

в сомнительных случаях – компьютерная томография. Целью дальнейших исследований должна быть последующая разработка стандартов оперативного лечения хирургической инфекции, тесно связанных с ними методик проведения предоперационной подготовки и послеоперационного ведения у ВИЧ-инфицированных больных, изучение морфологии раневого процесса при ВИЧ-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булискерия Т.Н. Особенности ведения хирургических больных с сопутствующей ВИЧ-инфекцией / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – М., 2004.
2. Gottlieb J.R., Lewis V.L. (Jr.), Bashium R.W. // Plast. Reconstr. Surg. – 1985. – V. 76. – P. 630-632.
3. Hebra A., Adams D.B., Holley H.P. (Jr.) // J. Soc. Coloproct. Med. Ass. – 1990. – V. 86. – P. 479-483.
4. Lewis D.K., Callaghan M., Phiri K. et al. // Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg. – 2003. – V. 97. – P. 91-96.
5. Montejo M., Aguirrebengoa K., Urkijo J.C // Enferm. Inf. Microbiol. Clin. – 1990. – №8. – P. 441-442.
6. Strecker W., Ngemba M. // Med. Trop. (Mars). – 1993. – V. 53. – P. 391-392.
7. Watters D.A. // PNG Med. J. – 1994. – V. 37. – P. 29-39.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ХОЛАНГИТОМ

*А.И. Лобаков, М.В. Мокин, В.А. Морохотов, Г.Л. Саччелашвили,
В.И. Бирюшев, Ю.И. Захаров, В.Н. Филижанко
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Гнойный холангит, наряду с механической желтухой, является одним из наиболее частых и грозных осложнений обструктивных заболеваний внепеченочных желчных протоков. В последнее время это заболевание становится проблемой, от решения которой зависит успешное развитие хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны.

Актуальность этой проблемы обусловлена рядом факторов: ростом числа пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и ее осложнениями (холелитиазом), ростом травматических и ятрогенных стриктур желчных протоков, увеличением числа случаев злокачественных новообразований билиопанкреатодуоденальной зоны, сложностью и длительностью лечения.

Лечение этой категории больных имеет целый ряд трудностей: пожилой возраст большинства пациентов и наличие у них сопутствующих заболеваний; локализация опухоли в труднодоступных для диагностики местах (в 30–50%); поздняя обращаемость к хирургам; наличие у большинства больных выраженной печеночной недостаточности; травматичность радикальной операции; ранее перенесенные операции на желчных протоках. Вследствие этих

причин, несмотря на совершенствование методов диагностики, применение современных антибактериальных средств и различных методов детоксикации организма, летальность при механической желтухе, осложненной гнойным холангитом, достигает 60%.

Проблема гнойного холангита была одной из тем прошедшей в октябре 1999 г. VII Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. В принятой резолюции подчеркивалось, что особенности клинического течения острого холангита связаны с его развитием на фоне механической желтухи, которая вызывает колонизацию и транслокацию кишечных бактерий, эндотоксемию, снижение функции печеночных и купферовских клеток, нарушение фильтрации воротной крови, уменьшение кровотока и ишемию печени, приводит к билиарному сепсису.

Отделение абдоминальной хирургии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского по существу является областным центром реконструктивно-восстановительной и реабилитационной хирургии желудочно-кишечного и билиарного трактов. Ежегодно в отделении проходят лечение от 30 до 60 больных с заболеваниями желчных протоков, осложненных гнойным холангитом, поэтому основной потенциал отделения сосредоточен на разработке методик малоинвазивной и органосохраняющей хирургии при обтурирующих заболеваниях внепеченочных желчных протоков.

В связи с тем, что у 85% пациентов с данной патологией выполнение радикальной операции невозможно, а проведение традиционного паллиативного вмешательства в условиях гнойного холангита сопряжено с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений, оптимальным является выполнение малоинвазивных дренирующих операций.

Мы располагаем опытом лечения 64 пациентов с различными заболеваниями внепеченочных желчных протоков, осложненных гнойным холангитом. Средний возраст пациентов составлял $60,8 \pm 1,4$ лет. Длительность заболевания до госпитализации в стационар – 30 суток и более.

Основными диагностическими мероприятиями являлись: УЗИ, магнитно-резонансная холангиография (МРХПГ), чрескожная холангиография, дуоденоскопия с биопсией и ЭРХПГ. При обследовании проксимальный блок желчных протоков выявлен у 44% больных, блок средней части холедоха – у 14%, дистальный блок желчных протоков – у 42%. В 33,2% наблюдений выявлено две и более сопутствующие патологии, наиболее часто это были заболевания сердечно-сосудистой и пищеварительной систем.

