

лет), ограничиваясь прогулками на балконе. Только 2 пациента принимали участие в общественной жизни, и лишь 1 пациент из 10 рассматривал вероятность возврата к трудовой деятельности при отсутствии реальных предложений (69 лет). В послеоперационном периоде, а таковым для оценки принят срок от 4 до 12 месяцев после окончания лечения, результаты следующие: все 10 пациентов вышли на достаточный бытовой уровень самообслуживания, 7 пациентов сочли уровень внешней индивидуальной активности достаточным, а трое из них дали дополнительные характеристики активности: высокая и отличная. Частичный возврат к общественной деятельности осуществили 4 пациента, 5 из 10 пациентов расценили вероятность возврата к трудовой деятельности как среднюю, 2 — как высокую, а один пациент вернулся к труду на должность грузчика-экспедитора.

Данная хирургическая технология разрабатывалась как временное (паллиативное) вмешательство перед тотальным эндопротезированием коленного сустава. До оперативного лечения всем пациентам был показан данный вид радикального хирургического лечения, который в силу тех или иных технических причин не мог быть воспроизведен у данной серии пациентов. После проведенного оперативного лечения по данной медицинской технологии 8 пациентам из 10 показания к эндопротезированию стали резко ограниченными, а сами пациенты от него воздерживались. Данный пример характеризует экономическую составляющую медицинской технологии, позволяющей сэкономить средства для реабилитации высокочувствительным методом эндопротезирования более молодой и трудоспособной категории пациентов.

Р.Р. Гумеров, С.М. Елисеев, Е.Ю. Седова

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

*ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Иркутск)
ГУЗ «Иркутская областная клиническая больница» (Иркутск)*

Механическая желтуха — клинический синдром, обусловленный обтурацией желчевыводящей системы на разных уровнях, требующий срочного хирургического вмешательства, направленного на декомпрессию желчных протоков. Как правило, от начала заболевания до поступления в хирургический стационар проходит от 1 до 4 недель. Столь поздняя госпитализация во многом обусловлена несовершенством диспансеризации и врачебной некомпетентностью с одной стороны и элементарным невежеством пациентов — с другой.

В настоящее время применяются следующие способы хирургического лечения механической желтухи:

- 1) эндоскопическое внутреннее ретроградное дренирование или стентирование;
- 2) наружное антеградное дренирование желчных протоков;
- 3) наружно-внутреннее антеградное одномоментное дренирование по типу Прадери;
- 4) наружное дренирование с последующим отсроченным ретроградным внутренним дренированием;
- 5) наружная холецистостомия (под контролем УЗИ или из проекционного минидоступа);
- 6) внутреннее «скрытое» дренирование желчных протоков открытым способом;
- 7) широкодоступное дренирование желчных протоков (формирование билиодигестивного соустья, радикальная операция).

Это далеко не полный перечень. Кроме того, на практике возможны сочетания вышеперечисленных методов. Множество вариантов дренирования с одной стороны создает возможность выбора, с другой — порождает немало споров об эффективности и целесообразности каждого, о сроках дренирования и его длительности как первого этапа лечения.

Целью любого метода является декомпрессия желчных протоков, средства же достижения могут быть различными. Их выбор необходимо определять, исходя из интересов конкретного больного.

С учетом этого нами определены требования к способу декомпрессии:

- 1) простота выполнения;
- 2) достаточная эффективность;
- 3) минимальная травматичность;
- 4) легкая переносимость;
- 5) минимальный риск осложнений;
- 6) отсутствие или минимальный объем потери желчи;
- 7) возможность быть окончательным вариантом лечения или трансформации в таковой.

Целью нашего исследования явился выбор оптимального способа декомпрессии желчных протоков при механической желтухе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В отделении портальной гипертензии Иркутской областной клинической больницы (гл. врач — к.м.н. П.Е. Дудин) под нашим наблюдением за период с 2005 по 2008 гг. находилось 149 пациентов в возрасте от 18 до 82 лет, которым требовалась декомпрессия желчных протоков. Средний возраст — $59,5 \pm 5,6$ лет, из них 92 женщины (61,7%), 57 мужчин (38,3%). Наружное антеградное дренирование желчных протоков выполнено в 24 (16,1 %), наружная холецистостомия под контролем УЗИ — в 13 (8,7 %), наружная холецистостомия проекционным доступом — в 59 (39,6 %), «скрытое» оперативное дренирование после реканализации опухоли Клацкина — в 13 (8,7 %), широкодоступное оперативное дренирование — в 23 (15,5 %), формирование холецистоэнтероанастомоза — в 3 (2 %), ретроградное стентирование — в 14 (9,4 %) наблюдениях.

На первом этапе наружное антеградное дренирование желчных протоков мы начали выполнять только под контролем УЗИ одномоментной методикой стилет-катетер. Такой способ дренирования выполнили 8 пациентам.

Следующим этапом освоения антеградного дренирования явилось наружное дренирование по методу Сельдингера с промежуточными бужированиями паренхимы печени под контролем лишь УЗИ с дополнительным контролем ЭОП при необходимости. Данный способ использован нами в 7 наблюдениях.

Недостатки каждого из методов визуального контроля послужили основанием для организации сочетанного одновременного использования 2 способов визуализации — УЗИ + ЭОП (9 наблюдений).

Для оценки эффективности различных способов декомпрессии желчевыводящей системы всех пациентов разделили на 2 следующие группы: пациентов, которым выполнено антеградное наружное дренирование желчных протоков, и пациентов с остальными способами декомпрессии.

Наблюдали следующие осложнения:

1. Дислокация дренажа с билиоперитонеумом (3 наблюдения) и развитием из них в 1 наблюдении желчного перитонита. Все случаи потребовали лапаротомии с дренированием желчных протоков.

2. Подтекание желчи в брюшную полость парадренажно, что потребовало лапароскопической санации с последующей сменой дренажа под контролем ЭОПа. Все осложнения вовремя диагностированы, и послеоперационный период у данных пациентов протекал без осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Более быстрая динамика снижения системного билирубина наблюдалась у пациентов с наружным дренированием желчных протоков. Системный билирубин нормализовался к $8,5 \pm 2,5$ суткам, по сравнению группой клинического сравнения, где нормализация происходила к $13,2 \pm 2,7$ суткам ($p < 0,05$), исключая, однако, группу больных, где причина желтухи заключалась во вторичном поражении печени и протоков. Суточное количество желчи, выделяемое по дренажу у больных группы наружного дренирования, составляло 350–750 мл, на 5–7-е сутки — 350–300 мл.

Проведенный анализ соответствия способа декомпрессии тем требованиям, которые предъявляются методам лечения, позволил определить их достоинства и недостатки (табл. 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ методов лечения механической желтухи

Способ декомпрессии	Простота	Эффективность	Малотравматичность	Переносимость	Малый риск осложнений	Отсутствие потерь желчи	Окончательный вариант
Антеградное наружное дренирование	+	+	+	+	+	+	–
Антеградное наружно-внутреннее дренирование	+	+	+	+	+	+	+
Эндоскопическое ретроградное стентирование	–	+	+	+	+	+	+
Внутреннее «скрытое» дренирование	–	+	–	–	–	+	+
Холецистостомия	+	+	+	+	+	–	–
Билиодигестивное соустье	+	+	+	+	+	+	+
Широкодоступное радикальное дренирование	–	+	–	–	–	+	+

Как видно из таблицы, всем перечисленным требованиям соответствует только антеградное наружно-внутреннее дренирование. Немного менее привлекательными являются также антеградное наружное

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 обезболивание, 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-