

К ранним и поздним послеоперационным осложнениям после лечения КДЖК относились: нагноение послеоперационной раны, металлоз (на 13 сутки послеоперационного периода) — 1 (2,78%) чел. Ему проводилось удаление металлоконструкции и через 3 мес. выполнена повторная торакопластика с достижением полной коррекции деформации. Нестабильность металлоконструкции (через 4 месяца после операции) у 1 (2,78%) пациента, устранена путем дополнительной фиксации металлоконструкции.

В итоге, суммируя все результаты нашего исследования, очевидно, что разработанные нами способы торакопластики при килевидной и воронкообразной деформации грудной клетки относятся к малоинвазивным и достаточно эффективным методам лечения, позволяют нам снизить травматичность оперативного вмешательства, уменьшить время операции и, тем самым, наркозное время, минимизировать операционные и послеоперационные осложнения, улучшить косметический результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К.Ч., Холдер М. Детская хирургия. — СПб., 1996. — Т. 1. — С. 168-184.
2. Дольницкий О.В., Дирдовская Л.Н. Врожденные деформации грудной клетки у детей. — Киев, 1978. — 135 с.
3. Разумовский А.Ю., Савчук М.О., Павлов А.А. Килевидная деформация грудной клетки // Детская хирургия. — 2009. — № 1. — С. 45-50.
4. Тимощенко В.А. Металлохондропластика при врожденных и приобретенных деформациях грудной клетки у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 38 с.
5. Тимощенко В.А., Виноградов В.А., Тиликин А.Е., Хаспеев Д.В. Деформации грудной клетки после торакопластики у детей // Детская хирургия. — 2000. — № 2. — С. 9-13.
6. Урманас В.К. Воронкообразная деформация грудной клетки (хирургические и кардиологические аспекты): Дис... д-ра мед. наук. — Каунас, 1975. — 305 с.
7. Четуриной Г.И., Шамик В.Б. Оптимизация торакометрии и контроля косметических результатов торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей // Детская хирургия. — 2002. — №1. — С. 8-10.
8. Шамик В.Б. Способ лечения килевидной деформации грудной клетки // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2002. — №1. — С. 53-54.
9. Шамик В.Б. Оптимизация реконструктивной торакопластики при врожденных деформациях грудной клетки у детей и подростков: дис. ... д-ра мед. наук. — Ростов-на-Дону, 2003. — 321 с.
10. Oelsnitz D. Ergebnisse der operationen Trichterbrust be handlung an der Kinder-chirurgischen Klinik in Bremen // Z. Kinderchir. — 1974. — Bd. 15, H. 1. — S. 25-48.
11. Ravitch M.M. Congenital deformities of the chest wall and their operative correction. — Philadelphia, 1977. — P. 127-205.
12. Ravitch M.M. The operative treatment of pectus excavatum // Ann. Surg. — 1949. — Vol. 129. — P. 429-439.
13. Shamberger R.C., Welch K.J. Cardiopulmonary function in pectus excavatum // Surg. Gynecol. Obstet. — 1988. — Vol. 166. — P. 383-391.
14. Willital G.H. Operationsindikation-Operationstechnik bei Brustkorbdeformierungen // Z. Kinderchir. — 1981. — Bd. 34. — S. 220-227.

Адрес для переписки: 664022, г. Иркутск, б-р Гагарина, 4, ОГДКБ,

Дюков Андрей Анатольевич — к.м.н., врач-хирург отделения общей хирургии;

Стальмахович Виктор Николаевич — д.м.н., профессор, зав. каф. кафедрой детской хирургии ИГИУВа, тел.: (3952) 24-24-40, e-mail: Stal.irk@mail.ru;

Найманова Анастасия Прокопьевна — врач-хирург отделения общей хирургии;

Кайгородова Ирина Николаевна — к.м.н., врач высшей категории, заведующая отделением общей хирургии, тел.: (3952) 24-38-02;

©ТЕЛИЦКИЙ С.Ю., ГИБАДУЛИН Н.В., ГИБАДУЛИНА И.О. — 2009

НОВЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛАНГИТА

С.Ю. Телицкий, Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина

(Томский военно-медицинский институт, нач. — к.м.н., доц. С.В. Полковов)

Резюме. Работа основана на анализе результатов лечения 42 больных с острым обтурационным холангитом. Использованный в работе у 29 пациентов способ коррекции механической желтухи предполагает формирование в области билиодigestивного соустья двустворчатого инвагинационного клапана из слизисто-подслизистых слоев кишечной стенки. Внедрение в клиническую практику разработанного способа холедоходуodenостомии позволило добиться купирования холангиогенной инфекции при обтурационных поражениях желчевыводящих путей, избежать летальности и тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода, предотвратить развитие рефлюкс-холангита.

