

анемией можно справиться путем длительного лечения железосодержащими препаратами и периодической эндоскопической коагуляции новых АВМ.

Клинический пример

Пациент *Н.*, 42 года, переведен в отделение реанимации РКБ 05.11.2010 г. из Кабанской ЦРБ с признаками профузного кишечного кровотечения. Заболел 30.10.2010 г., когда появился стул с примесью крови со сгустками, общая слабость, головокружение. Осмотрен врачом скорой помощи 01.11.2010 г., госпитализирован в хирургическое отделение ЦРБ. Проводилась гемостатическая, кровезамещающая, инфузионная терапия. Эффекта от проводимой терапии не достигнуто, сохранялись признаки кишечного кровотечения. Транспортирован в отделение реанимации РКБ. Из анамнеза выяснено, что с 2007 г. страдает фибрилляцией предсердий. С мая 2010 г. принимает варфарин — 2,5 мг в сутки без контроля МНО. Общее состояние при поступлении тяжёлое. В сознании. Жалобы на многократное выделение крови со сгустками из анального канала, головокружение, общую слабость, ноющие боли в области сердца, сердцебиение. Кожные покровы, слизистые бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Ожирение I степени. В лёгких — дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, приглушены, ЧСС — 140 уд./мин, пульс — 100 уд./мин, А/Д — 130/80 мм рт. ст. Поколачивание по костно-verteбральным углам безболезненное. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, слегка болезненный в верхних отделах, правом подреберье при глубокой пальпации. Край правой доли печени на 5 см выступает из-под рёберной дуги, болезненный. Отмечаются отёки нижних конечностей до коленных суставов. Суточный диурез до 1 литра. Стула не было в течение 5 суток. При пальцевом исследовании в ампуле прямой кишки — кровь со сгустками.

В общем анализе крови при поступлении: *Hb* — 38 г/л; эр. — $1,2 \times 10^{12}/л$, *L* — $8,3 \times 10^9/л$; п/я — 3; с/я — 54; л. — 23; м. — 4. В общем анализе мочи: уд. вес — 1018; белок — 0,33 г/л; МНО — 2,4. Экстренно госпитализирован в отделение реанимации, начато переливание одногруппной крови и кровезаместителей, гемостатическая, симптоматическая терапия. После проведенной интенсивной терапии кровотечение продолжается, *Hb* — 87 г/л, лечение продолжено. 07.11.2010 г.: *Hb* — 46 г/л. 08.11.2010 г. произведено переливание более всего объёма циркулирующей крови, *Hb* — 48 г/л.

При фиброгастроэнтероэнтерографии источника кровотечения не выявлено, при колоноскопии осмотрена вся ободочная кишка, источника кровотечения не найдено. Замечено подтекание крови из тонкой кишки.

Состояние пациента остаётся тяжёлым. Кожные покровы бледные, одышка, цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца аритмичные, ЧСС — 136 уд./мин., А/Д — 100/60 мм рт. ст. Учитывая продолжающееся кровотечение, неэффективность консервативной терапии, решено провести оперативное лечение. 08.11.2010 г. под эндотрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия. В брюшной полости более 3 литров прозрачной асцитической жидкости, которая эвакуирована электроотсосом. При ревизии брюшной полости на расстоянии до 1,5 метров от связки Трейтца обнаружена инфильтрация стенки тонкой кишки на протяжении с изъязвлением снаружи и выраженным варикозным расширением вен подслизистого слоя, которые видны через серозно-мышечную оболочку кишки, что расценено как артериовенозная мальформация стенки тонкой кишки. Выполнена резекция 30 см тонкой кишки с анастомозом «конец в конец», дренирование брюшной полости двумя силиконовыми трубками. Наложены послойные швы на рану брюшной стенки. Резецированный участок тонкой кишки направлен на гистологическое исследование.

Послеоперационный период протекал удовлетворительно. Признаков кровотечения нет. *Hb* — 118 г/л. Швы сняты на 9-е сутки. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга, кардиолога по месту жительства.

