



**СОВРЕМЕННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ
В МЕДИЦИНЕ**

РЕПОЗИТОРИЙ БРГАУ

Получено 19.02.2009г

УЗ "Брестская областная
"больница"

3 1 1 8 9 3

СИГНАЛЬНЫЙ

61 (063)
С 568

СИГНАЛЬНЫЙ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЕСТСКОГО ОБЛИСПОЛКОМА

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ

Материалы юбилейной научно-практической конференции,
посвященной 65-летию Брестской областной больницы

г. Брест, 30 января 2009 года

Брест
"Альтернатива"
2009

РЕПОЗИТОРИЙ ГРГМУ

Одним из стандартов разработанного в клинике алгоритма одноэтапного лечения осложнений ЖКБ являются операции с применением антеградной папиллосфинктеротомии. При сравнительной характеристике одноэтапного лечения с применением АПСФТ во время открытого оперативного вмешательства и двухэтапного с применением на I этапе ЭПСТ и на II – открытого оперативного вмешательства выявлено, что стоимость одноэтапного лечения значительно ниже $2,5+0,8$, чем сравнимого двухэтапного $4,9+2,3$.

«Золотым» стандартом чисто эндоскопического лечения осложнений ЖКБ конечно же является ЭПСТ на первом этапе и ЛХЭ – вторым этапом. Однако при показаниях к открытому оперативному вмешательству, по данным литературы, в клиническом аспекте нет единого мнения о преимуществах одноэтапного или двухэтапного открытого оперативного лечения в комбинации с эндоскопическими методами. В связи с разработкой новых интраоперационных методов папиллосфинктеротомии и «глухой» прецизионного шва общего желчного протока (ОЖП), мнение большинства склоняется к проведению одноэтапного хирургического лечения, обладающего рядом преимуществ перед двухэтапными методиками. Как же эта проблема выглядит в экономическом аспекте? Проанализировав экономические затраты при проведении обоих методик пришли к выводу, что экономическая эффективность одноэтапных методов комплексного лечения осложнений ЖКБ значительно выше, чем двухэтапных методик.

Следовательно, как в клиническом, так и в экономическом плане «золотым» стандартом лечения осложнений ЖКБ остается по-прежнему двухэтапное эндоскопическое вмешательство ЭПСТ+ЛХЭ. При невозможности его выполнения экономически более выгодным является применение комбинации открытых и эндоскопических методов, а именно: холецистэктомия + холедохолитотомия + антеградная папиллосфинктеротомия + глухой прецизионный шов общего желчного протока.

**ЖАНДАРОВ К.Н., САВИЦКИЙ С.Э., БЕЛЮК К.С., РУСИН И.В.,
ЧЕРНИЙ А.В., УШКЕВИЧ А.Л., МИХОВИЧ Т.И., БУРАК Е.В.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно

УЗ «Гродненская областная клиническая больница», г. Гродно

ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

За период 2002–2007 гг. в Гродненской областной клинической больнице г. Гродно было прооперировано 319 больных с различны-

ми осложнениями желчнокаменной болезни (ЖКБ) (механическая желтуха, холангит, холедохолитиаз, стеноз большого дуоденально-сосочка (БДС) и стеноз терминального отдела общего желчного протока). Холедохотомия была произведена 306 больным в комбинации с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ-63), антеградной папиллосфинктеротомией по разработанной в клинике методике (АПСФТ-21), трансдуоденальной папиллосфинктеротомией (ТрДПСФТ-98), холедоходуоденостомией (ХДС-100) и холедохоеюностомией (ХЕС-24). Через культю пузырного протока были выполнены АПСФТ (9) и ТрДПСФТ (4).

Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, разработанная более 20 лет назад, и в настоящее время является «золотым» стандартом при лечении осложненных форм ЖКБ в особо тяжелых случаях, являясь неотъемлемой частью одноэтапного лечения осложнений ЖКБ. Количество проводимых ТрДПСФТ остается постоянным в последние 3 года.

Одноэтапное лечение осложнений ЖКБ в объеме холецистэктомия (ХЭ) + холедохотомия (ХТ) + ТрДПСФТ с ревизией желчевыводящих протоков произведено у 22 больных при наличии стеноза БДС и подозрении на наличие конкрементов во внепеченочных желчных протоках. При подтвержденном холедохолитиазе в комбинации со стенозом БДС у 56 больных произведена ХЭ + холедохолитотомия (ХЛТ) + ТрДПСФТ. У 4 больных с холедохолитиазом и протяженной стриктурой терминального отдела ОЖП выполнена операция двойного внутренне-дренирования – ХЭ+ХЛТ+ТрДПСФТ+ХДС.

