

17. Трапезникова М.Ф. // VII Всероссийский съезд урологов. - Суздаль, 1982, 12-14 октября. - С.233-241.
18. Aboulker P., Renders G. // Ann Urol. - 1976. - Vol.10. - N.1. - P.5-11.
19. Ackerman L. // Surgical pathology. - Mosby, 1968.
20. Amano E., Kurokuvva Y., Nario S. // Nippon Hinyokika Gakkai Zasshi. - 1999. - Vol.90. - N.1. - P.49-52.
21. Amis E.S., Cronal J.J., Pfister R.C. // A.J.R. - 1987. - Vol.148. - P.297-299.
22. Bahner M.L., Bommer J., Sommerer C. // Radiology. - 1999. - Vol.39. - N.5. - P.398-403.
23. Benge B.N. // Del. Med. J. - 2000. - Vol.72. - N.4. - P.169-72.
24. Bellman G.C., Yamaguchi R., Kaswick J. // Urology. - 1995 Jun. - Vol.46. - N.6. - P.1066-1070.
25. Bisese J.N. // MRI: A. // - New York, 1988. - P.239.
26. Blazer S., Zimmer E.Z., Blumenfeld Z. // J. Urol. - 1999. - Vol.162. - N.3. - P.812-814.
27. Cloix P., Martin X., Pangaud C. et al. // J. Urol. - 1996. Jul. - Vol.156. - N.1. - P.28-30.
28. Coulam C.H., Sheafor D.H., Leder R.A. // A.J.R. Am. J. Roentgenol. - 2000. - Vol.174. - N.2. - P.493-498.
29. Csata S., Rupbssy D., Dumutur L. // Acta Chir Hung. - 1995. - Vol.35. - N.3. - P.355-359.
30. Dory B., Gasser B., Reinartz I., Stoll C. // Gener. Couns. - 1999. - Vol.10. - N.3. - P.251-257.
31. Fich G.W. // J.A.M.A. - 1939. - Vol.112.
32. Hartman D., Davis C.J., Johns T. // Urology. - 1986. - Vol.28. - P.145.
33. Heussel C.P., Kauczor H.U., Heussel G. // Eur. Radiol. - 1999. - Vol.9. - N.4. - P.616-619.
34. Hoenig D.M., Me Dougall E.M., Shalhav A.L. // J. Urol. - 1997. - Vol.158. - N.4. - P.1345-1348.
35. Hoenig D.M., Leveillee R.J., Amaral J.F. // J. Endourol. - 1995. - Vol.9. - N.1. - P.55-58.
36. Holzer P.H., Muller T.H., Schutz R. // J. Urol. Nephrol. - 1981. - Bd.74. - S.213-216.
37. Itoh Y., Okamura T., Sasaki S. // Int. J. Urol. - 1998 Nov. - Vol.5. - N.6. - P.604-605.
38. Kern S., Zimmerhackl L.B., Hildebrand F. // Pediatr. Radiol. - 2000. - Vol.30. - N.3. - P.156-60.
39. Kozomara M., Pavlovic S., Lokis V. // Srp. Arh. Celok Lek. - 1996. - Vol.124. - N.1. - P.229-230.
40. Mimata H., Mizoguchi H., Ohno H. // Int. Urol. - 1997. - Vol.4. - N.2. - P.217.
41. Nadal M.A., De Rosa M., Blanco O.A. // Medicina (B. Aires). - 1999. - Vol.59. - N.6. - P.763-766.
42. Nakamura T., Nakagawa S., Sugimoto K., Mikami K., Urano S., Watanabe H. // Hinyokika Kiyō. - 1995 Oct. - Vol.41. - N.10. - P.801-803.
43. Ola Opas M.Y., Martikainen P.M. // Ann Chir Gynaecol. - 1995. - Vol.84. - N.3. - P.318-322.
44. Pollack H.M., Goldberg D.B., Bogack M. // J. Urol. - 1976. - Vol.111. - N.3. - P.326-329.
45. Pretorius E.S., Siegelman E.S., Ramchandani P. // Radiology. - 1999. - Vol.212. - N.1. - P.28-34.
46. Rabii R., Rais IT, Joual A. // Ann. Urol. (Paris). - 1999. - Vol.33. - N.2. - P.25-28.
47. Radovic N., Popovis D., Ribai M. et al. // Lijec. Vjesn. - 1997 Jan. - Vol.119. - N.1. - P.16-19.
48. Santiago L., Yamaguchi R., Haswick J. // Urology. - 1998 Sep. - Vol.52. - N.3. - P.379-383.
49. Singh GS., Rigsby D.C. // Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia 19104. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. - 1999. - Vol.10. - N.6. - P.361-364.
50. Shinohara N., Kiyohara Y. // Nippon Ronen Igakkai Zasshi. - 1999. - Vol.36. - N.6. - P.420-424.
51. Steg A. // J. Europ. Urol. - 1976. - Vol.2. - N.4. - P.161-163.
52. Thompson J.M., Kovac J.R. and John Geshner. // J. of Urology. - 1980. - Vol.124. - N.2. - P.175-178.
53. Wada T., Kamiryo Y., Tsuchida M., Kato M. // Hinyokika Kiyō. - 1995 Nov. - Vol.41. - N.11. - P.861-865.
54. Wahigvist L., Gramstedt B. // Acta chil. Scand. - 1996. - Vol.132. - P.340-347.
55. Weiss M.A., Milles J.E. // London. - 1989. - Vol.2. - P.12.

