

раженной воспалительной реакцией. К исходу 2-х недель фиброколоноскопия выявляла сформированный, эластичный анастомоз диаметром 3,0-3,5 см. Слизистая оболочка в области соустья имела вид относительно ровной циркулярной складки без заметных признаков воспаления и слабо отличалась от соседствующей слизистой. Обнаруживалось практически полное завершение эпителизации шовной полосы.

Заключение. У лиц пожилого возраста включение перфторана в комплекс инфузионной терапии при выполнении реконструктивно-восстановительных операций на толстой кишке способствует благоприятному течению послеоперационного периода, ускорению репаративных процессов и уменьшению частоты развития осложнений межкишечного анастомоза.

Литература

1. Баркаган З. В. // *Materia Medika*. 1997;1:23-27.
2. Брюсов П. Г. и др. // *Хирургия*. 1994;10:29-32.
3. Горобец Е. С., Свиридова С. П. // *Анестезиол. и реанимация*. 2001;5:44-47.
4. Городецкий В. М. // *Гематол. и трансфузиол.* 1994;3:25.
5. Костюк Г. Я. и др. // *Клин. хирургия*. 1990; 2:10-11.
6. Кочетыгов Н. И. Кровезаменители при кровопотере и шоке. Л. 1984;17-18.
7. Лубнин А. Ю. // *Проблемы гематологии и переливания крови*. 1999;3:11-17.
8. Маджуга А. В. // *Вест. интенс. терапии*. 1999;2:48-51.
9. Мороз В. В. // *Анестезиология и реанимация* 2001;6:22.
10. Рамазанов М. Р. Резекции и анастомозы полых органов. Махачкала, 2002;23.
11. Сигал М. З., Рамазанов Н. Р. // *Клин. хир.* 1991;2:6-7.

УДК 661.36-008.5-089.48

ДРЕНИРОВАНИЕ И ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

А. В. ГУСЕВ, Б. А. БАЛАГУРОВ, И. Н. БОРОВКОВ, О. И. КОНЬКОВ,
Ч. Т. МАТИНШ, Е. Ж. ПОКРОВСКИЙ, А. В. РАСКИН,
А. М. СТАНКЕВИЧ

При механической желтухе (МЖ) как доброкачественного так и злокачественного генеза стентирование желчных протоков находит все больше сторонников [8,10] и применяется при неэффективности традиционных методов лечения [6], предоперационной декомпрессии [2], паллиативного лечения [7], лечения ряда ятрогенных травм желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), альтернативы гепатикоеюностомии и наружно-внутреннего чрескожного чреспеченочного дренирования (ЧЧД). Наружно-внутренний дренаж, несмотря на определенные положительные моменты, является психологической травмой для больного, снижая качество жизни (болевые ощущения, дискомфорт в зоне трубок, постоянное чувство тревоги из-за возможности смещения, выпадения, инфицирования кожи вокруг него, необходимости ежедневных промываний, и т.д.) [1,4]. Не исключаются желчные затеки, гемоперитонеум и др. осложнения при ЧЧД [3,9]. Если целесообразность применения стентов при неоперабельных опухолях билиарного тракта в качестве паллиативного лечения часто одобряется, этого нельзя сказать при их использовании по поводу холедохолитиаза и доброкачественных стриктур, что диктует необходимость исследований этой области.

Цель – оценить эффективность различных вариантов стентирования и ЧЧД желчных путей при механической желтухе.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения МЖ у 168 лиц, оперированных на базах кафедры общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии ИвГМА и в больнице скорой помощи г. Владимира в период с 1997 по 2007 гг. Больные разделены на две группы, сравнимые по полу, возрасту, характеру основной и выраженности сопутствующей патологии. Первая – 132 пациента, кому выполнено ЧЧД (мужчин 46, женщин 86). Вторая группа – 36 пациентов, кому выполнено стентирование желчных протоков (мужчин 13, женщин 23). Пациенты со стентированием старше 60 лет составили 47,2%, с ЧЧД – 60,6%. Ранее 33,3% пациентов I группы и 96,7% II группы были оперированы на желчных путях

группы были оперированы на желчных путях (варианты холецистэктомии, холедоходуоденостомии, гепатикоеюностомии, папилэктоми). В экстренном порядке в хирургической стационар госпитализированы 54,6% пациентов I группы и 50% II группы. С давностью желтухи >7 суток госпитализированы 54,6% пациентов I группы и 56,7% II группы. В тяжелом и средне-тяжелом состоянии госпитализированы 84,1% пациентов I группы и 80% II группы. Высокий уровень билирубина и повышенная активность трансаминаз (отмеченные более чем в 80% обеих групп) свидетельствуют о выраженной печеночной недостаточности у данной категории пациентов.

