

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**Д.А. Дороган, А.Д. Быков****СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ДРЕНИРОВАНИЯ
ВНЕПЕЧЁНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ***Бурятский государственный университет (г. Улан-Удэ)***АКТУАЛЬНОСТЬ**

Лечение механической желтухи остается одной из актуальных проблем в хирургии внепечёночных желчных протоков. Послеоперационная летальность при данной патологии составляет 5–12,2 % (Гальперин Э.И. с соавт., 1982; Lindenauer S.M., 1973).

Удельный вес операций на внепечёночных желчных протоках, заканчивающийся их дренированием, колеблется в пределах 15–25 % от количества всех операций, выполняемых при доброкачественных заболеваниях желчевыводящих путей (Рынейский С.В., Морозов Ю.И., 1968; Вишневский А.А. с соавт., 1972; Милонов О.Б., Грязнов С.Н., 1986). Выбор наиболее оптимального варианта хирургической коррекции при механической желтухе до настоящего времени остаётся в центре внимания хирургов и является одной из сложных проблем хирургии желчных путей.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить способы билиодигестивных анастомозов и методы дренирования внепечёночных желчных протоков при механической желтухе.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Определить клиническую эффективность методов и способов дренирования внепечёночных желчных протоков при механической желтухе.
2. Оценить эффективность терминолатерального билиодигестивного антирефлюксного анастомоза.
3. Изучить отдалённые результаты билиодигестивных анастомозов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

По материалам Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко были изучены результаты дренирования внепечёночных желчных протоков за период 2000–2009 гг. у 528 пациентов с механической желтухой вследствие обтурации внепечёночных желчных протоков, из них женщин было 358, мужчин — 170 человек. У 12 (2,27 %) из них была выявлена опухоль гепатикохоледоха, у 4 (0,75 %) — рак большого дуоденального сосочка, у 104 (19,69 %) — рак головки поджелудочной железы, 389 (73,67 %) пациентов пролечены по поводу холедохолитиаза, 16 (3,03 %) — по поводу острого холецистопанкреатита, 3 (0,56 %) — по поводу стенозирующего папиллита; в условиях распространённого желчно-гнойного перитонита выполнено 76 (14,39 %) операций. В предоперационном периоде больным проводилось обследование в объеме ультразвукового исследования брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопии, компьютерной томографии брюшной полости, а также дифференциальная диагностика желтухи на основании лабораторных данных клинических и биохимических исследований. Холедохолитотомия выполнена 389 (73,67 %) пациентам. В условиях механической желтухи у 253 (47,91 %) пациентов произведено наружное дренирование гепатикохоледоха (по методу Вишневского — 232 (43,93 %), по Керру — 11 (2,08 %), по Холстеду — Пиковскому — 10 (1,89 %)). Билиодигестивные анастомозы выполнены 275 (52,08 %) больным, из них 185 (35,03 %) — по Юрашу, 3 (0,56 %) — по Финстереру, гепатикоеюноанастомозы — 12 (2,27 %), гепатикоэнтероанастомозы — 12 (2,27 %), холецистоэнтероанастомозы — 30 (5,68 %), цистикоеюноанастомоз — 1 (0,18 %), антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы — 32 (6,06 %) пациентом. Цистикодуоденоанастомоз выполняли только в случае широкой шейки пузырного протока (не менее 0,5 см). В условиях воспалительной инфильтрации гепато-дуоденальной связи, деструктивного воспалительного процесса желчного пузыря наложение билиодигестивных соустьев представляет определенную опасность их несостоятельности.

В условиях распространённого желчно-гнойного перитонита выполнены следующие методы дренирования желчных протоков: по Вишневскому — 68 (12,87 %), по Керру — 1 (0,18 %), по Холстеду — Пиковскому — 3 (0,56 %), цистикодуоденоанастомоз — 2 (0,37 %), по Быкову — 2 (0,37 %) случая (патент РФ № 2324433 от 20 мая 2008 г.).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами были получены и проанализированы результаты у всех больных. Из 528 пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечались у 14 (2,65 %). В 9 (1,7 %) наблюдениях они закончились летальным исходом. 2 (0,37 %) больных умерли от распространённого желчного перитонита, от несостоятельности швов билиодигестивного анастомоза — 1 (0,18 %), от печеночной недостаточности — 5 (0,94 %), в 1 (0,18 %) случае смерть наступила от тромбоэмболии лёгочной артерии. Не возникло летальности и осложнений у пациентов, которым выполнили антирефлюксный цистикодуоденоанастомоз.

Отдаленные результаты были изучены у 26 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 они считались неудовлетворительными. В 9,375 % случаев результаты были хорошие (в основном это пациенты, которым выполнены антирефлюксные цистикодуоденоанастомозы), в 78,125 % случаев — удовлетворительные, в 12,5 % случаев — неудовлетворительные.

ВЫВОД

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 цистикодуоденоанастомоз при наличии условий возможности его выполнения, а при отсутствии общего печёчного и общего желчного протоков в условиях перитонита предлагаем нашу дренажную конструкцию (патент РФ на изобретение № 2324433 от 20 мая 2008 г.).

А.Л. Камека, С.Н. Леонова

**ТЕПЛОВИЗИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ
ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ
ТКАНИ**

Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

В последнее время тепловидение не случайно привлекает к себе пристальный интерес. Поиск идеального метода диагностики неизбежно привел к тепловидению, которое наиболее емко совмещает в себе визуализацию патологии, абсолютную безвредность для больного и медицинского персонала, быстроту и простоту получения информации, техническую и экономическую доступность. Кроме того, использование тепловизионной диагностики дает возможность оценки эффективности лечения и контроля лечебно-оздоровительных методик.

Цель исследования: исследовать изменение тепловизионной температуры в дистракционных регенератах при замещении дефектов костной ткани голени у больных хроническим травматическим остеомиелитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 17 пациентов хроническим травматическим остеомиелитом с дефектами большеберцовой кости голени, образовавшимися после санирующих операций (сегментарная резекция кости, некрсеквестрэктомия и т.п.) и после открытых переломов — 14 мужчин и 3 женщины в возрасте 20 — 54 лет. Размеры дефектов составляли в среднем 7 см, длительность гнойного процесса — от 6 месяцев до 12 лет. Всем пациентам в клинике было проведено оперативное лечение: сегментарная резекция большеберцовой кости с удалением всех нежизнеспособных тканей или некрсеквестрэктомия, фиксация чрескостным аппаратом и кортикотомия с остеоклазией верхней трети большеберцовой кости для замещения дефекта и формирования дистракционного регенерата. На пятые сутки после операции начинали перемещение фрагмента большеберцовой кости в зону дефекта темпом 1 мм в сутки усилиями дистракции и компрессии в АВФ (замещение дефекта кости по Г.А. Илизарову).

В процессе замещения дефектов проводили тепловизионные исследования формирующихся дистракционных регенератов. Температуру в регенератах исследовали методом дистанционной термодиагностики при помощи тепловизора. Для измерения температуры в верхней трети