

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

© МИРОНОВ В.И. – 2006

ВНУТРЕННЕЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ: ЗА И ПРОТИВ

В.И. Миронов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.Б. Пинский)

Резюме. Настоящая статья носит дискуссионный характер. Авторы с позиций собственного опыта обсуждают возможности широкого использования внутреннего дренирования желчных путей в неотложной хирургии билиопанкреатодуоденальной зоны. При четко отработанной технике и наличии подготовленного штата хирургов внутреннее дренирование желчных путей не утяжеляет состояния пациентов, не увеличивает временную продолжительность оперативного вмешательства, процент летальности и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова. Синдром желчной гипертензии, заболевания билиопанкреатодуоденальной зоны, внутреннее дренирование билиарной системы.

В последние десятилетия отмечается неуклонный рост патологии билиопанкреатодуоденальной зоны (БПДЗ), которая в общей структуре неотложных заболеваний органов брюшной полости занимает второе место после острого аппендицита. Вместе с тем, такие пациенты наиболее сложны в плане диагностики и лечения, а летальность в этой группе остается высокой и достигает 15–30% [3,4,11,16,20,21,36,39,44,46].

Общим проявлением для многих патологических состояний БПДЗ является нарушение нормального пассажа желчи в кишечник и развитие синдрома желчной гипертензии (ЖГ). Синдром вызывает серьезные общие и локальные нарушения, нередко создает клиническую ситуацию, требующую неотложной хирургической помощи. Таким образом, ликвидация ЖГ и ее осложнений становится важнейшим пунктом лечебной программы при острых заболеваниях БПДЗ [3,5,8,17,22,29,54].

Еще совсем недавно признаки нарастающей механической желтухи являлись абсолютным показанием к неотложной операции. Более того, оперативное вмешательство служило практически единственным методом разрешения возникших проблем [2,5,17,18,30,54].

Даже тяжелые изменения в организме пациента не считались поводом для отсрочки операции. Затягивание со сроками вмешательства нередко приводило к возрастанию желтухи, прогрессированию печеночной недостаточности, ухудшало прогноз. Вместе с тем, тяжелое состояние больных, обусловленное длительной существующей желтухой, в свою очередь, ограничивало возможности выполнения полноценного хирургического вмешательства и значительно увеличивало послеоперационную летальность [1,2,8,10,23,35,47,56].

Суть проблемы сводилась, таким образом, к следующему. С одной стороны, прогрессирующая печеночная недостаточность и эндотоксикоз требовали незамедлительной операции с целью декомпрессии желчных путей. С другой стороны, повышенная степень операционного риска, не позволяла сразу оперировать таких больных, делала необходимым проведение предварительной интенсивной коррекции функциональных и метаболических нарушений, целенаправленной антибактериальной терапии. Естественно, что высокая летальность в группе оперированных больных с механической желтухой считалась закономерной [2,3,7,8,11,

12,20,22,24,48].

Последние тенденции в хирургии желчных путей позволили в корне пересмотреть подходы к разрешению неотложной ситуации у пациентов с патологией БПДЗ. На нынешнем этапе выявление признаков ЖГ уже не является поводом для обязательной ургентной операции [7,9,10,12,14,15,32,38,40,52,53].

Современные инструментальные возможности необычайно велики. Существующие диагностические методы (КТ, УЗИ, эндоУЗИ, ЭРХПГ и т.п.) позволяют в короткие сроки не только получить представление о характере препятствия в желчных протоках и выработать соответствующий план лечения, но и обеспечить адекватное дренирование билиарного тракта посредством малоинвазивных вмешательств на желчеотводящей системе [9,10,12,14,21,39,41,50].

В результате у значительной части пациентов удается купировать механическую желтуху, быстро вывести их из критического состояния, и дальнейшее лечение проводить в более благоприятных условиях, с меньшим риском или даже в меньшем объеме. При современном техническом оснащении у целого ряда больных стало возможным вообще отказаться от сложных полостных операций, заменив их щадящими парахирургическими манипуляциями и эндовидеохирургическими вмешательствами. Современная литература пестрит двух- и трехступенчатыми «стандартами», в основе которых лежит ликвидация желчной гипертензии на первом этапе с последующим полноценным излечением в «холодном» периоде. Такой пересмотр лечебной тактики применительно к экстренной хирургии в последние годы позволил снизить как общую, так и послеоперационную летальность при механических желтухах с 25–30% до 4–5% [7,9,10,15,23,35,49,50,52,53].

Однако клинический опыт указывает, что «тонкие места» в проблеме механической желтухи все же остаются. Наиболее сложной в плане лечения представляется старшая возрастная группа, отягощенная многочисленными сопутствующими заболеваниями, если у таких пациентов быстро нарастает билирубинемия, а мероприятия, направленные на купирование желчной гипертензии, не дают желаемого эффекта в кратчайшие сроки. С сожалением приходится признать, что в пределах такого «нестандартного» контингента количество

осложнений по-прежнему максимально, а летальность остается высокой [2,4,8,11,21,23,40,47].

Причины неудач разнообразны. Чаще всего это технические и организационные трудности, неизбежно возникающие при тиражировании даже самых прогрессивных и полезных методик на местах. Отсутствие необходимого оснащения, отсутствие квалифицированной интерпретации данных, полученных на современном оборудовании, недостаток опытных исполнителей, владеющих необходимыми лечебными манипуляциями (ЭРХПГ и папиллосфинктеротомия, литотрипсия и литоэкстракция, назобилиарное дренирование и т.п.), значительно затрудняют внедрение новых стандартов в широкую медицинскую практику. Наконец, существуют клинические ситуации, просто превышающие «предел разрешающих возможностей» современных инструментальных методов, даже безукоризненно выполненных (слишком крупные конкременты в гепатикохоledохе, анатомические особенности впадения пузырного протока и т.п.) [9,12,21,32,38,40,44].