Если имеется возможность провести проводник через зону обструкции в 12-перстную кишку (ДПК), целесообразно отдать предпочтение наружно-внутреннему дренированию перед наружным. Данный вариант оказался возможен лишь в 29,6%. В то же время нередки случаи, когда первоначально выполнить наружно-внутреннее дренирование невозможно, но после этапа наружного дренирования, санации и стихания воспалительных явлений частично восстанавливается проходимость билиарного тракта, что и позволяет перевести дренаж в положение наружно-внутреннего. Этот вариант дренирования выполнен в 23,5%. В 53,1% случаев удалось провести наружно-внутреннее дренирование, а в 46,9% лишь наружное из-за невозможности преодоления зоны обструкции билиарного тракта. Нет статистически достоверной зависимости варианта дренирования (наружное или наружно-внутреннее) от генеза МЖ и уровня обструкции билиарного тракта и считаем, что это зависит от выраженности стеноза.

Таблица

Характер стентирования в зависимости от причины МЖ

Вид стентирования	Причина механической желтухи	Σ
Чрескожное чреспеченочное стентирование (ЧЧС) одним протезом	Рак гепатикохоледоха	6+1л
	Рак ворот печени	1
	Рецидив рака БСДПК, состояние после папилэктоми	1
	Рак БСДПК	1
	Хр. индуративный панкреатит, стеноз ТООЖП	1
	Рубцовая стриктура гепатикохоледоха	4
	Рак головки поджелудочной железы	3
ЧЧС долевых протоков	Рак общего печеночного протока	1
Баллонная эндобилиарная дилатация, ЧЧС холедоха	Рак ТООЖП	1
Баллонная дилатация анастомоза, ЧЧС гепатикоеюноанастомоза	Стриктура гепатикоеюноанастомоза, холангит	1
Ретроградное стентирование одним или двумя стентами	Рак головки поджелудочной железы	1
	Рак общего желчного протока	2
Чресфистульное стентирование	Стриктура общего печеночного протока	1
	Рак общего печеночного протока	2
Интраоперационная баллонная дилатация и стентирование	Холедохолитиаз, протяженная стриктура ТООЖП	1
	Стриктура гепатикохоледоха/еюноанастомоза	2
Интраоперационное стентирование	Холедохолитиаз, протяженная стриктура ТООЖП	1
	Клипирование холедоха во время ЛХЭ	1
Интраоперационное стентирование и холедохоеюноанастомоз по Ру	Индуративный панкреатит	2
	Травма холедоха при ЛХЭ	1
Интраоперационная баллонная дилатация, стентирование и наружное дренирование общего печеночного протока	Рак гепатикохоледоха	1л
Итого		34+2л

Примечание: л – летальный исход в стационаре

Различные варианты ЧЧД при доброкачественном генезе МЖ были выполнены в 29 случаях (22%), летальность в данной подгруппе – 13,8%. Наиболее часто данный вариант дренирования выполнен при стриктурах гепатикохоледоха (41,4%), холедохолитиазе (20,7%), индуративном панкреатите (17,2%). При злокачественном генезе МЖ ЧЧД выполнено 103 пациентам (78%), летальность – 14,6%. На первом месте по количеству стоит рак гепатикохоледоха (43,7%), на втором – рак головки поджелудочной железы (35,9%), на третьем – рак большого сосочка ДПК (БСДПК) и ворот печени (по 6,8%). Во второй группе пациентов стентирование при доброкачественном генезе МЖ выполнено в 41,7% (стриктуры желчных протоков и гепатикоеюноанастомоза,

* ГОУ ВПО Ивановская ГМА, каф. общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии, ГКБ СМП г. Владимира

