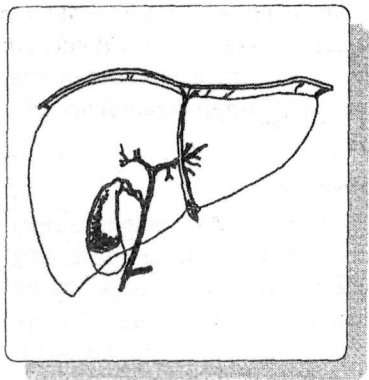




Е.В. Карпенко, Е.И. Кропачева, С.Н. Качалов

ПРИМЕНЕНИЕ МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА БИЛИАРНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Дальневосточный государственный медицинский университет;
Дорожная клиническая больница ст. Хабаровск-1, г. Хабаровск*

Лечение больных с синдромом желчной гипертензии на почве механической желтухи остается актуальной проблемой абдоминальной хирургии. Людей, страдающих механической желтухой (МЖ), следует относить к группе пациентов с острыми хирургическими заболеваниями. Однако в условиях обструкции желчных путей, холангита и печеночной недостаточности экстренное оперативное лечение является рискованным, сопровождается большим количеством осложнений (9,3-26,5%) и высокой летальностью (5,5-20%) [3, 6, 7, 10, 12], что в 4 раза выше, чем в тех случаях, когда МЖ удастся ликвидировать до операции [4, 8, 9, 12].

При существующем многообразии вариантов лечебной тактики необходимо придерживаться принципа устранения механической желтухи до оперативного вмешательства, что позволяет добиться уменьшения количества послеоперационных осложнений и снижения уровня общей летальности. Это возможно благодаря двухэтапной методике лечения, с использованием минимально-инвазивных технологий [1, 2, 4, 5, 10, 11].

В настоящее время среди наиболее распространенных методов желчеотведения выделяют три группы:

I группа — хирургическое и эндохирургическое формирование билиодигестивных анастомозов (холецистодуодено-, холецистогastro- и холецистоеюноанастомоз, холедоходуодено- и холедохоеюноанастомоз, гепатикоеюноанастомоз).

II группа — эндоскопические транспапиллярные методы желчеотведения (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия).

III группа — методы билиарной декомпрессии, основаны на применении чрескожной чреспеченочной холангиографии (ЧЧХГ) с последующей чрескожной чреспеченочной холангиостомией (ЧЧХС), что позволяет определить причину механической желтухи и осуществить наружное отведение желчи.

В источниках литературы, отражающих вопросы лечения механической желтухи, в основном представлена информация об использовании минимально-инвазивных методик без указания четких данных об их преимуществах или недостатках при различных видах холестаза и локализации обструкции желчевыводящих путей. Узловыми вопросами в лечении механической желтухи остаются сроки и виды декомпрессионных вмешательств, методы профилактики и

Резюме

Проведен анализ комплексного применения минимально-инвазивных манипуляций у 98 пациентов с синдромом механической желтухи в предоперационном периоде. Изучены возможности комплексного их применения. Выполнена оценка эффективности сочетания минимально-инвазивных манипуляций в диагностике и лечении данной группы пациентов с механической желтухой различного генеза.

E.V. Karpenko, E.I. Kropacheva, S.N. Kachalov

APPLICATION OF MINI-INVASIVE MANIPULATIONS IN DIAGNOSTIC AND TREATMENT JAUNDICE SYNDROME

*Far Eastern State Medical University Railroad
Clinical Hospital, Khabarovsk*

Summary

Analysis of complex application of mini-invasive manipulations in 98 patients with jaundice in preoperative period has been made. Possibilities of application of these manipulations has been studied. Effectivity of combination mini-invasive manipulations in diagnostic and treatment these group of patients were estimated.

лечения послеоперационной печеночной недостаточности. Поэтому проблема выбора инструментальной дооперационной декомпрессии желчных протоков при МЖ и гнойном холангите остается предметом дискуссии. Наиболее спорными вопросами являются этапность, очередность применения минимально-инвазивных методов лечения, эффективность при условии их сочетания, а также сроки выполнения хирургического вмешательства и определение вида операции.

Материалы и методы

Исследуемую группу представили 98 пациентов, которые подверглись комплексному обследованию и лечению с применением минимально-инвазивных вмешательств.