Каждый пациент, не вписывающийся в схему существующих алгоритмов, ставит перед клиницистом сложные тактические и технические задачи. С одной стороны, отсутствие эффекта от выполненных инструментальных манипуляций требует повторных попыток, поиска новых сочетаний, т.е., в конечном счете, времени. С другой стороны, «обвальное» ухудшение состояния больного требует немедленных действий по ликвидации прогрессирующей механической желтухи и печеночной недостаточности.

Именно в таких сложных ситуациях пересматриваются, как правило, существующие стандарты, встает вопрос о «старом и добром» открытом оперативном вмешательстве, а значит и о выборе метода хирургического дренирования билиарной системы.

Не удастся соблюсти указанные стандарты и в тех случаях, когда патология БПДЗ не предполагается изначально, а является неожиданной находкой во время операции. Такие больные оперируются, как правило, в экстренном порядке, по другим поводам. Операции выполняются в «неурочное» время, хирургами, не имеющими достаточного опыта в билиарной хирургии. Обнаруженные во время таких операций препятствия во внепеченочных желчных путях или признаки тяжелой желчной гипертензии требуют от хирурга принятия незамедлительного и единственно правильного решения непосредственно у операционного стола, в течение считанных минут, при отсутствии исчерпывающей информации о характере патологического процесса.

Как правило, в такие моменты клиницист вынужден искать ответы на многие вопросы, а именно, желчная гипертензия существует или нет, доброкачественный или злокачественный характер она имеет, какова ее нозологическая причина (стриктура терминального отдела холедоха, конкременты, стеноз большого дуоденального сосочка, опухоль и т.п.). При этом возможности получения дополнительных сведений, которыми располагает хирург, почти всегда ограничены.

Несомненно, что даже небогатый диагностический арсенал может помочь, если речь идет о квалифицированном хирурге, направленном работающем в сфере желчной хирургии. Сравнение результатов физикальных (осмотр, интраоперационная пальпация, зондирова-

ние) и инструментальных (холангиография, холедохоскопия, УЗИ, патоморфологические исследования) данных более чем у 500 пациентов, оперированных в нашей клинике, позволило сделать вывод, что пальпация помогает правильно установить наличие холедохолитиаза в 83,3% наблюдений, хронического панкреатита — в 94%, рака поджелудочной железы — в 91% наблюдений и т.п. Однако в ургентной ситуации опытный специалист далеко не всегда оказывается в нужный момент у операционного стола в каждом конкретном случае.

В остальном, как правило, безуспешные попытки идентифицировать характер и локализацию препятствия заканчиваются диагностической холедохотомией. И это притом, что операция выполняется у крайне тяжелого и «неудобного» пациента, под постоянной угрозой срыва компенсаторных возможностей изношенного организма. Немудрено, что в подобных случаях выбор оптимального метода хирургического дренирования желчных путей является тактическим приоритетом.

О характере завершения экстренного оперативного вмешательства на билиарной системе до сих пор ведутся дискуссии, и единого мнения нет, хотя количество таких методов весьма ограничено, а именно глухой шов общего желчного протока (ОЖП), наружное дренирование желчных путей, билиодигестивные анастомозы [1,5,6,13,17,19,22,24]. В данной статье мы постараемся оценить возможности каждого из этих методов с позиций личного опыта.

Оперативные вмешательства, применяемые в экстренной хирургии синдрома ЖГ, должны, на наш взгляд, отвечать следующим требованиям: 1) быть простыми и малотравматичными; 2) обеспечивать адекватный желчеотток и хорошо дренировать билиарную систему; 3) быть, по возможности, универсальными, т.е. обеспечивать благоприятный эффект независимо от нозологических причин ЖГ.

Естественно, что наиболее физиологичной операцией представляется первичный шов гепатикохоledоха после устранения препятствия, что привлекает своим изяществом, чистотой, сокращением сроков лечения больных.

Однако, глухое ушивание стенки ОЖП в последнее время «спросом» не пользуется. Некоторые авторы продолжают успешно применять данный метод [13,25,27,42,43,45], но большинство хирургов относится к нему с известной осторожностью [3,5,6,16,17,18]. Связано это прежде всего с тем, что решиться на глухое ушивание стенки протока можно лишь при абсолютной уверенности в полном устранении препятствия в билиарной системе, идеальной проходимости желчного протока и большого дуоденального сосочка (БДС), умеренной дилатации ОЖП, отсутствии активного воспаления в стенке гепатикохоledоха [17,18,22,25,42,45].

Такое счастливое сочетание в ургентной хирургии желчных путей встречается крайне редко, не говоря уже о том, что полноценная ревизия желчных протоков, позволяющая уверенно исключить препятствие, требует значительных временных затрат, а любое затягивание оперативного вмешательства в описанной нами клинической ситуации чревато тяжелыми последствиями.

Более чем на 500 оперативных вмешательствах, выполненных по поводу ЖГ разнообразной этиологии, мы лишь дважды прибегли к глухому ушиванию холедоха,

в обоих случаях посчитав выполненную холедохотомию напрасной.

Наружное дренирование билиарной системы также, по нашему мнению, требует обсуждения. С позиций современной хирургии именно такой способ завершения операций на желчных путях является оптимальным в неясной, экстренной хирургической ситуации. Преимущества и недостатки метода хорошо известны. Наружное дренирование позволяет в кратчайшие сроки устранить компрессию и перерастяжение желчных путей, отвести застойную инфицированную желчь, быстро купировать холангит и нормализовать функциональное состояние печени. Важным достоинством наружного дренажа является возможность послеоперационной фистулохолангиографии для оценки состояния желчных протоков, желчеоттока в кишечник и обнаружения забытых камней. По наружному дренажу легко отходят желчный песок и замазка, густая гнойная желчь; по нему можно вводить растворы антибиотиков и антисептиков для купирования холангита. Наружное дренирование не отнимает много времени, является технически простым методом, и дает возможность продолжить лечебные мероприятия после стабилизации состояния больного, будь то эндоскопическое удаление конкрементов из желчных протоков, радикальная операция на поджелудочной железе при ее злокачественном поражении или эндоскопическое стентирование желчных протоков при опухолевом поражении внепеченочных желчных путей [5,6,9,17,18,19,22,25,27,34,48,51,55]. Споры нет, указанные преимущества весомы и в ряде случаев заставляют рассматривать наружное дренирование как один из основных методов в неотложной хирургии желчных путей.

