Желчнокаменная болезнь – одна из наиболее часто встречающихся в практике врача заболеваний. По данным различных авторов, от 10 до 40% пациентов после операции холецистэктомии диагностируются различные патологические проявления в виде абдоминальных болей, диспепсических расстройств, снижения работоспособности [3,5,6]. Такое состояние многими хирургами обозначается как постхолецистэктомический синдром. По данным последних публикаций в большинстве случаев патологическое состояние больных, перенесших холецистэктомию, обусловлено функциональными нарушениями сфинктера Одди. Своевременная диагностика имеющихся нарушений сфинктера Одди весьма актуальна, так как своевременная постановка диагноза позволяет выбрать схему лечения [1,4]. Кроме того, до настоящего времени не до конца определены критерии дифференцировки органического поражения и функциональных изменений сфинктера Одди, в связи с чем не разработаны объективные инструментальные параметры, по которым могут быть выставлены показания для транспапиллярных вмешательств [2,6,7].

Наиболее информативным методом диагностики дисфункции сфинктера Одди считается эндоскопическая манометрия сфинктера Одди. Данный метод включает прямое измерение давления сфинктера с помощью специального трехпросветного катетера, вводимого через дуоденоскоп в общий желчный или панкреатический протоки. Для оценки функционального состояния сфинктера Одди и холангионометрии нами разработано и внедрено в клинику специальное устройство. Оно состоит из полихлорвиниловой трубки длиной 50 см и Ø просвета 2,5 мм. На боковой поверхности трубки на расстоянии 1,5 см и 5 см от дистального конца имеются два отверстия диаметром по 1 мм. Каждое отверстие, через просвет капиллярных катетеров проведенных внутри трубки, соединены на противоположном конце трубки с водно-перфузионным устройством, регистрирующим внутрикапиллярное давление. На расстоянии 2,0 см от дистального конца трубки на боковой ее стенке вмонтированы два изолированных электрода, расположенных против друг друга, которые через экранированные провода, проведенные в просвете трубки, соединены на противоположном ее конце с устройством, регистрирующим электрические потенциалы сфинктера Одди.

При проведении ретроградной сфинктероманометрии пациент укладывается на левый бок, левая рука отводится за спину. Дуоденоскоп с инструментальным каналом вводится до глубины 12-перстной кишки, определяется место расположения большого дуоденального сосочка. С помощью дуоденоскопа устройство через большой дуоденальный сосочек проводится в холедох на расстоянии 10 см. Устройство медленно низводят с шагом 5 мм в минуту, одновременно регистрируя показатели электрических потенциалов. Появление максимальных показателей электрических потенциалов говорит о том, что датчики на внутреннем конце катетера находятся на уровне сфинктера Одди, а отверстия – соответственно в просвете холедоха и 12-перстной кишки.

Регистрация показателей внутрихоледохаального и внутрикисечного давлений, а также электрических потенциалов сфинктера Одди проводится в течение трёх-пяти минут. При антеградной сфинктероманометрии введение устройства идет через пузырный проток или холедохостомическое отверстие с последующим низведением через сфинктер Одди в 12-перстную кишку.

С помощью разработанного устройства нами проведена субоперационная сфинктероманометрия 14 пациентам, при выполнении холецистэктомии по поводу хронического калькулезного холецистита. У 6 пациентов показатели сфинктерометрии были в пределах нормы и составили: электрический потенциал сфинктера Одди – $53 \pm 4,2$ мкВ; внутрихоледохаальное давление – $34 \pm 3,2$ мм вод. ст.; внутридуоденальное давление – $21 \pm 2,8$ мм вод. ст. У 7 пациентом выявлена дисфункция сфинктера Одди по типу спазма. Показатели сфинктероманометрии составили: электрический потенциал сфинктера Одди – $66 \pm 5,3$ мкВ; внутрихоледохаальное давление – $42 \pm 4,5$ мм вод. ст.; внутридуоденальное давление – $24 \pm 3,6$ мм вод. ст. У одного пациента результаты сфинктероманометрии установили недостаточность сфинктера Одди – при низких показателях электрической активности сфинктера Одди и (39 мкВ) и внутрихоледохаальное давление (27 мм вод. ст.), зарегистрировано высокие показатели внутридуоденального давления ($24 \pm 3,6$ мм вод. ст.), что подчеркивало наличие у пациента хронической дуоденальной непроходимости.