© МИРОНОВ В.И. -

УДК 616.12-008.331.1-02:616.36

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ЖЕЛЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

В.И. Миронов.

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ д.м.н., проф.
А.А. Майборода, кафедра общей хирургии, зав. - проф. С.Б. Пинский)

Резюме. В настоящей статье по данным литературы рассматриваются важнейшие тактические и хирургические аспекты лечения больных с острыми заболеваниями билиопанкреатодуоденальной зоны, осложненными синдромом желчной гипертензии.

Лечение острых заболеваний билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), осложненных синдромом желчной гипертензии (ЖГ), до сих пор представляет значительные трудности, единые тактические подходы в лечении этой группы больных отсутствуют, а методы нормализации повышенного давления в желчных протоках раз-

нообразны и во многом зависят от причины основного заболевания и сопутствующих факторов [5,13,19,23,29,36,37,54].

Своевременное купирование внутрибилиарной компрессии способствует быстрому обратному развитию патологического процесса в печени и поджелудочной железе, снижает холемическую

интоксикацию, уменьшает гипоксию, улучшает микроциркуляцию в печени [8,9,13,37,39,46,48].

Не вызывает сомнения, что устранение билиарной гипертензии всегда предпочтительнее проводить в "холодном" периоде. Однако в urgentной хирургии гепатобилиарной системы лечебные действия часто диктуются не столько стремлением к соблюдению формального алгоритма, сколько конкретной клинической ситуацией [7,10,22,26,41,48].

В современных условиях наличие синдрома ЖГ уже не является, как раньше, поводом для обязательной неотложной операции. Широкое внедрение щадящих методов декомпрессии желчных протоков позволяет во многом пересмотреть лечебную тактику у больных с острыми заболеваниями БПДЗ, осложненными тяжелыми формами ЖГ, существенно улучшить ближайшие и отдаленные результаты лечения [2,4,7,9,10,16,22,25,30,39].

В настоящее время многие клиницисты являются сторонниками замены традиционной одномоментной оперативной коррекции патологии желчных путей на двухэтапную схему лечения. Задачу первого этапа они видят в срочной декомпрессии билиарного тракта, что помогает ликвидировать холестаз и холемию, купировать острый воспалительный процесс в желчных протоках. Такой подход позволяет избежать экстренных оперативных вмешательств и выполнять второй, санитизирующий, этап в более благоприятных условиях, снизить летальность у этой категории больных до 3-12% [7,10,11,25,26,30,31,35,41].

Инструментальная декомпрессия желчевыводящей системы - сложный раздел билиарной хирургии. Тактику, направленную на временное снятие гипертензии, дифференцируют в зависимости от причины основного заболевания, уровня и протяженности блока, степени печеночных нарушений, тяжести исходного состояния пациентов и многих других причин. Для срочной декомпрессии в современных условиях широко применяют эндоскопические и чрескожные вмешательства на билиарном тракте - эндоскопическую папилосфинктеротомию, чрескожную холангиостомию, холецистостомию из минимизированного доступа, назобилиарное дренирование желчных путей и т.п. [2,10,16,22,32,35,44,46,55].

Основными преимуществами чрескожной холецистостомии (лапароскопической или под контролем УЗИ) являются ее невысокая инвазивность, возможность отведения желчи в условиях паравезикального инфильтрата, использование холецистостомы для последующей антеградной холецистохолангиографии, недостатками - неэффективность метода при заблокированном пузырном протоке или низком впадении пузырного протока. Чрескожная холецистостомия или холецистостома из минимизированного доступа с успехом применяются при наличии препятствия на уровне головки поджелудочной железы (хронический панкреатит, злокачественные поражения

поджелудочной железы, пролонгированные изолированные стриктуры холедоха) [2,10,11,31,32,36,46].

Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) в неотложной хирургии желчных путей часто используется в качестве предоперационной процедуры с целью снижения желтухи, уменьшения объема и степени риска операции у пожилых и ослабленных больных при множественном холедохолитиазе, гнойном холангите, изолированном стенозе БДС с выраженной панкреатической гипертензией [12,22,41,44,55]. К недостаткам метода относят высокую опасность тяжелых осложнений, частые неудачи при попытках ликвидировать ЖГ [12,22,44].

