

DOI: 10.16931/1995-5464.20181116-120

**Резолюция XXIV Международного конгресса  
Ассоциации гепатопанкреатобилиарных  
хирургов стран СНГ  
“Актуальные проблемы  
гепатопанкреатобилиарной хирургии”  
19–22 сентября 2017 года, г. Санкт-Петербург**

**Resolution of XXIV International Congress of Hepato-Pancreato-Biliary  
Association of Commonwealth of Independent States  
19–22 September 2017, St.-Petersburg**

**Хирургия кистозных трансформаций  
внутри- и внепеченочных  
желчных протоков**

Кистозную трансформацию желчных протоков (КТЖП) редко выявляют у взрослых впервые, поскольку большинство пациентов оперируют детские хирурги. Сложным контингентом являются пациенты, ранее оперированные по поводу КТЖП. Как правило, при нарушении оттока желчи через билиодигестивный анастомоз (БДА) вследствие стриктур, рефлюкс-холангита, функциональной несостоятельности анастомозированной кишечной петли, погрешностей технологии формирования БДА у больных развивается вторичный внутрипеченочный холангиолитиаз с рецидивирующим холангитом, которые в свою очередь неизбежно приводят к необратимым изменениям печени. Кроме того, если первичная операция была нерадикальной, к указанным проблемам присоединяется достаточно высокая вероятность развития злокачественной опухоли.

Скрининговым методом диагностики КТЖП служит УЗИ. Метод также необходим для интра- и послеоперационной оценки состояния желчевыводящих путей. Уточняющим методом диагностики является МРТ в режиме холангиографии. ЭРХПГ для диагностики КТЖП, ввиду

инвазивности и опасности обострения холангита, следует применять по строгим показаниям, например, у пациентов с осложненным течением в качестве предоперационного дренирующего вмешательства. МСКТ с болюсным контрастированием целесообразно выполнять для выявления малигнизации кисты, точной топической диагностики распространенности опухоли с целью определения ее резектабельности. При подозрении на малигнизацию КТЖП необходимо определение уровня онкомаркеров (СЕА, СА 19-9).

При выраженной механической желтухе и холангите у больных с КТЖП целесообразна двухэтапная тактика. Первый этап – один из способов билиарной декомпрессии с санацией желчных протоков, второй – радикальная операция.

Паллиативные дренирующие операции – формирование внутренних соустьев с кистой протоковой системы необходимо рассматривать как нерадикальные вмешательства. Эндоскопическое дренирование желчных протоков при их врожденной кистозной трансформации следует использовать как первый этап лечения.

Учитывая высокую вероятность злокачественного роста в кистах желчных протоков и частоту рецидивов холангита, холангиолитиаза

**Ссылка для цитирования:** Резолюция XXIV Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ “Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии”. 19–22 сентября 2017 года, г. Санкт-Петербург. *Анналы хирургической гепатологии*. 2018; 23 (1): 116–120. DOI: 10.16931/1995-5464.20181116-120.

**For citation:** Resolution of XXIV International Congress of Hepato-Pancreato-Biliary Association of Commonwealth of Independent States. 19–22 September 2017, St.-Petersburg. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2018; 23 (1): 116–120. (In Russian). DOI: 10.16931/1995-5464.20181116-120.

и стриктур вследствие неадекватного восстановления оттока желчи, необходимо стремиться к радикальному вмешательству — максимально полному удалению патологически измененных желчных протоков с адекватным БДА. При невозможности радикального вмешательства допустимо, располагая результатами гистологического исследования, формирование внутренних соустьев с кистозно измененными протоками. В таких ситуациях в послеоперационном периоде необходимо наблюдение по онкологическим программам.

При IV типе КТЖП, при котором поражена одна из долей печени, следует выполнять ее резекцию.

При болезни Кароли (V тип КТЖП) единственным радикальным способом лечения является трансплантация печени.