А.Д. Быков, Г.Ф. Жигаев, Д.А. Дороган

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

ВВЕДЕНИЕ

«Ни в одной области не приходится хирургу бывать иногда в таком затруднительном положении, как при операциях на желчных путях, и нигде нельзя повредить так больному малейшей ошибкой, допущенной при операции» (Фёдоров С.П., 1918). Хирургические вмешательства, выполняемые больным по поводу калькулёзного холецистита и его осложнений, стали обычным методом лечения этого забо-

ления (Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е., 2007). Выполнение билиодигестивных анастомозов, папиллосфинктеротомии в ряде случаев сопровождается развитием панкреатита, холангита или неадекватной декомпрессией вышележащих отделов гепатикохоледоха, что обуславливает неудовлетворительные отдалённые результаты. При операциях на внепечёночных желчных протоках возникают показания к дренированию у 15–25 % пациентов от количества всех операций, выполняемых при доброкачественных заболеваниях желчевыводящих путей (Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Дедерер Ю.М. с соавт., 1983; Anderberg B. et al., 1984). Вместе с тем выбор наиболее оптимального варианта хирургической коррекции при окклюзионных заболеваниях внепечёночных желчных протоков до настоящего времени является одним из сложных проблем хирургии желчных протоков, что обусловлено развитием тяжёлых послеоперационных осложнений (Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е., 2007). В связи с этим лучшим способом избежать осложнений после операций на желчных протоках является их дренирование.

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Наружное дренирование общего желчного протока может быть осуществлено различными способами, имеющими те или иные преимущества и недостатки. Впервые наружное дренирование желчного протока было произведено в 1891 г. R. Abbe, который после наложения шва на рану стенки протока после холедохотомии ввёл в её просвет резиновую дренажную трубку через культю пузырного протока. В 1892 г. W. Dunsop дренировал общий желчный проток стеклянной трубкой, а A. Jape использовал резиновый дренаж. Показания для наружного дренирования внепечёночных желчных протоков отражены в программных докладах В.В. Виноградова, А.В. Гуляева, О.Б. Милонова, П.Н. Напалкова и Е.В. Смирнова на 24-м конгрессе Международного общества хирургов в Москве (1971):

- 1) для удаления инфицированной желчи при холангите с целью временной декомпрессии желчных путей при воспалительных изменениях гепатикохоледоха, поджелудочной железы и фатерова сосочка;
- 2) выраженная билиарная гипертензия, обусловленная воспалительным процессом в области БДС (отёчные формы папиллитов, оддиты);
- 3) при невозможности завершить холедохотомию другими способами;
- 4) для предупреждения рубцовых изменений желчных протоков после наложения на них швов, билиодигестивных анастомозов и пластических операций;
- 5) резкие изменения стенки протока и невозможность использовать другие методы завершения холедохотомии;
- 6) необходимость снять желчную гипертензию для разгрузки наложенных билиодигестивных анастомозов.

Определены общие принципы дренирования общего желчного протока (Виноградов В.В., Венкатадри Г., 1975):

1. Место дренирования общего желчного протока и направление дренажной трубки по отношению к току желчи не имеют принципиального значения.
2. Максимальное наружное отведение желчи по дренажу возможно тогда, когда наружный конец дренажа находится ниже уровня печёочно-желчного протока.
3. Внутренний диаметр дренажа должен быть не менее 3 мм.

БИЛИОДИГЕСТИВНЫЕ АНАСТОМОЗЫ

«Нет никакого сомнения, что знание нормальной анатомии и топографических отношений в той области, где приходится оперировать, даёт хирургу наиболее полную уверенность в предпринимаемых действиях, сокращает время операции, а главное, почти всегда помогает избежать нежелательных, часто опасных для жизни больного ранений соседних с полем операции органов» (Фёдоров С.П., 1918). Поэтому успех оперативных вмешательств на желчных путях во многом зависит от того, насколько хирург ориентирован в анатомии последних (Пауткин Ю.Ф., Климов А.Е., 2007).

СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Доброкачественные стриктуры являются одной из частых причин поражения внепеченочных желчных протоков (Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Anderberg B. et al., 1984). В зависимости от этиологического фактора их подразделяют на посттравматические и воспалительные, отличающиеся также своими клиническими проявлениями, методами диагностики и характером оперативных вмешательств, производимых с целью их коррекции.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ СТРИКТУРЫ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Рубцовые стриктуры общего печеночного или общего желчного протоков в подавляющем большинстве случаев возникают после случайного повреждения их стенок, в процессе операции более 90 % стриктур гепатикохоледоха, развившихся спустя 4–6 месяцев после холецистэктомии, относят к пост-

травматическим, а после операций на желчных путях в 10 % случаев образуются рубцовые стриктуры холедоха (Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Милонов О.Б., Грязнов С.Н., 1986).