Таким образом, устройство для сфинктерометрии позволяет достоверно оценить функционального состояния сфинктера Одди

и дифференцировать характер его дисфункции, следовательно, выбрать оптимальный способ ее коррекции.

Литература

1. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А. и др. Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных путей. М. 1990. С.67–68.
2. Канищев Ю.В., Любичкий А.А., Назаренко Н.П. и др. // Рентгеноманометрия в хирургии желчных протоков. Новые медицинские технологии: тез. науч.-практ. конф., посвящ. 80-летию Дорожной клинич. больницы им. Н.А.Семашко. М., 2004. С.55–56.
3. Минушкин О.Н. Функциональные расстройства билиарного тракта (патофизиология, диагностика, лечебные подходы). М., Медицина, 2002. 221с.
4. Минушкин О.Н. Билиарная дисфункция и некоторые лечебные подходы // Фарматека. 2003. № 10. С. 80–85.
5. Охлобыстин А.В. Расстройство моторики желчевыводящих путей: классификация, диагностика и лечение // РМЖ. 2003. Т. 5. № 2. С. 62–66.
6. Stotland B.R. Kochman M.B.L. Biliary motility // Current opinion in Gastroenterology. 1996. Vol. 12, 5. P. 482–490.
7. Szekers L., Papp J.G. Calcium Antagonist in Gastrointestinal Motility, edited by M.O. Paris. 1999. P. 161–167.

УДК 616.366-003.7

НОВОКАИНОЛАЗЕРОФОРЕЗ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОСТРАНСТВА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СФИНКТЕРА ОДДИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

У.З. ЗАГИРОВ, С.Р. РАБАДАНОВА, Б.М. КУРБАНОВ, А.А. АМИРХАНОВ*

Ключевые слова: новокаинолазерофорез, холецистэктомия

По данным различных авторов, от 10 до 40% пациентов после операции холецистэктомии диагностируются различные патологические проявления в виде абдоминальных болей, диспепсических расстройств, снижения работоспособности. В большинстве случаев эти проявления, обусловлены функциональными нарушениями сфинктера Одди [2,3,6].

Исследования [1, 2] показали, что в 54% случаев для больных с желчнокаменной болезнью характерна гипермоторная дискинезия сфинктера Одди, которая является самостоятельным клиническим синдромом. Усиление тонуса авторы связывают с внезапным устранением рефлекторного влияния со стороны желчного пузыря на сфинктер. По мнению [7], в 3,2–9% случаев после холецистэктомии наблюдается атония сфинктера Одди, что ведет к нарушению его запирательной функции и рефлюксу через большой дуоденальный сосочек содержимого 12-перстной кишки в желчные протоки и развитию холангита и панкреатита.

Для купирования болевого синдрома, связанного со спазмом сфинктера Одди, используют миотропные спазмолитики – дротаверин, феникаберан, галидор, тримебутин, бускопан, метеоспазмил, дуспаталин, гемикромон. При гипотонусе сфинктера Одди рекомендуется прием прокинетики средств: церукал, реглан, перистил, координакс, мотилиум. Сочетание низкой эффективности с широким спектром побочных действий (сухость во рту, задержка мочеиспускания, нарушения зрения, тахикардия, запоры, сонливость) ограничивает применение препаратов этих групп для коррекции дисфункций сфинктера Одди [4].

В тоже время, исследованиями физиологов установлена регулирующая роль вегетативной нервной системы (взаимодействие парасимпатического и симпатического отделов) на функционирование органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, в том числе и запирательного механизма сфинктера Одди [1,3,5]. Этими исследователями выявлен выраженный эффект новокаиновых блокад вегетативной нервной системы, в частности симпатического ее отдела (брыжейки кишечника, круглой связки печени, паранефральной и др.), в лечении больных с заболеваниями органов бассейна чревного ствола. Помимо местноанестезирующего действия, новокаин уменьшает образование ацетилхолина и понижает возбудимость периферических холинореактивных систем, оказывает блокирующее влияние на вегетативные

* Кафедра хирургии пед., стом. и медико-проф. факультетов ДГМА,

ганглии, уменьшает или снимает спазм гладкой мускулатуры внутренних органов живота, протоков пищеварительных желез, повышает тонус гладкой мускулатуры при атонии, замедляет или приостанавливает развитие воспалительного процесса и, наконец, как слабый раздражитель, улучшает трофику тканей.

