

© Коллектив авторов, 2008
УДК 616.362/.367-007.271-089.48

С.Ф.Багненко, В.Е.Савелло, М.Ю.Кабанов, А.Ю.Корольков, Д.М.Яковлева

ПРИМЕНЕНИЕ СМЕННЫХ ТРАНСПЕЧЁНОЧНЫХ КАРКАСНЫХ СТЕНТОВ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ СТРИКТУРАМИ ПЕЧЕНОЧНОГО И ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА

Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И.Джанелидзе
(дир. — чл.-кор. РАН проф. С.Ф.Багненко)

Ключевые слова: стриктура, транспечёночный каркасный стент, качество жизни.

Введение. Основными причинами рубцовых поражений жёлчных протоков являются стриктуры, которые возникают вследствие их повреждений или предшествующих неудачных хирургических вмешательств. Они могут быть травматического и воспалительного генеза. Посттравматические рубцовые стриктуры составляют от 90 до 97% [4]. В настоящее время участились случаи повреждений жёлчных протоков, связанные с огнестрельными и ножевыми ранениями в быту, а также лапароскопическими оперативными вмешательствами. Среди этих вмешательств ведущее место в настоящее время занимает холецистэктомия. Повреждения печеночного и общего желчного протока при выполнении таких операций, по данным разных авторов, встречаются от 0,3 [3] до 2% [2, 7]. Как правило, такие повреждения бывают «высокими» и возникают вследствие грубых манипуляций при выделении жёлчного пузыря. К сожалению, не всегда сразу удаётся обнаружить такое осложнение, и часто больные попадают в стационар на стадии развития рубцовой стриктуры. Учитывая, что внепечёночные жёлчные протоки в большинстве случаев нормального диаметра, реконструктивно-восстановительные операции в связи с этим чрезвычайно сложны, и их приходится выполнять с использованием каркасного дренирования для предотвращения развития стриктуры в зоне сформированного анастомоза. Операцией выбора является наложение билиодигестивного соустья выше существующего препятствия току жёлчи с одно- или двусторонним дренированием сменными транспечёночными перфорированными дренажами (СТПД) типа Groetz—Saypol—Kurian. С целью профилактики рецидива стриктуры СТПД

носят в течение двух лет. Уход за ними проблематичен. Один раз в 3 мес производится их замена, ежедневно пациент должен их промывать раствором антисептика. Неправильные действия приводят к развитию ряда серьёзных осложнений, таких как потеря дренажей, острому холангиту, травматизации внутриспечёночных протоков и др. Альтернативой им могут служить сменные транспечёночные каркасные стенты (СТКС) [6], которые мы предлагаем использовать в практике билиарной хирургии для улучшения качества жизни пациентов в послеоперационном периоде.

Материал и методы. За период с 2000 по 2007 г. в нашем институте лечили 27 пациентов из клиник города по поводу повреждений внепечёночных жёлчных протоков различного генеза. Из них 4 мужчин и 23 женщины различного возраста. Учитывая, что все повреждения были высокими, мы выполняли формирование билиодигестивных анастомозов на сменных транспечёночных дренажах по методике Groetz—Saypol—Kurian. Качество жизни пациентов оценивали после замены перфорированных дренажных трубок на неперфорированные по шкале оценки качества жизни пациента SF-36 и методике вычисления интегрального показателя качества жизни по предложенному опроснику (в норме от 0 до 50 баллов) [1]. В качестве сменных транспечёночных дренажей мы использовали полихлорвиниловые трубки диаметром 5 мм. Учитывая, что качество жизни при применении СТПД у пациентов снижено, мы использовали СТКС. Используя их, руководствовались физическим законом сохранения массы. Для жидкости, текущей в трубе, этот закон используют в форме уравнения неразрывности: $vS=const$, где v — скорость жидкости, S — площадь сечения трубы, по которой течёт жидкость. Сформулировать этот закон можно и так: сколько вливается жидкости в ёмкость, столько должно и выливаться, если условия течения не изменяются. Скорость в узких участках трубы должна быть выше, чем в широких [5]. На основе этого закона, применив СТКС, мы не только освобождаем пациента от трудоёмкого ухода за дренажными трубками, но, увеличивая скорость тока жёлчи, предупреждаем развитие холангита. Оцениваем состояние внутриспечёночных протоков динамической спиральной компьютерной томографией аппаратом Somatom Sensation 4 («Siemens»).

Результаты и обсуждение. Из всех 27 пациентов 2 оперированы в раннем периоде выявления повреждений внепечёночных жёлчевыводящих протоков, а 25 — в фазе развития стриктуры.

Хотим привести примеры собственных клинических наблюдений, состоящих из двух групп пациентов с повреждением печеночного и общего желчного протока.

