

4. Мельник, В. Е. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с формированием анастомозов на толстой кишке / В. Е. Мельник, А. И. Пойда // Хирургия. – 2003. – № 8. – С. 69-74.

5. Игнатъев, А. И. Пути улучшения результатов хирургического лечения заболеваний толстой кишки с использованием методики наложения закрытого однорядного шва при формировании анастомоза (экспериментально-клиническое исследование): дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / А. И. Игнатъев. – Великий Новгород, 2008. – 101 л.

РЕНТГЕНЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕВЫХ СУЖЕНИЙ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА

**Седун В. В., Завада Н. В., Шорох С. Г., Хрыщанович В. Я.,
Тарасик Л. В., Козик Ю. П., Ладутько И. М.**

*ГУО «БелМАПО», УЗ «10 ГКБ»
Минск, Беларусь*

Диагностика и лечение патологии желчных протоков является сложной проблемой хирургической практики. Наличие у пациента механической желтухи или холангита требует незамедлительного установления их причины. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) относится к инвазивным рентгенэндоскопическим диагностическим медицинским вмешательствам. Ассоциированные с ней эндоскопические операции являются приоритетными при выборе методов коррекции механической желтухи.

Цель исследования: оценить эффективность ЭРХПГ и ассоциированного с ней эндоскопического стентирования гепатикохоледоха в лечении опухолевых стриктур желчных протоков.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ 621 стационарной карты пациентов (сплошная выборка) хирургических отделений учреждения здравоохранения «10 ГКБ» г. Минска, которым была выполнена ЭРХПГ в период с 2010 по 2016 гг.

Распределение по возрасту, согласно критериям ВОЗ, было следующим: молодые до 44 лет – 15,5%, среднего возраста до 59 лет – 22,5%, пожилого до 74 лет – 38,7% и старческого старше 75 лет – 23,3%. То есть, более 60% пациентов представляли люди пожилого и старческого возраста. Распределение по полу: преобладали женщины: 356 (57,3%).

Механическая желтуха с клиническими и лабораторными проявлениями отмечена у 467 из 621 пациента выборки (75,2%). Явления холангита имели место у 139 чел. (22,4% из 621).

Показанием к проведению ЭРХПГ и трансдуоденальных вмешательств явились:

– холедохолитиаз, дилатация желчевыводящих протоков, опухоль желчных протоков или головки поджелудочной железы, выявленные посредством ультразвукового исследования органов брюшной полости, эндоскопической ультрасонографии или компьютерной томографии у 514 пациентов (82,8%). Из них у 154 из 621 (24,8%) отсутствовали признаки механической желтухи, а у 360 из 621 (58,0%) указанная выше патология была в сочетании с механической желтухой;

– механическая желтуха у 107 из 621 чел. (17,2%).

При выявлении стриктуры опухолевого генеза проводилась попытка имплантации билиарного стента. Принципиальное различие в применявшихся стентах разных производителей состояло в их конструкции. Трубчатые пластиковые стенты с различными вариантами фиксации имели диаметр 7-10 Fr. Саморасправляющиеся, покрытые, нитиноловые после расправления имели 8-10 мм в диаметре.

Метод стентирования считался неэффективным в случаях технической неудачи в имплантации стента, отсутствия клинико-лабораторной положительной динамики, необходимости повторного стентирования либо применения чреспеченочного дренирования и хирургического лечения до разрешения желтухи. Сомнительными считали случаи, когда возникала необходимость проведения дополнительных эндоскопических вмешательств (лаваж билиарного дерева и другие).

Результаты и обсуждение. Селективная холангиография выполнена на 442 (71,2%) пациентам, холангиопанкреатография – 117 (18,8%), а вирсунгография – 43 (6,9%). Общее число состоявшихся контрастирований составило 602 (96,9%). У 19 пациентов канюлировать большой дуоденальный сосочек (БДС) не удалось (3,1%). Причинами неудач явились: опухолевая инфильтрация фатерова сосочка, сужение просвета двенадцатиперстной кишки и устья БДС разной этиологии, а также ранее перенесенные операции на желудке и двенадцатиперстной кишке.

Холангиография селективная либо с одновременной панкреатографией проведена 559 (90,0%) пациентам из 621. Летальных исходов, связанных непосредственно с выполнением ЭРХПГ и возникшими осложнениями (12,1% гиперамилаземия и болевой симптом) не наблюдалось.

Опухолевые стриктуры разной локализации обнаружены у 61 (10,9%) пациента. В этой группе средний возраст составил $68,05 \pm 12,79$ (Mean, Std.Dev.), минимальный 43, максимальный 88 лет. Распределение по возрасту было следующим: молодые до 44 лет – 4,9%, среднего возраста до 59 лет – 24,6%, пожилого до 74 лет – 34,4%, старческого более 75 лет – 36,1%. Отмечался гендерный перевес женщин – 36 чел. (59,0%). У всех пациентов была механическая желтуха разной интенсивности с минимальным уровнем билирубина 58 мкмоль\л, а у 36 (59,0%) имели место явления холангита. Дилатация, опухоли желчевыводящих протоков выявлены посредством ультразвукового исследования органов брюшной

полости у 6 (9,8%), компьютерной томографии – у 25 (31,1%), а у 36 (59,0%) пациентов применялись оба метода.