М.Д. Лорин-Эпштейн в 1941г. для лечения острых воспалительных заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны предложил использовать новокаиновую блокаду круглой связки печени. Недостатками этого способа являются невозможность обеспечения полноценной инфильтрация парапанкреатического пространства, включая область чревного сплетения и кратковременность (2-4 ч) эффекта блокады. С целью координации функциональных нарушений сфинктера Одди после холецистэктомии нами разработан способ лазерофореза парапанкреатического пространства. Сущность этого способа заключается в следующем. В положении больного на спине тонкой иглой на 3 см выше и на 2 см вправо от пупка 0,25% раствором новокаина анестезируется кожа. В области вкола иглы делается насечка длиной 1 мм, через которую под контролем УЗИ по ходу круглой связки печени на глубину 15 см проводится специальный стилет-троакар. Продвигению иглы предпосылается введение 0,25% раствора новокаина. В «туннель» удаленного стилета проводится хлорвиниловый микроиригатор диаметром просвета 2 мм, который фиксируется узловым капроновым швом к коже брюшной стенки. Ежедневно в микроиригатор вводится по 100 мл 0,25% раствора новокаина (в случае необходимости в раствор можно добавить антиферментные препараты, антибиотики по чувствительности микрофлоры удаленного желчного пузыря и другие лечебные средства). Вслед за этим через световод, помещенный в микроиригаторе, ежедневно проводятся сеансы лазеротерапии парапанкреатического пространства. Длительность курса лечения зависит от эффекта лечения и составляет от 7 до 10 сеансов, после чего микроиригатор извлекается и кожа заклеивается асептической наклейкой.

Положительный эффект предлагаемого нами способа обусловлен усилением эффекта лазеротерапии за счет приближения источника излучения к органу. Под воздействием локального лазерного излучения улучшается диффузия раствора новокаина в парапанкреатическом пространстве, включая чревное сплетение, кроме того, продлевает лечебный эффект новокаиновой блокады, способствует оптимальной координации функцию сфинктера Одди. А помещение микроиригатора в круглой связке печение позволяет провести многократные сеансы лазеротерапии.

Литература

1. Аккуратова А.Ю., Соколов А.А., Никитин И.Г. и др. // XI Рос. конф. «Гепатология сегодня». М. 2006. С. 50.
2. Ильченко А.А. // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол. 2002. №5. С. 25–29.
3. Калинин А.В. // Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол. 2002. № 3. С. 25–34.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства. 14-е издание. М. 2001, Т.1. С. 292–293.
5. Минушкин О.Н. // РМЖ. 2003. Т. 5. № 2. С. 67–71.
6. Яковенко Э.П. и др. // Практикующий врач. 2000. № 17. С.26–30.
7. Mallet-Guy P., Kestens J. Syndrome postcholecystectomy. Paris: Masson. 1970. 146 p.

УДК 616.36-006-021.6.244-031.3-089.819.843-089.886-092.9

ПЕРИФОКАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ – НОВЫЙ МЕТОД ЛОКАЛЬНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОЧАГОВЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНИ (экспериментальное исследование)

Г.Ц. ДАМБАЕВ, Е.Б. ТОПОЛЬНИЦКИЙ, М.М. ШАКИРОВ*

Ключевые слова: перифокальная компрессия, печень

Лечение очаговых образований печени остается актуальной проблемой хирургической гепатологии. Внедрение в клиническую практику высокоинформативных неинвазивных методов диагностики, таких как УЗИ и компьютерная томография, позволило повысить выявляемость злокачественных и доброкачественных новообразований печени. Чаще очаговые образования

печени имеют опухолевую природу, а среди опухолей печени наиболее часто встречается метастатическое поражение и доброкачественные сосудистые опухоли (гемангиомы) [2,6,8].