Ключевые слова: острый обтурационный холангит, арефлюксная холедоходуodenостомия, ультразвуковая диагностика.

NEW SURGICAL TECHNIQUES IN TREATMENT OF ACUTE OBTURATIONAL CHOLANGITIS

S.U. Telitsky, N.V. Gibadulin, I.O. Gibadulina

(Tomsk Military Medical Institute, Tomsk)

Summary. The study is based on the analysis of the results of treatment of 42 patients with acute obturative cholangitis. The method of correction of mechanical jaundice of 29 patients implies formation of double invaginated valve from mucosob-submucosal layers of intestinal wall in the area of biliary-enteric anastomosis. Introduction of the developed method of choledohoduodenostomy into the clinical practice allowed to achieve reduction of cholangiogenic infection under obturational involvement of bile-excreting system, avoid mortality and severe complications of the early post-operative period, prevent development of reflux-cholangitis.

Key words: acute obturational cholangitis, areflux choledohoduodenoanastomosis, ultrasound diagnostics.

Проблема желчнокаменной болезни в настоящее время переросла медицинские рамки и приобрела социальное значение. В структуре осложнений холелитиаза особое место занимает механическая желтуха, развива-

ющаяся по данным ряда авторов в 27-43% случаев [4, 5]. Наиболее грозным осложнением желчной гипертензии является гнойный обтурационный холангит, который склонен к генерализации процесса с образованием мно-

жественных абсцессов вокруг желчных ходов, развитием билиарного сепсиса и прогрессированием печеночно-почечной недостаточности. При этом острый холангит увеличивает риск возникновения послеоперационных осложнений и способствует увеличению летальности, которая колеблется от 4,7% до 88% [2].

Основными направлениями в лечении острого гнойного холангита являются декомпрессия желчевыводящих путей, антибактериальная терапия и адекватная дезинтоксикационная инфузионная терапия. При этом самым дискуссионным вопросом остается вопрос о методах дренирования билиарного тракта. Несмотря на широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных и эндоскопических методов билиарной декомпрессии, в ряде случаев возникает необходимость формирования обходных билиодигестивных соустьев. Основным недостатком классических вариантов внутреннего дренирования печеночного дерева является ретроградное затекание пищевых масс в желчные протоки с развитием рецидива холангиогенной инфекции и структур сформированных анастомозов [1, 2, 3].

Широкое внедрение в клиническую практику современного ультразвукографического исследования значительно расширило возможности диагностики воспалительных и обструктивных поражений билиарного тракта, но вопросы, касающиеся определения практически значимых ультразвуковых критериев острой холангиогенной инфекции и их информативности у больных с механической желтухой, остаются нерешенными. Таким образом, целью исследования явилась разработка способа ультразвуковой диагностики острого холангита и клиническое обоснование применения арефлюксных билиодигестивных соустьев у данной категории больных.

Материал и методы

В работе анализируются результаты обследования и оперативного лечения 42 пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным гнойным холангитом. Возраст больных составил от 28 до 80 лет, 12 (28,6%) мужчин, 30 (71,4%) женщин. Длительность заболевания с момента впервые установленного диагноза желчнокаменной болезни и до оперативного вмешательства составила $5,3 \pm 1,65$ лет. В 26 (61,9%) случаях механическая желтуха была обусловлена холедохолиаэзом, у 16 (38,1%) пациентов — структурами дистального отдела холедоха или большого дуоденального сосочка.

Функциональные результаты применения разработанного способа внутреннего дренирования печеночного дерева изучались с помощью ультразвуковой, эндоскопической и рентгенологической визуализации билиопанкреатодуоденальной области. Использовали ультразвуковой сканер «Logic-400» фирмы «General Electric» (США); фиброскопы фирмы «Olympus» GIF P-30 (Япония); рентгенодиагностический комплекс РУМ-20М (Германия). Уровень качества жизни пациентов оценивали с помощью специализированного опросника Gastrointestinal Quality of Life Index (GIQLI, E. Gyrsch, 1995).

Результаты и обсуждение

Отсутствие четкой классической картины острого холангита в подавляющем большинстве анализируемых клинических случаев определило актуальность поиска практически значимых объективных критериев предоперационной диагностики острой холангиогенной инфекции. С помощью многофакторного регрессионного анализа были определены основные сонографические критерии, характеризующие наличие острых воспалительных изменений внепеченочных желчных протоков: толщина стенок и диаметр просвета холедоха, а также гистографическая оценка его содержимого

(положительное решение по заявке на изобретение № 2008105338 от 12.02.2008 г.). Данная методика позволила в 93% случаев верифицировать наличие острого холангита и индивидуализировать тактику хирургического лечения.

