

нию клапана. При отрыве створки осуществлялась ее реимплантация к фиброзному кольцу, при этом часто выявлялись дефекты в створке, которые целесообразно устранить с помощью ушивания. В некоторых случаях, чтобы не деформировать створку, на отверстие накладывали ксено- или аутоперикардальную заплату. При отрыве незначительного количества хорд от передней створки выполняли треугольную резекцию створки с ее последующей пластикой и квадратную резекцию при частичном отрыве хордального аппарата от задней створки клапана. При массивном повреждении хордального аппарата методом выбора является создание искусственных хорд с применением ксено- и аутоперикарда. В последнее время все чаще применяются операции по протезированию хорд с использованием синтетических нитей PTFE. В случаях, когда недостаточность клапана была обусловлена повреждением папиллярного аппарата, выполняли реимплантацию папиллярных мышц путем сшивания или пришивания к стенке левого желудочка. На заключительном этапе осуществляли ремоделирование фиброзного кольца с применением аннулопластики жесткими, мягкими кольцами и полукольцами или с использованием различных видов шовной аннулопластики (Кея, Рида или Де Вега).

При выполнении операций по устранению недостаточности митрального клапана первым этапом мы применяли пластику. Реконструктивные клапаносохраняющие операции с хорошими отдаленными результатами проведены у трех пациентов. В остальных 15 случаях изменения клапанного аппарата были настолько выраженными, что адекватно восстановить функцию клапана не представлялось возможным. Больным были выполнены операции по протезированию митрального клапана по общепринятой методике. В пяти наблюдениях операции проводились с сохранением части подклапанного аппарата, что привело к более благоприятному течению раннего послеоперационного периода и позволило улучшить результаты лечения.

Итак, посттравматические пороки сердца возникают в результате тупой травмы и проникающих ранений сердца, при этом они формируются непосредственно после травмы, а также с течением времени, что обусловлено различными механизмами и видами повреждений; показания к хирургическому лечению посттравматических пороков сердца определяются в зависимости от вида повреждения, а сроки выполнения – в зависимости от размеров и локализации ранения, а также от длительности заболевания и развития вторичных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьев В. И., Желтовский Ю. В., Носков В. С. и др. // Грудная хир. – 1982. – № 3. – С. 72-74.
2. Желтовский Ю.В. Кровообращение, метаболизм и функции органов при реконструктивных операциях. – Ереван, 1984. – С. 142-144.
3. Константинов Б.А., Прелатов В.А., Иванов В.А. Малиновский Т.Н. Клапаносберегающие реконструктивные операции в хирургии пороков сердца. – М., 1989. – 212 с.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЧРЕСКОЖНЫХ ЧРЕСПЕЧЕНОЧНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

С.Г. Сергеев, Н.А. Чернов, А.Г. Шкуро, А.И. Огородников
Калужская областная больница

Лечение больных с механической желтухой продолжает оставаться актуальной проблемой хирургии. Оперативное вмешательство при неразрешившейся меха-

нической желтухе доброкачественного и злокачественного происхождения сопровождается высокой послеоперационной летальностью, которая, по данным литературы, составляет от 10 до 68% [1]. Это объясняется тем, что радикальная ликвидация причин, вызвавших механическую желтуху, может способствовать развитию тяжелых, порой летальных послеоперационных осложнений. Подобные состояния наиболее часто встречаются у больных с холедохолитиазом (у 20-30% больных желчнокаменной болезнью) и с запущенными формами злокачественных новообразований желчных протоков и поджелудочной железы (в 70-80%). Выполнение чрескожных эндобилиарных вмешательств у этой категории больных позволяет провести декомпрессию желчных протоков, нормализовать функцию печени, купировать явления холангита, т.е. стабилизировать состояние пациентов и тем самым свести риск последующего оперативного вмешательства к минимуму.

Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков выполняется в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Калужской областной больницы с 2004 г. Операции проводятся по общепринятой методике. Катетеризация желчных протоков – начальный этап всех транспеченочных процедур. Пункция выполняется на одно межреберье ниже границы правого костно-диафрагмального синуса, что исключает возможность прохода иглы через плевральную полость. После анестезии кожи, подкожной клетчатки, межреберных мышц и капсулы печени с помощью 20-40 мл 1% раствора новокаина кожа надсекается скальпелем для облегчения введения пункционной иглы. Чрескожная чреспеченочная холангиография выполняется тонкой иглой Chiba. Игла под непрерывным рентгенотелевизионным контролем одним форсированным движением вводится в ткань печени, не доходя 3 см до края 11-го грудного позвонка. После достижения этой точки мандрен извлекается, и к игле подсоединяется заполненный контрастным веществом шприц, через который непрерывно вводится контрастное вещество. Как только кончик иглы пересекает просвет желчного протока, контрастное вещество начинает заполнять желчные протоки.

Получив при чрескожной чреспеченочной холангиографии данные о расширенных внутripеченочных протоках и обоснованное подтверждение наличия препятствия оттоку желчи, следует приступить ко второму этапу – лечебному: чрескожному чреспеченочному дренированию. Он начинается с выбора места пункции печени для введения иглы с катетером по диагностической холангиограмме. Место пункции выбирается таким образом, чтобы угол, образованный иглой и пунктированным протоком, был не менее 90°. По стандартной методике Сельдингера манипуляционный катетер по проводнику проводится до зоны препятствия в желчных путях. Далее с помощью гибких проводников с гидрофильным или тефлоновым покрытием выполняется реканализация зоны окклюзии. В случае проведения проводника через зону стеноза в двенадцатиперстной кишке выполняется наружно-внутреннее дренирование желчных протоков. Для этого после удаления гибкого проводника в катетер, проведенный за зону стеноза, проводится сверхжесткий проводник Лундерквиста, чтобы его гибкая часть расположилась в двенадцатиперстной кишке. По сверхжесткому проводнику в просвет двенадцатиперстной кишки проводится наружно-внутренний дренаж с боковыми отверстиями, дистальный конец которого формируется в виде петли для предупреждения смещения. Боковые отверстия на дренажном катетере располагаются в пределах желчного протока выше и ниже зоны окклюзии. Из наружного конца дренажа поступает желчь. Правильно установленный катетер с хорошо сформированной петлей на конце обычно не смещается. Дыхание, изменение позиций тела не влияют на его положение. Если провести реканализацию зоны окклюзии не удалось, в желчный проток устанавливается наружный дренаж.

При окклюзии левого печеночного протока, а также обструкции желчных путей, в воротах печени – при распространении поражения на левый и правый желчные протоки – возникает необходимость селективного дренирования протоков левой доли печени. Катетеризация желчных протоков левой доли проводится левосторонним доступом. Пункция иглой Chiba выполняется по краю левой реберной дуги в направлении ворот печени. Дальнейшие этапы дренирования желчных протоков аналогичны правостороннему доступу.

Длительно стоящий наружно-внутренний дренаж у ряда больных вызывает такие проблемы, как подтекание желчи в месте введения катетера, возможность его смещения, болевые ощущения в области введения дренажной трубки. Но главные недостатки – психическая травма для больного, вызванная наличием дренажных трубок на теле и необходимостью ежедневных промываний.

Эндопротезирование желчных протоков является очередным этапом, следующим за наружно-внутренним дренированием. При установке саморасширяющихся металлических стентов, кроме инструментов, необходимых для наружно-внутреннего дренирования, требуется набор баллонных катетеров, шприц-манометр и, разумеется, стент с системой доставки. Основной проблемой металлических и синтетических эндопротезов является их окклюзия [2]. В случае закупорки любых моделей металлических ячеистых эндобилиарных стентов удалить их каким-либо доступом (ретроградным эндоскопическим, антеградным чреспеченочным, интраоперационным) практически невозможно. В таких ситуациях необходимо повторное дренирование и протезирование по технологии «стент в стент». При окклюзии синтетических полиуретановых эндопротезов проводится их замена по проводнику. Эти недостатки устранимы при эндопротезировании желчных протоков путем установки полиуретановых эндопротезов либо металлических.