Очевидно, что лечение больных КТЖП независимо от возраста необходимо проводить в специализированных учреждениях.

Целесообразно рассмотреть вопрос о создании реестра данных пациентов, аналогично онкологическим реестрам, который позволит более эффективно следить за их состоянием на протяжении всей жизни.

### **Послеоперационные и посттравматические свищи поджелудочной железы**

Послеоперационные и посттравматические свищи поджелудочной железы (ПЖ) развиваются в результате нарушения целостности ее протоковой системы в сочетании с нарушением оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку вследствие деструктивного панкреатита, травматических повреждений, хирургических вмешательств на ПЖ и других органах брюшной полости.

В настоящее время оптимальной классификации, учитывающей все главные моменты возникновения и существования панкреатических свищей, не существует. Обычно выделяют наружные, внутренние и смешанные свищи, острые и хронические свищи ПЖ. Наиболее часто острые свищи ПЖ дифференцируют по объему выделяемого секрета за сутки: малые (дебит до 100 мл в сутки), средние (от 100 до 700 мл в сутки) и большие (более 700 мл в сутки). Отечественные хирурги разделяют панкреатические свищи по этиологии, локализации, объему, форме, характеру отделяемого.

Основным методом определения характера панкреатических свищей является изучение отделяемого из свищевого хода и его контрастирование. Для уточнения изменений в ПЖ, вовлеченных органах и структурах применяют УЗИ, МСКТ, МРТ, а также их комбинацию с фистулографией.

Неэффективность консервативного лечения послеоперационных и посттравматических свищей ПЖ, развитие осложнений (аррозивное кровотечение, инфицирование, панкреатогенный плеврит и асцит, водно-электролитные и алиментарные нарушения) являются основанием для хирургического лечения как минимально инвазивными, так и традиционными методами.

Эти обстоятельства и состояние ПЖ определяют объем оперативных вмешательств при панкреатических свищах, направленных на устранение причин их образования. При неэффективности миниинвазивных методов (стентирование, дилатация) следует выполнять дренирующие и резекционные вмешательства на ПЖ. Попытки ликвидации панкреатических свищей с помощью фистулоэнтероанастомозов неоправданны.

### **Рентгенэндоваскулярные методы профилактики и устранения кровотечений при заболеваниях, травмах печени и поджелудочной железы**

Вопросы эндоваскулярного гемостаза в системе кровообращения органов гепатопанкреатодуоденальной зоны актуальны при аневризматических изменениях, аррозивных и посттравматических кровотечениях.

Преимуществом КТ-ангиографии является получение информации о патологических изменениях не только сосудистого русла, но и состояния вовлеченных органов и окружающих анатомических структур.

Ангиография позволяет получить информацию только о сосудистом русле, точно определить источник кровотечения и его интенсивность. Преимуществом метода является возможность не только диагностировать кровотечение, но и выполнить эндоваскулярные вмешательства для его остановки.

При аррозивных кровотечениях у больных панкреонекрозом эндоваскулярные вмешательства оправданны, поскольку позволяют избежать или отсрочить травматичные операции в неблагоприятных условиях.

Чрескожное дренирование постнекротической кисты после эндоваскулярного гемостаза позволяет обеспечить санацию патологической полости и подготовить больного к требуемой операции.

При кровотечениях вследствие травмы печени и ПЖ, а также после резекционных вмешательств на этих органах показано ангиографическое исследование, которое позволяет не только выявить источник и масштаб кровотечения, но и в значительном числе наблюдений обеспечить гемостаз. При неэффективности эндоваскулярного вмешательства необходима соответствующая операция.

## **Миниинвазивные и чрескожные вмешательства в лечении заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы**

Широкий спектр чрескожных и эндоскопических миниинвазивных технологий (МИТ), применяемых в лечении больных механической желтухой, диктует целесообразность мультидисциплинарного подхода (специалисты по рентгенэндоваскулярным технологиям, хирурги, анестезиологи-реаниматологи, онкологи и т.д.) при определении тактики ведения этих пациентов.