Из осложнений ТрДПСФТ у 2 больных отмечены кровотечения из места папиллотомии, не потребовавшие оперативного вмешательства. У одного больного возникла несостоятельность места ушивания дуоденотомического отверстия. Больному проведено оперативное вмешательство на выключение 12-перстной кишки из пассажа пищи с помощью антрум-резекции и анастомозом с выключенной из пищевода петлей тощей кишки по Ру с удовлетворительным отдаленным результатом. У 2 больных в отдаленном периоде развился ретенноз большого дуоденального сосочка на почве папиллита, что потребовало проведения у 1 больного ЭПСТ, а у второго проведения повторного оперативного вмешательства с наложением холедоходуоденоанастомоза.

У 16 больных с постхолецистэктомическим синдромом оперированных в других клиниках области произведена ХЛТ+ТрДПСФТ, из них у 3 больных при протяженном стенозе терминального отдела ОЖП дополнительно произведена ХДС. 6 больных первоначально были оперированы в хирургическом отделении ГОКБ: ХЭ(1), ХЭ+ХТ(2) и ХЭ+ХЛТ (3). Причинами повторного оперативного лечения явился резидуальный холедохолитиаз (19) и недиагностированные конкременты ОЖП при

дооперационном обследовании (не был полностью выполнен алгоритм обследования до операции и во время операции) и во время операции (3).

Таким образом, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия в сочетании с ХЭ и ХЛТ может с успехом применяться при осложнениях ЖКБ в виде воспалительно-склерозирующих процессов в области БДС, вклиненных конкрементах и парапапиллярных дивертикулах.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия проводилась по стандартной методике у 63 больных, из них у 41 больного с механической желтухой. В 2007 году в связи с разработкой алгоритма и внедрения его в клиническую практику значительно возросло количество выполняемых ЭПСТ.

У 27 больных в тяжелом состоянии с множественной сопутствующей патологией удачно проведенная ЭПСТ явилась единственным вмешательством, после чего больным второй этап лечения ЖКБ с холецистэктомией не проводился. Одномоментно без выписки из стационара двухэтапное лечение осложнений ЖКБ в виде ЭПСТ и через 5–7 суток ЛХЭ проведено у 9 больных.

У 2 больных до ЭПСТ и у 2 пациентов после ЭПСТ имелись явления острого панкреатита. Учитывая эти обстоятельства, больным проведена консервативная терапия до купирования болевого синдрома, и они выписаны на амбулаторное лечение. В последующем после полного купирования признаков острого панкреатита больные в плановом порядке прооперированы с выполнением им на 2-ом этапе ЛХЭ (3) и ОХЭ (1).

При неудачной ЭПСТ с неполным извлечением конкрементов без выписки из стационара 2-ым этапом произведены следующие оперативные вмешательства: ХЭ+ХЛТ+ДрВ (3), ХЭ+ХТ+ПД+ПШ+ДрП (2), ХЭ+ХДС (1) и ХЭ+ХЛТ+ТрДПСФТ (1). В двух случаях выполнена методика наложения прецизионного шва (ПШ) холедохотомического отверстия с наружным дренированием по Пиковскому через культю пузырного протока.

С ПХЭС оперированы в случаях неудачи ЭПСТ 3 больных (до 0,5 года): ХЛТ+АПСФТ+ДрК (1) и ХЛТ+ТрДПСФТ+ДрВ (2). ЭПСТ проведенная у 3 больных с ПХЭС была эффективной.

В отсроченном периоде (более 0,5 года) после ЭПСТ ввиду ее неудачи (2) или резидуального холедохолитиаза (4) оперированы 6 больных: ХЭ+ХЛТ+ХДС(3), ХЭ+ХЛТ+ТрДПСФТ+ДрВ(2) и ХЭ+ХЛТ+ТрДПСФТ+ХДС (1). Летальный исход имел место у 1 больного ввиду прогрессирования послеоперационного деструктивного панкреатита.

Учитывая вышеизложенное, нужно отметить, что при проведении ЭПСТ нужно учитывать диаметр ОЖП в области БДС и размер конкрементов. При анализе нашего клинического материала установле-

но, что при попытках удаления конкрементов более 6 мм в диаметре возникали осложнения в виде кровотечения и вклинения конкремента в области БДС с развитием острого панкреатита, который и явился причиной летальности у 2 пациентов. Риск вклинения конкремента и возникновения острого панкреатита после ЭПСТ увеличивается при диаметре общего желчного протока (ОЖП) менее 6 мм в области БДС. Принимая во внимание этот факт, необходимо отметить, что при диаметре конкрементов более 6 мм и узких желчевыводящих протоках (менее 6 мм) более оправдано выполнение одноэтапного открытого оперативного вмешательства с применением интраоперационных методов папиллосфинктеротомии.

