

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ПНЕВМОНИИ В ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

А. Е. ДОРОШЕНКОВА, Н. В. СТАВИЦКАЯ,
Т. И. ФРОЛОВА

Изучены уровни цитокинов, характеризующих функциональное состояние Th1 и Th2-лимфоцитов, у больных туберкулезом и пневмонией на разных стадиях течения болезни. Исследование ключевых цитокинов – γ -IFN и IL4, IL8 и IL12 проведено у 45 больных диссеминированным туберкулезом легким и у 48 – внебольничной пневмонией. Установлено, что при туберкулезе определяется усиление Th2-иммунного ответа: в сыворотке крови увеличивается концентрация IL4 и снижается IL12. При внебольничной пневмонии значительно возрастает содержание IL8, что существенно отличает иммунопатогенез специфического и неспецифического воспалительного процессов в легких. Количественные показатели ключевых цитокинов, определяющих соотношение Th1/Th2, могут учитываться как дополнительные диагностические критерии при разграничении туберкулеза и пневмонии.

Ключевые слова: туберкулез, пневмония, диагностика, цитокины

IMMUNOLOGICAL RESEARCH IN DIAGNOSING OF DISSEMINATED LUNG TBC AND PNEUMONIA IN GENERAL CLINICS

DOROSHENKOVA A. E., STAVITSKAYA N. B.,
FROLOVA T. I.

Cytokine levels characterizing the functional state of Th1 and Th2-lymphocytes in patients with tuberculosis and pneumonia in different stages of the disease were studied. Investigation of key cytokines – γ -IFN and IL4, IL8 and IL12 was performed in 45 patients with disseminated pulmonary tuberculosis and in 48 persons with CAP. It was found that at tuberculosis the increase of Th2-immune response is defined: in the serum the concentration of IL4 increases and that of IL12 decreases. At community-acquired pneumonia the content of IL8 increases significantly, which distinguishes immunopathogenesis of specific and non-specific inflammatory processes in the lung. Quantitative indicators of key cytokines that define the correlation between Th1 and Th2 may be considered as additional diagnostic criteria for differentiation of tuberculosis and pneumonia.

Key words: tuberculosis, pneumonia, diagnosis, cytokines

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.366-07-08

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «СВЕЖИХ» ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

А. З. Вафин, А. Н. Айдемиров, К. И. Делибалтов, Г. А. Погосян
Ставропольская государственная медицинская академия

Лечение повреждения и стриктуры внепеченочных желчных протоков (ВЖП) становится все более значимой проблемой в гепатобилиарной хирургии. Частота повреждения желчных протоков при традиционной холецистэктомии колеблется от 0,1 до 0,5 % [3, 5], при лапароскопической холецистэктомии отмечается чаще – 0,2–3,5 % [1, 5, 8]. Небольшая доля повреждений желчных протоков приходится на другие операции, производимые в гепатодуоденальной зоне – до 0,14 %. 90 % повреждений во время первой

операции остаются незамеченными [6, 7]. Нередко хирурги, обнаружившие повреждение, самостоятельно пытаются восстановить целостность протока, не имея достаточного опыта в лечении подобных осложнений, необходимого оснащения и не владея техникой сложных операций. По-прежнему остается высокой частота стриктуры билио-билиарных и билио-дигестивных анастомозов, послеоперационной летальности [4, 9, 10].

Цель исследования – разработка оптимальной диагностической и лечебной тактики при свежих ятрогенных повреждениях внепеченочных желчных протоков.

Материал и методы. Анализированы результаты лечения 107 пациентов с ятрогенным повреждением и стриктурой внепеченочных желчных протоков. Повреждение в нашей клинике было у 16 (15 %) пациентов. 91 (85 %) больной поступил из других стационаров.

До поступления в клинику 38 (41,7 %) пациентов по поводу ятрогенного повреждения внепеченочных желчных протоков перенесли в других лечебных учреждениях до 4 и более различных хирургических вмешательств.

Результаты этих операций, предпринятых у больных со «свежей» травмой желчных протоков, как правило, были неудовлетворительными. 91 пациент направлен в клинику в сроки от 2 суток и более после операции с типичными проявлениями ятрогенного повреждения и/или стриктуры внепеченочных желчных протоков: желтухой (57 %), холангитом (38,3 %), желчным пери-

Вафин Альберт Закирович, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)717003, 89034168319; e-mail: azvafin@mail.ru.