Все аргументы «против» также хорошо известны. Некоторые из них (значительное уклонение желчи с развитием водно-электролитных и белковых нарушений, угроза развития печеночной недостаточности при неконтролируемом сбросе желчи, угроза инфицирования с развитием холангита и т.п.) получили широкое отражение в литературе [3,5,6,9,16,17,18,19,22,25,30,33,34,48,51,55]. О других сказано гораздо меньше, хотя о них хорошо осведомлен любой хирург, целенаправленно занимающийся желчной хирургией.

Начать с того, что наружное дренирование желчных путей далеко не всегда является простой манипуляцией, а установление и фиксация дренажа требуют гораздо большей квалификации, чем об этом принято думать. Приходится учитывать целый ряд технических моментов, которые, представляясь, на первый взгляд, мало важными, в конечном итоге определяют результат хирургического лечения. Даже характер дренажной конструкции играет определенную роль. Наименее приспособленными для указанной манипуляции считаем трубки от «одноразовых систем», которые часто используются для наружного отведения желчи из гепатикохоледа. В силу своей низкой эластичности такие «самопальные» дренажи могут создавать трудности как на этапе их введения в проток, так и во время фиксации к стенке гепатикохоледа, они часто дислоцируются из просвета протока, легко травмируют его стенки.

В последнее время отдаем предпочтение специальным Т-образным дренажам Kehr'a, которые, с нашей точки зрения, представляются наиболее удобными и

безопасными при выполнении наружного дренирования. Однако, правильное расположение проксимальной и дистальной бранш дренажа (необходимо адекватно дренировать оба печеночных протока, избегать блокирования браншей БДС или проникновения дистальной бранши в двенадцатиперстную кишку) и правильное ушивание дефекта холеда над конструкцией могут стать теми «мелкими» деталями, игнорирование которых нередко ставит под сомнение не только исход операции, но и общий прогноз.

Важным моментом является учет соотношения диаметров дренажа и просвета ОЖП. Все хорошо, если диаметры трубки и гепатикохоледа сопоставимы. Тогда стенки протока плотно облегают дренажные бранши и создается жесткая тубулярная структура, по которой желчь перетекает через «слабое место», коим становится ушитое отверстие в стенке ОЖП.

Сложнее обстоит дело, когда гепатикохоледа dilatирован и атоничен, а его внутренний размер значительно превышает диаметр дренажной трубки. В таких случаях внутренние бранши свободно «плавают» в просвете протока, желчь легко обтекает наружный контур дренажа, создавая дополнительную гидравлическую нагрузку на ушитую зону. При нарушенной проходимости дистальных отделов давление в гепатикохоледе закономерно возрастает, что приводит к просачиванию желчи через швы на его стенке.

В результате может наступить такой момент, когда все улавливающие конструкции и ограничительные тампоны уже удалены, полного отграничения зоны операции от свободной брюшной полости еще не наступило, а желчь продолжает просачиваться через швы, наложенные на стенку холеда, теперь уже в свободную брюшную полость. Результаты очевидны и плачевны: требуется повторная операция у изначально тяжелого и малоперспективного больного.

Наконец, спорным нам представляется тезис о том, что наружный дренаж является неким «универсальным инструментом», который в ургентной хирургии, обеспечивая своевременное и адекватное дренирование билиарной системы, оставляет клиницисту возможность продолжить лечебные мероприятия с применением современных лапароскопических методов в послеоперационном периоде, после стабилизации состояния больного [3,7,9,11,14,20,34,46,49].

Так бывает далеко не всегда. Часто хирург, приступающий к операции на БПДЗ и декларирующий на словах выгоду наружного отведения желчи, в глубине души уверен, что уж ему-то удастся ликвидировать препятствие в холеде полностью, удалить дренаж в самом скором времени, без последствий. Тем большее разочарование постигает его, когда после длительного и обильного желчеистечения по дренажу, на последующих холангиограммах в желчных протоках выявляется препятствие, не устраненное во время операции, и, следовательно, перспектив к скорому закрытию желчной фистулы не имеется.

В этой сложной ситуации для выработки дальнейшей тактики необходимо принять трудное решение: либо смириться с существованием наружного желчного свища, либо приступить к мероприятиям, направленным на ликвидацию наружного уклонения желчи.

Сформировать наружный желчный свищ, значит, на

длительное время обрекать пациента на истечение желчи, снижение качества жизни, потерю жидкости, белка, электролитов.

Ликвидировать наружный желчный свищ можно путем устранения препятствия в БПДЗ. В одних ситуациях (холедохолитиаз, стриктуры БДС и др.) этого можно добиться посредством одного из известных инструментальных методов (ЭПСТ, литотрипсия и литоэкстракция и т.п.). Каждая такая манипуляция, пусть и менее травматична, чем операция, но не менее длительна, технически сложна, чревата осложнениями и не гарантирует результата, особенно у пациентов старших возрастных групп, отягощенных многочисленными сопутствующими заболеваниями [9,12,14,15,32,38,40,41,44,48,55].

В других ситуациях (продолговатый терминальный стеноз холедоха, головчатый панкреатит, опухолевые поражения БПДЗ и др.) указанными мероприятиями просто невозможно устранить препятствие, и повторная операция становится единственным средством избежать наружного желчеистечения [10,11,15,32,33,38,40,41,44,48,55].

Таким образом, в ургентной ситуации, устанавливая дренаж в общий желчный проток, хирург не только не может прогнозировать, на какой промежуток времени он этот дренаж устанавливает, но даже и с какой целью осуществляется дренирование (временная разгрузка или формирование постоянного свища!). А это значит, что наружный дренаж из «универсального инструмента» всегда может превратиться в «непригодное орудие», применив которое приходится выбирать между плохим (сохранение желчного свища) и очень плохим (повторная операция у пациента пожилого возраста, отягощенного сопутствующими заболеваниями) вариантами продолжения лечения.