Степень тяжести механической желтухи и тяжесть печеночной недостаточности оценивались по классификации, предложенной В.А. Вишневым и соавт. [1]. Легкая степень отмечена у 5 больных (7,8%), средняя степень – у 36 (56,3%), тяжелая – у 23 больных (35,9%).

Ведение пациентов имело свои особенности, заключавшиеся в следующем:

- всем пациентам сразу же выполняли катетеризацию центральной вены;
- проводилась интенсивная инфузионная терапия, направленная на коррекцию электролитных и белковых расстройств, объемом не менее 2,5–3 л;
- в связи с нарушениями в системе свертывания крови и наличием сердечно-сосудистой патологии дезагреганты не назначались. Более того, большинству пациентов проводилась гемостатическая терапия;
- учитывая исходную энцефалопатию, печеночно-почечную недостаточность, седативные и наркотические средства даже перед проведением малоинвазивных вмешательств не назначались;
- всем больным для профилактики развития и прогрессирования печеночно-почечной недостаточности, помимо гепатопротекторов, переливания альбумина и свежезамороженной плазмы, назначалась гормонотерапия;
- перед выполнением оперативного вмешательства большинству пациентов проводились различные мероприятия, направленные на детоксикацию организма (наиболее часто – обменный плазмаферез);
- с учетом возраста больных и исходной тяжести их состояния, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, всем пациентам в первые сутки выполнялись малоинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков;
- диагностические мероприятия, наряду с лечебными, проводились в срочном порядке или после выполнения дренирующей операции.

Малоинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков, были выполнены всем больным: у 32 больных (50%) это было наружное дренирование внепеченочных желчных протоков (ВЖП), у 8 (12,5%) – наружно-внутреннее дренирование, у 24 пациентов (37,5%) – эндопротезирование желчных протоков.

Были выполнены следующие вмешательства: наружное дренирование ВЖП – 75% больных с проксимальным блоком, 33,3% – с блоком в средней трети холедоха, 29,6% – с дистальным блоком ВЖП.

Наружно-внутреннее дренирование ВЖП проведено соответственно у 22,2, 18,5 и 3,6% больных.

Внутреннее дренирование ВЖП (эндопротезирование) выполнялось наиболее часто (51,8%) у больных с дистальным блоком, несколько реже (44,4%) – у больных с блоком средней трети

холедоха, и минимально (21,4%) – у больных с проксимальным блоком ВЖП.

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная и дезинтоксикационная терапия, антибактериальное и гепатотропное лечение, ежедневные промывания катетера (дренажа) растворами антисептиков с целью санации желчных протоков. По показаниям проводились сеансы экстракорпоральной детоксикации, наиболее часто – обменный плазмаферез.

Эффективность малоинвазивных вмешательств у больных с механической желтухой оценивали по субъективным ощущениям больного, клиническим проявлениям, биохимическим данным. В течение первых трех суток большинство пациентов отмечали снижение или исчезновение кожного зуда, улучшение аппетита, уменьшение расстройств сна. В течение первой недели происходила нормализация температуры тела, с 10-х по 14-е сутки уменьшалась желтушность кожи, при установке стента или наружно-внутреннего дренажа появлялась нормальная окраска кала.

Функциональное состояние печени оценивали по биохимическому анализу крови. У большинства пациентов с 3-х по 7-е сутки функции печени и почек ухудшались, а затем к концу второй недели послеоперационного периода наступала постепенная нормализация показателей. Такую же динамику отмечали другие авторы [1, 7, 8].

При выполнении операций на желчных протоках у больных развились следующие осложнения: гемобилия – в 4 наблюдениях, формирование желчевенозной фистулы – в 2. Эти случаи расценены как легкие, так как для их ликвидации каких-либо оперативных действий или интенсивной терапии не требовалось. Достаточно было перекрыть дренаж на короткое время, чтобы эти осложнения ликвидировать.

У одной пациентки с дистальным блоком ВЖП в ходе дренирования возникла большая подкапсульная гематома печени в области ворот. Это было выявлено только при аутопсии: больная умерла от нарастающей печеночно-почечной недостаточности на фоне длительной механической желтухи.

Поздние осложнения развились у 12 больных. При этом наиболее частыми осложнениями являлись миграция дренажа из желчных протоков (6 наблюдений); кровотечение в брюшную полость (1); желчеистечение в брюшную полость (1); сочетание миграции дренажа с крово- или желчеистечением или развитием перитонита (всего сочетанных осложнений – 3 наблюдения). Наиболее часто осложнения развивались при выполнении наружного дренирования желчных протоков у больных с проксимальным блоком ВЖП.