Айдемиров Артур Насирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)717003.

Делибалтов Константин Иванович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)718044.

Погосян Георгий Арменакович, аспирант кафедры госпитальной хирургии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)717003; e-mail: Galiccia@yandex.ru.

тонитом (35,5 %), наружным желчным свищом (25,2 %) и подпеченочным абсцессом (2,8 %). Цирроз печени билиарной этиологии с явлениями печеночной недостаточности был у 2 (1,8 %) больных, при этом у одного больного сочеталось несколько симптомов осложнений.

Основным видом оперативного вмешательства, ставшего причиной ятрогенной травмы внепеченочных желчных протоков, у 96 (89,7 %) больных была холецистэктомия, традиционная – у 66 и лапароскопическая – у 30. На втором месте по частоте повреждения холедоха была резекция желудка – у 5 (4,6 %) больных, на третьем – эхинококкэктомия из печени у 3 (2,8 %) и операции при панкреонекрозе у 3 (2,8 %) больных.

Для выявления возможного повреждения желчных протоков на операционном столе, его характера и уровня проводилось визуальное, мануальное и рентгенологическое исследование гепатохоледоха, включающее зондовую ревизию и интраоперационную холангиографию.

В ранние сроки после ятрогенного повреждения желчных протоков на первый план выходят желчеистечение по контрольному дренажу, симптомы перитонита и желтуха.

Об уровне повреждения желчных протоков можно было судить только при «свежих» повреждениях. У больных, поступивших в клинику со стриктурой гепатикохоледоха в поздние сроки после операции, судить с достоверностью об уровне блока не представлялось возможным, поскольку чаще всего медицинская документация не содержала необходимой информации.

УЗИ органов брюшной полости как скрининг-тест и РХПГ применялись в раннем послеоперационном периоде при подозрении на повреждение для быстрой ориентации в патологии и сокращения сроков диагностики до применения более сложных методов. При подозрении на повреждение внепеченочных желчных протоков в поздние сроки после операции ведущая роль в диагностике характера патологии отводилась УЗИ, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРХПГ), фистулохолангиографии или чрескожной чреспеченочной холангиографии. В последние годы инвазивные методы диагностики повреждения внепеченочных желчных протоков уступают магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (при наличии томографа мощностью 1,5 и более Тесла), позволяющей получить исчерпывающую информацию о состоянии желчных путей.

У 31 (29,0 %) больного повреждение ВЖП диагностировано на операционном столе, у 54 (50,5 %) – в раннем послеоперационном периоде на 2–7 сутки, как правило, это были незамеченные хирургами повреждения. У 22 (20,5 %) больных повреждения ВЖП диагностировались как стриктура или наружные желчные свищи в отдаленном послеоперационном периоде (табл. 1).

Повреждения желчных протоков, случившиеся в нашей клинике, на операционном столе диагностированы у 10 (62,6 %) больных, в других лечебных учреждениях они диагностированы в 21,1 % случаев.

По классификации Гальперина (2002) были следующие повреждения и/или стриктуры: тип +2 у 17,8 %; тип +1 у 25,2 %; тип 0 у 40,2 %; тип –1 у 14,0 % и тип –2 у 2,8 % больных. Высокое повреждение желчных протоков (тип 0, –1, –2) выявлено у 61 (57,0 %) больного, низкое (тип +2, +1) – у 46 (43,0 %).

Результаты и обсуждение. При выборе лечебной тактики и характера хирургических вмешательств учитывались сроки диагностики, тяжесть состояния больных, вид и характер ятрогенного повреждения и/или стриктуры внепеченочных желчных протоков. Анализированы результаты хирургического лечения в 2 группах больных – со «свежей» травмой внепеченочных желчных протоков – у 37 (34,6 %) и оперированных в более поздние сроки после повреждения – у 70 (65,4 %) больных.

Во всех случаях при подозрении или выявлении ятрогенной травмы и желчного перитонита производилась экстренная лапаротомия, санация брюшной полости и наружное дренирование желчных протоков. Следующий этап лечения выполнялся через 6–8 недель после купирования перитонита. Основной мотивацией столь раннего выполнения реконструктивного этапа лечения была необходимость формирования анастомоза до развития грубых рубцовых изменений в подпеченочном пространстве и в желчных протоках.