холедохолитиаз, индуративный панкреатит), при злокачественном – 58,3% (рак головки поджелудочной железы, гепатикохоледоха, БСДПК), ворот печени. Чрескожное чреспеченочное стентирование (ЧЧС) выполнено в 21 случае (58,4%), чресфистульное – 3 (8,3%), ретроградное эндоскопическое – 4 (11,1%), интраоперационное – 8 (22,2%). Применялись билиарные пластиковые эндопротезы «Olimpus», «Cook», «МИТ» диаметром 10-12 Fr. Путь введения эндопротеза, его диаметр и длина выбирались индивидуально. Мы стремились к установке максимального возможного по диаметру стента для снижения риска его закупорки. Длину эндопротеза подбирали так, чтобы фиксирующие устройства располагались вне зоны стриктуры для предупреждения раннего смещения. Дистальный конец эндопротеза в ДПК выводили лишь при протяженной стриктуре терминального отдела общего желчного протока (ТООЖП), а при «высоких» стриктурах оставляли в холедохе для сохранения адекватного функционирования сфинктера Одди, профилактики дуодено-билиарного рефлюкса и рефлюкс-холангита. В табл. представлены варианты эндобилиарного стентирования в зависимости от причины МЖ.

Результаты. Выздоровление наступило лишь в случаях доброкачественного генеза МЖ (холедохолитиаз, стриктура гепатикохоледоха) и составило 13,8%. Улучшение после ЧЧД при доброкачественном генезе МЖ составляет 62,1%, осложнения отмечены в 10,3%, не эффективных вмешательств не было, а летальность составила 13,8%. При злокачественном генезе МЖ улучшение – 69,9%, осложнения – 10,7%, не эффективные – 4,9%, летальность – 14,6%. Сравнительный анализ результатов ЧЧД при МЖ доброкачественного и злокачественного генеза свидетельствует о том, что достоверной разницы улучшения, развития осложнений или летального исхода в зависимости от генеза МЖ нет ($t=0,7$ при $P>0,2$). Достоверной статистической разницы в количестве летальных исходов в зависимости от варианта ЧЧД (наружное или наружно-внутреннее) нет ($t=1,2$ при $P>0,1$). В большей степени это обусловлено тяжестью состояния больных, печеночной недостаточностью и эндотоксемией.

Стентирование вне зависимости от доступа осуществимо лишь при сохраненной проходимости билиарного тракта, то есть когда имеется возможность преодоления проводником зоны стриктуры (как и наружно-внутреннее дренирование). Даже если проходимость «минимальная» – возможна ретроградная баллонная дилатация или антеградное бужирование зоны стеноза с целью последующей установки адекватного по диаметру стента. Улучшение после стентирования при доброкачественном генезе МЖ отмечается в 94,4% (лишь в 1 случае отмечено транзитное повышение амилазы мочи после стентирования ТООЖП), при злокачественном генезе – 76,2% (в 14,3% отмечались осложнения, связанные с процедурой стентирования). Неэффективным вмешательство оказалось в 9,5% при злокачественном генезе МЖ и связано с прогрессированием печеночно-почечной недостаточности и закупоркой стента. Общая летальность после ЧЧД составляет 14,4%, после наружного дренирования – 8,3%, а после наружно-внутреннего – 6,1%. Летальность, связанная с ЧЧД, составляет 6,8%, не связанная – 7,6%. Общее количество осложнений – 14,4%, связанные с вмешательством – 9,9%. Основная часть осложнений связана с крово- или желчеистечением.

Осложнений не отмечено после ретроградного эндоскопического стентирования. В одном случае осложнение стентирования связано с процедурой предварительного ЧЧД. Общее количество осложнений составляет 16,7%, связанные непосредственно с вмешательством – 11,1% (из них тяжелые осложнения – перфорация стентом задней стенки ДПК, желчный затек, кровотечение – 8,3%), летальность – 5,6%. Достоверных отличий между наружно-внутренним ЧЧД и стентированием в уровне летальности ($6,1\pm 2,1\%$ и $5,6\pm 3,8\%$ соответственно) и риске развития осложнений ($9,9\pm 2,6\%$ и $11,1\pm 5,2\%$) мы не выявили ($t=0,4$ при $P>0,2$).