При проведении лабораторных исследований у пациентов были отмечены нарушения функции печени, характеризующиеся синдромами холестаза, цитолиза, печеночно-клеточной недостаточности, а также мезенхимально-воспалительным синдромом. Концентрация общего билирубина крови составила от 70 до 212 мкмоль/л (в среднем $111,3 \pm 8,15$ мкмоль/л), преимущественно за счет прямой фракции. По данным бактериологического исследования, в посевах желчи, взятой из просвета холедоха, чаще всего определялись *Escherichia coli* (65,8%), *Enterococcus faecalis* (14,9%), *Klebsiella* (9,7%), *Enterobacter aerogenes* (3,5%); причем в большинстве случаев (78,1%) высевались ассоциации микроорганизмов.

При оперативном лечении 13 (30,9%) пациентам была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с литоэкстракцией и наружным дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому (11 больных) или по Керу (2 пациента). В трех случаях после лапароскопической холецистэктомии вторым этапом выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия по поводу стеноза большого дуоденального сосочка с восстановлением адекватного желчеоттока. 29 (69,1%) больным выполнили холецистэктомию из лапаротомного доступа с формированием арефлюксного холедоходуоденоанастомоза по разработанному в клинике методу, предполагающему моделирование из слизисто-подслизистых слоев кишечной стенки двусторчатого арефлюксного инвагинационного клапана (патент РФ № 2302831 от 20.07.2007 г.). Показанием к формированию билиодигестивных анастомозов считали наличие протяженных стриктур дистального отдела холедоха и (или) наличие множественных конкрементов во вне- и внутрипеченочных протоках.

Срочные операции, после проведения 12-24-х часовой предоперационной подготовки выполнены 18 (42,9%) больным. 24 (57,1%) пациентки хирургические вмешательства выполнялись в отсроченном порядке после проведения интенсивных лечебных мероприятий. Двоим (4,7%) пациентам первым этапом была выполнена чрезкожная пункционная разгрузочная холецистостомия под контролем трансабдоминальной ультрасонографии, а спустя 7 суток — вторым этапом осуществлено внутреннее дренирование билиарного тракта.

Анализируя результаты проведенного лечения, следует подчеркнуть, что случаев послеоперационной летальности нами отмечено не было. Кратковременное желчеистечение по контрольному дренажу констатировано у 1 (2,4%) пациента, у 6 (14,3%) больных в послеоперационном периоде возникли осложнения общехирургического характера, приведшие к задержке выписки из стационара. Послеоперационный койко-день в среднем составил $9,9 \pm 1,12$. Результаты инструментальных исследований пациентов свидетельствовали о восстановлении пассажа желчи по билиарному тракту, при этом случаев возникновения регургитационных осложнений отмечено не было. При оценке уровня качества жизни все опрошенные были удовлетворены результатами выполненного оперативного вмешательства, что нашло свое отражение в высоких показателях гастроинтестинального индекса, приближающихся к параметрам популяционной нормы.

Таким образом, разработанный способ ультразвуковой диагностики острого холангита значительно повысил точность и информативность и, как следствие, диагностическую ценность предоперационного ультразвукового исследования у больных с острым холангитом. Дифференцированный подход к выбору варианта наружного или внутреннего дренирования

билиарного тракта позволил во всех случаях купировать холангиогенную инфекцию, избежать летальности, тяжелых осложнений раннего послеоперационного периода. Внедрение в клиническую практику разработанного способа арелюксной ходедоходуоденостомии

позволило добиться адекватной хирургической коррекции желчеоттока при обтурационных поражениях желчевыводящих путей, предотвратить развитие послеоперационного рефлюкс-холангита и рубцового стеноза сформированных соустьев.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов Х.А., Акбаров М.М., Музаффаров Ф.У., Нишанов М.Ш. Хирургическое лечение рефлюкс-холангита и стриктур билиодигестивных анастомозов после реконструктивных вмешательств на желчных протоках // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2005. — Т. 10, № 2. — С. 47.

2. Аутлев К.М. Экспериментальное и клиническое обоснование применения арелюксных билиодигестивных анастомозов в лечении механической желтухи: дис. ... д-ра мед. наук. — Томск, 2005. — 322 с.

