



Оценка качества жизни больного в медицине. *Клин мед* 2000; 2: 10-13.

7. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С. Качество жизни и вегетативный статус больных язвенной болезнью. *Тер арх* 2005; 2: 34-37.

8. Колесникова И.Ю., Беляева Г.С., Лсонтьева В.А. О соотношении между качеством жизни, комплайенсом пациентов и течением язвенной болезни. *Клин мед* 2005; 10: 33-36.

9. Бримкулов Н.Н., Сенкевич Н.Ю., Калиева А.Д. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни. *Центрально-азиатский медицинский журнал* 1998; 4-5: 236-241.

10. Дегтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология: Руководство для врачей.- М.: Медицинское информационное агентство.- 2004.- С. 70-148.

11. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и 12-перстной кишки.- М.: МЕР пресс-информ.- 2002.- С.8-168.

12. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения: Рук. для практикующих врачей /В.Т.Ивашкин, Т.Л.Лапина и др.: Под общ. ред. В.Т.Ивашкина.- М.: Литтерра.- 2003.- С. 310-320.

13. Раппопорт С.И., Лядов К.В., Машковская И.К. Практическая гастроэнтерология: клиника, диагностика, лечение.- М.: ИР медпрактика.- М., 2005.- С. 17-21.

14. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Клиническая гастроэнтерология: Учебник для студентов медицинских вузов.- 3-е изд., перераб и доп.- М.: Медицинское информационное агентство.- 2007.- С. 184-222.

15. Эпидемиология язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.- Л.Б.Лазебник, М.Г.Гусейнадзе, И.Р.Ли, Л.И.Ефремов.- *Тер.архив*, 2007.- № 2.- С.12-15.

## УСТРАНЕНИЕ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

**Р.А.Оморов, Ж.Т.Конурбаева, Р.К.Бейшенбаев, У.Мусаев, К.С.Жумадилов**  
*Кыргызская Государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева, Городская клиническая больница № 1, г.Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме:** Представлены способы устранения нарушения проходимости желчных путей при холедохолитиазе, стриктурах холедоха и опухолях поджелудочной железы. Всего было 736 больных, в лечении использовано наружное дренирование, внутреннее дренирование и транспеченочное. Осложнения отмечены у 46 (6,25%) больных.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, стриктуры холедоха, рак поджелудочной железы, наружное, внутреннее и транспеченочное дренирование.

## REMOVAL OF DISTURBANCE OF BILIFEROUS TRACTS PERMEABILITY IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

**R.A.Omorov, Zh.T.Konurbaeva, R.K.Beyshenbaev, U.Musaev, K.S.Zhumadilov**

**Summary:** Methods of disturbance of biliferous tracts permeability in choledocholithiasis, strictures of choledoch and tumor of pancreatic gland are presented in this article. There were 736 patients. External, inside and transhepatic drainage were used in treatment of these patients. Complications were in 46 (6,25%) patients.

**Key words:** choledocholithiasis, strictures of choledoch, tumor of pancreatic gland, external, inside and transhepatic drainage.

Одним из тяжелых осложнений многих хирургических заболеваний, особенно желчно-каменной болезни, является механическая желтуха, при которой в 80-90% имеет место и

холангит [1,2,4], их лечение представляет значительные сложности. Здесь главным этапом является устранение нарушения проходимости желчевыводящих путей с последующим осуше-



ствлением комплекса медикаментозного лечения, направленного на коррекцию нарушенных функций и систем [3,6]. Чтобы дать отток желчи используется наружное дренирование холедоха, наложение билиодигестивных анастомозов, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, транспеченочное дренирование [5,7], но к каждому из них имеются свои показания.

Целью работы является оценка различных

методов дренирования при механической желтухе.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 736 больных, оперированных в хирургических отделениях с 1995 по 2010 год по поводу заболеваний, осложненных механической желтухой, характер которых дан в таблице 1.

Таблица 1

**Заболевания, осложненные механической желтухой**

	Всего больных	
	абс.ч.	%
Желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз	440	59,8
Рецидив холедохолитиаза	118	16,0
Стриктура желчных путей		
из них:		
холедоха	162	13,7
высокие стриктуры	101	8,3
Опухоли поджелудочной железы	16	2,2
Всего	736	100,0

Возраст больных колебался от 25 до 80 лет, но большинство оперированных были в возрасте от 40 до 60 лет (78%). Женщин было , мужчин - . Наибольшую группу составили больные с желчнокаменной болезнью, осложненной желтухой (440 больных - %), с рецидивом холедохолитиаза было 118 пациентов и со стриктурой желчных путей - 162. С опухолью поджелудочной железы, которым выполнены паллиативные операции, было 16 больных.

В обследовании больных помимо общеклинического обследования выполняли УЗИ, КТ и МРК - по показаниям. В момент операции осуществляли интраоперационную холангиографию, холедохоскопию, трансиллюминацию, чрескожную, чреспеченочную холангиографию, которую выполняли в день операции у больных со стриктурой желчных путей для определения уровня расположения стриктуры.