Антеградная папиллосфинктеротомия по разработанной в клинике методике выполнена у 30 больных с осложнениями ЖКБ, из них у 3 больных при ПХЭС и у 1 больного при релапаротомии. Количество выполненных АПСфТ в последние годы увеличилось, и выполняется она в различных сочетаниях с другими манипуляциями на внепеченочных желчных протоках.

АПСфТ являлась составной частью одноэтапного лечения холедохолитиаза со стенозом БДС (26) и доброкачественных стенозов БДС (4). Одноэтапное лечение, как правило, проводилось при невозможности проведения ЭПСТ (стеноз БДС, парапапиллярный дивертикул) и при предполагаемой неудаче ЭПСТ ввиду невозможности экстракции конкрементов диаметром более 8 мм. Оперативное лечение в 1 этап включало в себя ХЭ, ХЛТ или ХТ и АПСфТ с различными вариантами окончания оперативного лечения (наружное дренирование (Др.), ПШ, глухой прецизионный шов (ГПШ)).

Проведению АПСфТ всегда предшествовало проведение фиброхоледохоскопии с целью ревизии желчевыводящих путей и БДС и определения возможности проведения АПСфТ. Конкременты извлекались с помощью корзинки Дормиа или зонда Фогарти.

АПСфТ выполнялась через холедохотомическое отверстие, произведенное как продолжение рассечения культи пузырного протока (по Шалимову). В 9 случаях АПСфТ выполнена через широкую культи пузырного протока и после ее расширения с помощью зажима или дилатационного баллона.

При ушивании холедохотомического отверстия преимущество отдавали прецизионному шву холедохотомического отверстия (16) с последующим дренированием ОЖП по Пиковскому (12) и Керте (2). Прецизионный шов накладывали монофиломентной рассасывающейся нитью 4/0 или 5/0 без захвата слизистой ОЖП с использованием непрерывного «матрачного» шва. Осложнения в виде незначительного и кратковременного подтекания желчи по страховочному дренажу имели место у 2 больных и самостоятельно прекратились в течение 1 суток.

С 2006 года разработали и внедрили прецизионный «глухой» шов холедохотомического отверстия у 8 больных (из 24 с ПШ) по методике прецизионного шва. ГПШ накладывали только при отсутствии гнойного холангита. Подтекание желчи по страховочному дренажу отмечено у 2 больных и прекратилось самостоятельно в течение суток.

Лапароскопическим способом ХЭ с ХЛТ и АПСфТ произведено у 5 больных при наличии не более 3 конкрементов в комбинации со стенозом БДС.

Учитывая наличие в послеоперационном периоде подтекания желчи по страховочному дренажу при ГПШ холедохотомического отверстия, в 2008 году разработали и внедрили модифицированный самоудаляющийся дренаж, который устраняет желчную гипертензию, возникающую в первые 2–5 дней после различных видов папиллотомии.

Таким образом, проведение одноэтапных оперативных вмешательств при осложнениях ЖКБ с применением антеградной папиллосфинктеротомии, прецизионного и «глухого» шва общего желчного протока позволило сократить количество осложнений, уменьшить травматичность и сроки лечения пациентов.

Применение разработанного самоудаляющегося дренажа позволит более широко применять ГПШ общего желчного протока как метод окончания операций с использованием различных видов папиллотомий.

ИЩУК А.В.

УЗ «Брестская областная больница», г. Брест

ПОДГОТОВКА ГНОЙНЫХ РАН И ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ К РАННЕЙ АУТОДЕРМОПЛАСТИКЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЛАЗЕРНЫМ АППАРАТОМ «РОДНИК-1» С ФОТОСЕНСИБИЛИЗАТОРОМ «ХЛОРОФИЛЛИПТ»

Несмотря на все достижения современной медицины, проблема лечения ран и трофических язв по-прежнему остается актуальной. Их лечение требует применения большого количества лекарственных средств в течение длительного времени, во многих случаях в условиях стационара, но часто оказывается неэффективным. Наличие дефекта кожи, сохраняющегося длительное время, создает благоприятные условия для развития грибковых поражений мягких тканей, частота которых достигает 75%. Микотическая инфекция в свою очередь, сенсibiliзируя организм и усугубляя течение основного процесса, приводит к прогрессированию трофических расстройств. Часто хронический