3. Котельникова Л.П., Черкасов В.А., Палатова Л.Ф. Сроки возникновения рубцовых стриктур желчных протоков и билиодигестивных анастомозов // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 97.

4. Пострелов Н.А., Гранстрем К.О., Дрогомирецкая Е.И. и др. Клинические формы холангиогенной инфекции в хирургической практике // *Вестник хирургии*. — 2002. — Т. 161, № 1. — С. 45-47.

5. *Meylaerts S.A., van Gulik T.M., Rauws E.A., Gouma D.J.* Obstructive jaundice after surgery of the biliary tract, a benign stricture or not? // *Ned. Tijdschr. Geneesk.* — 2004. — N 23. — P. 1157-1161.

Адрес для переписки: Гибадулин Наиль Валерианович — 634049, г. Томск, ул. Иркутский тракт, дом 39/1, кв. 180, тел. (3832) 752458. E-mail: gibadulina@mail.ru;
Телицкий Сергей Юрьевич — Томск, просп. Кирова, 49, тел. (3822) 555332;
Гибадулина Ирина Олеговна — Томск, просп. Кирова, 49, тел. (3822) 555332

© ТИХОНОВ В.И., ПОПОВ О.С., ШПИЛЕВОЙ П.К., ШКАТОВ Д.А., ТИХОНОВ А.В. — 2009

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

В.И. Тихонов, О.С. Попов, П.К. Шpileвой, Д.А. Шкатов, А.В. Тихонов
(ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск,
ректор — д.м.н., проф., акад. РАМН В.В. Новицкий)

Реферат. Врачебная тактика при желудочно-кишечных кровотечениях должна быть направлена на максимально возможное использование консервативной терапии и на постоянный контроль за состоянием больного. Срочное оперативное вмешательство должно производиться при продолжающемся кровотечении, ранняя операция — при повторном кровотечении или угрозе кровотечения. В плановом порядке оперативное вмешательство предлагается больному при наличии дополнительных показаний к операции.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка, хирургическое лечение.

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE ULCEROUS BLEEDINGS

V.I. Tikhonov, O.S. Popov, P.K. Shpilevoy, D.A. Shkatov, A.V. Tikhonov
Siberian State Medical University, Tomsk)

Summary. Treatment approach at gastrointestinal bleeding should be aimed at as broad as possible usage of conservative therapy and at permanent control of a patient's state. Urgent surgery should be performed in case of continuous bleeding, early surgery — at repeated bleeding or its threat. Planned surgery is suggested to the patient if there are some other indications for the surgery.

Key words: stomach ulcer, surgical treatment.

По статистике желудочно-кишечное кровотечение — одно из наиболее частых и грозных осложнений язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ДПК), встречающееся у 10-20% больных и являющееся причиной почти половины летальных исходов при этом заболевании. Кровотечения язвенной природы составляют 45-75% от всех желудочно-кишечных кровотечений, и поэтому проблема желудочно-кишечного кровотечения при язвенной болезни является актуальной в хирургической гастроэнтерологии.

Материалы и методы: изучение архивных историй болезни больных с язвенным кровотечением.

В клинике общей хирургии СибГМУ за пятилетие (1996-2000 гг.) находились на лечении 73 больных с кровотечением из язвы желудка и ДПК. Все больные поступили в порядке оказания скорой медицинской помощи. Из них мужчин было 51, женщин — 22; возраст 20-29 лет — 10 человек, 30-39 лет — 13, 40-49 — 17, 50-59 — 20, 60 лет и старше — 13 больных. Данные сведения подтверждают тот факт, что более 50% больных гастродуоденальными язвенными кровотечениями —

лица старше 40 лет, преимущественно мужского пола. С возрастом опасность возникновения кровотечений при язвенной болезни увеличивается. У пациентов старше 60 лет язвенная болезнь осложняется кровотечением в 50% случаев.

Результаты и обсуждение

При изучении историй болезни из анамнеза выявлено, что язва впервые обнаружена у 35 человек, у остальных продолжительность анамнеза составляла: 1 год — у пяти больных; от 1 до 3 лет — у трех, от 4 до 5 лет — у двух и более 5 лет — у 28 пациентов. Ранее противоязвенное лечение проводилось в стационаре четырем больным, регулярно амбулаторно — 10, при обострениях — девяти пациентам, и 50 человек не лечились.

Язвенное кровотечение впервые выявлено у 55 больных, во второй раз оно открылось у 9, в третий раз и более — у 5, нет сведений у 4-х пациентов.

Лечение прежних кровотечений осуществлялось консервативно у 11 больных, трем проводилось оперативное лечение — обшивание язвы, перевязка сосудов.