

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛЧНЫХ ПУТЯХ

О. С. Кочнев, В. Н. Биряльцев, Х. М. Халилов, В. Н. Коробков

Кафедра неотложной хирургии (зав. — проф. О. С. Кочнев) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

В последнее десятилетие увеличилось число больных с нарушением проходимости терминального отдела общего желчного протока, хирургическое лечение которого представляет сложную проблему. Для восстановления пассажа желчи естественным путем большой популярностью пользуется папиллосфинктеротомия. Однако эта операция не лишена серьезных осложнений; кроме того, она дает значительную летальность [3]. Другой путь восстановления желчеоттока — наложение холедоходуоденоанастомоза (ХДА) — применяется реже ввиду возможного развития восходящего холангита, резидуального панкреатита, несостоятельности ХДА [1, 2, 4].

Целью данной работы являлась оценка различных видов ХДА в лечении непроходимости терминального отдела общего желчного протока на основании анализа ближайших и отдаленных результатов (3—5 лет) хирургического лечения, а также послеоперационных осложнений и выбора оптимального метода наложения ХДА и условий для его выполнения.

Показания к наложению ХДА мы делим на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относятся следующие: а) холангит с расширением общего желчного протока более 2 см; б) мелкие камни общего желчного протока при наличии механической желтухи; в) неудалимые камни в области большого дуоденального соска; г) «стреловидное» сужение терминального отдела холедоха более 2 см. Относительными считаем такие показания, как неуверенность в полном удалении камней и опухоль головки поджелудочной железы.

Результаты ХДА мы оцениваем как неудовлетворительные, если сохраняются болевые приступы, периодически возникает амилазурия, наблюдаются потеря в массе тела и диспептические расстройства.

Нами проанализированы результаты 138 ХДА, выполненных с 1973 по 1987 г. по поводу непроходимости большого дуоденального соска неопухоловой этиологии. У 29 больных ХДА была произведена в комбинации с папиллосфинктеротомией. Возраст прооперированных больных колебался от 24 до 92 лет. Женщин было 117 (84,8%),

мужчин — 21 (15,2%). В экстренном порядке было прооперировано 44 (32%) пациента, в плановом — 94 (68%). У 38 (27,5%) больных до операции была механическая желтуха, причем у 12 (8,7%) — многократная.

Все оперированные больные по возрасту были разделены на две группы: до 60 лет было 68 человек, старше 60 лет — 70. В зависимости от преобладающего применения того или иного метода билиодигестивного анастомоза можно выделить два периода: первый охватывает время с 1973 по 1979 г., когда была выполнена 81 ХДА с преимущественным применением метода Флеркена (58), Финстерера (9), Юраша (11) и Киршнера (3); второй включает 1980—1987 гг., когда было проведено 57 ХДА у 47 больных по методу Юраша — Виноградова и лишь у 10 пациентов по методу Флеркена.

Неудовлетворительные результаты после ХДА, произведенных в экстренном порядке, наблюдались у 14 (32%) из 44 больных и в плановом — у 8 (8,5%) из 94 пациентов, причем возраст 14 больных не превышал 60 лет. Неудовлетворительные исходы в ближайшем периоде, зафиксированные у 15 больных, были связаны со стенозом большого дуоденального соска. У 7 из них стеноз был I—II степени, у 8—III степени, осложненный сопутствующим панкреатитом. 11 из 15 больных были моложе 60 лет.

Анализ результатов реконструктивных операций, проведенных в первом периоде, выявил большую частоту применения ХДА без достаточной оценки функциональных особенностей анастомозируемых органов, а также сопутствующей патологии в виде панкреатита при наличии стеноза большого дуоденального соска. Неудовлетворительные результаты в первом периоде были установлены у 17 (21,0%) из 81 больного, причем у 47% пациентов с наложенным ХДА при стенозе большого дуоденального соска II—III степени и сопутствующим панкреатитом. У больных этой группы наблюдалось обострение панкреатита в послеоперационном периоде, причем в 67% случаев это были пациенты в возрасте до 60 лет. На наш взгляд, у пациентов данной возрастной группы сократительная способность папиллы

сохраняется, и сброс желчи через дополнительное отверстие не только лишает автономности желчевыводящие пути, но и нарушает дополнительно функцию мышечного аппарата папиллы, что ведет к сохранению клинических проявлений панкреатита. При использовании метода Флеркена или Финстерера в первом периоде неудовлетворительные результаты получены у 16 (22,9%) из 70 больных, метода Юраша — Виноградова — лишь у 9,1%, то есть в 2,5 раза меньше. Худшие результаты (неоднократные приступы панкреатита в течение наблюдаемого срока с амилазурией и диспептическими расстройствами) при наложении ХДА по методу Флеркена или Финстерера были отмечены у 62,5% больных, что, по нашему мнению, связано с нефизиологичными разрезами двенадцатиперстной кишки, ведущими к деформации последней и нарушению ее моторики.

Сопоставление результатов у больных с наложенным ХДА в первом периоде в зависимости от ширины общего желчного протока выявило неудовлетворительные результаты у 8,3% больных при диаметре данного протока до 15 мм и у 23,2% — при диаметре более 15 мм, что объяснялось неполным устранением сопутствующей патологии в виде стеноза большого дуоденального соска II—III степени, осложненного панкреатитом. В таких ситуациях необходимо применение двойного внутреннего дренирования.