Процедуры, выполненные в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения Калужской областной больницы за период с 2004 по 2006 г., приведены в таблице.

Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства

Наименование процедуры	2004 г.	2005 г.	9 мес. 2006 г.	Всего
Чрескожное чреспеченочное наружное дренирование желчных протоков	24	31	14	69
Чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков	19	43	58	120
Эндопротезирование желчных протоков синтетическими протезами	7	15	1	23
Стентирование желчных протоков металлическими стентами	3	1	1	5
Всего	53	90	74	217

В 80% наблюдений выявлены злокачественные новообразования гепатодуоденальной зоны с нарушением пассажа желчи на разных уровнях. У 15% больных обнаружен холедохолитиаз, у 3% – индуративный панкреатит, у 2% – стриктуры выходного отдела холедоха.

Лечебный эффект – декомпрессия желчевыводящих путей – наступила в 99% случаев. Это позволило у пациентов с холедохолитиазом вторым этапом провести операцию удаления конкрементов – прежде всего, эндоскопическим методом

– с последующим полным выздоровлением. В группе онкологических больных в 10 наблюдениях выполнены радикальные операции по удалению злокачественных опухолей гепатодуоденальной зоны. В остальных случаях декомпрессия желчевыводящих путей приводила к стабилизации состояния пациента, снижению интоксикации, улучшению общего самочувствия.

Из имевшихся осложнений – всего 26 больных (11,9%) – в интра- и ближайшем послеоперационном периоде отметим следующие: гемобилия (15 случаев), подтекание желчи в брюшную полость (6), пневмоторакс (2), формирование внутрипеченочных абсцессов (3). Умер один больной (2004 г.) с опухолью в воротах печени и сопутствующим хроническим панкреатитом. У него развился панкреонекроз после наружно-внутреннего дренирования желчных путей, консервативная терапия оказалась неэффективной.

Коррекция осложнений проводилась путем мини-инвазивных вмешательств – ликвидация жидкостных образований и дополнительное дренирование под ультразвуковым контролем.

В отдаленном послеоперационном периоде в 10 случаях выявлена дислокация дренажа (выполнена коррекция под рентгеновским контролем), у трех больных потребовалось дополнительное эндобилиарное дренирование.

Наши наблюдения приводят к следующим выводам. В хирургии желчных протоков чрескожные эндобилиарные вмешательства при строгом учете показаний и противопоказаний, а также тщательно разработанной тактике применения в зависимости от генеза заболевания и характеристик блоков желчеотведения являются малоинвазивным и высокоэффективным методом лечения. Он должен обязательно учитываться в планировании рационального алгоритма лечения больных с тяжелой патологией гепатодуоденальной зоны, сопровождающейся гипертензией желчевыводящих путей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Веховский В.С. Эндобиллиарные вмешательства в лечении механической желтухи. – СПб., 1997.
2. Коков Л.С., Капранов С.А., Долгушин Б.И. Сосудистое и внутриорганный стентирование. – М., 2003.

ВРОЖДЕННЫЕ СОЛИТАРНЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ

*М.А. Сидоров, В.С. Мазурин, А.А. Харькин, А.С. Аллахвердян, М.И. Прищепо
МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского*

Врожденные солитарные кисты легких – редкая патология бронхолегочной системы. По данным литературы, удельный вес этого заболевания среди других врожденных болезней легких составляет 6-25% [7].

По данным современной классификации [6], врожденные кисты легких делятся на бронхогенные (БГК) и бронхиальные (БАК). Бронхогенные кисты формируются в процессе неогенеза эмбрионального развития, поэтому они всегда заполненные и не сообщающиеся с легочной паренхимой. Бронхиальные кисты формируются на стадии органогенеза, поэтому имеют сообщение с легочной паренхимой и всегда воздушные. Такое разделение неслучайно, оно вызвано наличием различных механизмов патогенеза. Однако, по нашему мнению, четкое отнесение к бронхогенным кистам всех заполненных и к бронхиальным – всех воздушных кист является не сов-