Назобилиарное дренирование также является высокоэффективным методом предварительной декомпрессии желчных путей, способствует уменьшению желтухи, улучшает общее состояние больных перед операцией [12,16].

На первом этапе лечения тяжелые формы ЖГ требуют, наряду с выполнением декомпрессии желчных путей, использования всех имеющихся методов медикаментозной терапии и детоксикации, включая экстракорпоральную. Успех лечения во многом зависит от рационального сочетания консервативного и оперативного подходов [2,7,8,10,13,19,29,45].

В вопросе о сроках проведения второго, санитизирующего этапа, у больных с острой патологией БПДЗ, осложненной ЖГ, по-прежнему нет единства. Большинство клиницистов признают целесообразным выполнение оперативного вмешательства в отсроченном порядке, если в ходе предварительной декомпрессии удалось купировать острое воспаление в желчевыводящей системе и стабилизировать общее состояние больных [2,22,30,35].

Некоторые авторы считают возможным для ликвидации ЖГ ограничиваться только паллиативной механической разгрузкой билиарной системы, особенно у больных с высоким риском предстоящей операции [2,20,32,35]. Паллиативное парахирургическое отведение желчи наружу является также единственным методом разгрузки у больных с запущенными злокачественными поражениями БПДЗ [2,12]. Отпадает необходимость в последующей операции и в тех случаях, когда в ходе предварительного инструментального вмешательства удастся не только купировать билиарную компрессию, но и ликвидировать саму причину гипертензии, т.е. трансформировать подготовительный этап в радикальный [12,30].

Вместе с тем, методы парахирургической разгрузки желчеотводящей системы, хотя и являются предпочтительными на первом этапе ликвидации ЖГ, часто не могут полностью устранить причину патологического синдрома. [2,8,12,17,29].

По многочисленным литературным данным, от 7,5% до 50% больных, которым в результате предварительной декомпрессии удалось купировать острые проявления ЖГ, не подвергаются в

дальнейшем радикальной санации, и выписываются из хирургических отделений без устранения причины ЖГ. В таких случаях малоинвазивные декомпрессионные вмешательства часто представляются как полноценный метод лечения [20, 25, 30, 32, 35]. Неоправданное увлечение парахирургическими вмешательствами нередко приводит к ситуации, когда у больных с признаками ЖГ на фоне хороших ближайших результатов в более отдаленные сроки развиваются тяжелые повторные приступы заболевания, требующие оперативного вмешательства в гораздо менее благоприятных условиях [13, 18, 19, 36].

Выбор метода оперативного вмешательства при синдроме ЖГ представляет сложную задачу. В современных условиях, в связи с разработкой и широким внедрением высоких технологий, мы являемся свидетелями существенных перемен в хирургии желчной гипертензии, конверсии традиционных "открытых" подходов к малоинвазивным методам эндовидеохирургии [1, 4, 9, 18, 39, 41, 50, 55]. При доброкачественных поражениях внепеченочных желчных протоков как приоритетный метод ("золотой стандарт") выдвигается лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с лапароскопическими методами наружного и внутреннего дренирования гепатикохоледоха, разнообразной эндоскопической коррекцией патологии внепеченочных желчных протоков [1, 2, 9]. Современные оперативные вмешательства из минидоступа также завоевали широкое признание хирургов, все чаще выступают в качестве альтернативы традиционным хирургическим методам лечения [12, 34].

Некоторые исследователи подвергают сомнению саму целесообразность открытых хирургических вмешательств при синдроме ЖГ, стремятся отказаться от традиционной одномоментной коррекции патологии желчных путей посредством лапаротомии в пользу двух- или даже трехэтапных эндоскопических операций. Активно постулируется тезис о том, что любое препятствие во внепеченочных желчных путях может быть устранено с помощью эндовидеохирургических процедур [25, 41, 50, 55].

Использование различных методов эндовидеохирургии бесспорно позволяет существенно улучшить результаты лечения больных с ЖГ, сокращает сроки и стоимость лечения. Однако эндоскопическое лечение ЖГ пока осуществляется в немногочисленных хирургических центрах и не в состоянии изменить то общее положение, что ликвидация билиарной компрессии по-прежнему является делом хирурга [1, 2, 9, 18, 22, 39].

Наряду с новыми направлениями, берущими на вооружение самые передовые научно-технические достижения, имеется настоятельная необходимость в развитии и укреплении традиционных оперативных методов [12, 13, 23]. Следует согласиться с мнением А.Е. Борисова и соавт. [4], что для окончательного решения вопроса о выборе тактики у данной категории больных требуются

дальнейшие широкомасштабные исследования, включающие сравнительное изучение непосредственных и отдаленных результатов различных методов эндоскопического и хирургического лечения.

