

Модернизация стационаров муниципальных учреждений здравоохранения

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ, ОСЛОЖНЕННЫМИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Аракелян С.М.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

В последние годы отмечается стойкая тенденция к росту количества больных со злокачественными новообразованиями внепеченочных желчных протоков (ВЖП). Поздняя диагностика, сложная хирургическая доступность зоны поражения, прогрессирующее ухудшение состояния больных делают проблему радикального лечения опухолевой желтухи исключительно сложной.

В клинике госпитальной хирургии Кировской ГМА с 1996 по 2007 гг. находились под наблюдением 134 больных с опухолевыми поражениями ВЖП, осложненными механической желтухой (57 женщин, 77 мужчин) в возрасте от 31 до 82 лет. Все пациенты поступали в клинику с синдромом механической желтухи. Концентрация билирубина в сыворотке крови при госпитализации составляла от 35,6 до 770,3 мкмоль/л (в среднем $282,1 \pm 15,2$ мкмоль/л). У 85 больных (63,4%) типичным клиническим проявлением холестаза был кожный зуд, в 69 случаях (51,5%) заболевание осложнилось клиникой гнойного холангита, при этом у 5 больных были выявлены множественные холангиогенные абсцессы печени. Точный диагноз до поступления в хирургическую клинику был установлен лишь у 75 пациентов, что составило 55,9% от общего количества больных.

В целях дифференциальной и топической диагностики всем больным выполняли ультразвуковое исследование (УЗИ). При УЗИ точный дооперационный диагноз рака ВЖП нами установлен у 63 больных (47,0%). Компьютерная томография выполнена 55 больным (41,0%), магнитно-резонансная томография (МРТ) в режиме бесконтрастной МР-холангиографии — 23 (17,1%). Эндоскопическая ретроградная холангиография (ЭРХГ) выполнена 13 больным (9,7%). Семи больным (5,2%) ЭРХГ дополнена чрескожной чреспеченочной холангиографией (ЧЧХГ), что позволило определить точное расположение опухоли во внепеченочных и внутрипеченочных желчных протоках и определить хирургическую тактику. Тридцати двум (23,9%) больным после предварительной чрескожной чреспеченочной холангиостомии (ЧЧХС) выполнена ЧЧХГ. Комплекс диагностических исследований позволил верифицировать опухолевое поражение внепеченочных желчных протоков у 127 больных, что составило 94,7%. У остальных больных диагноз определен во время оперативного вмешательства.

134 больным выполнено 180 оперативных вмешательств. Восемьдесят восемь больных (64,9%) оперированы в один этап, 46 больных (35,1%) — в два этапа. Радикальные оперативные вмешательства удалось выполнить у 29 больных (21,6%), из них 18 (13,4%) оперированы в два этапа. Резекция ВЖП при I и II типе (Н. Bismuth) выполнена 13 больным (9,7%), из них 7 больным наложен первичный гепатикоеюноанастомоз на отключенной по Ру тонкой кишке, 2 — гепатикоеюноанастомоз на транспеченочном дренаже (ТПД) по Прадери-Смиту. Четверем больным, как первый этап радикального хирургического вмешательства после резекции ВЖП, выполнено ТПД по Сейпол-Куриану. Больным с III-A и III-B типом (Н. Bismuth) резекция ВЖП выполнена 11 больным (8,2%), которая была дополнена резекцией печени. Четверем больным выполнена левосторонняя гемигепатэктомия с первичным гепатикоеюноанастомозом на отключенной по Ру тонкой кишке. Семи больным произведена правосторонняя гемигепатэктомия, из которых трем выполнен первичный гепатикоеюноанастомоз по Ру, двум — гепатикоеюноанастомоз по Ру на ТПД по Прадери-Смиту. У 2 больных после резекции ВЖП с правосторонней гемигепатэктомией операция завершена ТПД по Сейпол-Куриану. Реконструктивный этап оперативных вмешательств после ТПД выполняли через 4 месяца. При раке дистального отдела ВЖП (5 больных) стандартной радикальной операцией явилась гатропанкреатодуоденальная резекция.

Подавляющему большинству больных (102) было выполнено паллиативное желчеотведение, что составило 76,1% от общего количества больных, из них 28 (20,9%) — оперированы в два этапа. Противопоказанием для радикального оперативного вмешательства явились: наличие отдаленных метастазов у 21 больного (15,6%), билобарное распространение опухоли на сегментарные желчные протоки и обеих ветвей воротной вены у 31 больных (23,1%), прорастание основного ствола воротной вены на значительном протяжении у 17 больных (12,7%), прорастание верхних брыжеечных сосудов на значительном протяжении у 27 больного (20,1%), преклонный возраст больного при наличии у них тяжелой соматической патологии — 23 больных (17,1%). Наружное желчеотведение выполнено 15 больным (11,2%): гепатикохолангиостомия — 11 (8,2%), гепатохолангиосто-