Скопления крови и/или желчи отмечались чаще всего в правом поддиафрагмальном пространстве и правом латеральном канале.

Для профилактики этих осложнений проводится чрескожная пункция и дренирование указанных отделов брюшной полости. Дренирование мы выполняли «стиллет-катетерами», пункцию – под контролем УЗИ (если затек уже сформировался), или превентивно, когда наружное дренирование желчных протоков было проведено с техническими трудностями и была вероятность подтекания крови или желчи помимо дренажа.

Помимо дренирования брюшной полости, для коррекции осложнений нами были выполнены повторные малоинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков: повторное наружное дренирование или наружно-внутреннее дренирование ВЖП, а также традиционные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков и ликвидацию осложнений. Всего для ликвидации осложнений потребовалось выполнить 9 малоинвазивных и 5 традиционных оперативных вмешательств.

По данным литературы, осложнения чрескожного дренирования и эндопротезирования желчных протоков развиваются довольно часто: соответственно в 5,4–74% и в 12,3–32,5% [6]. Данные, полученные в результате нашей работы, как по количеству, так и по характеру развившихся осложнений, соответствуют сведениям, опубликованным в литературе.

Основными профилактическими моментами являются бережное и ненасильственное выполнение всех этапов дренирования ВЖП, использование только приспособленных инструментов и оборудования, тщательный уход и наблюдение за больными в ранние сроки после декомпрессии, допуск к выполнению манипуляций только подготовленного специалиста.

Летальность больных с механической желтухой, в лечении которых применялись малоинвазивные вмешательства, составила 18,6%, что также согласуется с данными литературы [1, 2, 4, 5]. По данным В.А. Вишневого, В.А. Кубышкина и соавт. [3], летальность при механической желтухе и печеночной недостаточности средней тяжести составляет 10,5%, а при тяжелой – 42,9%.

Летальность больных зависела от локализации блока в желчных протоках и от способа желчеотведения. Наибольшая летальность наблюдалась у больных с проксимальным блоком после наружного дренирования. Учитывая количество послеоперационных осложнений, летальность и длительность госпитализации, среди малоинвазивных вмешательств надо отдавать предпочтение наружно-внутреннему и внутреннему дренированию.

Причинами летальных исходов в 47,1% явился холангиогенный сепсис, в 35,3% – печеночно-почечная недостаточность.

Факторами, влияющими на исход лечения, являются длительность желтухи, характер операции, возраст пациента.

Средний послеоперационный койко-день составил 15,8 дня. Длительность нахождения в стационаре – 21,8 дня.

Таким образом, раннее применение малоинвазивных вмешательств для декомпрессии желчных протоков в сочетании с интенсивной инфузионной терапией и сорбционными методами является эффективным лечебным комплексом. Он позволяет купировать явления гнойного холангита и может быть рекомендован к применению при неоперабельных опухолях ВЖП и их рубцовых стриктурах, а также в качестве первого этапа при подготовке больного к радикальной операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арбер А.Л. // Хирургия. – 1988. – № 1. – С. 7-12
2. Буров В.П. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе / Автореф. дис. □ канд. мед. наук. – М., 1988.
3. Вишневский В.А., Кубышкин В.А. и др. Операции на печени / Руководство для хирургов. – М., 2003.
4. Гаврилин А.В. // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. – М., 1996. – С. 332-333.
5. Долгушин Б.И., Макаров Е.С., Нечушкин М.И. // Новые технологии в хирургической гепатологии. – СПб., 1995. – С. 228-229.
6. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. – Тула, 2000. – 312 с.
7. Капранов С.А. // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т. 1. – С. 91.
8. Нестеренко Ю.А. // Хирургия. – 1987. – № 7. – С. 43-47.
9. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей / Пер.с англ. – М., 2002. – 864 с.

КОНЦЕПЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА В СТАДИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

*А.И. Лобаков, А.М. Савов, В.И. Шумский, Е.Г. Шеменова,
Р.В. Кошелев, Ю.Ю. Сапичева, В.А. Денисов, Л.Б. Денисова,
Л.Н. Емельянова
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Острый деструктивный панкреатит – одно из самых тяжелых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Летальность при гнойно-некротических осложнениях панкреонекроза достигает 45–65%. Современные аспекты диагностики и комплексного лечения панкреонекроза представляют значительный интерес для хирургов. Неоднозначный и порой противоречивый подход в выборе диагностической, лечебной и хирургической тактики обусловлен рядом объективных причин, поэтому выбор рациональных принципов лечения острого панкреатита с учетом особенностей его клинического течения может способствовать значительному снижению летальности и улучшению результатов лечения.