Наше отношение к наружному дренированию желчных путей менялось с течением времени. На начальных этапах мы широко ставили показания к этому способу завершения операций. В трудных условиях неотложного хирургического вмешательства мы видели выход в установлении наружного дренажа, не занимаясь выяснением причины ЖГ и, тем более, ее устранением. Однако дальнейший опыт убедил нас, что такая тактика не всегда приводит к хорошему результату.

В настоящее время мы сдержанно относимся к наружному дренированию желчных путей у пациентов с признаками ЖГ. Наружное дренирование как самостоятельный метод завершения холедохотомии выполняли лишь у 10% наших пациентов при: 1) протяженных некрозах стенки гепатикохоледоха, вызванных пролежнями от конкрементов, пузырно-протоковыми свищами и т.п.; 2) обширных воспалительных инфильтратах или гнойных образованиях в зоне печечно-двенадцатиперстной связки, когда отсутствовала четкая анатомическая ориентация, а часто и стенка анатомических структур (гепатикохоледоха, желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки); 3) опухолевых поражениях внепеченочных желчных протоков (ВЖП), когда обнаруживались не подлежащие удалению, протяженные опухоли гепатикохоледоха, и, наконец, в тех случаях, когда общая тяжесть состояния больного вынуждала ограничить объем оперативного вмешательства при наличии неудаленного камня или стеноза дистального

отдела общего желчного протока.

Подводя итог обсуждению, и анализируя собственный опыт, хочется отметить, что наружное отведение желчи не представляется нам тем универсальным, простым и спасительным методом, как об этом принято писать. Более того, в ряде случаев изначальная ориентировка на наружное дренирование желчных путей не только не облегчает ситуацию, но порой ограничивает возможности последующего ведения больного.

С этих позиций считаем важным обоснование оперативных вмешательств, которые могли бы с успехом заменить наружное дренирование билиарной системы в экстренной хирургии желчных путей. Такие операции должны отличаться простотой и минимальной травматичностью, быстро ликвидировать желчную гипертензию, обеспечивать адекватный желчеотток в отдаленном послеоперационном периоде. Кроме того, тезис о том, что характер оперативного вмешательства при ЖГ должен определяться в основном причиной заболевания [1,4,16,18,20,22,24,27,36,37,47,49,50], мало приемлем в условиях оказания экстренной хирургической помощи. С одной стороны, трудности до- и интраоперационной диагностики, частое сочетание причин, приводящих к нарушению пассажа желчи, не дает, зачастую, уверенности, что операция, направленная на устранение одной конкретной причины ЖГ, может полностью восстановить желчеотток [1,16,17,27,36,37,47,49,50,51,54,56]. С другой стороны, проведенные собственные исследования показали, что в исходе желчной гипертензии развиваются необратимые дегенеративно-склеротические изменения в стенке гепатикохоледоха, усугубляющие эвакуаторные нарушения желчеоттока не только в раннем послеоперационном периоде, но и в последующем.

Указанные факты заставили нас обратить пристальное внимание на возможности внутреннего дренирования в неотложной хирургии желчных путей.

Внутреннее дренирование билиарного тракта представляет интереснейшую страницу в истории желчной хирургии. Метод претерпел эволюцию с течением времени: от освоения к широкому использованию и, наконец, к резкому ограничению показаний (прежде всего, в связи с современными возможностями малоинвазивной хирургии) [1,5,9,11,17,22,26,27,28,33,36,37,41,42,44,45,46,47,48,51,54,55,57].

Нет необходимости перечислять здесь в очередной раз положительные стороны внутреннего дренирования, об этом написано немало [5,6,17,18,22,24,25,26,28,31,37,47,51,54,56]. Перечень недостатков также хорошо известен. Главными аргументами противников билиодигестивных анастомозов (БДА) является то, что эти операции более длительны и технически сложны; объем операций слишком обширен для тяжелых больных; велико количество ранних послеоперационных осложнений; использование внутреннего дренирования несет за собой ряд функциональных нарушений (создание слепого мешка в поданастомотическом пространстве, нарушение автономности желчной системы, угрозу холангита и т.д.). Следует иметь в виду также, что супрадуоденальные БДА не устраняют патологических изменений в БДС, не ликвидируют блокады устья панкреатического протока, если таковая имеется [5,6,17,22,25,26,28,31,37,47,51,54,55,56,57].

В современной литературе отношение к БДА неоднозначно. Одни авторы резко ограничивают показания к ним, другие, напротив, широко используют их в лечении пациентов с самой разнообразной патологией БПДЗ [1,5,6,13,17,18,19,22,24,25,26,28,31,34,37,42,43,51,54,57]. С функциональной точки зрения внутреннее супрадуоденальное дренирование желчных путей представляется нам более универсальным методом, чем наружное отведение желчи. Именно внутреннее билиодигестивное дренирование является более или менее «достойным» и доступным выходом из сложных положений, возникающих при обнаружении признаков ЖГ во время urgentных операций. В неясной тактической ситуации, при отсутствии исчерпывающей информации о характере препятствия в желчных протоках (как чаще всего и бывает в неотложной хирургии!), супрадуоденальный билиодигестивный анастомоз, даже без детализации патологии терминального отдела ОЖП, позволяет решить многие проблемы в один этап у одних пациентов (например, при продолженных терминальных стриктурах, хроническом панкреатите и т.п.), и купировать механическую желтуху у других больных (например, при онкологических заболеваниях БПДЗ).

Имеет ли место трудно удалимый камень терминальной части холедоха, стеноз БДС, хронический панкреатит или даже злокачественное поражение БПДЗ — во всех этих случаях после выполнения БДА желтуха разрешается полностью, и больной, при благополучном послеоперационном периоде, быстро поправляется.

Применяемые в современной практике методы внутреннего дренирования желчных путей разнообразны и многочисленны, но принципиально могут быть разделены на супрадуоденальные и трансдуоденальные. Возможно также их сочетание (двойное внутреннее дренирование) [1,5,6,17,18,22,24,25,26,28,30,37,42,43,51,54,57].