Первым является больная, у которой диагностировано осложнение в 1-е сутки после лапароскопической холецистэктомии.

1. В одну из больниц города, в июле 2000 г. по экстренным показаниям с диагнозом жёлчнокаменная болезнь, острый калькулёзный холецистит поступила пациентка Б., 41 года, торговый работник. Консервативная терапия без существенного эффекта. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) диагноз жёлчнокаменной болезни подтверждён, установлены признаки деструктивных изменений стенки жёлчного пузыря. В дневное время суток оперирована. Во время лапароскопической холецистэктомии выявлен гангренозный холецистит. Холецистэктомия без каких-либо, как показалось оперировавшему хирургу, сложностей. Операция закончена дренированием подпечёночного пространства. В течение первых суток после операции по дренажной трубке выделялось приблизительно 500 мл жёлчи. Релапароскопия, во время которой установлено поступление жёлчи из элементов печёчно-двенадцатиперстной кишки. Визуализировать источник желчеистечения не удалось. Лапаротомия, во время которой установлено полное повреждение печеночного и общего желчного протока от супрадуоденальной части общего желчного протока, вплоть до обоих долевых протоков. Отсутствующий участок протока (его диаметр 4 мм) был выжжен. Желчеистечение из обоих долевых протоков. После ревизии органов брюшной полости и элементов печёчно-двенадцатиперстной кишки выполнено ушивание оставшейся части общего желчного протока с последующим наложением бигипатикоеноаноанастомоза на изолированной по Ру петле тощей кишки с двусторонним транспечёночным дренированием по Groetz—Saypol—Kurina перфорированными дренажными трубками, выведенными на переднюю брюшную



Рис. 1. Фото больного Р., 52 года, через 1 год после оперативного вмешательства (объяснение в тексте).

стенку через отдельные разрезы. Послеоперационный период гладкий. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением.

2. Пример отсроченного вмешательства. Из города М. в феврале 2007 г. поступил больной П., 15 лет, учащийся средней школы, который в ноябре 2006 г. в быту получил огнестрельное ранение в живот из охотничьего оружия. По экстренным показаниям был оперирован в районной больнице по месту жительства, где диагностировано повреждение внепечёночных жёлчевыводящих путей на уровне слияния. Выполнены холецистэктомия и дренирование печеночного и общего желчного протока по Керу. По описанию протокола операции технических особенностей выполнения вмешательства не было. Через неделю отмечено появление желтухи с постепенным её прогрессированием. Ситуация расценена как следствие развившегося послеоперационного панкреатита. Лечение в течение 1 мес без эффекта с прогрессирующим ухудшением состояния. Пациент переведён в НИИСП им. И.И.Джанелидзе.

Состояние тяжёлое. Тяжесть обусловлена прогрессирующим печёночной недостаточности на фоне холестатического синдрома (билирубин 220 ммоль/л, за счёт прямой фракции 115 ммоль/л). При поступлении после проведения комплекса стандартного обследования выполнена фистулография, во время которой обнаружена протяжённая высокая стриктура общего печёночного протока, распространяющаяся от зоны Т-образного дренажа до слияния печеночных протоков.

После предоперационной подготовки больной был оперирован. Выполнено иссечение поражённой части печеночного и общего желчного протока с последующим формированием бигепатикоеноаноанастомозов на изолированной по Ру петле тощей кишки с двусторонним транспечёночным дренированием СТПД по Groetz—Saypol—Kurian. Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичное.

Через 1 мес после выполненной операции и стандартного ведения сменных транспечёночных дренажей мы отходим от классической методики ввиду сложностей ежедневной обработки пациентом дренажей, из-за чего страдает качество жизни. Интегральный показатель качества жизни у всех пациентов с СТПД составил более 50 баллов (137 в среднем). Мы соединяем концы выведенного дренажа с каждой стороны между собой для обеспечения циркулярного тока жёлчи, а затем ещё через 1 мес меняем их на неперфорированные (рис. 1). Такая методика позволяет улучшить качество жизни пациента.

Несмотря на постоянное промывание и смену перфорированных дренажей 1 раз в 2 мес, у больных сохраняются рентгенологические признаки наличия холангита, что отсутствует при применении неперфорированных дренажных трубок (рис. 2, а). Применяя неперфорированные дренажи, мы освобождаем пациента от ухода за ними, исключив тем самым возможность развития каких-либо осложнений. Холангит или появления желтухи у наших больных не отмечено (см. рис. 2, б). Интегральный показатель жизни у этих пациентов — до 50 баллов.

