

ствия в желчных протоках, через которое осуществлялось желчеистечение. В 33 из 34 случаях у пациентов с желчеистечением отмечен положительный эффект, т.е. эффективность эндоскопического лечения в данной категории больных составила 97,1%. В 1 случае выполнить декомпрессию желчных протоков эндоскопическими методами осуществить не удалось, что было связано с ранее перенесенной резекцией желудка. При ЭРХПГ удалось контрастировать желчные протоки, однако осуществить транспапиллярную декомпрессию не удалось. Больной был оперирован. Другие методы декомпрессии билиарной системы при желчеистечении в раннем периоде после холецистэктомии, такие как: баллонная и медикаментозная дилатация устья БДС миотропными спазмолитиками [1] или препаратами ботулинического токсина [15] нами не применялись, хотя они могут быть

использованы при отсутствии патологии БДС и холедохолитиаза.

Таким образом, желчеистечение после холецистэктомии, потребовавшее специального лечения, развилось в 0,97% случаев, и имело место одинаково часто после открытой холецистэктомии, холецистэктомии из мини-доступа и лапароскопической холецистэктомии. Использование ЭРХПГ является основным методом диагностики желчеистечения, которая позволяет в подавляющем большинстве случаев высказаться о локализации источника и причины поступления желчи, а также выработать оптимальную тактику лечения. Выполнение ЭПСТ в чистом виде или в сочетании с билиодуоденальным стентированием способствует эффективному прекращению желчеистечения и отказу от выполнения повторных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение болезней органов пищеварения. — СПб., 1997. — 607 с.
2. Давани С.А., Васильев П.С., Шулуто А.М., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. — М.: Издательский дом Видар-М., 2000. — 144 с.
3. Кузин Н.М., Давани С.С., Ветшев П.С. и др. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов // Хирургия. — 2006. — Т. 2. — С. 25-27.
4. Лазебник Л.Б., Копанева М.И., Ежова Т.Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) // Терапевтический архив. — 2004. — Т. 2. — С. 83-87.
5. Ahmad F., Saunders R.N., Lloyd G.M., et al. An algorithm for the management of bile leak following laparoscopic cholecystectomy // Ann. R. Coll. Surg. Engl. — 2007. — Jan., Vol. 89 (1). — P. 51-56.
6. Banerjee B., Miedema B., Saifuddin T., Marshall J.B. Intraspincteric botulinum toxin type A for the diagnosis of sphincter of Oddi dysfunction: a case report // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. — 1999. — Vol. 3, N 9. — P. 194.
7. Barcun A.N., Rezieg M., Mehta S.N., et al. Post-cholecystectomy biliary leaks in the laparoscopic era: risk factors, presentation and management // Gastrointest. Endosc. — 1997. — Vol. 45. — P. 277-282.
8. Bernard H.R., Hartmann T.W. Complications after cholecystostomy // Am. J. Surg. — 1993. — Vol. 165. — P. 533-535.
9. Bretucu E., Straja D., Marinca M., et al. Late choledochal pathology after cholecystectomy for cholelithiasis. // Chirurgia (Bucur). — 2006. — May-Jun., Vol. 101 (3). — P. 289-295.
10. Clavien P.A., Sanabria J.R., Mentha G., et al. Recent results of elective open cholecystectomy in North American and European center // Ann. Surg. — 1992. — P. 618-626.
11. Kaffes A.J., Hourigan L., De Luca N., et al. Impact of endoscopic intervention in 100 patients with suspected postcholecystectomy bile leak // Gastrointest. Endosc. — 2005 Feb. — Vol. 61 (2). — P. 269-275.
12. Ganey J.B., Johnson P.A., Prillman P.E., et al. Cholecystectomy: Clinical experience with a large series // Am. J. Surg. — 1986. — Vol. 151. — P. 352-357.
13. Peters J.H., Ellison E.G., Innes J.T., et al. Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy // Ann. Surg. — 1991. — Vol. 213. — P. 3-12.
14. Schelhammer F., Dahl S.V., Heintges T., Ferst G. A multimodal approach in coil embolization of a bile leak following cholecystectomy // Cardiovasc. Intervent. Radiol. — 2007 May-Jun. — Vol. 30 (3). — P. 529-530.
15. Wehrmann T., Seifert H., Seipp M., et al. Endoscopic injection of botulinum toxin for biliary sphincter of Oddi dysfunction // Endoscopy. — 1998. — Vol. 30, N. 8. — P. 702-707.