Радикальным методом лечения очаговых образований являются различные по объему резекции печени [6,8,9]. Несмотря на совершенствование хирургической техники, успехи анестезиологии и интенсивной терапии, остается высокой частота специфических и общехирургических осложнений после резекций печени. При резекции печени по поводу доброкачественных образований хирурги стремятся сохранить максимальный объем неизменной печеночной ткани и уменьшить травматичность операции, поэтому при этой патологии все чаще применяется атипичная резекция с учетом анатомических структур печени. В большинстве случаев для радикального лечения злокачественных образований требуется выполнить удаление большого объема печени, что часто вызывает большие затруднения, как в техническом плане, так и в вопросах послеоперационной реабилитации. В момент установления диагноза злокачественного новообразования резектабельность очаговых образований печени не превышает 15-20% [4,9,12].

В связи с вышесказанным, всё большую привлекательность приобретают различные методы локального воздействия на опухолевый процесс в печени. Все они могут быть отнесены к циторедуктивным вмешательствам. Показано, что эти методы лечения целесообразно применять в случаях нерезектабельности очаговых образований или как дополнение к резекции печени при множественных, особенно билобарных, метастазах. При небольших метастазах в толще печени и выраженной сопутствующей патологии, когда состояние больного не позволяет выполнить радикальную операцию, возможно осуществить локальную деструкцию пораженного участка печени [2,4,12,13]. Попытки локального разрушения метастазов предпринимались давно. Одним из первых было введение 96% этилового спирта в метастатический очаг во время операции или чрескожно под ультразвуковым контролем. Метод до сих пор используется из-за относительной простоты и дешевизны. К его недостаткам относят появление болевого синдрома и гипертермии после инъекций; неравномерное распределение спирта в ткани метастаза; ограничение количества спирта из-за опасности развития общего его воздействия; вероятность развития неконтролируемого кровотечения и желчеистечения; неэффективность при распаде опухоли; невозможность контролировать объем разрушаемой ткани и трудности визуализации зоны введения при повторных инъекциях [2,4,12]. По этим причинам в последние годы эта методика стала уступать место более эффективным – радиочастотной абляции и криодеструкции. Радиочастотная абляция (РЧА) – метод, основанный на термическом разрушении опухоли под действием переменного электрического тока. Авторами приводятся различные данные об использовании РЧА у пациентов со злокачественным поражением печени. Имеется сообщение о результатах применения РЧА у больных с единичными очагами в печени, сопоставимыми с результатами резекции печени. В ближайшие сроки после вмешательства пациенты отмечают локальные болевые ощущения в правом подреберье, общую слабость, гипертермию. Наиболее частыми осложнениями РЧА являются кровотечение из поверхностно расположенных опухолевых узлов, опухолевое обсеменение пункционного канала, абсцессы печени. Частота осложнений после вмешательства составляет 0-12%, а летальность – не более 1%, однако рецидивы в месте деструкции достигают 18%. Отмечено, что риск неполной деструкции и осложнений увеличивается при проведении РЧА опухоли диаметром более 30 мм. Для усиления разрушения тканей в момент радиочастотного воздействия в таком случае применяют прекращение кровотока путем пережатия питающих сосудов во время операции (прием Прингла), окклюзии или эмболизации [2,4,5,12,13].

Криодеструкция – это метод разрушения опухолевых клеток с помощью сверхнизких температур. При криохирургическом воздействии не отмечается существенной общей реакции организма. Показаниями к криодеструкции при лечении злокачественных образований печени являются: центральное расположение опухоли, прорастание крупных сосудов и желчных протоков, множественные очаги при билобарном поражении, метастатическое поражение оставшейся части печени после резекции. Диаметр очагов, подвергаемых криовоздействию, достигает 5 см. При криодеструкции очагов большего размера увеличивается продолжительность вмешательства и соответственно холодовой нагрузки на организм, что приводит к значительному увеличению

* Сибирский ГМУ, г. Томск. 634050, Томск, Московский тракт, 2