Только консервативное (симптоматическое) лечение после ЧЧД проведено в 61,4%. Реконструктивные операции выполнены в 22%, восстановительные в 11,4%, другие оперативные вмешательства – 5,2%. Только симптоматическое лечение после стентирования имело место в 79,4%. В 5,9% выполнены вмешательства по поводу возникших осложнений при эндопротезировании. В 5,9% выполнены другие реконструктивные вмешательства. При доброкачественном генезе МЖ (протяженная стриктура ТООЖП в сочетании с холедохолитиазом, стриктура гепатикоеноанастомоза) в 5,9% (после проведенного консервативного лечения в

одном случае и после резекции приводящей петли гепатикоеноанастомоза) наступило выздоровление. У 8,8% больных отмечалась закупорка эндопротеза, что требовало их замены (в ряде случаев неоднократно). Повторное стентирование достаточно легко выполнить лишь ретроградным эндоскопическим доступом. В случаях, когда этот доступ не приемлем, возникают трудности, связанные с тем, что желчные протоки не расширены (после стентирования) и выполнить наружно-внутреннее ЧЧД нельзя. В подобной ситуации приходится ждать ухудшения состояния больного, связанного с нарастанием желтухи и расширением внутрипеченочных протоков для возможности их дренирования. При ретроградном стентировании применяются протезы малого диаметра, что в целях профилактики ранней закупорки диктует необходимость транспапиллярной установки 2 стентов, одновременно в отличие от ЧЧС, когда возможна установка 1 стента «адекватного» диаметра после баллонной дилатации стриктуры.

Заключение. Таким образом, наружно-внутреннее дренирование и стентирование имеют как положительные, так и отрицательные стороны. Мы не выявили достоверных объективных признаков дифференцированного выбора того или иного варианта дренирования. На основании полученных результатов считаем, что стентирование показано при злокачественном генезе МЖ в качестве паллиативного лечения и имеет преимущества перед наружно-внутренним дренированием в связи с небольшой продолжительностью жизни больных (необходимость замены эндопротеза возникает редко), отсутствием необходимости ежедневного ухода за дренажем. При доброкачественном генезе МЖ временное стентирование желчных путей целесообразно в качестве предоперационной подготовки для восстановления пассажа желчи, а в качестве окончательного варианта лечения оправдано лишь при риске реконструктивного вмешательства по поводу стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов.

Противопоказанием к стентированию кроме непереносимости рентгенконтрастных препаратов является наличие некупированного гнойного холангита, так как он ведет к быстрой закупорке пластикового стента. Однако ряд авторов наоборот считают гнойный холангит показанием к стентированию [8]. В то же время при наружно-внутреннем дренировании необходим адекватный уход за дренажем, иначе так же возрастает риск развития холангита, особенно при длительном стоянии дренажа [5].

Литература

1. Борисов А.Е. и др. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. – СПб.: Эскулап. – 1997.
2. Старков Ю.Г. и др. // Хир. им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №6. – С. 20–25.
3. Amonkar S.J. et al. // Cardiovasc Intervent Radiol. – 2008. – Vol.31, №2. – P.439–443.
4. Fragulidis G. et al. // World J Gastroenterol. – 2008. – Vol.14, №19. – P.3049–3053.
5. Jethwa P. et al. // Aliment Pharmacol Ther. – 2007. – Vol.25, №10. – P.1175–1180.
6. Katsinelos P. et al. // Dig Liver Dis. – 2008. – №6. – P.453.
7. Kawamoto H. et al. // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2008. – Vol.6, №4. – P.401–408.
8. Larghi A. et al. // Am J Gastroenterol. – 2008. – Vol.103, №2. – P.458–473.
9. Maguchi H. et al. // J Hepatobiliary Pancreat Surg. – 2007. – Vol.14, №5. – P.441–446.
10. Moss A.C. et al. // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 2007. – Vol.19, №12. – P.1119–1124.

УДК 616.37-089+615.472.3:533.9

МЕТОД АБЛЯЦИИ СТЕНОК ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Д.В. АФАНАСЬЕВ, А.В. ОВСЯНКИН, С.А. ГЕРАСИМОВ*

Частота возникновения ложных кист поджелудочной железы (ЛКПЖ) составляет 2,3-5% от общего числа больных панкреатитом. Если брать только деструктивные формы панкреатитов, то 11-18% и даже 50%. Травмы ПЖ у 20-30% пострадавших осложняются кистообразованием. Летальность колеблется в пределах

*Смоленская ГМА, каф. общей хирургии. Смоленск, ул.Крупской 28