**Результаты и их обсуждение.** В результате выполненных исследований была определена патология, обусловившая механическую желтуху. Все больные оперированы под эндотрахеаль-

ным наркозом. Мы стремились не затягивать сроки предоперационной подготовки и она занимала 2-4 дня. Типы выполненных операций даны в таблице 2.

При желчнокаменной болезни с холедохолитиазом у большинства использовали наружное дренирование, причем предпочтение отдавали дренированию по Керу, при котором большая часть желчи попадает в двенадцатиперстную кишку, что обеспечивает нормализацию пищеварения с первых дней после операции, однако у 12 больных вынуждены были осуществить холедоходуоденоанастомоз и у 18 - холедохоеюноанастомоз на выключенной петле по Ру. Билиодигестивные анастомозы выполняли при множественных, замазкообразных камнях холедоха. В момент операции обращали внимание на состояние двенадцатиперстной кишки, если обнаруживали явления дуоденостаза, то производили только холедохоеюноанастомоз и чаще на выключенной петле по Ру, при этой методике в послеоперационном периоде не возникает холангит.



Габ.лицо

Методы восстановления проходимости желчных путей при механической желтухе

Заболевания	Всего больных	Методы X)												
		наружное дренирование	ХДА	ХЭА	ГДА	ГЭА	ГДА+ТПФ	ГЕА+ТПД	ГДА+ДТПД	ГЕА+ДТПД	ГЕА по Ру +ДТПД			
Желчнокаменная болезнь + холедохолитиаз	440	410	12	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Рецидив холедохолитиаза	118	12	62	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Стриктура желчных путей: холедоха	101	-	-	-	39	60	2	-	-	-	-	-	-	-
высокая стриктура	61	-	-	-	-	-	10	-	-	-	16	15	20	-
Опухоль поджелудочной железы	16	-	10	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Итого:	абс.ч.	422	84	68	39	60	12	-	-	-	16	15	20	-
	%	57,3	11,4	9,2	5,3	8,2	1,6	-	-	-	2,2	-	-	-

х) ХДА - холедоходуоденоанастомоз; ХЭА - холедохоеюноанастомоз; ГДА - гепатикодуоденоанастомоз; ГЭА - гепатикоюноанастомоз; ГДА+ТПД - гепатикодуоденоанастомоз+транспеченочное дренирование; ГЕА+ТПД - гепатикоюноанастомоз+транспеченочное дренирование; ГДА+ДТПД - гепатикодуоденоанастомоз+двойное транспеченочное дренирование; ГЕА+ДТПД - гепатикоюноанастомоз+двойное транспеченочное дренирование.



При рецидиве холедохолитиаза лишь у 12 больных мы ограничились наружным дренированием. Необходимо отметить, что при неоднократных операциях на желчных путях определенные трудности представляет выявление внепеченочных желчных путей. После рассечения спаек и выделения холедоха производили холедохотомию, удаляли конкременты, а затем осуществляли холангиографию и обязательно холедохоскопию. Несмотря на то, что холангиография является высокоинформативным методом, мы в 18 случаях при холедохоскопии обнаружили конкременты в дистальном отделе холедоха. С учетом состояния двенадцатиперстной кишки у 62 пациентов наложен был холедоходуоденоанастомоз, а у 44 - холедохоеюноанастомоз, причем у большинства на выключенной петле по Ру. Для профилактики повторного стенозирования накладывали широкие анастомозы.

Наиболее тяжелую группу составили больные со стриктурами внепеченочных желчных путей. Это, как правило, были больные с высоким уровнем билирубина, выраженными явлениями эндотоксикоза, холангита. В результате проведенного обследования стриктура холедоха была выявлена у 101 больного и высокая стриктура - у 61. Все они нуждались в оперативном лечении.

Рубцовые стриктуры холедоха имели место у 101 больного и протяженность рубцового процесса была более 1 см, поэтому произвести восстановительные операции было невозможно, поэтому были применены холедоходуодено- и холедохоеюноанастомоз. Анастомоз формировали шириной не менее 2 см с наложением однородных швов с использованием атравматических игл и инертными полихлорвиниловыми нитями. В конце операции для декомпрессии зоны анастомоза и борьбы с холангитом производили дренирование холедоха ниппельным дренажем. Это позволяло предотвратить осложнения в послеоперационном периоде.

Больных с высокими стриктурами было 61. Хирургическое лечение этих больных представляло определенные трудности, особенно во время операции в области ворот печени, что обусловлено близостью сосудистых образований, частым отсутствием свободных стенок печеночных протоков, их диаметра, не позволяющего формировать широкие билиодигестивные ана-

стомозы с хорошей адаптацией оболочек. Кроме того, как правило, это тяжелые больные с наличием выраженных нарушений со стороны жизненно-важных органов, что существенно повышало риск оперативного вмешательства.