В лечении больных механической желтухой, как правило, применяется двухэтапная тактика. Первым этапом следует выполнить декомпрессию желчных протоков (ЖП) и их санацию, используя чрескожные и (или) эндоскопические МИТ. На втором этапе дальнейшая тактика определяется возможностью выполнения радикального оперативного вмешательства. При невозможности выполнения операции при нерезектабельных опухолях применяют стентирование ЖП (антеградное или ретроградное), которое является окончательным методом лечения, улучшающим качество жизни пациентов.

Антеградные методы декомпрессии ЖП имеют важное значение при высоком опухолевом блоке (Bismuth—Corlette тип II—III). Число устанавливаемых дренажей определяется характером разобщения протоков и необходимостью адекватного дренирования “отключенных” сегментов печени.

Для стентирования ЖП при механической желтухе опухолевого генеза следует применять покрытые саморасширяющиеся нитиноловые стенты.

При низком опухолевом блоке ЖП, обусловленном поражением головки ПЖ или дистальной части общего желчного протока (ОЖП), целесообразны антеградные или ретроградные МИТ с применением временных пластиковых и (или) частично непокрытых саморасширяющихся нитиноловых стентов.

Основным методом лечения при доброкачественных стриктурах ЖП остается хирургический. При невозможности выполнения операции необходимо применять антеградные и ретроградные МИТ (баллонная дилатация, литэкстракция, каркасное дренирование сменными пластиковыми дренажами, технологии “рандеву” и т.д.) для восстановления оттока желчи и устранения холангита. О применении металлических саморасширяющихся стентов при доброкачественных стриктурах ЖП существуют различные мнения, что требует дальнейшего накопления опыта и анализа ближайших и отдаленных результатов.

При локальной доброкачественной стриктуре протока ПЖ и панкреатической гипертензии

эффективными могут быть эндоскопические МИТ (ЭПСТ, вирсунготомия, баллонная дилатация, литэкстракция, стентирование и т.д.). Применение антеградных методов декомпрессии в таких ситуациях требует дальнейшего изучения и накопления клинического опыта.

## **Криохирургический метод при опухолях печени и поджелудочной железы**

В настоящее время растет востребованность методов криохирургии при лечении различного рода заболеваний печени и ПЖ. Криовоздействие на печень и ПЖ с успехом может быть использовано в виде самостоятельного и дополнительного метода. Наибольшее распространение криохирургические методы получили при злокачественных опухолях печени и ПЖ.

Разработан и реализован в клинической практике метод криовоздействия во время выполнения радикальных операций по поводу первичного рака печени и поджелудочной железы, метастазов, направленный в первую очередь на повышение абластичности хирургического вмешательства. При резекции печени и ПЖ R1 и R2 операция может быть дополнена криодеструкцией остающихся патологических очагов.

Доказана эффективность криодеструкции как самостоятельного метода воздействия на опухолевые очаги печени и ПЖ. Разработан и внедрен метод криовоздействия под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, а также с применением эндовидеохирургической техники, путем чрескожного проведения криозондов к новообразованиям.

Современные криоустановки способны максимально долго удерживать предельно низкую температуру (-196 °С) в контакте с живой и хорошо кровоснабжаемой тканью.

Зарубежное оборудование имеет высокую стоимость и ограниченный спектр технологических решений, что сказывается на внедрении метода в России. В этой связи представляет большой интерес применение при лечении заболеваний печени и ПЖ отечественных криоаппликаторов, созданных на основе никелида титана. Доступность и простота использования такого рода аппаратов дают возможность их эффективного применения при заболеваниях печени и ПЖ.

Криодеструкция позволяет улучшить качество жизни онкологических пациентов за счет уменьшения болевого синдрома. При местнораспространенных опухолях ПЖ и печени при мультидисциплинарном подходе она позволяет добиться трех- и пятилетней выживаемости соответственно 37 и 16%.