мия по Бурлуи — 4 (2,9%). Внутреннее желчеотведение выполнено 32 больным (23,8%): холецистоюноанастомоз — 5 (3,7%), холедоходуоанастомоз — 3 (2,2%), холедохоюноанастомоз — 4 (2,9%), гепатикоеюноанастомоз — 4 (2,9%), гепатикоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту по методике клиники — 7 (5,2%), гепатикоеюноанастомоз на ТПД по Сейпол-Куриану — 4 (2,9%), гепатоеюноанастомоз на ТПД по Прадери-Смиту — 3 больным (2,2%). Реканализация и эндопротезирование желчных путей выполнено 51 больному (38,0%): реканализация желчных протоков с ТПД по Прадери-Смиту — 8 (5,9%), реканализация желчных протоков с ТПД по Сейпол-Куриану — 21 (15,6%), реканализация желчных протоков с внутренним эндопротезированием расщепленным дренажем (авторское свидетельство №175046 от 22.04.85) — 22 больным (16,4%). Паллиативная резекция печени с внутренним желчеотведением выполнено 4 больным (2,9%).

Трем больным из-за выраженного распространения опухолевого процесса и множественных метастазов в печень, канцероматоза брюшины ограничили диагностическую лапароскопией или лапаротомией.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 38 больных (28,3%): внутрибрюшное холемическое кровотечение у 6 (4,4%); желчный перитонит в связи с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза у 7 (5,2%); поддиафрагмальный абсцесс у 2 (1,5%); нагноение операционной раны у 2 (1,5%); гнойный холангит — у 7 (5,2%); острая печеночно-почечная недостаточность у 12 (8,9%); острая сердечно-сосудистая недостаточность у 2 пациентов (1,5%).

Из 134 больных со злокачественным новообразованием ВЖП, осложненных механической желтухой, в раннем послеоперационном периоде умерло 12 больных, что составило 8,9%.

Таким образом, хирургическое лечение больных с опухолями ВЖП, осложненными механической желтухой, остается актуальной проблемой. Это обусловлено поздней диагностикой, низким числом радикальных операций и высокой степенью операционного риска. Паллиативные оперативные вмешательства являются единственным способом оказать помощь больным с неоперабельным опухолевым поражением внепеченочных желчных протоков, с сохранением удовлетворительного качества жизни.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Бахтин В.А., Янченко В.А., Гарькавый Н.Г.

ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия Росздрава»

Цель исследования — улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с травмой печени.

Представлен ретроспективный анализ опыта работы отделения торакоабдоминальной травмы Кировской областной клинической больницы № 3, за период с 2002 по 2007 гг. Наблюдали 165 больных с травматическими повреждениями печени в возрасте от 14 до 68 лет (36 женщин, 129 мужчин), из них у 75 (45,5%) закрытая травма живота, у 90 (54,5%) проникающая (в том числе у 40 торакоабдоминальных ранения). Сорок шесть пациентов поступили в состоянии травматического шока 3 степени. Трудностей в диагностике при открытых повреждениях не возникало. При закрытых особенно в сочетании с черепно-мозговой травмой клиника была стертой. В этих случаях проводили активную диагностику с использованием методики «шарящего катетера» и лапароскопии по показаниям. Наличие крови в брюшной полости являлось показанием к экстренной лапаротомии. При изолированной тупой травме живота в сомнительных случаях производили обзорную рентгенографию живота, УЗИ органов брюшной полости и КТ.

Интраоперационная тактика при повреждениях печени зависела от выявленных повреждений, а также от наличия сопутствующих травм. Как правило, пользовались верхнее-срединным доступом, при повреждении правой половины печени выполняли дополнительный разрез типа Рио-Бранко. Объем оперативного вмешательства зависит от степени повреждения органа. В условиях экстренной хирургии на фоне сочетанных повреждений,

как правило, выполняли минимальный объем направленный на остановку кровотечения и желчеистечения. Подавляющему большинству больных (138) выполнено ушивание раны печени с тампонадой прядью большого сальника на питающей ножке у 21. В связи обширностью повреждения органа 3 больным выполнена правосторонняя гемигепатэктомия и 2 атипичная резекция печени. Показаниями для резекции органа считаем наличие повреждения сосудистой ножки с омертвением части органа. При повреждении внутривенных желчных протоков выполняем органосохраняющую операцию с обязательной холедохостомой, так как мы убедились в низкой эффективности холецистостомы. Во время операции проводится проба на желчестаз путем введения физиологического раствора окрашенного бриллиантовой зеленью или метиленовым синим в желчные пути через холедохостому. В случае формирования наружного желчного свища реконструктивную операцию на желчных путях выполняем через 4—6 мес. Из 165 оперированных больных умерло 33 (19,9%). Основной причиной смерти явилась тяжелая кровопотеря в сочетании с тяжелой скелетной и черепно-мозговой травмой.

Таким образом, проблема открытых и закрытых повреждений печени чрезвычайно актуальна. Причиной высокой летальности и большого числа осложнений при повреждениях печени является кровопотеря в сочетании с сопутствующими травмами. Своевременная диагностика и рациональная хирургическая тактика без завышения объема оперативного вмешательства позволяет снизить летальность у этой тяжелой категории больных.