

и эндоскопическое ретроградное дренирование, билиодигестивные соустья, наружная холецистостомия. Однако наружные варианты дренирования сопровождаются потерями желчи, а вместе с ней — электролитов, белков, жидкости. Кроме того, для выполнения холецистостомии необходимым условием является наличие желчного пузыря.

Весьма перспективным методом представляется ЭРХПГ с последующим стентированием опухолевого сужения. Однако наличие у пациента определенных анатомических особенностей, либо поражения непосредственно зоны БДС, либо ранее перенесенные операции в этой зоне (резекция желудка по Бильрот-II) иногда не позволяют использовать данный способ.

В условиях, когда диагноз и резектабельность не оставляют сомнений, соблазнительно выполнение одномоментной радикальной операции. Однако известно, что операции, выполняемые на высоте желтухи и печеночной недостаточности, сопровождаются рядом осложнений: интра- и ранние послеоперационные кровотечения, ранние и поздние хирургические инфекционные осложнения, проявления гепаторенального синдрома.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Чрескожное антеградное дренирование желчных протоков при механической желтухе — наиболее эффективный и управляемый способ временной декомпрессии.

2. Чрескожные способы пункции и дренирования эффективнее выполнять под контролем двух методов визуализации — УЗС + ЭОП в условиях операционной, подготовленной для широкодоступной билиарной хирургии как с точки зрения инструментария, так и с точки зрения анестезиологического пособия.

3. Изолированное наружное антеградное дренирование желчных протоков под изолированным УЗС-контролем возможно только при использовании одномоментной методики стилет-катетера ввиду снижения ультразвуковой визуализации вплоть до ее полного исчезновения при использовании других методов дренирования.

4. Метод выбора анестезиологического пособия: в/в обезбоживание, при необходимости — переход на ЭТН.

5. При престенотическом расширении желчных протоков и невозможности проведения струны за зону стеноза применение технологии временного ригидного протезирования протоков с целью увеличения силы воздействия на проводник и струну позволяет провести дренаж за зону сужения.

6. Опухоль Клацкина 3 или 4 типа требует либо дренирования обоих долевого протоков, либо бужирования с дилатацией зоны стеноза, либо антеградного стентирования стеноза.

7. Считаем, что выполнение изолированной диагностической чрескожной чреспеченочной холангиографии нецелесообразно, ввиду: 1) возможности продолжить манипуляцию в лечебную при нахождении инструмента в просвете желчного протока; 2) опасности развития билиоперитонеума при наличии билиарной гипертензии в сочетании с неустранимым блоком.

8. Количество, диаметр боковых отверстий на билиарном дренаже и их расположение в протоковой системе относительно стеноза должно быть адекватным для купирования билиарной гипертензии.

**Д.А. Дороган, А.Д. Быков**

### СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)*

Лечение механической желтухи остается одной из актуальных и сложных проблем в хирургии внепеченочных желчных протоков.

Эффективность хирургического лечения больных с данной патологией зависит от многих факторов: выраженность механической желтухи, ее длительность, функциональное состояние печени, сопутствующие заболевания и возраст пациента, выбранная тактика оперативного лечения в различных ситуациях.

По материалам Республиканской клинической больницы были изучены результаты дренирования внепеченочных желчных протоков за период 2000 — 2006 гг. у 315 пациентов с механической желтухой вследствие обтурации внепеченочных желчных протоков. Из них женщин — 218, мужчин — 97. У 8 из них была выявлена опухоль гепатикохоледоха, у 4 — рак большого дуоденального сосочка, у 69 пациентов — рак головки поджелудочной железы, 231 пациент пролечен по поводу холедохолитиаза, 3 — по поводу стенозирующего папиллита. В предоперационном периоде больным проводилось обследование в составе ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, компьютер-

ной томографии брюшной полости, а также проводилась дифференциальная диагностика желтухи на основании лабораторных данных клинических и биохимических исследований. Холедохолитотомия выполнена 231 пациенту, из них в условиях острого холецистита, холангита 107 произведено наружное дренирование гепатикохоледоха (по методу Вишневого — 92, по Керру — 5, по Холстеду-Пиковскому — 10). Билиодигестивные анастомозы выполнены 208 больным. Из них 146 — по Юрашу, по Финстереру — 3. Гепатикоюноанастомозы выполнены в 8 случаях, холецистоэнтероанастомоз — в 33, цистикоюноанастомоз — в 2, антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы — в 16. Цистикодуоденоанастомоз выполняли только в случае широкой шейки пузырного протока (не менее 0,5 см). В условиях воспалительной инфильтрации гепато-дуоденальной связки, деструктивного воспалительного процесса желчного пузыря, наложение билиодигестивных соустьев представляет определенную опасность их несостоятельности. Из 315 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 14 (4,44 %). В 9 (2,85 %) наблюдениях они закончились летальным исходом. 2 больных умерли от распространенного желчного перитонита, 1 — от несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза, 5 — от печеночной недостаточности, в 1 случае смерть наступила от тромбоэмболии легочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 26 больных и оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результаты считались при полном отсутствии жалоб пациентов, сохраненной работоспособности, общем благополучном состоянии. Удовлетворительными результаты считались при общем благополучном состоянии больных, сохранении работоспособности, но при наличии жалоб на периодически возникающую диспепсию, иногда общую слабость. При наличии признаков рецидивирующего холангита, холестаза, инвалидизации пациентов они считались неудовлетворительными. В 5,07 % случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы), в 83 % случаев результаты были удовлетворительные, в 11,93 % наблюдений — неудовлетворительные.

Таким образом, при сравнении эффективности методов билиодигестивных анастомозов в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде операцией выбора может быть антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз при наличии условий возможности его выполнения.

**А.М. Егоров**

### **ЗНАЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ПРОГНОЗЕ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ КОКСАРТРОЗОМ И АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

*ГОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет Росздрава» (Иркутск)  
ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)*

**Цель исследования** — выявление характера изменений иммунного статуса у больных с посттравматическим коксартрозом и асептическим некрозом головки бедренной кости для идентификации маркерных показателей в прогнозе развития послеоперационных осложнений.

#### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В группу обследованных лиц были включены больные с посттравматическим коксартрозом и асептическим некрозом головки бедренной кости.

Иммунный статус оценивали по общепринятым тестам, включающим следующие параметры: общее число лейкоцитов, содержание лимфоцитов, их популяций и субпопуляций, концентрацию сывороточных иммуноглобулинов классов **G, M, A, содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК)**, поглотительную и метаболическую активность нейтрофилов. В качестве контроля использовали показатели иммунного статуса здоровых доноров. Статистические исследования проводили с использованием пакета прикладных программ «Statistica 6.0.».

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Анализ иммунологически значимых показателей лейкограммы не выявил достоверных различий с контрольной группой. При исследовании спектра лимфоидных клеток отмечено достоверное снижение содержания Т-хелперной субпопуляции со снижением иммунорегуляторного индекса ( $CD4^+/CD8^+$ ). Содержание В-лимфоцитов ( $CD21^+$ ) не выходило за рамки контрольных значений, однако индекс соотношений  $CD3^+/CD21^+$  в группе больных был ниже вследствие дефицита в циркуляции Т-хелперов. В гуморальном звене иммунной системы выявлено значимое усиление продукции IgA при отсутствии изменения синтеза иммуноглобулина в других классах и снижение уровня ЦИК. Известно, что продукция