Нам кажется правильным рассматривать различные виды внутреннего билиодигестивного дренирования как единую группу операций, сходных по показаниям, целям, технике, осложнениям и последствиям, отличающихся лишь выбором органов для анастомозирования. Конкретный вид анастомоза определяется характером патологического процесса, уровнем препятствия, наличием гнойно-септических осложнений (деструктивные изменения в желчном пузыре или ОЖП, перитонит, холангит, острый панкреатит и т.д.), а также состоянием анастомозируемых органов.

Клиника общей хирургии ИГМУ не является спе-

циализированным учреждением, занимающимся проблемами желчной хирургии, но оказывает помощь пациентам с патологией БПДЗ в общем потоке экстренной хирургической помощи населению города Иркутска. Тем не менее, мы располагаем опытом 400 внутренних билиодигестивных дренирований при разнообразных заболеваниях, осложненных синдромом ЖГ (табл. 1).

В 78 наблюдениях внутреннее дренирование желчных протоков выполнили при злокачественных поражениях БПДЗ. Позиция тех онкологов, которые при подозрении на злокачественно поражение органов БПДЗ настоятельно рекомендуют наружное отведение желчи в виде первого этапа, представляется нам спорной [3,6,19,36,39,46,48,53]. Считаем, что и на первом этапе внутреннее дренирование может с успехом заменить наружное. С одной стороны, как уже упоминалось, наличие БДА ненамного затруднит в последующем выполнение радикальной операции. С другой стороны, если в дальнейшем, после углубленного обследования, будет принято решение воздержаться от радикального этапа лечения, то функционирующий БДА позволит пациенту сохранить удовлетворительное качество жизни в оставшиеся месяцы.

При неотложных операциях, выполненных по поводу доброкачественных поражений БПДЗ, билиодигестивное дренирование также считаем оправданным. В 243 наблюдениях внутреннее дренирование желчных протоков использовали при холедохолитиазе, в 60 — при хроническом панкреатите, в 19 — при продолженных терминальных стенозах гепатикохоледоха.

При множественном холедохолитиазе билиодигестивный анастомоз позволяет избежать длительных, а зачастую и малоэффективных интраоперационных поисков конкрементов в «закоулках» гепатикохоледоха, быстро ликвидирует желчную гипертензию, обеспечивая надежное отведение желчи в кишечник. Будут ли в последующем выявлены «просмотренные» конкременты в гепатикохоледохе, обнаружатся ли признаки патологии БДС или ВЖП, имеющийся арсенал малоинвазивных инструментальных средств позволит полностью ликвидировать препятствие в билиарной системе в отсроченном порядке. Если же устранить препятствие по каким-либо причинам не удастся, то правильно наложенный БДА будет функционировать и в дальнейшем обеспечит пациенту удовлетворительное качество жизни.

При хроническом панкреатите механическая желтуха обусловлена чаще всего сдавлением гепатикохоле-

Таблица 1

Внутреннее дренирование желчных протоков при синдроме ЖГ

Виды оперативных вмешательств	Заболевание						Всего
	ХЛ	ХИП	ТС ОЖП	ОПЖ	опухоль БДС	опухоль ВЖП	
Супрадуоденальная холедоходуоденостомия	219	48	19	18	2	3	309
Холангиоеюностомия	6	4	-	16	1	1	28
Трансдуоденальная холедоходуоденостомия	18	-	-	-	2	-	20
Холецистоеюностомия	-	8	-	32	1	2	43
Всего	243	60	19	66	6	6	400

Примечание: ХЛ — холедохолитиаз; ХИП — хронический индуративный панкреатит; ТС ОЖП — терминальный стеноз общего желчного протока; ОПЖ — опухоли поджелудочной железы; БДС — большой дуоденальный сосок; ВЖП — внепеченочные желчные протоки.

доха увеличенной поджелудочной железой. В этих случаях БДА также надежно купируют внутрипротоковую гипертензию, но являются гораздо менее сложными и травматичными вмешательствами, чем радикальные операции на поджелудочной железе, которые некоторые хирурги рекомендуют при хроническом панкреатите [3,42,45].

При изолированных пролонгированных терминальных стенозах ОЖП билиодигестивное дренирование рекомендуем как единственное и абсолютно показанное оперативное пособие.

В настоящее время в клинике применяется четко отработанная техника операций, обеспечивающих внутреннее дренирование желчных путей при синдроме ЖГ. Однако, не все виды БДА равноценны в исполнении, и по мере нарастания технической сложности могут быть ранжированы в следующей последовательности: холецистоеюностомия — супрадуоденальная холедоходуоденостомия — супрадуоденальная холангиоеюностомия — трансдуоденальная холедоходуоденостомия в сочетании с папиллосфинктеротомией.

Холецистоеюностомия является наиболее простым видом внутреннего билиодигестивного дренирования [1,5,6,17,25,30], выполнена в 42 наблюдениях, преимущественно у пациентов со злокачественными поражениями БПДЗ (34). При правильном выполнении холецистоеюноанастомоз хорошо дренирует билиарную систему, быстро ликвидирует ЖГ. Противопоказаниями к включению желчного пузыря в соустье с тонкой кишкой считаем наличие в нем конкрементов, острых воспалительных или рубцовых изменений в стенках, нарушений проходимости пузырного протока.

Супрадуоденальную холедоходуоденостомию (СД ХДС) рассматриваем как надежный и относительно технически простой способ внутреннего дренирования желчных протоков у больных с острой патологией БПДЗ [5,6,18,22,25,26,28,47,51,56,57]. СД ХДС применили в 309 наблюдениях. В клинике используется техника наложения холедоходуоденального соустья в модификации Finsterer'a. Противопоказаниями к использованию анастомоза считаем выраженные изменения в стенках двенадцатиперстной кишки, гнойно-некротические изменения в стенке ОЖП, декомпенсированный дуоденостаз, артериомезентериальную компрессию, либо запущенный злокачественный процесс в поджелудочной железе, критический стеноз БДС при доброкачественных поражениях БПДЗ.