Адрес для переписки: 107061, г. Москва, ул. Б. Черкизовская, д. 16,2, кв. 55;

Соколов Алексей Анатольевич — главный научный сотрудник ПНИЛ хирургии и травматологии РГМУ, д.м.н.; тел. 8-499-161-9688 (дом), 8-495-674-1311 (сл.); e-mail: sokolov-alex@yandex.ru

© СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н., ДЮКОВ А.А., НАЙМАНОВА А.П., КАЙГОРОВОДА И.Н., ДУДЕНКОВ В.В. — 2009

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

В.Н. Стальмахович^{1,2}, А.А. Дюков², А.П. Найманова², И.Н. Кайгородова², В.В. Дуденков¹

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н. проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. — д.м.н. проф. В.Н. Стальмахович;

²ГУЗ Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач — В.М. Селиверстов)

Резюме. В работе проведен анализ торакальных операций у 191 пациента по поводу врожденных и приобретенных деформаций грудной клетки за период с 2002 по 2009 годы. Операции выполнялись как открытым способом, так и с использованием методов торакоскопии. Разработанные и используемые в клинике методы коррекции наиболее тяжелой патологии грудной клетки позволяют добиться хороших ближайших и отдаленных косметических и функциональных результатов.

Ключевые слова: торакальные операции, грудная клетка, дети.

NEW TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF THORAX DEFORMATION IN CHILDREN

V.N. Stalmahovich^{1,2}, A.A. Dyukov², A.P. Naymanova², I.N. Kaygorodova², V.V. Dudenkov¹

(¹Irkutsk State Institute Physicians' Training, Irkutsk;

²Irkutsk State Regional Children Clinical Hospital, Irkutsk)

Summary. In the article the analysis of the thorax operations of 191 patients concerning congenital and acquired deformations of the thorax from 2002 for 2009 is carried out. Operations were carried out in open way, and with the use of

thoracoscopic method as well. The developed and used methods of correction of the most serious thorax pathology allow to achieve good nearest and remote cosmetic and functional results.

Key words: thorax operations, thorax, children.

Врожденные и приобретенные заболевания грудной клетки и ее органов занимают особое место в хирургии детского возраста, что связано со сложностью их лечения.

Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) представляет собой разное по форме и глубине искривление грудины и передних отделов ребер, приводящее к уменьшению объема грудной клетки, к сдавлению и смещению органов средостения, вызывающее функциональные нарушения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, проявляющееся различной степенью выраженности косметическим дефектом [1]. Характерной особенностью деформаций грудной клетки является склонность к прогрессированию заболевания, тесно связанная с ростом и возрастом ребенка. Это наиболее часто встречающийся порок развития передней стенки грудной клетки, который по данным ряда авторов встречается у 1% детей [6] и составляет 91% от всех врожденных деформаций грудной клетки [15]. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) встречается у 0,3-1,7% детей в зависимости от региона и на долю ее приходится от 6-22% всех деформаций грудной клетки [7]. Характеризуется симметричным или асимметричным искривлением кпереди грудины и сочленяющихся с ней ребер, включает в себя несколько компонентов деформации, при этом поражение реберных хрящей может быть одно- или двусторонним, а грудина выступает кпереди в верхнем и нижнем отделе. При рождении отмечается у трети больных, имеющих эту патологию, и почти у половины она проявляется лишь после начала пубертатного «рывка» в росте [2, 13]. У 26% пациентов с куриной грудью, данная патология имеется и у других членов семьи [1]. Частота сочетания со сколиозом такая же, как и при воронкообразной деформации — у 15% больных [8, 9]. Характерной особенностью КДГК является косметический дефект, без нарушений функции органов дыхания.