Криовоздействие при опухолях печени и ПЖ не оказывает отрицательного влияния на сердечно-сосудистую систему.

## **РЧА или резекции при малых злокачественных опухолях печени**

Показания к локальным методам деструкции опухолей печени определяются особенностями развития онкологического заболевания и стратегией противоопухолевого лечения, а также технической возможностью проведения аблативного лечения.

В настоящее время наиболее часто используемыми способами локальной деструкции опухолевых очагов в печени являются методы гипертермического воздействия (радиочастотная/микроволновая абляция (РЧА, МВА)). Эти методы применяют в структуре комплексного комбинированного лечения онкологических больных при первичных и метастатических опухолях печени (чрескожно под контролем УЗИ и (или) рентгенотелевидения, эндоскопически и интраоперационно). Это реально в клиниках, располагающих всем спектром диагностических и лечебных возможностей, необходимых для адекватного планирования и проведения лечения, а также для корректной оценки локальных эффектов воздействия. Решение о целесообразности чрескожной термической деструкции принимает мультидисциплинарная комиссия с участием хирурга, специалиста по рентгенэндоваскулярным технологиям, химиотерапевта, лучевого диагноста, других специалистов.

Иногда собственно локальная деструкция опухолей печени может быть выполнена в качестве самостоятельного метода у неоперабельных пациентов с изолированным поражением печени либо в сочетании с резекцией печени.

Если РЧА/МВА используют как основной метод, показанием к проведению лечения является наличие солитарного или ограниченного числа опухолевых узлов в печени, размерами до 3 см, определяемых при УЗИ или МСКТ и не несущих угрозы повреждения сосудов, соседних органов и тканей.

Допустимо проведение деструкции большего числа новообразований в зависимости от нозологической формы заболевания, локализации и их размеров и с учетом всего комплекса противоопухолевого воздействия. При опухолях более 3 см риск развития локального рецидива существенно возрастает и необходимо увеличивать зону деструкции путем множественных перекрывающихся аппликаций и (или) с предварительной трансартериальной химиоэмболизацией. Следует помнить, что расширение показаний к применению термической абляции в изолированном варианте не приводит к увеличению продолжительности жизни пациентов.

При выборе между резекцией печени и методами локальной деструкции опухолевых образований необходимо учитывать резервные возможности печени, в большой мере обусловленные

степенью цирроза, стеатоза и постхимиотерапевтических изменений. Кроме того, важны локализация, число, размеры очагов, опухолевая сосудистая инвазия, морфогенез опухоли. Абсолютными противопоказаниями к проведению чрескожной РЧА/МВА являются декомпенсированный цирроз (Child–Pugh C), некорригируемая коагулопатия, холангиогенный сепсис, тесное прилегание опухоли к сосудам, крупным желчным протокам, соседним органам.

Оценка эффективности гипертермического воздействия и последующее наблюдение помимо УЗИ основываются на данных МРТ печени с внутривенным контрастным усилением.

## **Тяжелая форма панкреонекроза**

Клинико-морфологическими проявлениями стерильного панкреонекроза (СПН), согласно национальным клиническим рекомендациям (НКТ) по острому панкреатиту (ОП), являются перипанкреатический инфильтрат (ПИ) и псевдокиста ПЖ (ПКПЖ). Если хирургическая тактика в отношении ПКПЖ в НКР по ОП отражена в достаточном объеме, то описание оперативного лечения в стадии ПИ требует некоторых дополнений.

На одной из последних согласительных конференций в 2013 г. Международная ассоциация панкреатологов (совместно с Американской ассоциацией панкреатологов) выработала определенный консенсус по хирургической тактике при панкреонекрозе (IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. *Pancreatology*. 2013; (13): 1–15). Согласно данным рекомендациям общими показаниями к вмешательству (радиологическому, эндоскопическому и хирургическому) при панкреонекрозе являются следующие обстоятельства.