Традиционные, "открытые" оперативные вмешательства, таким образом, по-прежнему продолжают доминировать в структуре оперативных вмешательств при билиарной гипертензии. Невозможно однозначно определить вариант хирургического лечения, который зависит от многих факторов (возраста и исходного состояния больного, причины ЖГ и т.д.). Большинство хирургов разделяет мнение о трех основных путях оперативного устранения синдрома ЖГ при заболеваниях БПДЗ: 1) глухой шов холедоха после устранения причины ЖГ 2) наружное дренирование желчных путей 3) внутреннее супра- или трансдуоденальное дренирование билиарной системы [2, 3, 5, 13, 14, 19, 23, 24, 52, 54].

Трудность сближения различных точек зрения, по мнению Б.В. Петровского и соавт. [23], А.И. Краковского [14] и др. часто связана с альтернативным подходом в выборе декомпрессионных оперативных вмешательств, когда показания к тому или иному виду операций избираются не столько в зависимости от характера патологического процесса, сколько от приверженности хирурга.

Глухой шов холедоха считается простым и физиологичным способом завершения холедохотомии после устранения причины ЖГ, создает хорошие условия для заживления раны протока первичным натяжением и не выключает сфинктер Одди [5, 23, 42, 49].

В.В. Родионов и соавт. [27] глухой шов холедоха после устранения ЖГ использовали в 47,5% наблюдений и получили хорошие результаты с низкой летальностью. Б.А. Королев и Д.Л. Пиковский [13] с успехом в 4,3% случаев применили первичный шов холедоха на 3000 операций.

Другие авторы с осторожностью относятся к широкому использованию первичного шва общего желчного протока. Они утверждают, что этот тип вмешательства может применяться только по строгим показаниям, при абсолютном соблюдении трех условий - полном устранении причины ЖГ, умеренной дилатации гепатикохоледоха, отсутствии активного воспаления в его стенке. При этом в 15-20% случаев они отмечали осложнения после выполнения операции по наложению первичного шва гепатикохоледоха [19, 36, 37, 45].

Наружное дренирование гепатикохоледоха при синдроме ЖГ получило широкое распространение в экстренной хирургии БПДЗ. Лечебный эффект при наружном дренировании объясняется устранением компрессии и перерастяжения желчных путей, снятием патологических рефлексов на сердце и сосудах, отведением застойной инфицированной желчи, стиханием острых воспалительных явлений в стенках внепеченочных желчных протоков, быстрым купированием холангита, воз-

возможностью послеоперационного рентген-контроля за состоянием билиарной системы [3,8,13,19,20,35].

Б.А. Королев и соавт. [13] предлагают дополнять наружным дренированием билиарной системы любую операцию, направленную на ликвидацию синдрома ЖГ. Для этого они используют тонкий дренаж, который устанавливают через культю пузырного протока. Б.В. Петровский и соавт. [23], Collins P.G. et al [42] и др. рекомендуют прибегать к наружному дренированию желчных путей при выполнении только сложных оперативных вмешательств.

Г.А. Клименко, и соавт. [12], наоборот, считают выбор холедохостомии в качестве окончательного лечебного метода наиболее распространенной ошибкой, ухудшающей ближайшие и отдаленные результаты у больных с ЖГ.

Летальность при наружной холангиостомии в среднем составляет 10,6% с колебаниями в 3,5-22,5%, а хорошие отдаленные результаты наблюдаются лишь у 58% больных [14,24,38,52].

Основным недостатком наружного дренирования является массивная и длительная желчепотеря в послеоперационном периоде, которая может приводить к серьезным электролитным и белковым нарушениям, а также в отдаленные сроки после операции возникновение стриктур гепатикохоледоха в месте стояния дренажа [12,13,23,42,49].

Внутреннее дренирование желчных путей для устранения синдрома ЖГ в настоящее время широко используется в клинической практике - в 26-66% случаев от всех оперативных вмешательств у больных с неотложной патологией БПДЗ [14,15,33,47,52,58].

С точки зрения А.А. Шалимова и соавт. [36], Б.А. Королева и соавт. [13], А.И. Краковского [14] и др. внутреннее дренирование необходимо рассматривать, как группу операций с разными показаниями, но похожих по целям, технике, осложнениям и последствиям. Единое мнение о преимуществах и недостатках различных билиодигестивных анастомозов в литературе отсутствует [19,21,23,28,37].

Супрадуоденальная холедоходуоденостомия (СД ХДС) завоевала всеобщее признание хирургов благодаря своей технической простоте, эффективности, благоприятным ближайшим и отдаленным результатам. По данным многих хирургов СД ХДС выполняется у 40-65% от всех оперированных по поводу синдрома ЖГ [5,24,38,45,47,56].