В настоящее время известно и применяется более 100 различных способов и модификаций для оперативной коррекции килевидной деформаций грудной клетки [2] и столько же — для коррекции ВДГК. Пионером на этом пути был М.М. Равич (М.М. Ravitch), который в 1949 г. описал вмешательство при ВДГК, включавшее иссечение всех деформированных реберных хрящей с надхрящницей, отделение мечевидного отростка от грудины, отделение от грудины межреберных мышечных пучков, поперечную остеотомию грудины, что позволяло сместить грудину кпереди с помощью спиц Киришнера, а в 1952 г. произвел операцию при «рукояточно-хрящевом» варианте КДГК путем резекции множественных деформированных реберных хрящей и двойной остеотомии грудины [11, 12]. Его методики стали основой при разработке в последующем методов оперативного лечения различных видов деформации грудной клетки.

В Иркутске первая операция по поводу врожденной воронкообразной деформации грудной клетки у ребенка была выполнена профессором В.А. Урусовым в 1976 г. по методу Маршева.

Используемые до 2002 г. методы торакопластики имеют ряд недостатков: неудовлетворительный косметический результат, большая травматичность операции с относительно высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. При выполнении того или другого вида оперативного вмешательства есть риск возникновения полного или частичного рецидива деформации. Дети, как правило, тяжело переносят их в послеоперационном периоде, а реабилитация больных занимает многие месяцы и даже годы. На данный момент отдается предпочтение малоинвазивным, менее травматичным в тоже время более эффективным оперативным

вмешательствам, направленным на полную коррекцию деформаций грудной клетки, с максимальным косметическим эффектом.

Цель работы: улучшение результатов лечения пороков развития грудной клетки у детей путем разработки и внедрения новых технологий.

Материалы и методы

В данной работе представлен анализ торакопластик у детей в Иркутской государственной областной детской клинической больнице за последние 7 лет. Дети с **воронкообразной деформацией грудной клетки** — 155 (81,2%) человек составили большую часть анализируемой группы. Данной патологией чаще страдали мальчики — 124, оперативные вмешательства выполнялись в возрасте от 3 до 18 лет. Поскольку для данного заболевания характерно наибольшее клиническое проявление в пубертатный период, то дети старше 12 лет составили основную группу — 53 (34,2%).

Реконструктивные операции выполнялись с использованием метода «NUSS» в нашей модификации в два этапа (патент РФ № 2883052). Разработанная методика отличалась от ранее используемых меньшей интраоперационной травмой как кожного покрова, так и грудино-реберного комплекса, вследствие этого, минимальной кровопотерей, хорошим косметическим и функциональным результатом.

Технология оперативного лечения подразумевала использование индивидуально изготавливаемой пластины из титанового сплава, обеспечивающей стабилизацию грудино-реберного комплекса в течение 1,5-2 лет.

Оперативное вмешательство проводили под эндотрахеальным наркозом. Для осуществления предложенного способа использовали комплекс эндовидеостойки с визуализацией изображения на монитор. Проводили два микроразреза в области верхнего и нижнего краев деформации грудины, в которые устанавливали троакары (5 мм), создавали подкожную эмфизему и проводили пневмопрепаровку, в результате которой визуализировали переднюю кортикальную пластинку тела грудины. Под видеоконтролем электроножом рассекали надкостницу и наружную кортикальную пластинку грудины, затем долотом проводили Т-образную стернотомию. Через два торакоцентезных отверстия в V и VI межреберьях по среднеподмышечной линии устанавливали троакары (диаметром 5 мм). После создания открытого пневмоторакса, под видеоконтролем на вершине деформации реберных хрящей IV, V, VI ребер проводили их рассечение при помощи электроножа на толщину их 2/3 с сохранением наружной части хряща и надхрящницы. Аналогичным образом, после ликвидации пневмоторакса, проводили рассечение ребер с противоположной стороны грудной клетки. Через разрез (1,5-2 см) по передней подмышечной линии на уровне максимальной глубины воронки проводили дополнительное торакоцентезное отверстие, которое тупо расширяли. Под контролем эндооптики в него заходили лопатку Буяльского до средней линии грудины и проводили элевацию последней. В такой же точке противоположной стороны грудной клетки наносили аналогичное контрпертурное отверстие. Под контролем видеосистемы за грудину заходили отмоделированную металлическую пластину, поворачивали ее по своей оси на 180° с одномоментным исправлением деформации грудины, при этом передняя грудная стенка принимала физиологическое положение. Ликвидировали пневмоторакс. Раны в месте проведения пластины ушивали. Операцию заканчивали дренированием плевральных полостей по Бюлау в течение первых суток.

