

При паллиативном наружно-внутреннем дренировании длительность госпитализации составила в среднем 8–29 дней (в среднем – 18,7 дня), продолжительность жизни после выписки из стационара – от одного до 9 месяцев (в среднем – 5,1 месяца). У 9 пациентов в связи с явлениями рецидива МЖ или холангита потребовалась амбулаторная замена дренажной трубки.

При одномоментном стентировании длительность госпитализации составила в среднем 11,3 дня. Из 26 больных 22 (84,6%) пациента выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии после купирования симптомов МЖ. Продолжительность их жизни после стентирования составила от одного до 36 месяцев (в среднем – 14,5 месяца).

4 (15,4%) больных умерли на госпитальном этапе из-за нарастания печеночно-почечной недостаточности крайней степени на фоне выраженной билирубинемии (< 520 мкмоль/л), что было связано с поздними сроками госпитализации.

Осложнения одномоментного эндобилиарного стентирования в виде гемобилии отмечены у 4 пациентов, что скорее всего связано не с самой процедурой имплантации стента, а с проведением пре- или постдилатации, приводящей к травматизации и контактной кровоточивости инфильтрированной опухолью слизистой холедоха.

При двухэтапном стентировании на госпитальном этапе у 8 (11,9%) больных был констатирован летальный исход, связанный с нарастанием полиорганной недостаточности, раковой кахексии либо с осложнениями стентирования (гемобилия, желчно-венозная фистула, ранняя окклюзия стента).

59 (88,1%) пациентов выписаны из стационара. Длительность госпитализации у них составила в среднем 23,6 дня. Продолжительность жизни в отдаленном периоде – от 0,5 до 23 (в среднем – 9,7 месяца) месяцев. Из них у 6 больных в сроки от месяца до 1,5 года потребовались дополнительные эндобилиарные вмешательства, связанные с повторным возникновением МЖ, по причине прорастания опухоли через ячейки стента либо роста опухоли выше проксимальной границы протеза.

С нашей точки зрения, при паллиативном лечении пациентов с поздними стадиями опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненными МЖ, оптимальный протокол чреспеченочных эндобилиарных вмешательств, адаптированный к тяжести холемии и печеночно-почечной недостаточности, предполагает предпочтительное одномоментное или двухэтапное стентирование гепатикохоледоха, и лишь при их невозможности – длительное наружно-внутреннее дренирование желчных протоков.

ТАКТИКА АНТЕГРАДНОГО ЖЕЛЧЕОТВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Ю.В. Кулезнева¹, Р.Е. Израйлов¹, В.И. Капустин²

¹ МГСМУ, кафедра факультетской хирургии № 2, Россия, Москва,
²ГКБ № 68, Россия, Москва

Своевременная и адекватная билиарная декомпрессия у больных с механической желтухой (МЖ) – проблема весьма актуальная для всех стационаров скорой помощи и большинства лечебно-диагностических центров. При этом во многих ситуациях метод выбора – чрескожное чреспеченочное желчеотведение. При выборе тактики антеградного желчеотведения возникает целый ряд вопросов, которые приходится решать индивидуально в каждом случае.

1. Нужна ли предоперационная билиарная декомпрессия, если больному можно выполнить радикальную операцию?
2. Какой вариант антеградной декомпрессии выбрать?
3. Как осуществлять антеградное стентирование – одномоментно или двухэтапно?
4. Стентировать или нет перед предстоящей операцией?
5. Как устанавливать стент: пре- или транспапиллярно?

6. Какую модификацию стента выбрать, чтобы уменьшить количество осложнений?

За 4 года в ГКБ № 68 и КБ № 119 на лечении находились 253 пациента с МЖ различного генеза (доброкачественные заболевания – 14,6%, злокачественные – 85,4%). Всего выполнено 256 операций чрескожной чреспеченочной наружной холангиостомии, 58 больным – наружно-внутренней. 83 пациентам установлено 93 нитиноловых саморасширяющихся стента (фирмы «COOK» и «M.I. Tech»). Средний уровень билирубина составил 386 ммоль/л, средний возраст больных – 69,5 года. Учитывая высокий уровень билирубина в большинстве случаев и связанные с этим выраженные нарушения свертывающей системы крови, практически всем пациентам на первом этапе выполняли чрескожное наружное желчеотведение. Это способствовало стабилизации состояния больных, а также позволяло провести комплексное дообследование пациентов для решения вопроса о возможности выполнения радикальной операции. Осложнения отмечены в 8,7% случаев, госпитальная летальность составила 23,3%. Осложнения при наружно-внутреннем желчеотведении отмечены в 29,3% наблюдений. Большинство из них составили рефлюкс-холангит и холангиогенные абсцессы печени. При анализе лабораторных показателей при различных способах желчеотведения было достоверно установлено резкое повышение уровня лейкоцитов крови и СОЭ при наружно-внутреннем дренировании и отсутствие динамики этих параметров при наружном. Несмотря на отсутствие потерь желчи при наружно-внутреннем дренировании, этот способ желчеотведения выполняли только при очень высоком уровне билиарного блока для уменьшения риска дислокации дренажа. Напротив, антеградное билиарное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами позволяет осуществить адекватное внутреннее дренирование желчи и значительно улучшить качество жизни больных. Уровень лейкоцитов и СОЭ после стентирования умеренно и кратковременно повышалось, а затем равномерно снижалось. Одномоментное стентирование позволяет значительно сократить время пребывания больного в стационаре, существенно уменьшить лучевую нагрузку на пациента и персонал, исключить осложнения, связанные с

наружным дренированием, а также снизить стоимость лечения.