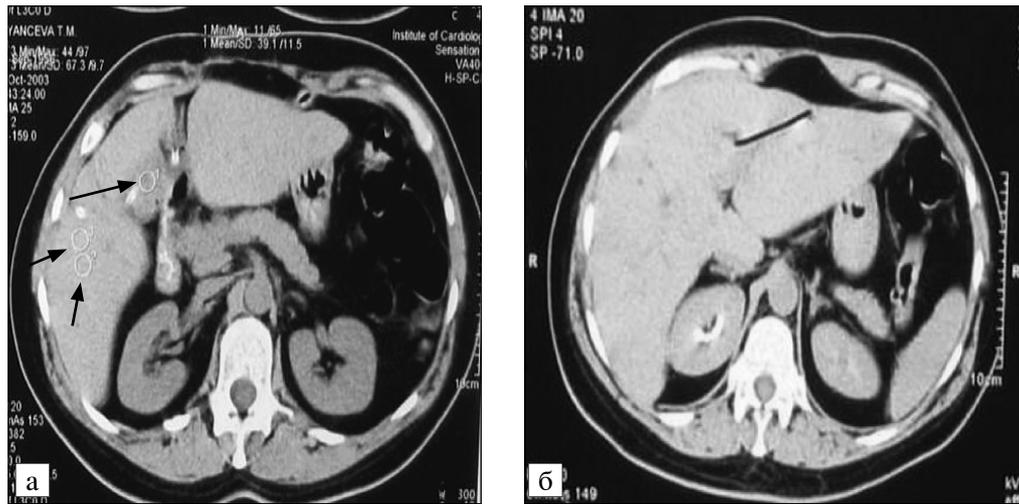


Рис. 2. Компьютерная томограмма больного Б., 54 года.

а — через 2 года от момента установки СТПД. Имеются рентгенологические признаки холангита (указано стрелками); б — тот же пациент через 3 нед от момента смены СТПД на СТКС. Рентгенологических признаков холангита нет.

Все пациенты работают по своей специальности. Полное удаление дренажных трубок мы производим через 2 года при благоприятном течении.

Выводы. Применив неперфорированные сменные транспечёночные дренажи у больных после реконструктивных операций на внепечёночных желчевыводящих протоках, мы достигаем не только хороших непосредственных результатов оперативного вмешательства, но и существенно улучшаем качество жизни пациента в послеоперационном периоде.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Багненко С.Ф., Сухарев В.Ф., Кузьмин-Крутецкий М.И. и др. Нарушения моторики двенадцатиперстной кишки как причина первичных стриктур большого дуоденального сосочка и тактика их лечения // Анн. хир. гепатол.—2003.—№ 2.—С. 78–79.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Кубачев К.Г. Интраоперационные повреждения желчных протоков // Анн. хир. гепатол.—2000.—№ 2.—С. 98–99.
3. Галлингер Ю.И., Карпенкова В.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Там же.—2000.—№ 2.—С. 103–104.
4. Гальперин Э.И., Кузовлёв Н.Ф., Караюлян С.Р. Рубцовые стриктуры жёлчных протоков.—М.: Медицина, 1982.—С. 165–166.
5. Ландау Л.Д., Лившиц Е.М. Гидродинамика.—М.: Медицина, 1988.—С. 20–21.

6. Патент 2286807 Российской Федерации, МПК А 61 М 27/00. Способ каркасного транспечёночного дренирования / С.Ф.Багненко, А.Ю.Корольков, М.Ю.Кабанов: заявитель и патентообладатель ГУ СПБНИИСП им. И.И.Джанелидзе. Приоритет 18.05.2005 // Бюл.—2006.—№ 31—С. 2.

7. Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Михайлов А.П. Осложнения в абдоминальной эндовидеохирургии // Эндоскоп. хир.—2000.—№ 5.—С. 3–11.

Поступила в редакцию 20.06.2007 г.

S.F.Bagnenko, V.E.Savello, M.Yu.Kabanov,
A.Yu. Korolkov, D.M.Yakovleva

APPLICATION OF EXCHANGEABLE TRANSHEPATIC FRAME STENTS IN PATIENTS WITH POSTTRAUMATIC STRICTURES OF THE HEPATIC AND COMMON BILE DUCT

For the period from 2000 through 2007 there were 27 patients treated for lesions of extrahepatic bile ducts of different genesis. Since all the lesions were high, we have formed biliodigestive anastomoses on the exchangeable transhepatic drains by the method of Groetz-Saypol-Kurian. In a month after the operation and a standard management of the exchangeable transhepatic drains we departed from the classical technique and applied non-perforated drains. Using the nonperforated exchangeable transhepatic drains in patients after reconstructive operations on the extrahepatic bile ducts gave good immediate results of operations and substantially improved quality of life of the patients in the postoperative period.