

в отделение больные не могли пройти более 20 метров, кожа конечностей была прохладной, при УЗДГ выявлялась окклюзия артерий на различных уровнях. Активная консервативная терапия этой категории больных была противопоказана из-за реального риска фатальных осложнений (инфаркт миокарда, отек легких, острое нарушение мозгового кровообращения). Операция ROT выполнялась им, как правило, в условиях местного обезболивания, переносилась хорошо и без серьезных осложнений. К моменту «выписки» из стационара (через 10-15 дней) боли становились незначительными, дистанция безболезненной ходьбы увеличивалась на 100-150%. Почти все больные в течение 2-3 лет наблюдаются в кабинете «Стопа диабетика», 10 из них умерли от других заболеваний (инфаркт миокарда, злокачественные опухоли и др.).

Мы глубоко убеждены в целесообразности выполнения паллиативных реваскуляризирующих операций при лечении СДС в условиях городских больниц, не имеющих технических возможностей для выполнения реконструктивных операций на сосудах. Это дает возможность улучшить исходы лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями СДС, уменьшить количество не только высоких, но и экономных ампутаций, снизить процент инвалидизации.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

А.И. Лобаков, М.В. Мокин, В.И. Бирюшев

МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Лечение больных с механической желтухой остается актуальной проблемой современной гепатологии. Несмотря на улучшение диагностики и использование современного хирургического оборудования, большинству пациентов приходится выполнять паллиативные операции. Это обусловлено следующими факторами: пожилой возраст большинства пациентов, наличие у них сопутствующих заболеваний, поздняя обращаемость и госпитализация в специализированные отделения и, как следствие, наличие двух и более осложнений основного заболевания, травматичность и неудовлетворительные результаты традиционных операций.

В настоящее время выполняются как традиционные паллиативные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков, так и малоинвазивные, осуществляемые под рентгеновским, ультразвуковым или эндоскопическим контролем.

Наиболее часто применяются следующие паллиативные вмешательства:

- эндоскопическая папиллосфинктеротомия, дополненная назобилиарным дренированием;
- чрескожная холецисто- и/или холангиостомия под УЗИ- или рентген-контролем;
- чрескожное или эндоскопическое эндопротезирование желчных протоков;
- наружное дренирование желчных протоков традиционным способом (дренирование холедоха по Керу, холецистостомия, ТПД);
- внутреннее дренирование традиционным способом (создание билиодигестивных анастомозов, в том числе с использованием сшивающих аппаратов, лапароскопического инструментария, силы постоянных магнитов).

Большинство хирургов считают необходимым выполнять малоинвазивные вмешательства для декомпрессии желчных протоков у больных с длительно существующей механической желтухой как этап предоперационной подготовки больного или как окончательный вариант лечения.

Однако, если речь идет о декомпрессии желчных протоков, являющейся окончательным (паллиативным) оперативным пособием, то единого мнения о способе декомпрессии не выработано. Нет единого мнения и о месте чрескожных вмешательств на желчных протоках под рентген-контролем, не выработаны показания к тому или иному способу декомпрессии желчных протоков при различной локализации блока во внепеченочных желчных протоках (ВЖП).

Нами проведен сравнительный анализ различных способов декомпрессии желчных протоков у больных с механической желтухой. Исследование проведено у 115 больных с механической желтухой различной этиологии, находившихся в отделении абдоминальной хирургии МОНИКИ с января 2000 по июль 2003 года. Среди пациентов была 61 женщина (53%) и 54 мужчины (47%). Средний возраст пациентов составил $60,8 \pm 1,44$ года. При этом более половины пациентов (60%) были пожилого и старческого возраста.

Все больные были разделены на две клинические группы, в которых проводилось обследование пациентов по единой схеме и применялась одинаковая комплексная терапия, за исключением хирургической тактики.

В 1 группу (основную) вошли 64 пациента с механической желтухой, которым были выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков. В группе было 33 мужчины (51%) и 31 женщина (49%). Средний возраст пациентов составил $60,8 \pm 1,4$ лет.

Больные с механической желтухой (51 пациент), которым с целью декомпрессии желчных протоков были выполнены операции традиционным лапаротомным доступом, составили группу сравнения. В нее вошли 21 мужчина (41%) и 30 женщин (59%). Средний возраст составил $59,9 \pm 1,7$ года.

В основной группе наружное дренирование наиболее часто выполнялось пациентам с проксимальным блоком ВЖП (75% от всех вмешательств при данном блоке), несколько реже – у больных с блоком в средней трети ВЖП (33,3%) и меньше всего — при дистальном блоке ВЖП (29,6%).