Холедохооеюностомия в последнее время получила наибольшее распространение, является ныне операцией выбора при внутреннем дренировании желчных путей (материалы смоленской конференции) [5,6,16,17,18,22,25,31]. Однако, применительно к экстренным хирургическим ситуациям, холедохооеюностомия имеет весомые недостатки, главным из которых является ее большая техническая сложность, травматичность и длительность. В связи с этим в экстренных ситуациях использование холедохооеюностомии мы ограничиваем. К анастомозированию гепатикохоледоха с тонкой кишкой (28) прибегаем вынужденно: 1) при множественном холедохолитиазе, когда имеются нарушения моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки — стаз, атония, нарушения проходимости (6); 2) при хроническом панкреатите, когда двенадцатиперстная кишка находится в выраженных рубцовых сращениях, деформирована за счет индуративных изменений в головке поджелудочной железы (4); 3) при опухолевом процессе в БПДЗ, когда двенадцатиперстная кишка деформирована увеличенной поджелудочной железой (16), имеется деформация двенадцатиперстной кишки при большой опухоли БДС (1) или опухо-

ли дистальных отделов внепеченочных желчных протоков (1).

Трансдуоденальные вмешательства на желчных путях можно было бы считать идеальным способом внутреннего дренирования, если бы не ряд отрицательных моментов, а именно, трансдуоденальные операции являются технически более сложными и длительными, не могут рассматриваться как «общехирургические» вмешательства, требуют значительного хирургического опыта, умения ориентироваться в сложной анатомии панкреатодуоденальной зоны [5,16,17,20,22,24,25,33,50,56]. Тиражирование таких операций в повседневной хирургической практике, таит угрозу роста осложнений и летальности. Все сказанное заставляет нас с осторожностью относиться к широкому использованию трансдуоденальных операций в неотложной хирургии желчных путей.

Наш опыт внутреннего трансдуоденального дренирования в ургентной хирургии ограничен 20 наблюдениями, у пациентов с доброкачественными поражениями БПДЗ. Мы выполняем эту операцию по чрезвычайно узким показаниям: при выявлении критического стеноза БДС (15), либо при наличии малоподвижных конкрементов, вклиненных в БДС (5).

Отрицательные стороны внутреннего дренирования желчных путей также требуют обсуждения. Собственные данные позволяют опровергнуть «стандартный» тезис о том, что билиодигестивное анастомозирование является операцией более длительной, по сравнению с наружным отведением желчи [5,6,17,25]. Проведенный хронометраж показал, что формирование внутреннего билиодигестивного анастомоза лишь весьма условно можно рассматривать как фактор, удлиняющий операцию. Вмешательства, завершившиеся наружным дренированием желчных путей, потребовали в среднем $124 \pm 7,6$ мин., супрадуоденальной холедоходуоденостомией — $125 \pm 3,5$ мин., холедохооеюностомией — $162 \pm 13,6$ мин.

Послеоперационные осложнения и их исходы при внутреннем дренировании желчных путей зависят как от характера патологического процесса, так и от вида оперативных вмешательств. Среди оперированных нами пациентов несостоятельность билиодигестивных анастомозов имела место в 6,3% (25) наблюдений, а в последние годы снизилась до 2,5%.

К несостоятельности чаще всего приводили необоснованные попытки формирования анастомозов при гнойно-некротических, либо воспалительно-инфильтративных изменениях в стенках общего желчного протока или сшиваемых органов (13), а также технические погрешности (8). В 4 наблюдениях (все при СД ХДС) очевидных причин несостоятельности выявлено не было.

В 4 наблюдениях из 25 имела место неполная несостоятельность билиодигестивных анастомозов. Частичная несостоятельность в большинстве случаев может быть ликвидирована консервативными мероприятиями после соответствующего лечения. Во всех случаях при неполной несостоятельности летального исхода удалось избежать.

В 1 наблюдении полная несостоятельность БДА (СД ХДС) также была успешно ликвидирована после повторной операции (разобшение анастомоза и наружное дренирование желчных путей). Летального исхода удалось избежать.

В 20 наблюдениях (5,0%) имела место полная несостоятельность БДА, которая повлекла перитонит и летальный исход.

Анализ послеоперационной летальности требует учета этиологического фактора, характера выполненных оперативных вмешательств. Кроме того, имеются различия в структуре послеоперационной летальности в зависимости от характера патологического процесса и возраста пациентов.

При доброкачественных поражениях БПДЗ послеоперационная летальность составила 15,8%. Наименьшая летальность (8,1%) отмечена в группе больных молодого возраста, наибольшая (20,5%) — у больных пожилого и старческого возраста. Применение разработанных нами принципов диагностики и лечения позволили снизить послеоперационную летальность в этой категории больных с 20,2% в начальный период нашей работы до 12,5% в последние годы.

В группе из 78 больных с опухолевыми поражениями БПДЗ и синдромом ЖГ летальные исходы наступили в 25 наблюдениях (32,1%).

Летальные исходы при наружном дренировании желчных путей наступили у 12 больных (26,1%). Высокую летальность при наружном дренировании желчных путей объясняем тем, что к этому методу завершения операции прибегали только в критических случаях у наиболее тяжелых больных, когда отсутствовала возможность для выполнения билиодигестивного анастомозирования.

Функциональные «неприятности» внутреннего супрадуоденального дренирования также сильно преувеличены [5,6,22,25,57]. Исследования 177 пациентов, которым в сроки от 2 до 8 лет в экстренном порядке было выполнено внутреннее дренирование желчных

протоков, показали хорошие и удовлетворительные результаты в 86,5% наблюдений, а неудовлетворительные — только в 13,5%. Кроме того, функциональные и органические нарушения в системе желчеоттока, обуславливающие неудовлетворительные результаты, на современном этапе могут быть достаточно легко диагностированы и ликвидированы существующими малоинвазивными инструментальными методами (например, ЭПСТ, ЧХПГ).

