

Литературные ссылки

1. Генри, М, Свош, М. Колопроктология и тазовое дно. – М.: Медицина. – 1988. – С. 98–117.
2. Дацун, И.Г., Мельман, Е.Л. Роль гломусных шунтов аноректальных кавернозных телец в механизме развития геморроя. – Арх. патологии. – 1992, 54(8): 28–31.
3. Капуллер, Л.Л., Ривкин, В.Л. Геморрой: патогенез, клиника, лечение. – М.: Медицина. – 1976. – 276 с.
4. Ривкин, В.Л., Капуллер, Л.Л., Дульцев, Ю.В. Геморрой и другие заболевания анального канала и промежности. – М, 1994. – 128 с.
5. Bruce G. Wolff, James W. Fleshman, The ASCRS Textbook of colon and anal surgery. – 2007. – PP.156–178.
6. Connann M. Anus (S-rectum surgery. USA, Philadelphia, Haemorrhoids. – 1994. – PP. 54–115.
7. Parks AG. The surgical treatment of haemorrhoids. Brit] Surg. – 1956; 43: 37–46.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Батвинков Н.И.

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

Лечение больных рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков является актуальной проблемой хирургии. Это обусловлено значительным увеличением количества операций на желчевыводящих путях. При этом нередко их стали выполнять хирурги недостаточно высокой квалификации, при отсутствии возможности проведения интраоперационного рентгенотелевизионного исследования, что привело к увеличению частоты ятрогенных повреждений желчных протоков с последующим развитием их стриктуры. Кроме того, в настоящее время холецистэктомии выполняются преимущественно лапароскопическим способом, при котором указанное выше отмечается чаще 0,2–0,8%, чем при использовании лапаротомного доступа (0,1–0,5%) [3]. Важно также отметить, что при лапароскопической холеци-

стэктомии повреждение тканей усугубляется коагуляционным фактором, благодаря которому происходят более значительные изменения как стенок желчных протоков, так и окружающих их тканей печечно-двенадцатипестрстной связи. Более того, в этих случаях увеличивается процент высоких повреждений путей желчеоттока, требующих сложных в техническом исполнении хирургических вмешательств. Реже причиной рубцовой стриктуры внепеченочных желчных протоков являются холангиты, которые развиваются при нарушении оттока желчи, что может быть обусловлено холангиолитиазом или стенозом большого дуоденального сосочка. Нередко причиной холестаза являются стриктуры ранее наложенных билиодигестивных анастомозов. Таким образом, вопросы лечения больных стриктурами желчных протоков заслуживают пристального исследования.

Целью работы являлось изучение непосредственных результатов хирургического лечения больных рубцовыми стриктурами желчных протоков.

Материал и методы. Мы располагаем опытом хирургического лечения 126 больных (104 женщины и 22 мужчины) в возрасте от 18 до 78 лет со стриктурами внепеченочных желчных протоков и билиодигестивных анастомозов. Причинами нарушения оттока желчи были продолженные стриктуры большого дуоденального сосочка, интраоперационные травмы желчных протоков, стенозы ранее наложенных билиодигестивных анастомозов. Для определения вариантов сужений желчных протоков мы пользовались классификацией Н. Bismuth, согласно которой больные распределялись следующим образом: I тип (стриктура холедоха) наблюдался у 59 больных, II тип (стриктура общего желчного протока) – у 31, III тип (стриктура в зоне слияния долевых печеночных протоков) – у 9, IV тип (разрушение конfluence) – у 3, V тип (стриктура долевых и сегментарных протоков) – у 5. Остальные 19 больных оперированы по поводу стриктур билиодигестивных анастомозов.

При поступлении в клинику у большинства пациентов имела место желтуха различной степени выраженности (500 ммоль/л), которая нередко (36%) сопровождалась холангитом, при этом в 23 случаях были диагностированы холангиогенные абсцессы печени. У 15 пациентов наблюдались полные и неполные желчные свищи, а в одном случае имелось сочетание двух наружных сви-

щей – желчного и панкреатического.

Результаты. В 1982 году Ziegel I.H. впервые предложил способ эндоскопической ретроградной декомпрессии желчных протоков при их рубцовой стриктуре, что в последующем получило широкое распространение. Это обусловлено тем, что больные с данной патологией обычно поступают в хирургические отделения с явлениями механической желтухи и холангита. Выполнение в этих условиях оперативного вмешательства сопровождается развитием осложнений и высокой летальностью. В связи с этим ряд исследователей предпочтение отдают двухэтапной тактике, когда в начале декомпрессия желчных протоков достигается малоинвазивными вмешательствами с последующим выполнением реконструктивных или восстановительных операций на желчевыводящих путях. Вместе с тем, не существует четко сформированных критериев отбора больных для эндоскопических вмешательств. Тем более это касается проведения билио-дуоденального протезирования.

С целью увеличения диаметра анастомоза использовали методику Нерр-Коинауд. При невозможности выполнить реконструкции билиодигестивного анастомоза, что наблюдается при его врастании в ткань печени и наличии гнойного холангита, у 2 пациентов произвели трансэнтеральную дилатацию соустья с транспеченочным дренированием, которое применяем по строгим показаниям: невозможность полноценного удаления рубцово-измененных тканей, стриктуры долевых и сегментарных протоков, узкий анастомоз, стенозирующий холангит, стеноз печени. В последующем о подобной операции сообщил В.Н. Чернышов [2]. В одном случае мы воспользовались предложением Е.В. Смирнова [1], когда у пациента имелся полный наружный желчный свищ на фоне общего тяжелого состояния. В качестве первого этапа сформировали подкожный фистулоэнтероанастомоз как вынужденное вмешательство. В последующем выполнена радикальная операция – наложен гепатикодуоденоанастомоз по Нерр-Коинауд. Послеоперационная летальность составила 2,38%.

Заключение. Основным видом хирургического лечения стриктур внепеченочных желчных протоков является наложение билиодигестивных анастомозов, отдавая предпочтение гепатикоеюностомии при III–IV типах сужения путей желчеоттока. Чреспече-

ночное каркасное дренирование целесообразно выполнять у больных с выраженными склеротическими изменениями желчных протоков и при малом диаметре билиодигестивных соустьев.

Литературные ссылки

1. Смирнов, Е.В. Реконструктивные операции на желчных путях / Е.В. Смирнов, С.Д. Попов. – М., 1969.

2. Третьяков, А.А. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / А.А. Третьяков, Н.И. Слепых, А.К. Корнилов // Хирургия. – 1998. – № 10. – С. 46–50.

3. Чернышов, В.Н. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / В.Н. Чернышов, В.Е. Романов, В.В. Сухоруков // Хирургия. – 2004. – № 11. – С. 41–49.

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Батвинков Н.И., Гарелик П.В., Могилевец Э.В.

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

В большинстве случаев для выделения желчного пузыря и обработки его ложа на печени во время лапароскопической холецистэктомии используют монополярную коагуляцию. К положительным качествам методики относятся простота использования, высокая скорость рассечения тканей и достаточная надежность гемостаза [3]. При этом, несмотря на применение современной электроаппаратуры, температура коагулируемых тканей повышается выше критического уровня. В результате наступает деструкция ткани печени в области ложа, возможны несанкционированные ожоги, в среде углекислого газа образуются токсичные продукты коагуляции [1, 2]. Внедрение малотравматичных модификаций лапароскопической холецистэктомии требует доступных методик оценки их эффективности в сравнении со стандартным лапароскопическим вмешательством.

Цель исследования – изучить активности аланинамино-