Из 98 пациентов 57 (58,2%) были женщины, 41 (41,8%) — мужчины.

В исследуемой группе пациенты с желтухой опухолевого генеза составляли 38 (38,78%), с неопухолевой желтухой — 60 (61,22%) чел.

Распределение исследуемой группы пациентов по длительности МЖ до госпитализации

Длительность МЖ до госпитализации, дни	Кол-во больных	Процентное соотношение
До 14	56	57,14
15-28	29	29,59
>28	13	13,27
Итого	98	100

Варьировала длительность сроков от возникновения желтухи до поступления пациентов в стационар, что отражено в таблице.

Среди больных с механической желтухой нами отмечен высокий процент поздних поступлений. Это связано с тем, что в ранние сроки за медицинской помощью обращались пациенты с преимущественно болевой формой МЖ, в более поздние сроки — пациенты с безболевой формой и люди старческого возраста.

На этапе обследования оценивались такие лабораторные показатели, как лейкоцитоз, уровень билирубина (общего и прямого). Для уточнения выраженности печеночной недостаточности оценивался уровень щелочной фосфатазы, активность аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ). В качестве маркеров почечной недостаточности использовали определение креатинина и мочевины крови. Одним из специальных методов диагностики было ультразвуковое исследование (УЗИ) печени, желчных протоков и панкреатодуоденальной зоны, которое проводилось на аппаратах ("Philips EnVisor", "Logiq 700 GE", и "Aloka-650") с применением как стандартного В-режима, так и с использованием тканевой гармоники и цветового картирования. У остальных больных причины МЖ были выявлены с помощью контрастных методов исследования.

В качестве эндоскопического метода выявления причины развития механической желтухи применя-

лась эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРПХГ), выполняемая на оборудовании "Olimpus Q40", — 87 пациентов (88,8%).

Чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС) (31 пациент), чрескожная чреспеченочная холецистостомия (12 пациентов) выполнялись по двухмоментной методике, предложенной Селдингером (1957), под ультразвуковым ("Aloka-500", "Aloka-650") и рентгенологическим контролем ("С-Arm Sthenoscope GE 9600"). В нашей работе мы использовали прямые и спиральные "Pig-tail", отечественные дренажи разработки В.Г. Ившина, а также дренажные системы производства фирмы "СООК" (США) диаметром 7-12 F. Перед выполнением манипуляции 10 пациентам осуществлялась ультразвуковая 3-D реконструкция ("Philips EnVisor") расширенных внутрипеченочных желчных протоков для выбора наиболее оптимального места пункции.

После купирования механической желтухи, печеночной недостаточности и воспалительного процесса выполнялся основной этап хирургического лечения. У ряда пациентов пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией оперативное лечение выполнялось в отдаленном периоде, после соответствующей подготовки в профильных отделениях.

Результаты и обсуждение

В период поступления больных в клинику показатели общего билирубина варьировали от 43 до 526 ммоль/л. У 66 пациентов (67,3%) имелись клинико-лабораторные признаки печеночной недостаточности различной степени тяжести. У 9 больных (9,2%) желтуха, преимущественно неопухолевого генеза (холедохолитиаз), была осложнена холангитом.

Всем больным было выполнено УЗИ на 1-2 сут поступления в стационар. На этом этапе исследования диагноз холедохолитиаза был установлен в 15 случаях, опухоли панкреатодуоденальной зоны — у 15 пациентов, подозрение на поражение внутрипеченочных протоков — у 4 больных, панкреонекроз был выявлен у 2 больных.



Холангиограмма больной С., 42 лет:

- а) опухоль головки поджелудочной железы препятствует попаданию контраста в 12-перстную кишку, б) через 6 сегментарный проток в общий желчный проток чрескожно введен спиралевидный "Pig-tail" дренажный катетер.

При ЭРПХГ причина обструкции желчных путей была выявлена у 67 больных, холедохолитиаз — у 48 пациентов, у одного выполнить канюляцию БДС не удалось из-за рубцовой деформации луковицы ДПК. При поражении внутрипеченочных желчных протоков (9 пациентов) при ЭРПХГ определяли дистальную границу поражения. Стриктуры холедоха выявлены у 10 больных, в том числе и у пациентов с хроническим панкреатитом. Исключение составили пациенты с ранее выполненными гастроэнтероанастомозами, дивертикулами БДС, при которых канюлирование холедоха не представлялось возможным.