Наружно-внутреннее дренирование выполнено у 22,2% больных с локализацией блока в средней трети ВЖП, у 18,5% больных с дистальным блоком и минимально (3,6 %) — у больных с проксимальным блоком ВЖП.

Внутреннее дренирование (эндопротезирование) ВЖП выполнялось наиболее часто у больных с дистальным блоком, несколько реже — у больных с блоком средней трети холедоха и минимально — у больных с проксимальным блоком ВЖП (табл.1).

Пациентам группы сравнения для декомпрессии желчных протоков были выполнены следующие традиционные вмешательства (ТВ): холецистостомия, дренирование холедоха по Керу, холецистоеюноанастомоз, транспеченочное дренирование (табл.2).

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств у пациентов основной группы

Уровень блока ВЖП	Характер операции, абс. (%)		
	Наружное дренирование ВЖП	Наружно-внутреннее дренирование	Внутреннее дренирование (стентирование)
Проксимальный блок (n= 28)	21 (75%)	1 (3,57%)	6 (21,4%)
Блок средней трети ВЖП (n= 9)	3 (33,3%)	2 (22,2%)	4 (44,4%)
Дистальный блок (n= 27)	8 (29,6%)	5 (18,5%)	14 (51,85%)

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у пациентов группы сравнения

Уровень блока ВЖП	Характер операции			
	Холецистостомия	Дренаж Кера	Холецистоеюно-анастомоз	Транспеченочное дренирование
Проксимальный блок (n= 14)	-	2	-	12
Блок средней трети ВЖП (n= 6)	2	3	-	1
Дистальный блок (n= 31)	9	10	9	3
Итого (n= 51)	11	15	9	16

Мы провели сравнительную оценку традиционных и малоинвазивных способов декомпрессии желчных протоков при механической желтухе. В каждой группе изучались количество и характер осложнений, послеоперационная летальность, общая и послеоперационная длительность нахождения больных в стационаре.

Количество послеоперационных осложнений составило 12 случаев (18,8%) у пациентов основной группы и 12 случаев (23,5%) у пациентов группы сравнения. Послеоперационные осложнения в сравниваемых группах зависели от локализации блока в ВЖП и характера операции (рис. 1).

У пациентов основной группы наибольшее число осложнений отмечено после наружного дренирования ВЖП при их проксимальном блоке. Самым частым послеоперационным осложнением в основной группе являлась миграция дренажа из желчных протоков (5 случаев), что не повлияло на исход лечения.

В группе сравнения наиболее часто осложнения развивались при дистальном блоке ВЖП и несколько реже при проксимальном блоке желчных протоков. Преимущественно развивались сочетанные осложнения, что привело к неблагоприятному исходу в 30,8%.

Летальность составила 23,4% в основной группе и 25,5% в группе сравнения. Наибольшая летальность в обеих группах отмечена при проксимальном блоке ВЖП, а при дистальном блоке летальность в основной группе оказалась в 1,3 раза

больше. Летальность больных в сравниваемых группах представлена на рис. 2.

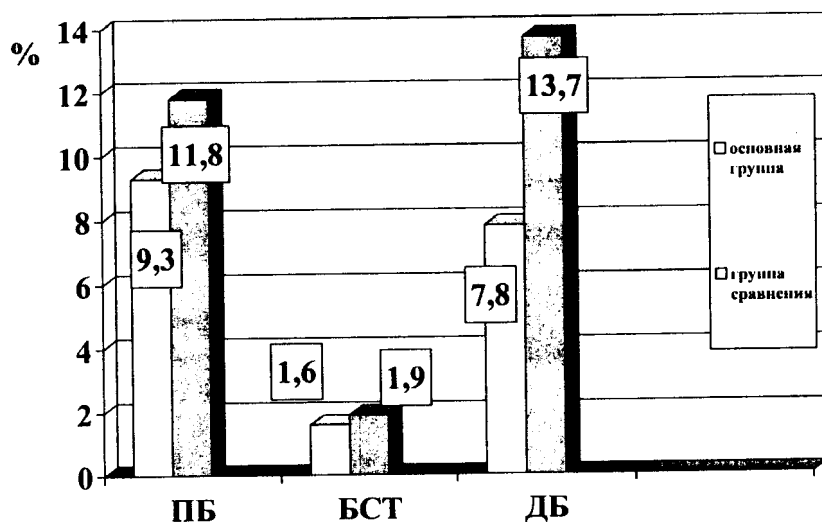


Рис. 1. Послеоперационные осложнения в сравниваемых группах: ПБ — проксимальный блок; БСТ — блок средней трети; ДБ — дистальный блок.