Лечение механической желтухи остается одной из актуальных и сложных проблем в хирургии внепечёночных желчных протоков. Эффективность хирургического лечения больных с данной патологией зависит от многих факторов: выраженности механической желтухи, ее длительности, функционального состояния печени, сопутствующих заболеваний и возраста пациента, выбранной тактики оперативного лечения в различных ситуациях.

По материалам Республиканской клинической больницы, были изучены результаты дренирования внепечёночных желчных протоков за период с 2001 по 2009 гг. у 343 пациентов с механической желтухой вследствие обтурации внепечёночных желчных протоков. Из них женщин — 235, мужчин — 108. У 8 (2,33 %) из них была выявлена опухоль гепатикохоледоха, у 5 (1,45 %) — рак большого дуоденального сосочка, у 73 (21,28 %) пациентов — рак головки поджелудочной железы, 254 (74,9 %) пациента пролечены по поводу холедохолитиаза, 3 (0,87 %) — по поводу стенозирующего папиллита. В предоперационном периоде больным проводилось обследование в объеме ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, компьютерной томографии брюшной полости, проводилась дифференциальная диагностика желтухи на основании лабораторных данных клинических и биохимических исследований.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Холедохолитотомия выполнена у 254 (74,9 %) пациентов, из них в условиях острого холецистита, холангита — у 119 (30,32 %); наружное дренирование гепатикохоледоха произведено у 135 (39,35 %) пациентов, из них по методу Вишневого — у 119 (35 %), по Керру — у 5 (1,45 %), по Холстеду — Пиковскому — у 11 (3,23 %). Билиодигестивные анастомозы выполнены у 239 (69,6 %) больных, из них у 152 (44,31 %) — по Юрашу, у 3 (0,87 %) — по Финстереру. Гепатикоеюноанастомозы выполнены у 11 (3,2 %) пациентов, гепатикоэнтероанастомозы — у 7 (2,04 %), холецистоэнтероанастомозы — у 31 (9,03 %), антирефлюксные инвагинационные цистикодуоденоанастомозы — у 35 (10,2 %). Цистикодуоденоанастомоз выполняли не только в случае широкой шейки пузырного протока, но и в случае меньшего диаметра при условии его полной проходимости. В условиях воспалительной инфильтрации гепато-дуоденальной связки, деструктивного воспалительного процесса желчного пузыря наложение билиодигестивных соустьев представляет определенную опасность их несостоятельности. Антирефлюксные инвагинационные цистикодуоденоанастомозы при постхолецистэктомическом синдроме (оставленные желчные камни, длинная шейка пузырного протока) выполнены у 2 (0,58 %) пациентов (приоритет).

В условиях распространённого желчно-гнояного перитонита выполнены следующие методы дренирования желчных протоков: по Вишневскому — у 88 больных (25,65 %), по Керру — у 1 (0,29 %), по Холстеду — Пиковскому — у 3 (0,87 %), цистикодуоденоанастомозы — у 3 (0,87 %).

Выполнили наружное дренирование печёночных протоков в условиях распространённого желчного перитонита после ятрогенного удаления гепатикохоледоха по Быкову — у 2 (0,58 %) пациентов (патент РФ на изобретение № 2324433 от 20 мая 2008 г.). При этом применили интраоперационно изготовленную дренажную конструкцию.

Из 343 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 19 (5,53 %). В 12 (3,49 %) наблюдениях они закончились летальным исходом. 3 (0,87 %) больных умерли от распространённого желчного перитонита, 2 (0,58 %) — от несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза, 6 (1,74 %) — от печеночной недостаточности, в 1 (0,29 %) случае смерть наступила от тромбоэмболии лёгочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный инвагинационный цистикодуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 28 больных и оценивались как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Хорошими результаты считались при полном отсутствии жалоб пациентов, сохранённой работоспособности, общем благополучном состоянии. Удовлетворительными результаты считались при общем благополучном состоянии больных, сохранении работоспособности, но при наличии жалоб на периодически возникающую диспепсию, иногда общую слабость. При наличии признаков рецидивирующего холангита, холестаза, инвалидизации пациентов результаты считались неудовлетворительными. В 8,1 % случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы), в 80,1 % случаев — удовлетворительные, в 11,8 % наблюдений — неудовлетворительные.

Таким образом, при сравнении эффективности методов билиодигестивных анастомозов в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде (в условиях перитонита в том числе) операцией выбора может быть антирефлюксный инвагинационный цистикодуоденоанастомоз, а при отсутствии общего печёночного и общего желчного протоков в условиях перитонита мы предлагаем авторскую дренажную конструкцию.