При выявлении ятрогенного повреждения в ранние сроки было выполнено 37 оперативных вмешательств – 14 больным произведены восстановительные операции: пластика передней стенки общего желчного протока на Т-образном дренаже при дефекте передней стенки гепатикохоледоха (9), билиобилиарный анастомоз на Т-образном дренаже (5), у 5 пациентов сняты металлические клипсы с общего печеночного протока и холедоха дренирован по Вишневскому (табл. 2).

Результаты восстановительных операций были успешными у 15 (40,5 %) пациентов. После циркулярного пересечения гепатикохоледоха и его восстановления по типу «конец в конец» у 4 больных из 5 сформировалась рубцовая стриктура через 4–6 месяцев после удаления дренажа.

У 18 пациентов со «свежим» ятрогенным повреждением желчных протоков выполнены реконструктивные вмешательства: у 7 холедоходуоденостомия при низком повреждении холедоха, у 11 гепатикоеюностомия. Отличительной особенностью операций при «свежих» ятрогенных повреждениях является отсутствие грубого рубцового процесса и лучшие условия для поиска места повреждения протока.

Таблица 1

Частота интраоперационной диагностики ятрогенной травмы ВЖП

Характер операций	В клинике			В других стационарах		
	Всего операций	Выявлена травма		Всего операций	Выявлена травма	
		абс.	%		абс.	%
Лапароскопическая холецистэктомия	9	6	37,5±1,2	21	4	4,4±2,1
Открытая холецистэктомия	2	2	12,5±8,3	64	17	18,7±4,1
Резекция желудка	1	1	6,3±6,1	4	–	–
Эхинококкэктомия	2	1	6,3±6,1	1	–	–
Панкреонекрэктомия	2	–	–	1	–	–
Всего	16	10	62,6±1,2	91*	21	3,1±4,4

* Различия интраоперационной диагностики травмы ВЖП в клинике и в других ЛПУ края статистически значимы, $p=0,05$.

Таблица 2

**Характер операций, выполненных в зависимости от сроков выявления ятрогенной травмы
внепеченочных желчных протоков**

Виды операций	Сроки выявления повреждения желчных протоков		
	«Свежая» травма	Поздно выявленная травма	p
Восстановительные операции:	19 (51,7 %)	2 (2,9 %)	=0,000
– билио-билиарный анастомоз на Т-образном дренаже	5	2	
– пластика протока при боковых повреждениях, снятие клипс	14	–	
Реконструктивные операции:	18 (48,6 %)	68 (97,1 %)	=0,05
– гепатикоеюностомия на выключенной по Ру тощей кишке	2	7	
– три, бигепатикоеюностомия на выключенной по Ру тощей кишке, СТД	1	12	
– гепатикоеюностомия на выключенной Ру тощей кишке, СТД	3	31	
– гепатикоеюностомия на выключенной по Брауну тощей кишке, СТД	5	7	
– холедоходуоденостомия	7	11	
Всего	37 (34,6 %)	70 (65,4 %)	
Вынужденные операции:	–	3 (2,8 %)	
– фистулохолангиоеюностомия	–	1	
– реканализация стриктуры соустья на СТД	–	2	
Повторные операции:	–	6 (5,6 %)	

СТД – сменный транспеченочный дренаж.

В поздние сроки после повреждения желчных протоков оперированы 70 (65,4 %) больных, из них у 4 повреждение протоков было в нашей клинике, 66 переведены из других стационаров.

Всем больным проводилась стандартная предоперационная подготовка, которая включала комплекс лечебных и профилактических мероприятий: декомпрессию билиарного тракта, направленную на нормализацию функционального состояния печени, снижение билирубина и гнойной интоксикации, коррекцию водно-электролитных расстройств и кислотно-основного состояния, а также профилактику кровотечения, иммунодефицита и инфекционных осложнений, лечение сопутствующей патологии. С целью разрешения механической желтухи 38 (39,6 %) больным перед основным оперативным вмешательством выполнено наружное дренирование желчевыводящей системы, вторым этапом производилась хирургическая реконструкция внепеченочных желчных путей.

Восстановительные операции выполнены у 2 больных, у 1 из них после удаления дренажа возникла стриктура анастомоза, которая разрешена стентированием. Реконструктивные вмешательства выполнены у 68 (63,5 %) больных, у 11 (10,3 %) из них при ятрогенном повреждении дистального отдела холедоха (+2) по Гальперину наложен холедоходуоденоанастомоз.