СД ХДС позволяет образовать широкое соустье между магистральной частью гепатикохоледоха и двенадцатиперстной кишкой, создает условия для адекватного отведения желчи, обуславливает беспрепятственное отхождение конкрементов в двенадцатиперстную кишку, при множественном холедохолитиазе, устраняет "динамическую" непроходимость холедоха и способствует купированию острых воспалительных изменений в стенках желчных протоков. При использовании СД ХДС

не только исключаются потери желчи, электролитов и солей, но желчь полностью отводится в двенадцатиперстную кишку, что способствует обратному развитию воспалительных изменений в желчных протоках, нормализует пищеварение [14,19,24,28,56].

Главными недостатками СД ХДС является отсутствие возможности коррекции на уровне БДС, неизбежный рефлюкс кишечного содержимого и пищевых масс в желчные пути, выключение из системы желчеотведения дистального отдела общего желчного протока с формированием "слепого мешка" [23,28,52,58].

Классическими показаниями к СД ХДС считаются множественный холедохолитиаз, пролонгированные сужения терминального отдела холедоха, сдавливающий перихоледохеальный лимфаденит, значительные расширения общего желчного протока и атония его стенки, индурированный панкреатит, приводящий к сдавлению общего желчного протока [5,19,23,28,36]. Некоторые авторы указывают на возможность выполнения СД ХДС "на всякий случай" при отсутствии у хирурга достоверной информации о состоянии БДС и терминального отдела гепатикохоледоха. Ряд авторов, наоборот, - резко суживают показания к этому виду оперативного вмешательства [33,40,42,51].

Хорошие ближайшие и отдаленные результаты у больных с синдромом ЖГ после СД ХДС отмечают многие авторы [5,13,24]. О.Б. Милонов и С.Н. Грязнов [19], анализируя данные 22 отечественных и зарубежных публикаций, указывают на наличие летальных исходов в 9-12% наблюдений, осложнений в ближайшем периоде - в 5-21%, неудовлетворительных отдаленных результатов - в 1,7-23,5%.

С.В. Рынейский и Ю.И. Морозов [28] отмечают неудовлетворительные отдаленные результаты после СД ХДС в 10-15% случаев, в том числе при холедохолитиазе - в 13,3%, при стриктурах БДС - в 24%, при исходном хроническом панкреатите - в 27-50%.

По сведениям многих хирургов летальность при супрадуоденальной холедоходуоденостомии составляет 1-12% [3,13,19,23,28,36].

Недостаточная эффективность СД ХДС часто отмечается при исходном хроническом панкреатите, нарушениях проходимости дистального отдела общего желчного протока, стриктурах БДС. К распространенным причинам неудовлетворительных отдаленных результатов при супрадуоденальных БДА относят также стенозирование или облитерацию анастомоза, хронический стенозирующий панкреатит, формирование "слепого" поданастомотического мешка, рефлюкс кишечного содержимого в желчные пути [24,28,58].

В настоящее время, большинство исследователей и практических хирургов предпочитают для внутреннего дренирования желчных путей при синдроме ЖГ использовать тонкую кишку, видят в этой операции ряд неоспоримых преимуществ, основным из которых является профилактика за-

брасывания кишечного содержимого в желчные протоки и ликвидация опасности холангита [5,14,15,33,37,52].

К основным недостаткам холангиоеюностомии (ХЕС) относят ее техническую сложность. Кроме того, при ХЕС имеется гораздо больше возможностей для инфицирования желчи, так как флора в тонкой кишке, по сравнению с дуоденальной, более вирулентна и разнообразна. Летальность при ХЕС составляет 2-7 % [13,19,23,36].

Некоторые авторы указывают, что в отдаленные сроки при ХЕС создаются менее выгодные условия для пищеварения. Отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке приводит к гормональным расстройствам поджелудочной железы и общего пищеварения. Они утверждают, что по своим отдаленным результатам ХЕА не имеет преимуществ перед ХДС [5,19].

Трансдуоденальные операции на БДС используются в 40-42% всех оперативных вмешательств, выполненных у больных с признаками ЖГ, и имеют много сторонников среди отечественных и зарубежных хирургов [21,40,51,56].

К основным достоинствам трансдуоденальных операций на БДС относят сохранение естественного оттока желчи в двенадцатиперстную кишку, создание декомпрессии не только в системе желчных путей, но и в зоне отведения панкреатического секрета, возможность прямой ревизии БДС и терминальной части гепатикохоледоха, атравматическое удаление вклиненных в БДС конкрементов [21,40,51,56].

Типы трансдуоденальных оперативных вмешательств на БДС и терминальном отделе общего желчного протока при синдроме ЖГ многообразны (папиллотомия, папиллосфинктеротомия, папиллосфинктеропластика, папиллэктомия, супрапапиллярные виды трансдуоденальных ХДС и др.). Каждая из операций имеет свои показания, технические особенности, а ее применение в каждом отдельном случае зависит от конкретной клинической ситуации [23,36,40,45,51,56].