В начале работы мы применяли в основном гепатикодуоденоанастомоз на одном транспеченочном дренаже. Всего оперировано по данной методике 10 больных. Оценивая отдаленные результаты этой операции, мы встретились с таким осложнением как рефлюкс-холангит и у одной больной - синдром недренирующей доли, которые неоднократно поступали на стационарное лечение, поэтому в дальнейшем мы при высоких стриктурах полностью отказались от этой методики, учитывая то, что регургитация содержимого из двенадцатиперстной кишки ведет к затруднению оттока желчи из протоков и поддерживает воспаление.

При последующих операциях стали использовать тощую кишку, т.е. создавать гепатикоеюноанастомоз с энтероэнтероанастомозом по Брауну. Преимуществом этой операции является формирование анастомоза достаточной ширины без натяжения швов и предупреждение кишечного-билиарного рефлюкса. Для профилактики синдрома недренирующей доли мы используем методику двойного транспеченочного дренирования. Эта операция была произведена 35 больными.

Больных с опухолью поджелудочной железы было 16, у которых радикальную операцию выполнить было невозможно, поэтому им были наложены билиодигестивные анастомозы.

Необходимо отметить, что послеоперационный период у больных с механической желтухой протекал тяжело и требовал индивидуального подхода к назначению детоксикационных и противовоспалительных средств. Из 736 больных осложнения имели место у 46 (6,25%).

Таким образом, наши многолетние наблюдения за больными с хирургическими заболеваниями, осложненные механической желтухой, показали, что в выборе метода ликвидации нарушения проходимости внепеченочных желчных путей необходим строго индивидуальный подход с учетом результатов комплексного обследования и состояния больных.



**Литература:**

1. Алиев Р.М., Рахметов Н.Р. Хирургическая тактика при механической желтухе // I конгресс хирургов Казахстана. - Алматы, 1997. - С.52-53.
2. Ашрафов А.А., Алиев М.А. Хирургическая тактика при калькулезном холецистите, осложненном механической желтухой, у больных различных возрастных групп // Вестник хирургии. - 1999. - № 5, - С.32-34.
3. Билиодигестивный анастомоз и папиллосфинктеротомия в лечении непроходимости наружных желчных путей / Кривитский Д.И., Никитенко А.А., Бабий И.А. др. // Хирургия. - 1998. - № 1. - С.27-29.
4. Выбор метода дренирования внепеченочных желчных протоков и коррекция органного кровотока

- печени при неопухоловой механической желтухе, осложненной холангитом / Гладких В.Г., Сотников А.С., Истомин С.Р. и др. // Материалы Всесоюзной конференции по хирургии печени и желчных путей. - Ташкент, 1991. - С.50-51.
5. Диагностика и лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков / Шалимов С.А., Гиленко И.А., Нечитайло М.Е. и др. // Клиническая хирургия. - 1999. - № 11. - С.17-19.
6. Sugawa C., Wiencek R.G. Endoscopic retrograde sphincterotomy in the treatment of biliary tract disease / Amer. Surg. - 2008. - Vol.54, # 7. - P.412-418.
7. Tobaldi F., Rossini L. Bellucu R-choledochoscopic intraoperatiovia // Chir. Gastroenterol. - 2000. - Vol.29, # 1. - P.21-22.

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ЛИКВИДАЦИИ ЖЕЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

**А.И.Мусаев, М.С.Айтназаров, Р.А.Хасанов, Д.У.Молдоташев, А.Ж.Акешов, Максут уулу Эрлан**

*Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

**Резюме:** В работе представлены различные способы ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени. Применено ушивание свищей, пластика свища с использованием лоскута париетальной брюшины, пряди сальника, клея "Sancon" у 318 больных, представлена эффективность. У 4 больных (1, 3%) имели место осложнения.

**Ключевые слова:** печень, эхинококкоз, желчные свищи, оперативное лечение, осложнения.

## IMPROVED METHODS OF BILIARY FISTULA LIGUIDATION IN PATIENTS WITH HEPATIC ECHINOCOCCOSIS

**A.I. Musaev, M.S. Aitnazarov, R.A. Hasanov, D.U. Moldotashev, A.J. Akeshov, Maksut uulu Erlan**

**Sammary:** Different metods of biliary fistula liguidation in patients with hepatic echinococcosis are presented in this article. Fistularraphy, fistulaplasty with the use of parietal peritoneum graft, omental lock, glue "Sancon" have been used in 318 patients. The effectiveness of these metods is presented here. Complication were in 4 patients (1, 3%).

**Key words:** liver, echinococcosis, biliary fistula, surgical treatment, complications.

При оперативном лечении эхинококкоза печени очень важным этапом является выявление и ликвидация желчных свищей, которые почти в 75-85 % имеют место при любой локализации [1,2,3,4], поэтому в момент операции необходимо их выявить и более надежно ликвидировать, так как при неадекватном ушивании или если свищи не выявлены при опера-

ции в послеоперационном периоде возникают наружные желчные свищи, которые в большинстве случаев требуют повторных операций [5,6,7].

На протяжении многих лет авторы этой работы занимались совершенствованием ликвидации желчных свищей и представили эти методы для оценки их эффективности.