Детей с килевидной деформацией грудной клетки было 36 (18,8%). Среди 36 прооперированных пациентов было 33 (91,7%) мальчика и 3 (8,3%) девочки. Из них изолированная килевидная деформация грудной клетки была у 21 (58,3%) пациента, килевидная деформация грудной клетки в сочетании с ладьевидной деформацией реберных дуг — у 15 (41,7%); симметричная — у 21 (58,3%); асимметричная — у 15 (41,7%). Врожденная деформация грудной клетки была у 34 (94,4%) детей, приобретенная (после коррекции врожденного порока сердца) — у 2 (5,6%). В зависимости от особенностей деформации использовали 2 варианта разработанных нами операций (положительные решения о выдаче патента №2008119900/14 (023320), №2008119902/14(023323).

Способ лечения изолированной килевидной деформацией грудной клетки, в определенной степени, является зеркальным отражением «Nuss-процедуры», применяемой для лечения воронкообразной деформации грудной клетки в большинстве зарубежных и отечественных клиниках, основан на постоянной компрессии выступающей части грудины титановой пластиной, имеющей лукообразную форму.

Техника операции. Проводили разрез на уровне угла деформации грудины, с последующим проведением поперечной неполной стернотомии на уровне вершины деформации. Затем проводили доступы по средне-подмышечной линии с обеих сторон к ребру, находящемуся на одной линии с наиболее выступающей частью грудины. Формировали подкожный тоннель слева на право, соединяющий оба доступа и проходящий через область деформации грудины. Через этот тоннель проводили титановую пластину лукообразной формы, со стрелой прогиба в средней ее части. Компрессия пластины на грудину приводила к устранению ее деформации, при этом пластина меняла контур, который в последующем соответствовал правильно сформированной грудной стенке. Имобилизацию грудино-реберного комплекса в корригированном положении проводили фиксацией концов пластины к ребрам.

При устранении килевидной деформации грудной клетки в сочетании с ладьевидной деформацией реберных дуг использовали другую методику.

Проводили поперечную стернотомию, как и в предыдущем методе, затем выполняли разрезы в VIII межреберье, по передней подмышечной линии с обеих сторон и доступ в проекции тела грудины. Через межреберные промежутки формировали субкостальные тоннели, в которые заводили отхитованные индивидуально по конфигурации правильной формы реберной дуги дугообразные металлические пластины, поворачивали их по своей оси на 180° с одномоментной элевацией реберных дуг и компрессией грудины проксимальными плечами металлоконструкций, с устранением грудино-реберного горба и, в целом, деформацию грудино-реберного комплекса, при этом передняя грудная стенка принимала физиологическое положение. Дистальные концы пластины фиксировали к ребрам.

Результаты и обсуждение

Результаты исследований анализировались методом вариационной статистики. Показатели приводили в их среднем значении (М), со средней квадратичной ошибкой (m). За достоверную значимость принята величина $p=0,05$.

Преимуществом наших модификаций при оперативном лечении воронкообразной деформации грудной клетки является отсутствие избыточного давления грудины на металлоконструкцию и, в свою очередь, металлоконструкции на ребра и грудину. Это предупреждает вторичную деформацию опорных ребер, развитие межреберной невралгии и сокращает сроки имобилизации грудино-реберного комплекса после коррекции как воронкообразной, так и килевидной деформации грудной клетки.

Операции выполнялись за короткий срок, с минимальной кровопотерей при небольших операционных

доступах. Оценка результатов хирургического лечения различных видов деформаций грудной клетки в раннем послеоперационном периоде проводилась по следующим критериям: продолжительность операции, объем кровопотери, срок стационарного лечения (учитывалась общая продолжительность стационарного лечения при выполнении первого и второго этапов лечения), общая длина послеоперационного рубца (как показатель косметичности). Оценка отдаленных результатов через 1,5-2 года после удаления пластины проводилась по критериям: хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. К хорошему клиническому результату мы отнесли больных с полной коррекцией деформации, с отсутствием гипертрофических послеоперационных рубцов и гиперкоррекции передней грудной стенки. К удовлетворительным результатам, отнесли пациентов с частичным рецидивом деформации грудины до I степени, а также больных с полной коррекцией деформации, но с наличием гиперкоррекции грудины, и сочетание одного из данных изменений с гипертрофическими или келоидными послеоперационными рубцами. К неудовлетворительному послеоперационному результату мы отнесли пациентов с полным рецидивом деформации, которым в последующем выполнялось повторное оперативное вмешательство.

