

В контрольной группе полное выздоровление достигнуто у 67 (67,0%) больных и связано с ранним обращением пациентов в стационар в ферментативную фазу заболевания, проведением интенсивной консервативной терапии. Конверсия на лапаротомию выполнена 32 (32,0%) пациентам, гнойно-септические осложнения наблюдались в 33 (33,0%) случаях с последующей лапаротомией, летальные исходы в 3 (3,0%). В исследуемой группе полное выздоровление достигнуто у 91 (91,0%) больного, конверсия на лапаротомию выполнена 14 (14,0%) пациентам, гнойно-септические осложнения наблюдались в 9 (9,0%) случаях с последующей лапаротомией, а летальные исходы – в 1 (1,0%).

**Выводы.** Мониторинг абдоминальной гипертензии и региональной гемодинамики, наряду с традиционными методами диагностики, позволяет прогнозировать тяжесть состояния больных острым панкреатитом до развития манифестных органических изменений, определять оптимальную хирургическую тактику и уменьшить количество осложнений с 33% до 9%, а летальности с 3% до 1%.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОПЕРАЦИИ ФРЕЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Запорожченко Б.С., Шевченко В.Г., Бондарец Д.А.

*Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы, Одесса, Россия*

*Одесский государственный университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Проблема хирургического лечения хронического панкреатита (ХП) за последние годы стала чрезвычайно актуальной. Хронический панкреатит – хронический полиэтиологический воспалительно-дегенеративный процесс в поджелудочной железе (ПЖ), который характеризуется необратимым и прогрессирующим замещением панкреатической паренхимы фиброзной тканью с развитием псевдокист и кальцификатов, обструкцией двенадцатиперстной кишки, общего желчного и панкреатического протоков, воротной вены с развитием портальной гипертензии. Хроническое рецидивирующее воспаление ПЖ приводит к ряду осложнений, требующих хирургического лечения. Операция Фрея (резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза) является одним из наиболее частых вариантов хирургического вмешательства.

**Цель исследования:** определить эффективность операции Фрея при хирургическом лечении больных хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** В клинике выполнено 46 операций по поводу ХП с выраженным болевым синдромом и панкреатической гипертензией. Всем больным выполнена резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (операция Фрея). Мужчин было 37 (80,5%), женщин – 9 (19,5%). Возраст больных варьировал в пределах от 20 до 62 лет. Во всех случаях заболевание ХП возникло на фоне злоупотребления приема жирной пищи и алкоголя. Диагностическая программа обследования включала лабораторные анализы, а также исследование активности фекальной эластазы<sup>1</sup> для оценки внешнесекреторной функции ПЖ. Для определения показаний и объема операций в обязательном порядке проводилось ультразвуковое исследование и спиральная компьютерная томография с внутривенным введением контрастного вещества.

В послеоперационном периоде осложнения различной степени тяжести развились у 12 (32%) больных. Кровотечение из панкреатоеюноанастомоза в раннем послеоперационном периоде возникло у 2 (7%) больных, из них у 1-го больного удалось остановить кровотечение консервативным путем, а 2-му произведена релапаротомия с прошиванием кровоточащего сосуда в зоне анастомоза. Послеоперационное течение осложнилось отечной формой острого панкреатита у 18 (21%) больных, из них у 2 больных – панкреонекрозом. И у одного пациента на фоне панкреонекроза развилась полиорганная недостаточность приведшая к летальному исходу.

**Результаты.** Основываясь на анализе физикальных данных, методов инструментальной диагностики, длительности заболевания и социального статуса больного можно составить оценку его общего состояния. Объемы оперативного лечения определяется степенью фиброзных изменений ПЖ, локализации



ей конкрементов, кальцинатов и характером осложнения заболевания. Все эти патологические процессы должны обязательно быть обнаружены до оперативного лечения.

**Выводы.** 1. Выбор операции Фрея показан при изолированном поражении головки ПЖ без нарушения функции соседних органов.

2. Резекция головки ПЖ с формированием продольного панкреатоеюноанастомоза (операция Фрея) наиболее оптимально показана больным хроническим рецидивирующим панкреатитом с выраженным болевым синдромом на фоне панкреатической гипертензии.

## ПРОФИЛАКТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Дронов А.И., Ковальская И.А., Скомаровский А.И., Бакунец Ю.П.

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киев, Украина*

Частота возникновения печеночной недостаточности после резекции печени составляет 0,7-50%. Профилактические мероприятия максимально эффективны при их использовании на всех этапах предоперационного, интраоперационного и послеоперационного ведения пациентов при резекции печени.

**Цель исследования:** улучшить результаты хирургического лечения больных с очаговой патологией печени путем разработки алгоритма профилактики острой пострезекционной печеночной недостаточности.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 205 больных, которым выполнили резекцию печени в период с 2009 по 2015 гг. Профилактику печеночной недостаточности проводили в три этапа. Первый (предоперационный) этап включал проведение всем больным со стеатозом (при доброкачественной очаговой патологии печени) диетотерапии в течение 4 недель, а больным с механической желтухой – предоперационной желчной декомпрессии. Второго (интраоперационный) этап профилактики печеночной недостаточности включал влияние на четыре основных фактора: уменьшение интраоперационной кровопотери, избежание гемотрансфузии, избежание выполнения сосудистой изоляции печени, выполнение двухэтапной резекции печени (in situ split). С целью уменьшения интраоперационной кровопотери использовали при резекции печени аппарат LigaSure с насадкой volilab и ультразвуковой диссектор. Также, проводили выполнение минимальной сосудистой изоляции печени пациентам при резекции в пределах одной доли. Пациентам, которым выполняли расширенные резекции печени при необходимости сосудистой изоляции, использовали многоэтапный Pringle-маневр (10-5, 15-5 до 90 минут). Всем пациентам после сосудистой изоляции проводили инфузию реополиглюкина (10 мл/кг). Резекцию печени in situ split выполняли пациентам, у которых при расчете остаточный объем печени составлял менее 20%. Третий (послеоперационный) этап профилактики печеночной недостаточности включал выполнение плазмафереза. Плазмаферез выполняли до появления клинических признаков печеночной недостаточности. Показанием для выполнения плазмафереза были: повышение показателей билирубина, АЛТ, АСТ и снижение – мочевины, альбумина, ПТИ, МНО, фибрина, а также снижение показателей метацитинового дыхательного теста. Метацитиновый дыхательный тест выполняли за сутки до оперативного вмешательства, на вторые и пятые сутки после резекции печени, его показатели были ключевыми. Снижение суммарной концентрации CO<sup>2</sup> через 120 мин. ниже 10%, считали показанием для выполнения плазмафереза. Пациентам с показателем ниже 5% выполняли плазмаферез начиная со вторых суток через день до 5 сеансов. Пациентам с показателем от 6% до 10% выполняли плазмаферез, начиная со вторых суток через каждые двое суток до 5 сеансов. Пациентам с показателем выше 11% плазмаферез не выполняли.

**Результаты.** Выполнение резекции печени in situ split позволило избежать развития острой пострезекционной печеночной недостаточности при исходном остаточном объеме паренхимы печени 20,2% и 15,3%. Гемотрансфузия выполнена только 31% пациентов, а сосудистая изоляция печени 15,1%. Послеоперационная печеночная недостаточность возникла у 30 (14,6%) больных. В послеоперационном периоде умерло 15 (7,3%) больных.