1. Клинические данные или подтвержденный инфицированный панкреонекроз с соответствующими расстройствами, желателен когда некроз становится организованным.

2. При отсутствии подтвержденного инфицированного панкреонекроза – сохраняющаяся органная недостаточность в течение нескольких недель после начала острого панкреатита, предпочтительно когда некроз становится организованным.

В отношении показаний к вмешательству (радиологическому, эндоскопическому и хирургическому) при СПН рекомендации следующие.

1. Сохраняющаяся непроходимость выходного отдела желудка, непроходимость кишечника или желчевыводящих протоков вследствие сдавления организованным некрозом (примерно через 4–8 нед после начала острого панкреатита).

2. Персистирование симптоматики (боль, стойкое отсутствие улучшения состояния) у пациентов с организованным некрозом без при-

знаков инфицирования (примерно через 8 нед после начала острого панкреатита).

3. Синдром разобщения протока (полный перерыв протока ПЖ в зоне панкреонекроза) с персистирующей симптоматикой; скопления с некрозом без признаков инфицирования (примерно через 8 нед после начала острого панкреатита).

Таким образом, зарубежные коллеги рекомендуют оперативное лечение СПН в поздние сроки, как правило, у больных с организованным некрозом, когда у секвестрированной полости уже образуется фиброзная капсула (соответствует понятию ПКПЖ в НКР по ОП).

В ранние сроки, до образования фиброзной капсулы (менее 4 нед после начала острого панкреатита), т.е. у больных с ПИ (НКР по ОП), оперативное лечение в некоторых случаях является целесообразным, а именно при развитии следующих осложнений:

1. Аррозивное кровотечение.
2. Перфорация с распространенным перитонитом.
3. Сдавление окружающих органов и тканей.

Следующий вопрос касается хирургической тактики у больных с абдоминальным компартмент-синдромом (АКС). Абдоминальный компартмент-синдром определяется по устойчивому внутрибрюшному давлению  $>20$  мм рт.ст., которое ассоциируется с развитием органной недостаточности.

Инвазивное лечение АКС должно применяться только после мультидисциплинарного обсуждения при устойчивом внутрибрюшном давлении  $>25$  мм рт.ст. с развитием органной недостаточности, рефрактерной к консервативной

терапии, и назогастральной и (или) ректальной декомпрессии. Инвазивные вмешательства включают чрескожное дренирование асцита, срединную лапаротомию, билатеральную субкостальную лапаротомию или подкожную фасциотомию по белой линии живота. При хирургической декомпрессии забрюшинная клетчатка и сальниковая сумка должны быть оставлены интактными для уменьшения риска инфицирования перипанкреатического и панкреатического некроза.

В отечественной практике клинические наблюдения, подходящие под указанные критерии, встречаются достаточно редко. Требуется дальнейшее накопление опыта и тщательное изучение результатов лечения больных с АКС.

Участники Конгресса поддержали предложение о создании рабочей группы во главе с профессором Т.Г. Дюжевой для создания протокола исследований по использованию ранних миниинвазивных вмешательств (транспапиллярная реканализация протока ПЖ, различные способы дренирования жидкостных скоплений и др.) при тяжелой форме панкреонекроза. Первоначально исследование предполагается проводить на базе четырех клиник: отдел хирургии печени и регенеративной хирургии ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова МЗ РФ на базе больницы им. С.С. Юдина (Москва), НИИ хирургии ПСПбГМУ им. И.П. Павлова (Санкт-Петербург), Городская клиническая больница им. С.П. Боткина (Москва), Сургутская городская больница (Сургут). Указанный протокол, пути и сроки реализации исследования должны быть рассмотрены и утверждены на следующем Конгрессе Ассоциации.

**Профессор В.В. Цвиркун**  
**Профессор И.М. Буриев**  
**Профессор В.П. Глабай**