К недостаткам трансдуоденальных операций следует отнести трудности создания достаточно широкого соустья, обеспечивающего полную декомпрессию желчных путей, техническую сложность, возможность тяжелых послеоперационных осложнений [21].

Летальность при трансдуоденальном дренировании, по данным отечественных и зарубежных авторов, колеблется в пределах 1-7% случаев, а количество осложнений достигает 20% [3,13,19,21,27].

Плохие отдаленные результаты после трансдуоденальных операций на БДС при синдроме ЖГ отмечены в 1-7,5% случаев [19,21,51,56].

Неудовлетворительные результаты после трансдуоденальных операций на БДС чаще всего обусловлены тяжелым поздним холангитом, плохим опорожнением дилатированного проксимального отдела гепатикохоледоха, неустраненной гипертензией в системе панкреатического секрета,

оставленными конкрементами [19,21,23,51]. Другие авторы в развитии послеоперационного холангита после операций на БДС основную роль отводят рефлюксу в протоки дуоденального содержимого [23,56].

В настоящее время в хирургии ЖГ четко сформировались тенденции по сближению альтернативных точек зрения на те или иные виды внутреннего дренирования при синдроме ЖГ [14]. Многие хирурги в последние годы применяют двойное внутреннее дренирование желчных путей для устранения гипертензии как в проксимальных отделах гепатикохоледоха, так и в терминальной его зоне и БДС.

Такой подход позволяет устранить слабые стороны как СД ХДС, так и папиллосфинктеротомии. Операция двойного дренирования восстанавливает проходимость дистального отдела общего желчного протока, устраняет "слепой мешок", ликвидирует ЖГ в проксимальных отделах желчных путей. Показаниями к двойному внутреннему дренированию считают сочетание стеноза терминального отдела общего желчного протока со стенозом БДС, вколоченные камни БДС в сочетании с множественным холедохолитиазом, стенозы БДС в сочетании с недренирующимися участками ретродуоденального отдела ОЖП после ранее выполненных СД ХДС [19,36, 45].

Перечень оперативных вмешательств при синдроме ЖГ, обусловленном злокачественными поражениями БПДЗ, включает как наиболее простые, так и очень сложные оперативные вмешательства - от прямого наружного дренирования желчных протоков и паллиативного бужирования опухоли до панкреатодуоденальной резекции [3,5,6,8,53,54,57].

По данным разных авторов в экстренной хирургии гепатобилиарного и панкреатодуоденального рака на долю паллиативных оперативных вмешательств приходится до 70-80%. в связи с тем, что клинические проявления в виде ЖГ развиваются уже в поздней стадии процесса, исключая радикальную операцию [3,5,6,8,17,43].

В.В. Виноградов и соавт. [5], Н.Н. Блохин и соавт. [3] сообщают, что из 525 больных с онкологическими поражениями БПДЗ возможность и целесообразность радикальной операции имела только в 14,8-26% случаев.

Ряд исследователей, проводя сравнительный анализ между радикальными и паллиативными оперативными вмешательствами при злокачественных поражениях БПДЗ, не обнаружили значимых отличий по продолжительности жизни. Вместе с тем, непосредственная летальность после радикальных операций значительно выше, чем при паллиативных [3,17,36,43,53,54].

С другой стороны, выполнение обходных паллиативных анастомозов, как правило, избавляет больных от желтухи, улучшает функцию печени, повышает усвояемость пищи, способствует удлинению жизни [3,5,23,53].

Таким образом, на основании анализа имеющихся данных можно считать, что проблема лечения синдрома ЖГ у больных с острой патологией БПДЗ остается актуальной, в литературных ис-

точниках единого взгляда до сих пор не существует. Дальнейшая разработка вопросов, касающихся улучшения результатов лечения у этой группы больных, представляется важной.

TREATMENT OF BILIARY HYPERTENSIVE SYNDROM IN PATIENTS WITH URGENT BILIOPANCREATODUODENAL DISEASES

V.I. Mironov

(Irkutsk State Medical University)

In present article according to the modern medical literature data we consider the main tactical and surgical aspects of treatment of patients with urgent biliopancreatoduodenal diseases.