На следующем этапе выполнялась ЭПСТ (48 пациентов) (на оборудовании "Olimpus Q40"). У пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой, первым этапом лечения являлась ЭРПХГ с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией, после чего в 44 случаях (91,7%) отмечено значительное улучшение состояния пациентов, а также купирование симптомов механической желтухи.

Показанием к выполнению ЧЧХС являлось опухольное поражение желчевыводящих путей, а также в 2 случаях (2,1%) при неэффективности ЭПСТ у больных с холедохолитиазом.

Срок снижения показателей билирубина до уровня ниже 100 мкмоль/л составил в среднем $12,3 \pm 2,5$ сут.

У пациентов с хроническим панкреатитом (4 пациента), осложненным стриктурой терминального отдела холедоха, а также с механической желтухой опухолевого генеза (38 пациентов), результаты ЭРПХГ и ЭПСТ были малоинформативны вследствие невозможности канюляции холедоха или из-за неполного контрастирования желчного дерева, что не позволяет оценить проксимальную границу поражения. Методом выбора в таких случаях являлась чрескожная чреспеченочная холангиография с последующей чрескожной чреспеченочной холангиостомией. У таких пациентов сроки выполнения оперативного вмешательства варьировали от 3 до 26 сут (в среднем 7,5), в зависимости от длительности механической желтухи.

В 4 наблюдениях при распространении опухолевого процесса на зону конfluence доли желчных протоков лечение в стационаре завершалось на этапе установки чрескожной чреспеченочной холангиостомы, поскольку срок снижения показателей билирубина до уровня ниже 100 мкмоль/л составил в среднем $12,3 \pm 2,5$ сут. Выполнить радикальную операцию или обходной анастомоз не представлялось возможным.

При выполнении чрескожной холецистостомии (12 пациентов), у 2 из них отмечалась дислокация катетера с последующим развитием у 1 больного желчного перитонита. Ему выполнена санация брюшной полости с традиционной холецистостомией. В последующем больной был выписан в связи с иноперабельностью опухоли поджелудочной железы. Других осложнений не было. При выполнении ЧЧХС в одном случае произошла внутрипеченочная дислокация прямого дренажного катетера. В тот же день рентгенооперационной дренаж установлен обратно в холедох.

Принятие решения в пользу ЭРПХГ или ЧЧХГ во многом определялось наличием или отсутствием выраженной желчной гипертензии (степенью расширения протоков), предполагаемым уровнем обтурации (использование ЧЧХГ целесообразнее при более проксимальном, по отношению к общему желчному протоку, поражении), возможностью данного лечебного учреждения. При необходимости показано применение обоих методов диагностики (последовательно или одновременно) с целью уточнения дистального и проксимального уровня обтурации и выбора адекватного метода лечения. Вместе с тем в большинстве случаев клиницисты, по-видимому, отдадут предпочтение ЭРПХГ и ЭПСТ.

Оценивая полученные данные, при выборе метода желчеотведения необходимо учитывать следующее:

- 1) информативность диагностической методики;
- 2) уровень обструкции билиарного дерева: проксимальный или дистальный;
- 3) распространенность опухолевого поражения;
- 4) состояние больного, т.е. планируется ли после билиарной декомпрессии удаление опухоли;
- 5) прогнозируемое время жизни больного после желчеотведения, если радикальная операция не планируется;
- 6) безопасность метода (вероятность осложнений и степень их тяжести);
- 7) техническая сложность метода.

Выводы

1. Минимально-инвазивные эндоскопические и чрескожные чреспеченочные декомпрессионные вмешательства представляют собой эффективный способ восстановления желчеоттока при обструкции билиарной системы.

2. Эти методики позволяют достаточно быстро и эффективно ликвидировать МЖ и холангит, дают возможность проводить хирургические вмешательства в наиболее благоприятных условиях, в плановом порядке, а у больных пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией могут служить альтернативой хирургическому лечению.

3. Проводимые вмешательства малотравматичны и сопровождаются небольшим числом осложнений. Применение этих методов позволяет значительно ускорить положительные результаты лечения больных механической желтухой.