У 57 (53,3 %) больных при стриктуре желчных протоков проведены следующие операции: три-, би-, гепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей кишки на сменном транспеченочном дренаже (СТД) – у 43, гепатикоеюностомия с изолированной по Ру петлей кишки без каркасного дренажа – у 7, гепатикоеюностомия с отключенной петлей тощей кишки с соустьем по Брауну и заглушкой по Шалимову на СТД – у 7 больных. Транспеченочное дренирование применялось в ходе 65,5 % операций, что было обусловлено преобладанием высоких стриктур, отсутствием расширения желчных протоков, распространением рубцового процесса на стенку долевых и сегментарных желчных протоков.

При рубцовой стриктуре билиобилиарного и билиодигестивного анастомозов были выполнены 6 реконструктивных операций. В связи с тяжелым общим состоянием больных и значительными техническими трудностями в 2 случаях операции были ограничены только реканализацией стриктуры анастомоза и его каркасным дренированием, в другом случае наложен фистулооеюностомия.

Ближайшие результаты лечения больных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков оценивались по частоте послеоперационных осложнений и летальности.

В послеоперационном периоде у 107 больных возникли 33 (30,8 %) осложнения, из них 8 (21,6 %) у больных со «свежей» травмой и 25 (35,7 %) – со стриктурой желчных протоков. Ранних послеоперационных осложнений после оперативных вмешательств при «свежей» травме гепатикохоледоха как специфических, так и неспецифических было значительно меньше, чем при поздно выявленном повреждении – 21,6 и 35,7 % соответственно ($p > 0,05$). По поводу 19 (57,6 %) осложнений проводилась консервативная терапия. Своевременно диагностированные осложнения потребовали повторных операций в послеоперационном периоде в 11 (33,3 %) случаях, в 3 (9,1 %) случаях применялись малоинвазивные вмешательства – дренирование билотомы и желчных протоков под УЗ-наведением.

Летальные исходы в послеоперационном периоде в группе больных со «свежими» повреждениями были у 2 (2,7 %), в другой группе со стриктурами желчных протоков – у 6 (8,5 %), общая летальность составила 7,5 %. У 6 больных из 8 смерть наступила вследствие длительной обструкции желчных путей и развития гнойно-воспалительных осложнений.

Отдаленные результаты хирургического лечения во многом зависели от сроков диагностики повреждения желчных протоков и характера последующих операций. Сравнение результатов лечения больных с повреждением желчных протоков и рубцовой стриктурой в зависимости от сроков выполнения восстановительно-реконструктивных операций показывает, что большее число (76,5 %) хороших и удовлетворительных результатов получено после операций при «свежей» травме гепатикохоледоха, чем при сформировавшейся стриктуре желчных протоков (72,7 %), при этом рецидив стриктуры в обеих группах составил 6,4 %. Неудовлетворительные отдаленные результаты реже были в группе оперированных с гепатикоеюностомией, чем при гепатикодуоденостомии (23,9 % против 33,3 %), а при гепатикоеюностомии зависели, по-видимому, от варианта выключения петли тонкой кишки – по Ру – 18,9 %; по Брауну – 44,4 %, а также от применения СТД – 25,6 % или без него – 26,3 % ($p > 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Отдаленные результаты лечения

Показатель	ББА		ХДА		ГЕС		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Количество прослеженных пациентов	6	85,7±1,4	12	66,7±1,4	46	67,6±6,9	0,327
Удовлетворительные результаты	1	17,7±1,5	8	66,7±1,4	35	76,1±6,3	
Неудовлетворительные результаты	5	83,3±1,5	4	33,3±1,4	11	23,9±6,3	0,174
Рестеноз	3*	50,0±2,0	1*	8,3±7,8	1*	2,2±2,1	0,004
Длительность стояния каркасного дренажа	6–9 мес.		–		24 мес.		

* Получены достоверные различия между группами с ББА, ХДА и ГЕС по частоте рестенозов, $p = 0,004$.

ББА – билио-билиарный анастомоз, ХДА – холедоходуоденоанастомоз, ГЕС – гепатикоеюностомия.

