48 пациентов при трансабдоминальном УЗИ имелись признаки холедохолитиаза. Признаки холангита отмечены у 20/48 пациентов. 25/48 больным с целью уточнения диагноза выполнена магнитно-резонансная холангиопанкреатография, при этом у 18 пациентов подтвержден холедохолитиаз. С учетом неоднозначности клинической картины, а также отсутствия билиарной гипертензии, что сопряжено с риском развития осложнений после эндоскопической ретроградной холангиографии, во всех представленных случаях выполнено эндоскопическое ультразвуковое исследование.

Оценивая результаты исследования, было отмечено, что в 36/48 случаев в терминальном отделе холедоха и в ампуле БДС были выявлены мелкие конкременты диаметром не более 2 мм (22/36), у 8 пациентов отмечены эхо-призна-

ки билиарного сладжа, у 18 пациентов — изолированный стеноз терминального холедоха, при этом в 6 случаях без наличия гиперэхогенных включений в просвете холедоха. У 4 пациентов в исследовании при эндосонографии выявлена опухоль терминального отдела холедоха. Всем пациентам выполнена ЭРХГ, ЭПСТ. В 8 случаях — биопсия из терминального отдела холедоха.

Все лечебные методики были хорошо переносимы пациентами и не имели серьезных осложнений (по классификации Clavien-Dindo).

Таким образом, чувствительность метода трансабдоминального УЗИ оказалась равной 90,2%, а специфичность — 31,2%, при этом эндоскопического УЗИ — 100% и 91,6% соответственно.

Выводы: Включение в лечебно-диагностический алгоритм эндоскопического ультразвукового исследования позволяет в диагностически сложных случаях избежать напрасных вмешательств и повысить их эффективность у больных с холедохолитиазом.

ОПЫТ ЧРЕСКОЖНОГО БИЛИАРНОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ С ПРОКСИМАЛЬНЫМ БЛОКОМ ЖЕЛЧЕОТТОКА

ШАБУНИН А.В., БЕДИН В.В., ПАРФЕНОВ И.П., ТАВОБИЛОВ М.М., ЧЕЧЕНИН Г.М., ЛЕБЕДЕВ С.С., ИВАНОВА Н.А.

ГКБ им. С.П. Боткина, Москва
lebedevssd@yandex.ru

Введение. Число пациентов с механической желтухой, обусловленной проксимальным блоком желчеотведения, неуклонно увеличивается. Дифференцированный подход к диагностике и выбору способа декомпрессии определяет результаты лечения этой категории больных.

Материалы и методы. В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина в период с 2009 по 2017 гг. находился на лечении 141 больной с механической желтухой, обусловленной проксимальным блоком. Средний возраст больных составил $64,8 \pm 5,8$ лет. Мужчин было 77 (54,6%), женщин — 64 (45,4%). Для выбора метода декомпрессии использовался современный алгоритм диагностических исследований (УЗИ, МРХПГ, СКТ с внутривенным контрастированием). Верификацию диагноза проводили посредством транскатетерной браш-биопсии или биопсии печени. На первом этапе осуществляли наружную билиарную декомпрессию, в последующем при нерезектабельности процесса выполняли антеградное билиарное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами. Антеградное стентирование выполнено 94 (66,7%) больным. В работе руководствовались классификацией по Bismuth-Corlette (I тип — 31 (33,0%), II тип — 30 (31,9%), IIIA тип — 21 (22,3%), IIIB тип — 12 (12,8%)). Причинами механической желтухи были: первичный рак печени (воротная холангиокарцинома) — 44 (46,8%), метастатический рак печени — 31 (33,0%), рак желчного пузыря — 19 (20,2%). Виды стентирования: билобарное стентирование нитиноловыми стентами (би-