К недостаткам одноэтапной тактики относятся трудности реканализации стриктуры на фоне воспаления и спада желчи, риск перфорации стенки протока и формирование ложного хода, а также увеличение риска осложнений, связанных с высокой гипербилирубинемией. Одномоментное билиарное стентирование, как и двухэтапное, безусловно показано при невозможности выполнения радикальной операции, а также в тех случаях, когда она откладывается на длительный срок, поскольку это позволяет исключить потери желчи или риск развития гнойно-септических осложнений, связанных с наружно-внутренним дренированием.

Вопрос о транс- или препапиллярной установке стентов необходимо решать индивидуально в зависимости от генеза, локализации и протяженности стриктуры. Самое грозное осложнение транспапиллярной установки – развитие острого деструктивного панкреатита (у нас из 19 стентов, установленных транспапиллярно, было 2 случая панкреонекроза). Недостаток препапиллярной установки – длительный спазм папиллы и более медленное расправление стента.

Было установлено 56 нитиноловых стентов с внутренним силиконовым покрытием и 38 непокрытых стентов. Использование протеза с покрытием практически исключает риск прорастания опухоли внутрь его просвета и значительно снижает возникновение гемобилии. Но в то же время увеличивается риск развития острого панкреатита и обтурационного холецистита. Установка стентов без покрытия часто приводит к интенсивной гемобилии, увеличивая вероятность прорастания опухолевой ткани через ячею стента.

Оптимальной тактикой стентирования может считаться такая. Протезы без покрытия необходимо использовать при высоком уровне билиарного блока, когда есть риск отключения доли и отдельных сегментов печени. Кроме того, это показано в ситуациях, когда изначальная панкреатическая гипертензия не выражена, а препапиллярная установка стента невозможна, поскольку это может привести к обтурации главного панкреатического протока и развитию панкреонекроза. Во всех других случаях целесообразно применение покрытых нитиноловых стентов. Риск возникновения обтурационного холецистита не может служить противопоказанием для использования

покрытых стентов, так как это осложнение излечимо методом чрескожной холецистостомии.

Госпитальная летальность при билиарном стентировании составила 5,5%, 30-дневная – 11,1%. Средняя продолжительность жизни – 171 день.

Таким образом, чрескожная холангиостомия, выполняемая под контролем «ультразвуковое исследование (УЗИ) и РТВ», – метод выбора для декомпрессии желчных протоков у больных с МЖ опухолевого генеза. Антеградное билиарное стентирование нитиноловыми саморасширяющимися стентами – технически просто выполняемая манипуляция, позволяющая существенно улучшить качество жизни пациентов. Осложнения, развивающиеся при выполнении чрескожных эндобилиарных вмешательств, как правило, не бывают фатальными и могут быть излечены малоинвазивно.

Вопрос: Какие методы дообследования использовались для уточнения стадии опухолевого процесса?

Ответ: На момент поступления – только УЗИ. В последующем мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) с внутривенным контрастированием и МСКТ-холангио-

графия, а также магнитно-резонансная томография.

Вопрос: Всегда ли использовался ультразвуковой контроль для пункции протоков?

Ответ: Да. В отдельных случаях, при низких уровнях билиарного блока его применяли и при установке дренажа.

Вопрос: Чем объяснить высокий процент холангита при наружно-внутреннем дренировании?

Ответ: Очевидно, рефлюксом дуоденального содержимого в просвет протоков и восходящей инфекцией.

Вопрос: Сколько больных было направлено на радикальную операцию?

Ответ: в 12 случаях выполнена лапароскопическая панкреатодуоденальная резекция (ПДР), 2 больным проведена открытая ПДР, 2 пациентов были направлены в институт Склифосовского для резекции печени. Судьбу части больных проследить не удалось.

Вопрос: Какова тактика при разобщении протоков?

Ответ: Выполнялось раздельное дренирование долей, наружное, наружно-внутреннее или комбинированное. При разобщении сегментарных протоков в одном случае установлено 3 дренажа, однако пациент умер при нарастающих явлениях интоксикации.

ПРОТОКОЛ ЗАСЕДАНИЯ

от 31.03.2009 г.

Председатель – профессор Ю.Д. Волинский

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

В.Е. Сеницын

Лечебно-реабилитационный центр Росздрава, Москва, Россия

Использование компьютерной томографии (КТ) у пациентов с имеющейся или предполагаемой ишемической болезнью сердца (ИБС) или коронарным атеросклерозом преследует 4 главные цели:

- скрининг коронарного атеросклероза в популяции (в настоящее время для этой цели используется только мультиспиральная КТ – МСКТ)

- неинвазивная коронарография (по показаниям)
- оценка морфологии атеросклеротических бляшек
- диагностика осложнений ИБС (рубцы, аневризмы, тромбы, разрывы миокарда и т. д.)

Из всех томографических методов наибольшее распространение для диагностики