Литература

1. Андреев А.Л., Филин А.В., Прядко А.С., Грах С.И. Лапароскопическая хирургия холедохолитиаза // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Т.1, Приложение. - С.25-26.
2. Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Кояло Н.К., Русин Н.И. Хирургическое лечение больных с механической желтухой // *Хирургия*. - 1993. - №1. - С.17-21.
3. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. - М.: Медицина, 1982. - 272 с.
4. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мосягин В.Б. и др. Возможности эндовидеохирургии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Т.1, Приложение. - С.32-33.
5. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. - М.: Медицина, 1977.
6. Волков А.Н., Федоров Н.Ф., Дербенев А.Г. К вопросу об интубации внепеченочных желчных протоков при их неоперабельных опухолях // *Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны: Тезисы докладов*. - СПб., 1996.-С.37-38.
7. Гиреев Г.Н., Джавалов Ю.В., Гусейнов А.Г., Адзиев Л.А. Диагностика и лечение холедохолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // *Вестн. хирургии*. - 1993. - №5-6. - С.48-49.
8. Доманский Б.В., Васильчук А.В., Уманская В.С. Хирургическое лечение больных с обтурационной желтухой // *Вестн. хирургии*. - 1992. - №9-10. - С.20-23.
9. Емельянов С.И. Эндоскопическая хирургия осложненных форм желчнокаменной болезни // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Т.1, Приложение. - С.43-44.
10. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасасев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции // *Хирургия*. - 1994. - №9. - С.24-28.
- П.Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996.-Т.1.-С.121-131.
12. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
13. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина, 1990. - 240 с.
14. Краковский А.И. Выбор декомпрессионных операций при нарушениях билиарной проходимости доброкачественной этиологии // *Хирургия*. - 1982. - №1.-С.324-328.
15. Краковский А.И., Тарабрин В.И. Холангиостомия при доброкачественных заболеваниях желчных путей // *Хирургия*. - 1984. - №2. - С.13-18.
16. Крендаль А.П. Наружное дренирование гепатикохоледоха и желчного пузыря под эндоскопическим контролем // *Хирургия желчных путей и поджелудочной железы*. - Запорожье, 1982. - С.151-152.
17. Кубышкин В.А., Дауда М. Диагностика периаппулярных опухолей, осложненных механической желтухой // *Хирургия*. - 1993. - №3. - С.98-102.
18. Майстренко Н.А., Сухопера Ю.Н., Галкин В.Н. Возможности лапароскопической техники при острых заболеваниях панкреатобилиарной зоны // *Актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны. Тезисы докладов*. - СПб., 1996. - С.89-90.
19. Милонов О.Б., Грязнов С.Н. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока. - М.: Медицина, 1986. - 160 с.
20. Мирошников Б.И., Светловидов В.В., Тибилов В.Е. Анализ летальности при остром холецистите // *Вестн. хирургии*. - 1994. - №7-12. - С.14-17.
21. Напалков П.Н., Артемьева Н.Н., Качурин В.С. Пластика терминального отдела желчного и панкреатического протоков. - Л.: Медицина, 1980. - 184 с.
22. Пандырев Ю.М., Коновалов А.Ю., Паньков А.Г., Будзинский А.А. Применение декомпрессионных эндоскопических операций при осложненном течении желчнокаменной болезни // *Вестн. Хир.* - 1992.-№4.-С.32-38.
23. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А. Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков. - М.: Медицина, 1980.-304 с.
24. Подьяблонская И.А. Клиническое обоснование показаний к холедоходуоденостомии при доброкачественном поражении желчных путей. Дисс. ... к.м.н., 1987.-237 с.
25. Постолов П.М., Жидовинов Г.И., Быков А.В., Овчаров А.Н., Нестеров С.С. Лечебная тактика после лапароскопической холецистостомии у больных с острым холециститом // *Хирургия*. - 1991. - №1. - С.76-79.
26. Постолов П.М., Овчаров А.Н., Житников К.С. Лапароскопическая холецистостомия при остром холецистите у больных с повышенным операционным риском // *Хирургия*. - 1989. - №1. - С.24-29.