Литература по лечению больных с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков обширна, данные о 20 % рецидивов после различных оперативных вмешательств по поводу посттравматических стриктур желчных путей свидетельствуют о нерешенности проблемы [2, 4, 6, 7]. Травма желчных протоков у большинства больных – наши наблюдения это подтверждают – чаще диагностируется поздно, после развития желчного перитонита, свищей или механической желтухи. Результаты лечения больных с ятрогенным повреждением внепеченочных желчных протоков в нашей клинике сопоставимы с данными других хирургов [7, 8, 10]. В настоящее время гепатикоеюностомия стала методом выбора билиарной реконструкции, которая может использоваться как при низких, так и при высоких стриктурах. Это соустье превосходит другие виды желчевыводящих анастомозов по частоте хороших и удовлетворительных отдаленных результатов, а при неудовлетворительных результатах формирование рестеноза гепатикоеюноанастомоза происходит в более поздние сроки.

Заключение. При интраоперационной диагностике «свежего» ятрогенного повреждения желчных протоков операционная бригада должна быть усилена опытным хирургом. Восстановительные операции показаны только при боковом ранении протоков. При отсутствии опытного специалиста операцию следует завершить наружным дренированием желчного протока и брюшной полости. После стабилизации состояния больного необходимо направить в специализированное учреждение для радикального хирургического лечения.

Ятрогенная травма желчных путей нередко диагностируется поздно, после развития желчного перитонита, наружных желчных свищей, механической желтухи. При перитоните в результате незамеченного во время операции повреждения внепеченочных желчных протоков требуется двухэтапный метод лечения: на первом этапе – лечение перитонита, на втором – реконструктивная операция.

Основным видом оперативного вмешательства при «свежем» ятрогенном повреждении внепеченочных желчных протоков или диагностированном в ранние сроки, должна быть реконструктивная операция в объеме гепатикоеюностомии. При поздних операциях показано длительное каркасное дренирование желчных протоков, что предупреждает развитие стриктуры анастомоза. Бездренажные варианты оперативных вмешательств возможны при наличии определенных благоприятных условий. Результаты лечения повреждения желчных протоков зависят от сроков их диагностики, уровня стриктуры, качества предоперационной подготовки.

Литература

1. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. – М. : Видар-М., 2006. – 568 с.
2. Гальперин, Э.И. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков / Э.И. Гальперин, А.Ю. Чевокин, Н.Ф. Кузовлев и др. // Хирургия. – 2004. – № 5. – С. 26–31.
3. Емельянов, С.И. Хирургическое лечение интраоперационных повреждения внепеченочных желчных протоков / С.И. Емельянов, Д.Н. Панченков, Л.А. Мамалыгина и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 3. – С. 55–61.
4. Малярчук, В.И. Современный шовный материал и прецизионная техника шва в хирургии доброкачественных заболеваний внепеченочных протоков / В.И. Малярчук, Ю.Ф. Пауткин. – М. : Изд-во РУДН, 2000. – 201 с.
5. Панченков, Д.Н. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков: диагностика и хирургическая тактика на современном этапе / Д.Н. Панченков, Л.А. Мамалыгина // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9, № 1. – С. 156–163.
6. Федоров, И.В. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии / И.В. Федоров, Л.Е. Славин, А.Н. Чугунов. – М., 2003. – С. 79–86.
7. Чернышев, В.Н. Повреждения и рубцовые сужения желчных протоков / В. Н. Чернышев, В.Е. Романов. – Самара, 2001. – 208 с.
8. Шаповальянц, С.Г. Эндоскопические возможности в лечении «свежих» повреждений желчных протоков / С.Г. Шаповальянц, С.Ю. Орлов, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 3. – С. 51–54.
9. Arkossy, P. New reconstructive surgery of remnant pancreas in cases of cancer of Vater's papilla / P. Arkossy, P. Toth, I. Kovacs, P. Sapy // Hepato-Gastroenterology. – 2002. – Vol. 49, № 43. – P. 255–257.
10. Piecuch, J. Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants / J. Piecuch, K. Witkowski // Ann. Transplant. – 2001. – Vol. 6, № 1. – P. 36–28.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ «СВЕЖИХ»
ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВА. З. ВАФИН, А. Н. АЙДЕМИРОВ,
К. И. ДЕЛИБАЛТОВ, Г. А. ПОГОСЯН