Для оценки клинической эффективности результатов оперативного лечения ВДГК нами проведен анализ между пациентами в группе лечения (ГЛ), оперированных по нашей методике и группе клинического сравнения (ГКС), к которой относили детей, оперированных во временном интервале с января 1997 по февраль 2002 года по методу Ravitch — Баирова с использованием настоящего металлоостеосинтеза.

Продолжительность оперативного вмешательства в ГЛ, с учетом второго этапа хирургического лечения, составила $34,24 \pm 0,93$ мин, тогда как в ГКС составляет $76,12 \pm 2,61$ мин ($p < 0,0001$). Данный показатель практически в половину меньше чем в ГКС, что говорит не только о сниженном операционном времени, но и об уменьшении общего наркозного времени. Срок стационарного лечения, с учетом времени повторной госпитализации на 7-8 дней для проведения второго этапа оперативного вмешательства (удаление металлоконструкции) составил $22,03 \pm 0,33$ койко-дня и в среднем на восемь дней меньше чем в ГКС — $30,25 \pm 0,68$ ($p < 0,1$). Общая длина операционного доступа (как показатель косметичности) составила $8,91 \pm 0,23$ см., что в среднем меньше, чем в ГКС ($p < 0,0001$). Общий объем кровопотери примерно в семь раз меньше в ГЛ $37,13 \pm 1,69$ мл, чем в ГКС — $252,39 \pm 10,86$ мл ($p < 0,0001$).

Хороший клинический результат после коррекции ВДГК в ГЛ отмечался у $91,24 \pm 2,8\%$ больных, тогда как в ГКС $87,32 \pm 3,95\%$ ($p < 0,5$). Пациенты с удовлетворительным отдаленным клиническим результатом составили $7,46 \pm 1,03\%$, а в ГКС $4,23 \pm 2,39\%$ ($p < 0,5$). С неудовлетворительным — 2 пациента ($1,3 \pm 0,12\%$), в то же время в ГКС $8,45 \pm 3,30\%$ ($p > 0,5$).

При лечении КДГК продолжительность операции, с учетом первого и второго этапов, составила $35 \pm 1,46$ мин, объем кровопотери интраоперационно $25 \pm 1,37$ мл, общая длина послеоперационного рубца $6,5 \pm 0,13$ см, срок стационарного лечения с учетом второго этапа $16,5 \pm 1,06$ койко-дня. Сравнение результатов лечения КДГК в отдаленные сроки послеоперационного периода проводили с данными исследований В.А. Тимошенко [4] — способ лечения КДГК с фиксирующим устройством, эти пациенты составили ГКС. После коррекции КДГК хороший клинический результат в ГЛ отмечался у 33 (91,7%) пациентов, когда как в ГКС отмечался лишь в 62,5% ($p < 0,02$), удовлетворительный — у 2 (5,52%), а в ГКС в 6,3% случаев — 5 пациентов ($p > 0,5$). Неудовлетворительный — у 1 (2,78%) пациента, в ГКС у 25 (31,2%) ($p < 0,02$).

Отмечаются статистически значимые преимущества разработанных нами методик торакопластики при лечении различных видов деформации грудной клетки у детей.

К ранним и поздним послеоперационным осложнениям после лечения КДГК 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. I. — 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. Тимошенко В.А. Металлохондропластика при врожденных и приобретенных деформациях грудной клетки у детей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 38 с.
5. Тимошенко В.А., Виноградов В.А., Тиликин А.Е., Хаспеков Д.В. Деформации грудной клетки после торакопластики у детей // Детская хирургия. — 2000. — № 2. — С. 9-13.
6. Урмонас В.К. Воронкообразная деформация грудной клетки (хирургические и кардиологические аспекты): Дис... д-ра мед. наук. — Каунас, 1975. — 305 с.
7. Чепурной 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 bei 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. Исползованный в работе у 29 пациентов способ коррекции механической желтухи предполагает формирование в области билиодигестивного 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 холедоходуоденоанастомозия, 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 mucosobsubmucosal 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-