27. Родионов В.В., Прикупец В.А., Занозин Ю.Ф. Показания к холедохотомии и способы ее завершения у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. - 1982. - №1. - С.9-13.
28. Рынейский С.В., Морозов Ю.И. Холедоходуоденостомия. - М.: Медицина. - 1968. - 176 с.
29. Рябцев В.Г., Соломка Я.А. Комплексное лечение механической желтухи // Хирургия. - 1994. - №5. - С.38-41.
30. Савельев В.С., Филимонов М.И., Василенко Ю.В., Капранов С.А., Винокуров М.М. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой // Хирургия. - 1995. - №1. - С.23-25.
31. Сухарев В.Ф., Ульянов Ю.И. Лапароскопическая декомпрессия желчных путей при заболеваниях желчевыводящей системы // Вестн. хирургии. - 1994. - №5-6. - С.113-118.
32. Сухарев В.Ф., Ульянов Ю.И. Лапароскопическая декомпрессия желчных путей при заболеваниях желчевыводящей системы // Вестн. хирургии. - 1994. - №5-6. - С.113-118.
33. Тарабрин В.И. Клинико-функциональное обоснование холангиостомии. Автореф. дис... докт. мед. наук, Кемерово, 1986. - 38 с.
34. Филижанко В.П., Лобанов А.И., Шеменева Е.Г., Захаров Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитотомия // Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - Т.1, приложение. - С.53-54.
35. Чумак П.Я., Рудый М.А., Горлачев М.И., Зубаха А.Б. Особенности диагностики и хирургического лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Клин. хирургия. - 1992. - №9-10. - С.40-42.
36. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - Киев: Здоров'я, 1993. - 512 с.
37. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Кончак В.М., Скумс А.В. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика при неопухоловой механической желтухе и холангите. // Хирургия. - 1993. - №1. - С. 13-17.
38. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А. Сравнительная оценка отдаленных результатов дренирующих операций на внепеченочных желчных протоках // Хирургия. - 1982. - №6. - С.40-43.
39. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. - 1998. - №9. - С.31-36.
40. Benedetti-Valentini S., Tata M.V., Benedetti-Valentini G. Observations of 280 cases of transduodenal papillectomy // Surg. It. - 1976. - Vol.6. - P.225.
41. Bonley J., Schellenberg R., Brady P.O. Role of ERCP and therapeutic biliary endoscopy in association with laparoscopic cholecystectomy // Am. J. Gastroenterol. - 1992. - Vol.87, N.7. - P.837-842.
42. Collins P.G. Further experience with common bile duct suture without intraductal drainage following choledochotomy // Brit. J. Surg. - 1967. - Vol.54. - P.854.
43. Connoilli M.M., Dawson P.S., Miskelassi F. et al. Survival of 1001 patients with carcinoma of pancreas // Ann. Surg. - 1987. - Vol.206, N.3. - P.366-373.
44. De Couca V., Couia G., Massa P. et al. Our experience in endoscopic sphincterotomy // J. Gastroenterol. - 1989. - Vol.27, N.3. - P.162-163.
45. Den Besten L., Berci G. The current status of biliary tract surgery: an international study of 1072 consecutive patients // W. J. Surg. - 1986. - Vol.10, N.1. - P.116-121.
46. Denning D.A., Elison E.G., Carey L.C. Preoperative percutaneous transhepatic biliary decompression lowers operative morbidity in patients with obstructive jaundice // Amer. J. Surg. - 1981. - Vol.14, N.3. - P.61-64.
47. Gaskill H.V., Levine B.A., Sizinck K.R., Aust J.B. Frequency and indication for choledochoduodenostomy in benign biliary tract disease // Amer. J. Surg. - 1982. - Vol.144, N.7. - P.682-684.
48. Gunbery S., Strodel W., Knol J. Efficacy of preoperative biliary tract decompression in patients with obstructive jaundice // Arch. Surg. - 1984. - Vol.119. - P.703-708.
49. Hepp F., Barraya L. Drainage du choledoque ou suture primitive // J. Chir. - 1970. - Vol.101. - P.104.
50. Hugh T.B., Chen F.C., Hugh T.J., Li B. Laparoscopic cholecystectomy. A prospective study of outcome in 100 unselected patients // Med. J. Aust. - 1992. - Vol.156, N.5. - P.318-320.
51. Krai V., Sery Z. Early and late results of 552 papillosphincteromies // Acta Univ. Olomouc. - 1974. - Vol.71. - P.285.
52. Ligidakis N.J. Acute supertive cholangitis: comparison of internal and external biliary drainage // Amer. J. Surg. - 1982. - V.3. - P.304. (7)
53. Men S., Hekimoglu B., Kaderoglu H., Pinar a., Conkbayir I. et al. Palliation of malignant obstructive jaundice. Use of self-expandable metal stents. // Acta radiol. - 1996. - Vol.37, N.3. - Pt.1. - P.259-266.
54. Nakase A., Matsumo V., Uchida K. et al. Surgical treatment of cancer of the pancreas and the periaampullary regions: cumulative results on 57 institutions in Japan // Ann. Surg. - 1977. - Vol.185, N.1. - P.52-57.
55. Olaison G., Kald B., Karlqvist P. et al. Endoscopic removal of common bile duct stones without subsequent cholecystectomy // Acta Chir. Scand. - 1987. - Vol.153. - P.541-543.
56. Thomas C.G., Nicholson C.P., Owen J. Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct // Ann. Surg. - 1971. - Vol.173. - P.845.
57. Vij.J.C., Govil A., Chaudhary A., Gulati R., Mehta S., Ganguli S. Endoscopic biliary endoprosthesis for palliation of gallbladder carcinoma // Gastrointest. Endosc. - 1996. - Vol.43, N.2. - Pt.1. - P.121-123.
58. Werelduma G.C. Choledochoduodenostomy and the blind loop syndrom // Brit. J. Surg. - 1985. - Vol.72. - N.10. - P.847.