Литература

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. М., 1997. С. 152.
2. Данилов М.В., Глабай В.П., Кустов А. Е.Л. // Анналы хирургической гепатологии. 1997. Т. 2. С. 110-116.
3. Иванов Ю.В. // Лечащий врач. 2002. №7. С. 35.
4. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д. Чрескожные диагностические и желчеотводящие вмешательства у больных механической желтухой. М., 2000. 310 с.
5. Каримов Ш.И. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой.

кой желтухой. Ташкент: Изд-во им. Ибн Сины, 1994. 239 с.

6. Каримов Ш.И. Современные проблемы хирургической гепатологии. // Мат-лы IV конф. хирургов-гепатологов. 1996. С. 123-131.

7. Мартов Ю.Б., Галушков Г.М., Подолинский С.Г. и др. // Новые технологии в диагностике и хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны. М., 1995. С. 90-93.

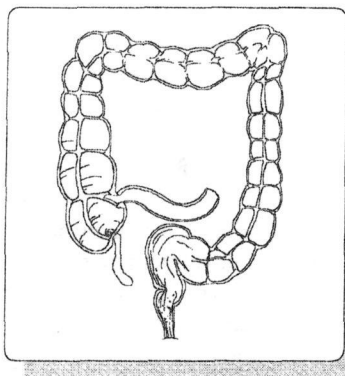
8. Савельев В.С., Прокубовский В.И., Филимонов М.И. и др. // Хирургия. 1988. №1. С. 3-7.

9. Чиж Г.В., Карпович Д.И. // Новости лучевой диагностики. 1999. №3. С. 28-29.

10. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. // Анналы хирургической гепатологии. 1997. Т. 2. С. 117-122.

11. Guschieri A., Buess G., Perissat J. Operative manual of endoscopic surgery // Springer-Verlag. 1993. Vol. 2. P. 273.

12. Somnay K., Carr-Locke D.L. // Surgery of the Liver and Biliary Tract. New York: W. B. Saunders, Inc.; 2000. P. 749-770.



УДК 611.346.2 : 616.346.2 - 089

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова

К ВОПРОСУ О КЛАССИФИКАЦИИ РЕТРОЦЕКАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Частота ретроцекальной позиции червеобразного отростка весьма вариабельна и колеблется от 7 до 25% и более [2, 6-8, 10, 11].

Забрюшинное расположение червеобразного отростка зафиксировано в 1,4-1,9% наблюдений [3, 5]. А.И. Гурин [4] из 146 больных с острым аппендицитом забрюшинное расположение червеобразного отростка отметил у 5,4% больных. Нам представляется, что высокий процент расположения забрюшинного расположения червеобразного отростка обусловлен неоднозначной оценкой хирургами во время операции определения позиций червеобразного отростка при ретроцекальном его расположении. Это относится к червеобразному отростку, который частично (преимущественно верхушка отростка) расположен забрюшинно, а остальные отделы аппендикса находятся внутрибрюшинно. А.И. Ленушкин [7] и соавт. указывают, что при задневозходящем (ретроцекальном) положении червеобразный отросток круто загибается кверху позади слепой кишки, располагаясь между ней и задней стенкой брюшной полости. Иногда отросток доходит до печени, причем он может быть расположен как внутрибрюшинно, так и забрюшинно и своим концом может касаться жировой капсулы почки.

М.И. Резницкий [9] предлагает различать четыре варианта ретроцекального положения отростка: а) сво-

Резюме

В своей работе авторы выделяют пять позиций червеобразного отростка при его ретроцекальном расположении. Позиция червеобразного отростка определяет способы хирургического и лапароскопического удаления червеобразного отростка.

V.R. Korita, S.A. Vavrinchuk, I.N. Streltsova

ABOUT THE CLASSIFICATION OF RETROCECAL LOCATION OF VERMIFORM APPENDIX

Far East state medical university, Khabarovsk

Summary

The authors of this work bring forward five positions of vermiform appendix in its retrocecal location. The position of vermiform appendix determines surgical and laparoscopic ways of removing appendix.

бодное, внутрибрюшинное, между слепой кишкой и задней брюшиной; б) при интрамуральной форме, когда отросток интимно спаян с задней стенкой слепой кишки; в) в сращениях с задней брюшиной; г) при полном забрюшинном расположении.