Таким образом, с позиций нашей клиники, в неотложной хирургии желчных путей, именно у тяжелых больных пожилого и старческого возраста, супрадуоденальное внутреннее дренирование является тем универсальным способом, который во время оперативного вмешательства позволяет хирургу разрешить многие тактические задачи, не имея достаточной информации о характере патологического процесса во внепеченочных желчных протоках.

При четко отработанной технике и наличии подготовленного штата хирургов внутреннее дренирование желчных путей не утяжеляет состояния пациентов, не увеличивают временную продолжительность оперативного вмешательства, не увеличивает процента летальности и послеоперационных осложнений. Формирование БДА у одних пациентов позволяет в один прием решить многие проблемы, возникшие в связи с наличием желчной гипертензии, а у других — оставляет хирургу возможность дальнейшей коррекции патологии билиарной системы без значительного ухудшения функционального состояния организма.

Собственный опыт позволяет нам рекомендовать широкое использование внутреннего дренирования желчных путей в неотложной хирургии БПДЗ.

INTERNAL BILIARY DRAINAGE IN URGENT BILIOPANCREATODUODENAL SURGERY: FOR AND AGAINST

V.I. Mironov

(Irkutsk State Medical University)

Presented article may be a basis for discussion. The authors from the position of their experience in internal biliary drainage capabilities use in urgent biliopancreatoduodenal surgery. Their experience of demonstrates that internal biliary drainage is a suggested method of completion of surgical operations in biliopancreatoduodenal zone.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авалиани М.В., Баширов А.Д. Холецистодигестивные анастомозы в лечении обтурационной желтухи опухолевой этиологии (обзор) // Клини. хирургия. — 1990. — № 2. — С.145.
2. Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Кояло Н.К., Русин Н.И. Хирургическое лечение больных с механической желтухой // Хирургия. — 1993. — № 1. — С.17-20.
3. Блохин Н.Н., Итин А.Б., Клименков А.А. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. — М.: Медицина, 1982. — 272 с.
4. Бородач В.А., Бородач А.В. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 2002. — № 11. — С.38-41.
5. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочишвили В.И. Непроходимость желчных путей. — М.: Медицина, 1977.
6. Вишневский А.А., Ульманис Я.Л., Гришкевич Э.В. Желчеотводящие анастомозы. — М.: Медицина, 1972. — 304 с.
7. Джарканов Т.А., Мовчун А.А., Хрусталева М.В. и др. Хирургическая тактика у больных с хроническим калькулезным холедиститом, осложненным холедохолитиазом // Хирургия. — 2004. — № 3. — С.13-17.
8. Доманский Б.В., Васильчук А.В., Уманская В.С. Хирургическое лечение больных с обтурационной желтухой // Вестн. хирургии. — 1992. — № 9-10. — С.20-23.
9. Ермаков Е.А., Лиценко А.Н. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушениями проходимости желчных протоков (обзор) // Хирургия. — 2003. — № 6. — С.68-74.
10. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Декомпрессия желчевыводящих путей для подготовки больных с обтурационной желтухой и холангитом к радикальной операции // Хирургия. — 1994. — № 9. — С.24-28.
11. Ермолов А.С., Утырев А.В., Иванов П.А. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия. — 2004. — № 5. — С.4-9.
12. Ермолов А.С., Юрченко С.В., Удовский Е.Е. и др. Диагностические проблемы обструктивного холангита. В кн.: материалы I Всерос. конф. по хирургии печени и желчных путей. — Ташкент, 1991. — С.69-71.
13. Зубаровский И.Н., Поздняков Б.В. Глухой шов холедоха (обзор) // Хирургия. — 1994. — № 12. — С.46.
14. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой // Анналы хирургической гепатологии. — 1996. — Т. 1. — С.121-131.
15. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Кротов Н.Ф. и др. Малоинвазивные вмешательства при желчнокаменной болезни // Хирургия. — 2000. — № 10. — С.24-27.
16. Клименко Г.А. Холедохолитиаз. — М.: Медицина, 2000. — 224 с.
17. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
18. Краковский А.И. Выбор декомпрессионных операций при нарушениях билиарной проходимости доброкаче-

