

ВАРИАНТЫ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ВСЛЕДСТВИЕ ОПУХОЛЕЙ ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПРОТОКОВ

Пучинская М.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»
Минск, Беларусь

Опухоли внепеченочных желчевыводящих протоков (ОВПЖП) встречаются достаточно редко. В то же время в связи с относительно небольшим диаметром протоков и частым экзофитным ростом опухолей у пациентов может рано возникать сужение протоков с развитием механической желтухи (МЖ), которая часто становится первым симптомом заболевания и причиной обращения за медицинской помощью. Такие пациенты обычно направляются в хирургические стационары по месту жительства, где наряду с необходимыми диагностическими исследованиями им выполняются различные виды вмешательств для ликвидации МЖ.

В связи с немолодым возрастом таких пациентов, наличием у них сопутствующей патологии в настоящее время активно развивается использование малоинвазивных вмешательств для купирования МЖ, в том числе наружного билиарного дренирования под ультразвуковым (УЗ) контролем и стентирования холедоха при фиброгастродуоденоскопии. Такие вмешательства имеют меньше осложнений и легче переносятся пациентами по сравнению с открытыми операциями. В то же время все они по своему характеру являются симптоматическими и не воздействуют на опухоль как причину МЖ.

Цель работы. Проанализировать виды вмешательств, применявшихся для ликвидации МЖ у пациентов с опухолями ВПЖП в хирургическом стационаре.

Материалы и методы. По данным журналов регистрации пациентов проводился поиск пациентов с ОВПЖП, проходивших лечение в 1-м хирургическом (экстренном) отделении 10-й городской клинической больницы Минска в 2007–2011 гг. (пациенты с опухолями большого дуоденального сосочка не включались в настоящее исследование). Впоследствии на основании историй болезни этих пациентов анализировались виды применявшихся у них дренирующих вмешательств. Статистическая обработка полученных данных выполнялась в программе Microsoft Excel с использованием методов описательной статистики.

Результаты. За указанный период в отделении проходили лечение 16 пациентов с ОВПЖП. Наиболее часто отмечалось поражение проксимального отдела холедоха (ПрОХ) (опухоль Клатскина) (6 случаев, 37,5%) и его терминального отдела (ТОХ) (5 случаев, 31,25%), в 5 (31,25%) случаях в диагнозе указывалась опухоль холедоха или желчевыводящих протоков без уточнения ее локализации. Среди пациентов было 8 (50%) мужчин и 8 (50%) женщин, медиана возраста на момент госпитализации составляла 70,5 (от 56 до 83) лет.

Нам были доступны для более подробного анализа данные истории болезни 12 пациентов. Медиана уровня билирубина в крови при поступлении составила 205,9 (от 12,2 до 449,4) мкмоль/л, в том числе прямого – 138,25 (от 5,1 до 318,3) мкмоль/л. Отмечалось также нарушение функций печени, выражавшееся в повышении уровней аланинаминотрансферазы (АЛТ) до 168 (от 13 до 585) ЕД/л и аспартатаминотрансферазы (АСТ) до 145 (от 20 до 377) ЕД/л.

При выборе вида дренирующего вмешательства у пациента учитывался ряд факторов, в том числе локализация поражения (проксимальное или дистальное), ширина внутри- и внепеченочных желчных протоков (по данным УЗ-исследования и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии), тяжесть состояния пациента, наличие сопутствующей патологии, уровень билирубинемии и вероятность развития холемических кровотечений.

Наиболее часто для ликвидации МЖ у пациентов применялись открытые операции с наложением различных обходных билиодигестивных анастомозов и стентирование холедоха – по 3 случая (25%). В 1 (8,33%) случае из-за технических трудностей выполнить стентирование холедоха не удалось. У 1 (8,33%) пациенту была выполнена установка назобилиарного зонда. У 1 (8,33%) пациента выполнено наружное дренирование желчевыводящих протоков под УЗ-контролем. В 1 (8,33%) случае выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС). Не применялись дренирующие вмешательства по различным причинам в 2 (16,66%) случаях.

Во всех случаях отмечалось снижение уровня билирубина после проведенного вмешательства, осложнений в ближайшем послеоперационном периоде отмечено не было. Проведение дренирующих вмешательств позволило улучшить общее состояние пациентов, уменьшить симптомы, связанные с гипербилирубинемией. Следует отметить, что малоинвазивные вмешательства легче переносились пациентами, однако при открытых операциях можно было лучше оценить степень распространенности процесса и взять большее количество материала для гистологической верификации диагноза.

Выводы. ОВПЖП в практике общехирургических стационаров встречаются достаточно редко, однако в большинстве случаев связаны с развитием МЖ и требуют выполнения различных вмешательств для ее ликвидации. Наиболее часто при этом применяются стентирование холедоха и открытые операции с наложением обходных билиодигестивных анастомозов, позволяющие эффективно устранить МЖ у пациентов.

ВИДЕОАССИСТИРОВАННЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

*Карпицкий А.С.¹, Боуфалик Р.И.¹, Журбенко Г.А.¹, Шестюк А.М.¹,
Вакулич Д.С.¹, Игнатюк А.Н.¹, Глушек С.З.², Панько С.В.²*

*УЗ «Брестская областная больница», г. Брест, Беларусь¹
Университет им. Я. Кохановского, медицинский факультет, Кельце, Польша²*

Актуальность. Современная, высокотехнологичная торакальная хирургия – это всё более широкое внедрение эндоскопических, малоинвазивных, высокотехнологичных методик лечения [1]. И если диагностические видеоторакоскопические вмешательства, видеоассистированные атипичные резекции лёгких повсеместно находят своё применение [2], то торакоскопические анатомические резекции лёгких, особенно расширенные лимфодиссекцией при раке лёгкого, выполняются реже. И связано это как со сложностью вмешательства, так и с финансовыми затратами на выполнение операции. Так, стоимость только расходных материалов для выполнения видеоторакоскопической нижней лобэктомии справа с эндоскопическим аппаратным лигированием элементов корня лёгкого обойдётся клинике на сегодняшний день примерно в 4,5 млн белорусских рублей (550\$), а верхняя лобэктомия справа — в 6,5 млн белорусских рублей (700\$).

Цель работы. Внедрить видеоассистированные анатомические резекции лёгких из миниторакотомного доступа без использования дорогостоящих эндоскопических артикуляционных сшивающих аппаратов.

Материалы и методы. В отделении торакальной хирургии Брестской областной больницы с 2012 г. внедрены видеоторакоскопические анатомические резекции легких. Выполнено 7 видеоассистированных (ВАТС) лобэктомий с одноплеменной интубацией в сочетании с высокочастотной вентиляцией оперируемого легкого. Вначале операции в шестом межреберье по средней подмышечной линии вводили торакопорт 10 мм