Представлен опыт лечения 107 пациентов с ятрогенными повреждениями внепеченочных желчных протоков за период 1989–2011 гг. У 96 (89,7 %) больных повреждение произошло во время холецистэктомии. С целью раннего выявления ятрогенной травмы использовался диагностический алгоритм, который включал: УЗИ, ЭРХПГ, ЧЧХС, КТ, МР-холангиографии, релапароскопии. Более чем в 57 % наблюдений выявлен высокий уровень повреждения. Хирургическое лечение в более поздние сроки после повреждения желчных протоков выполнено у 65,4 % больных. Хирургическая тактика зависела от уровня повреждения, сроков диагностики и наличия осложнений. При перитоните лечение проводили в два этапа. Основным видом оперативного вмешательства при «свежем» ятрогенном повреждении внепеченочных желчных протоков или диагностированном в ранние сроки является реконструктивная операция в объеме гепатикоеюностомии. При поздних операциях показано длительное каркасное дренирование желчных протоков, что предупреждает развитие стриктуры анастомоза. Бездренажные варианты оперативных вмешательств возможны при наличии благоприятных условий.

Ключевые слова: ятрогенное повреждение внепеченочных желчных протоков, лечение, хирургическая тактика, результаты

FEATURES OF DIAGNOSIS
AND SURGICAL TREATMENT
OF RECENT IATROGENIC DAMAGES
OF EXTRAHEPATIC BILIARY DUCTSVAFIN A. Z., AIDEMYROV A. N.,
DELIBALTOV K. I., POGOSYAN G. A.

Experience of treatment of 107 patients with iatrogenic injuries of extrahepatic biliary ducts during 1989–2011 is presented. 96 (89,7 %) patients were injured during cholecystectomy. For the purpose of early revealing of iatrogenic injuries the diagnostic algorithm was used which included: ultrasound, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, ERCP, percutaneous transhepatic cholangiostomy, computer tomography, MR-cholangiography, relaparoscopy. More than 57 % of supervisions had high level of injury. Surgical treatment in later terms after damage of cholic ducts is executed at 65,4 % of patients. Surgical tactics depended on the level of injury, terms of diagnostics and presence of complications. At peritonitis, treatment was carried on in two stages.

Reconstructive operation – hepaticojunostomy should be the main type of surgical treatment in recent iatrogenic damages of extrahepatic biliary ducts. Prolonged frame drainage of bile ducts should be performed in late operations preventing anastomosis strictures. Drainless types of operations are possible in favorable conditions.

Key words: iatrogenic damages of extrahepatic biliary ducts; treatment, surgical tactics

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.37-002-089.843-084ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТА И НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНЫХ
АНАСТОМОЗОВ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫВ. А. Коробка^{1, 2}, О. И. Глушкова², Р. Е. Громыко²¹Ростовский государственный медицинский университет²Ростовская областная клиническая больница

Несмотря на достижения последних лет в хирургическом лечении хронического панкреатита, вопрос послеоперационного деструктивного панкреатита и несостоятельности панкреатодигестивных соустьев после резекционных вмешательств остается актуальным.

Коробка Вячеслав Леонидович, кандидат медицинских наук, директор Центра реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы, ассистент кафедры хирургических болезней № 4 Ростовского государственного медицинского университета; тел.: 89185584791; e-mail: orph-rokb@yandex.ru.

Глушкова Ольга Игоревна, врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы; тел.: 89185004206; e-mail: orph-rokb@yandex.ru

Громыко Роман Евгеньевич, врач-хирург отделения реконструктивно-пластической хирургии Ростовской областной клинической больницы; тел.: 89185026313; e-mail: orph-rokb@yandex.ru

Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) является одним из самых тяжелых и трудно прогнозируемых осложнений. По данным различных авторов, частота его возникновения после операций на органах брюшной полости составляет 20–25 %, а после вмешательств на желчных путях и поджелудочной железе – 30–55 % [3, 4, 15]. В экспериментальных исследованиях доказано, что выполнение резекции поджелудочной железы даже с применением прецизионной техники и соблюдением принципа анатомичности не исключает развитие послеоперационного панкреатита [8].

Главным звеном в патогенезе острого панкреатита является активация протеолитических ферментов поджелудочной железы (ПЖ) с дальнейшими аутокатализом и аутокаталитической реакциями, скорость которых зависит от соотношения активирующих и ингибирующих молекулярных механизмов [10, 15].

Послеоперационный панкреатит характеризуется ранним появлением некротических и гнойных осложнений со стороны поджелудочной железы, брюшной