На этапе выполнения ЭРХПГ получены следующие данные:

1. Дилатация гепатикохоледоха и\или внутрипеченочных желчных протоков у 61 пациента (100,0%), диаметр протока $17,6 \pm 5,1$ мм.

2. Опухолевые стриктуры нижней трети гепатикохоледоха диагностированы у 39 (63,9%), средней трети у 16 (26,2%), верхней у 6 (9,8%) пациентов.

Билиарные саморасправляющиеся стенты разной конструкции были имплантированы 20 (32,8%) пациентам, пластиковые – 41 (67,2%). Эффективность стентирования в зависимости от вида стента и уровня стриктуры представлена в таблицах 1 и 2.

Таблица 1. – Эффективность стентирования гепатикохоледоха в зависимости от вида имплантированного стента

Имплантированный стент	Не эффективно n (%)	Эффективно n (%)	Сомнительно n (%)	Всего n
Пластиковый	13 (31,7)	22 (53,7)	6 (14,6)	41
Саморасправляющийся	3 (15,0)	15 (75,0)	2 (10,0)	20
Всего	16 (26,2)	37 (60,7)	8 (13,1)	61

Таблица 2. – Эффективность стентирования опухолевых стриктур в зависимости от уровня стриктур

Уровень стриктуры	Неэффективно n (%)	Эффективно n (%)	Сомнительно n (%)	Всего n
Нижняя треть	11 (28,2)	24 (61,5)	4 (10,3)	39
Средняя треть	3 (18,75)	12 (75,0)	1 (6,25)	16
Верхняя треть	2 (33,3)	1 (16,7)	3 (50,0)	6

Для ликвидации холестаза опухолевой этиологии использование саморасправляющихся стентов положительно отличается от использования пластиковых по эффективности (значение $p=0,057$) и неэффективности (значение $p=0,092$). Всего имплантация стентов была эффективна у 37 (60,7%) пациентов.

По нашим данным, больший процент положительных результатов при локализации опухолевой стриктуры в средней трети, наименьший – в верхней. Однако эти различия не являются достоверными, значение $p>0,1$.

Выводы:

1. Успешно выполненная по показаниям, ЭРХПГ позволяет диагностировать патологию желчных протоков у 96,9% пациентов.

2. Опухолевые стриктуры разной локализации выявляются в 10,9% случаев ретроградного контрастирования желчного дерева.

3. Стентирование гепатикохоледоха является эффективным методом ликвидации желчной гипертензии при механической желтухе у 60,7% пациентов с опухолевыми стриктурами желчных протоков.

4. Для ликвидации холестаза у пациентов с механической желтухой опухолевой этиологии использование саморасправляющихся стентов статистически достоверно более эффективно, чем пластиковых.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ МОРФОМЕТРИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАХОВОГО КАНАЛА ПРИ ГРЫЖАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО И ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

¹Смотрин С. М., ²Жук С. А., ¹Новицкая В. С., ¹Пухов Д. Н.

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»
Гродно, Беларусь

Введение. Наружные грыжи живота – одно из самых распространенных хирургических заболеваний человека и встречаются у 5-6% населения европейских стран [3]. Из них на паховые грыжи приходится до 70% случаев [2]. На современном этапе развития герниологии большинство работ в области лечения паховых грыж посвящено изучению надежности того или иного способа грыжесечения [1, 2, 6]. Безусловно, что это один из основных и главных критериев оценки эффективности любой методики пахового грыжесечения. В то же время ряд авторов по-прежнему указывают на достаточно высокие показатели рецидива заболевания, особенно у лиц пожилого возраста [4, 5]. В связи с этим становится очевидным факт, что в основе выбора метода пахового грыжесечения должна лежать всесторонняя интраоперационная оценка состояния анатомических структур пахового канала, которая и должна определять выбор метода герниопластики.

Цель: провести сравнительную морфометрическую оценку состояния пахового канала при грыжах у лиц молодого и пожилого возраста.

Материал и методы исследования. Морфометрическое исследование пахового канала при грыжах проведено у 36 пациентов во время операции грыжесечения. Распределение пациентов по возрасту проводили согласно классификации ВОЗ. Из них 19 пациентов были молодого возраста и 17 – пожилого. Типовая принадлежность паховых грыж проводилась согласно классификации L.Nyhus [7] и представлена в таблице 1.

Определялись следующие линейные параметры пахового канала: длина и высота пахового промежутка, совокупная толщина свободных краев внутренней косой (ВК) и поперечной мышц живота (ПМЖ). Для измерения линейных параметров пахового канала использовали ме-