

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ ПРИ ПОДПЕЧЕНОЧНОМ ХОЛЕСТАЗЕ

Гарелик П. В., Мармыш Г. Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Введение. За последние 20-30 лет самым распространенным заболеванием в хирургических стационарах стала желчнокаменная болезнь (ЖКБ). Количество операций, выполняемых за год по поводу ЖКБ, в РБ увеличилось почти в 50 раз: от 426 в 1975 (В. Г. Астапенко, 1976) до 20000 в 2011 г. (И. И. Пикиреня, 2012). Соответственно, возрастает число пациентов с холедохолитиазом и другими осложнениями ЖКБ, которые вызывают нарушения оттока желчи в подпеченочном пространстве. Тактические аспекты при желчной гипертензии за последние годы также претерпели изменения.

Цель: на большом клиническом материале исследовать современные возможности восстановления желчеоттока при разных видах подпеченочного холестаза доброкачественной этиологии.

Материал и методы. За последние 20 лет в клинике находились на лечении 215 чел., у которых были признаки подпеченочной механической желтухи неопухоловой этиологии. Мужчин – 71, женщин – 144 в возрасте от 32 до 92 лет.

Длительность существования желтухи значительно уменьшилась по сравнению с аналогичным предыдущим периодом и составляла от 5 до 23 дней. Показатели билирубина крови колебались в пределах 48-400 мкмоль/л. Части пациентов (38 чел.) с подпеченочным холестазом ранее было произведено удаление желчного пузыря по поводу ЖКБ. Причина подпеченочного холестаза устанавливалась следующими методами обследования: УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ.

Результаты и обсуждение. В результате обследования были выявлены следующие причины желчной гипертензии: холедохолитиаз – у 165 пациентов, в том числе в сочетании со стриктурой терминального отдела холедоха (ТОХ) – 69. Рубцовая

стриктура желчных протоков без холелитиаза – у 20 чел., хронический панкреатит – у 21, изолированный стеноз большого дуоденального сосочка – у 9 человек.

Ряду пациентов с выраженным подпеченочным холестазом требовалось на первом этапе выполнить малоинвазивное декомпрессивное вмешательство. Всего их произведено 46 (21,4%), в том числе холецистостомия под УЗИ-наведением – 32 операции, лапароскопическая холецистостомия – 12, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСФТ) – у 2 человек.

Хирургическая коррекция подпеченочного холестаза выполнялась эндоскопическим (88 чел., 40,9%) или открытым (127 чел., 59,1%) методом. Среди эндоскопических пособий наиболее часто производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (65 чел.), а еще у 13 пациентов она дополнялась литотрипсией и литоэкстракцией. Еще у 10 пациентов произведена только ЭПСТ. Эндоскопические пособия оказались эффективными у большинства пациентов, однако у 6 человек камни с желчных протоков не были удалены, еще у 2 пациентов во время папиллосфинктеротомии наступила деструкция задней стенки 12-перстной кишки, что потребовало выполнения лапаротомии и соответствующей коррекции.

Открытые вмешательства, направленные на восстановление желчеоттока, выполнены в следующем объеме: холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха (по Керу, Вишневскому, Керте) – у 39 пациентов. Еще у 6 человек со стенозом ТОХ она дополнена трансдуоденальной папиллосфинктеротомией. Холедоходуоденоанастомоз (ХДА) наложен у 70 пациентов с множественными камнями холедоха, холедоходилатацией и при псевдотуморозной форме хронического панкреатита. Наиболее часто данный вид соустья накладывали по Финстереру (38) или Флеркену (21), реже по Юрашу-Виноградову (8), в трех случаях анастомоз выполнен по собственной методике (патент № 6150), дважды произведено двойное внутреннее дренирование желчных путей. При возможности после наложения ХДА с целью декомпрессии холедох дренировали наружу по Пиковскому. При рубцовых

стриктурах ТОХ у 10 пациентов сформирован гепатикоеноанастомоз на выделенной по Ру петле тощей кишки. Все виды билиодигестивных соустьев формировали отдельными однорядными швами атравматичной иглой с рассасывающейся нитью.

Послеоперационный период в большинстве случаев протекал без осложнений. У двух пациентов была отмечена несостоятельность ХДА, при дальнейшем лечении наступило выздоровление.

Выводы. На современном этапе оказания медицинской помощи почти у половины пациентов возможно успешное разрешение подпеченочного холестаза малоинвазивными эндоскопическими методиками. Другой половине пациентов показаны традиционные или открытые методы коррекции желчеоттока. Наряду с холедохолитотомией в 55% случаев показано наложение билиодигестивного анастомоза. Предпочтение следует отдавать ХДА по способам Финстерера или Флеркена.

НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЯХ

Дейкало М. В., Карпицкий А. С., Шестюк А. М., Панько С. В.,
Журбенко Г. А., Юрковский В. В.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Республика Беларусь

Введение. Основные хирургические нюансы выполнения панкреато-дуоденальной резекции (ПДР) хорошо отработаны, однако до сих пор нет универсальной методики обработки культи поджелудочной железы, приводящей к снижению числа несостоятельств панкреатодигестивного анастомоза и послеоперационных панкреатитов.

Цель: изучить опыт применения наружного дренирования главного панкреатического протока после панкреатодуоденальной резекции для профилактики развития