- ственной этиологии // Хирургия. — 1982. — № 1. — С.324-328.
19. Мазурик С.М. Наружное дренирование желчных протоков (обзор) // Клин. хирургия. — 1989. — № 9. — С.45-49.
 20. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000.
 21. Машинский А.А., Лотов А.Н., Харнас С.С., Шкроб О.С. Гнойный холангит // Хирургия. — 2002. — № 3. — С.58-65.
 22. Милонов О.Б., Грязнов С.Н. Двойное внутреннее дренирование общего желчного протока. — М.: Медицина, 1986. — 160 с.
 23. Мирошников Б.И., Светловидов В.В., Тибилев В.Е. Анализ летальности при остром холецистите // Вестн. хирургии. — 1994. — № 7-12. — С.14-17.
 24. Напалков П.Н., Артемьева Н.Н., Качурин В.С. Пластика терминального отдела желчного и панкреатического протоков. — Л.: Медицина, 1980. — 184 с.
 25. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Смирнов В.А., Мовчун А.А. Реконструктивная хирургия при поражениях внепеченочных желчных протоков. — М.: Медицина, 1980. — 304 с.
 26. Подъяблонская И.А. Клиническое обоснование показаний к холедоходуоденоанастомозу при доброкачественном поражении желчных путей. Дисс.... канд. мед. наук., 1987. — 237 с.
 27. Родионов В.В., Прикупец В.А., Занозин Ю.Ф. Показания к холедохотомии и способы ее завершения у больных пожилого и старческого возраста // Хирургия. — 1982. — № 1. — С.9-13.
 28. Рынейский С.В., Морозов Ю.И. Холедоходуоденостомия. — М.: Медицина, 1968. — 176 с.
 29. Рябцев В.Г., Соломка Я.А. Комплексное лечение механической желтухи // Хирургия. — 1994. — № 5. — С.38-41.
 30. Смирнов Е.В., Попов С.Д. Реконструктивные операции на желчных путях. — Л.: Медицина, 1969. — 288 с.
 31. Тарабрин В.И. Клинико-функциональное обоснование холангиоэнтономии. Автореф. дис... докт. мед. наук. — Кемерово, 1986. — 38 с.
 32. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. — М.: Триада, 2003. — 216 с.
 33. Хацко В.В. Лечение первичного холедохолитиаза (обзор) // Хирургия. — 1990. — № 11. — С.153.
 34. Черкасов В.А., Попов А.В., Гушенский Л.Б., Палатова Л.Ф. Оценка эффективности наружного дренирования общего желчного протока // Хирургия. — 2004. — № 6. — С.12-15.
 35. Чумак П.Я., Рудый М.А., Горлачев М.И., Зубаха А.Б. Особенности диагностики и хирургического лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста // Клин. хирургия. — 1992. — № 9-10. — С.40-42.
 36. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. — Киев: Здоров'я, 1993. — 512 с.
 37. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А. Сравнительная оценка отдаленных результатов дренирующих операций на внепеченочных желчных протоках // Хирургия. — 1982. — № 6. — С.40-43.
 38. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани и др. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи // Хирургия. — 1998. — № 9. — С.31-36.
 39. Шойхет Я.Н., Москвитина Л.Н., Слухай Е.Ю. и др. Хирургическое лечение злокачественных опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны // Хирургия. — 2002. — № 5. — С.30-33.
 40. Berger H., Hibbertz T., Forst H., Pratschke E. Acute cholecystitis. Perkutane transhepatische Drainage // Bildeburg. — 1992. — Vol. 52, № 4. — S.176-178.
 41. Bonley J., Schellenberg R., Brady P.G. Role of ERCP and therapeutic biliary endoscopy in association with laparoscopic cholecystectomy // Am. J. Gastroenterol. — 1992. — Vol. 87, № 7. — P.837-842.
 42. Bredley E.L. Pancreatic duct pressure in chronic pancreatitis // Am. J. Surg. — 1982. — Vol. 144, № 3. — P.313-317.
 43. Collins P.G. Further experience with common bile duct suture without intraductal drainage following choledochotomy // Brit. J. Surg. — 1967. — Vol. 54. — P.854.
 44. Cuschieri A., Lezoche E., Morino M, et al. E.A.E.S. multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi // Surg Endosc — 1999. — № 13. — P.952-957.
 45. Dancour A. Natural history of non alcoholic chronic pancreatitis. Study of 37 cases and comparison with 319 cases of alcoholic chronic pancreatitis // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1993. — Vol. 17, № 12. — P.915-924.
 46. Den Besten L., Berci G. The current status of biliary tract surgery: an international study of 1072 consecutive patients // W. J. Surg. — 1986. — Vol. 10, № 1. — P.116-121.
 47. Gaskill H.V., Levine B.A., Sizinek K.R., Aust J.B. Frequency and indication for choledochoduodenostomy in benign biliary tract disease // Amer. J. Surg. — 1982. — Vol. 144, № 7. — P.682-684.
 48. Gunbery S., Strodel W., Knol J. Efficacy of preoperative biliary tract decompression in patients with obstructive jaundice // Arch. Surg. — 1984. — Vol. 119. — P.703-708.
 49. Hugh T.B., Chen F.C., Hugh T.J., Li B. Laparoscopic cholecystectomy. A prospective study of outcome in 100 unselected patients // Med. J. Aust. — 1992. — Vol. 156, №5. — P.318-320.
 50. Kral V., Sery Z. Early and late results of 552 papillosphincterotomies // Acta Univ. Olomouc. — 1974. — Vol. 71. — P.285.
 51. Ligidakis N.J. Acute suppurative cholangitis: comparison of internal and external biliary drainage // Amer. J. Surg. — 1982. — Vol.3. — P.304.
 52. McGahan J.P., Lindforst K.K. Percutaneous cholecystostomy: an alternative to surgical cholecystostomy for acute cholecystitis? // Radiology. — 1989. — Vol. 173, № 2. — P.481-485.
 53. Men S., Hekimoglu B., Kaderoglu H. et al. Palliation of malignant obstructive jaundice. Use of self-expandable metal stents // Acta radiol. — 1996. — Vol. 37, № 3. — Pt.1. — P.259-266.
 54. Ponsky J.L., Heniford B.T., Gersin K. Choledocholithiasis: evolving intraoperative strategies // Am.Surg. — 2000. — Vol. 66, № 3. — P.262-268.
 55. Takada T. Is preoperative biliary drainage necessary according to evidence-based medicine? // J. Hepatobiliary Pancreat Surg. — 2001. — № 8. — P.58-64.
 56. Thomas C.G., Nicholson C.P., Owen J. Effectiveness of choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct // Ann. Surg. — 1971. — Vol. 173. — P.845.
 57. Werelduma G.C. Choledochoduodenostomy and the blind loop syndrom // Brit. J. Surg. — 1985. — Vol. 72, № 10. — P.847.

© БУЯНТ С., БЕЛЯЛОВ Ф.И. — 2006

ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА И БИЛИАРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

С. Буянт, Ф.И. Белялов

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра факультетской терапии, зав. — д.м.н., проф. Ф.И. Белялов)

Резюме. В работе представлен обзор литературы по особенностям диагностики и лечения сочетанной патологии — ишемической болезни сердца и заболеваний билиарного тракта.

Ключевые слова. Ишемическая болезнь сердца, функция желчного пузыря, болезни желчевыводящих путей.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является основной причиной смерти населения нашей планеты. Такое положение дел обусловлено все еще недостаточной эффективной диагностикой и лечением заболевания. В этой связи представляется актуальным изучение сочетанных с ИБС болезней, среди которых интерес вызывают весьма распространенные заболевания желчевыводящих путей (ЖВП). Такая сочетанная патология,

с одной стороны, может существенно повлиять на течение, диагностику и лечение ИБС, а с другой — на желчевыводящую систему, включая функцию желчного пузыря.

Цель данного обзора заключалась в анализе существующих научных работ по проблеме сочетания ИБС с заболеваниями ЖВП.