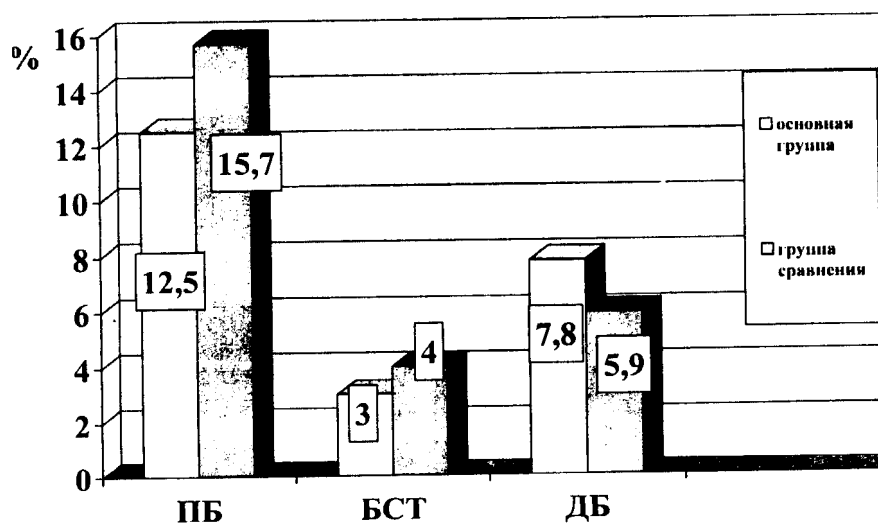


Рис. 2. Летальность в сравниваемых группах (обозначения те же).

Длительность нахождения в стационаре больных основной группы была меньше, чем в группе сравнения, в 1,6 раза ($18,9 \pm 2,1$ и $29,8 \pm 1,9$ суток соответственно), послеоперационная длительность меньше в 1,4 раза ($10,6 \pm 1,4$ и $15,1 \pm 1,5$ суток соответственно).

Таким образом, сравнительный анализ хирургических вмешательств при механической желтухе показал, что малоинвазивные вмешательства на ВЖП являются альтернативой традиционным операциям. Они позволяют установить уровень и характер их обструкции, выбрать рациональную лечебную тактику и сразу же осуществить декомпрессию желчных протоков. Применение малоинвазивных вмешательств предпочтительно при проксимальном блоке ВЖП и блоке в средней части холедоха.

Выводы.

1. Малоинвазивные операции являются альтернативой традиционным операциям при механической желтухе различного генеза и уровня обструкции желчных протоков, так как позволяют сократить длительность пребывания больных в стационаре и срок послеоперационного периода.

2. Показанием к малоинвазивным вмешательствам на внепеченочных желчных протоках при механической желтухе является необходимость декомпрессии желчных протоков как первый подготовительный этап к радикальной операции при опухолевом поражении или рубцовых стриктурах и как окончательный вариант лечения при метастатических процессах в воротах печени, печеночно-двенадцатиперстной связке, склерозирующих поражениях протоков.

3. Наиболее рациональным является предложенный способ эндопротезирования и специальное устройство — игла-экстрактор, — позволяющее дренировать любой отдел внепеченочных желчных протоков, вне зависимости от характера патологического процесса, сократить число послеоперационных осложнений, снизить летальность, улучшить качество жизни больного за счет естественного пассажа желчи.

4. Малоинвазивные вмешательства на внепеченочных желчных протоках дают возможность установить уровень и характер обструкции желчных протоков, выбрать рациональную лечебную тактику и одновременно осуществить их декомпрессию. При проксимальном блоке и блоке в средней части ВЖП целесообразно выполнение наружно-внутреннего или внутреннего дренирования, при дистальном блоке ВЖП – возможно применение наружного, наружно-внутреннего или внутреннего дренирования.

Малоинвазивные операции являются методом выбора у больных с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем при риске проведения общего наркоза. Причиной летальных исходов в подавляющем большинстве случаев явилась механическая желтуха с развитием гнойного холангита и сепсиса, в связи с чем больных с механической желтухой необходимо вести как больных с потенциальным сепсисом и выполнять декомпрессию в короткие сроки.

С целью профилактики послеоперационных осложнений необходимы тщательное наблюдение за пациентом в первые сутки, контроль показателей крови, соблюдение режима. При развитии осложнений в результате малоинвазивных вмешательств необходимо выполнять санационные оперативные вмешательства. Профилактикой осложнений, связанных с операцией, является полноценное предоперационное обследование больных, выявление сопутствующей терапевтической и хирургической патологии, коррекция имеющихся расстройств.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ ЛЕЧЕБНЫМИ КИШЕЧНЫМИ СВИЩАМИ

А.И. Лобаков, А.М. Савов, М.В. Мокин, В.А. Денисов
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Свищи желудочно-кишечного тракта составляют важный раздел современной абдоминальной хирургии. Лечение кишечных свищей является одним из на-