Во втором периоде (1980—1987) использовали в основном методы Юраша — Виноградова (47), Флеркена (8), Финстерера (2); неудовлетворительные результаты были получены лишь у 5 (8,8%) из 57 больных, причем у 20% пациентов при применении метода Флеркена или Финстерера и лишь у 6,8% — метода Юраша — Виноградова. Следовательно, наиболее оптимальным в анатомическом отношении, в отличие от других способов ХДА, оказался метод Юраша — Виноградова, сводящий к минимуму деформацию двенадцатиперстной кишки и оставление слепого мешка.

Частота неудовлетворительных исходов у больных с наложенным ХДА при диаметре общего желчного протока менее 15 мм не превышала в этом периоде 12,5%. Полученные данные позволяют заключить, что при стенозе большого дуоденального соска с сопутствующим панкреатитом при нешироком холедохе более адекватным оперативным вмешательством является папиллосфинктеротомия. Неудовлетворительные результаты при наложении ХДА у больных с шириной общего желчного протока более 15 мм были выявлены в 8,1% случаев, причем у 26 (53%) из 49 больных со стенозом большого дуоденального соска I—III степени.

Уменьшение количества неудовлетворительных результатов во втором периоде связано с рядом факторов: во-первых, с изме-

нением методики ХДА, то есть с использованием более благоприятного в анатомическом отношении ХДА по методу Юраша — Виноградова; во-вторых, с наложением ХДА в обязательном порядке на сфинктер Капанджи для профилактики дуоденальных рефлюкс-холангитов; в-третьих, с выполнением ХДА после мобилизации двенадцатиперстной кишки, особенно ее задней стенки, с освобождением ретродуоденальной части холедоха и наложением анастомоза между наименее мобильной частью двенадцатиперстной кишки и терминальным отделом общего желчного протока, что почти ликвидирует одну из причин неудовлетворительных исходов после наложения ХДА — оставление большого слепого мешка.

Кроме того, проведен сравнительный анализ результатов применения различных методов ХДА в зависимости от возраста больных. Неудовлетворительные исходы у больных до 60 лет были выявлены в 68% случаев, в возрасте более 60 лет — в 32%, то есть использование билиодигестивных анастомозов у лиц старше 60 лет наполовину сокращает частоту неудовлетворительных исходов. Наименьшее количество неудовлетворительных результатов ХДА у больных старше 60 лет, видимо, связано со склерозированием поджелудочной железы, и поэтому внутреннее дренирование общего желчного протока является часто вполне достаточным для ликвидации билиарной гипертензии и устранения болевого синдрома. В части случаев неудовлетворительные результаты ХДА объяснялись тем, что эту операцию производили при значительном расширении общего желчного протока на почве стеноза большого дуоденального соска, где было более показано двойное внутреннее дренирование для снятия не только желчной, но и панкреатической гипертензии.

При стенозах большого дуоденального соска возникают ситуации, когда ни один из методов внутреннего дренирования не является достаточным для декомпрессии билиарного тракта и панкреатических протоков. Поэтому у 29 (21%) из 138 больных было проведено двойное внутреннее дренирование внепеченочных желчных путей. Развитие деструктивного панкреатита при этом наблюдалось лишь у одного из 29 больных, то есть двойное внутреннее дренирование в показанных случаях обладает лучшим декомпрессионным эффектом.

Поиски причин неудовлетворительных исходов при использовании ХДА побудили нас проанализировать показания к применению данного хирургического вмешательства в экстренном и плановом порядке.

В экстренном порядке было прооперировано 32% больных по поводу стеноза большого дуоденального соска (у 5), осложненного сопутствующим панкреатитом (у 16), в сочетании с панкреатитом и холедо-

холитиазом (у 23). У больных этой группы неудовлетворительные результаты ХДА были выявлены у 14 (31,8%) пациентов, из них у одного был стеноз большого дуоденального соска, у 4 — то же, но осложненное панкреатитом, у 9 — то же в сочетании с панкреатитом и холедохолитиазом. Следовательно, в экстренном порядке, особенно при повышенном операционном риске, более показаны двухэтапные оперативные вмешательства, включающие на первом этапе холцистэктомии и холедохолитотомии с наружным дренированием желчных путей, а в холодном периоде — эндоскопическое или оперативное лечение в виде папиллосфинктеротомии или двойного внутреннего дренирования в зависимости от диаметра общего желчного протока.

В плановом порядке ХДА проведена у 94 (68%) из 138 больных. У 10 из них был стеноз большого дуоденального соска, у 30 — то же, но осложненное панкреатитом, у 54 — то же в сочетании с панкреатитом и холедохолитиазом. Неудовлетворительные результаты после плановых ХДА были выявлены у 8 (8,5%) из 94 пациентов. Анализ неудовлетворительных исходов показал, что их причиной был оставленный стеноз. Эти данные еще раз свидетельствуют о том, что более адекватным методом хирургического лечения стеноза большого дуоденального соска в сочетании с панкреатитом или холедохолитиазом при отсутствии соматических заболеваний,отягощающих состояние больного, является двойное внутреннее дренирование или папиллосфинктеротомия при отсутствии значительного расширения общего желчного протока.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде после использования ХДА наблюдались у 31 (22,5%) из 138 больных (см. табл.).

Несостоятельность ХДА как наиболее серьезное из специфических осложнений развивалась у 5 (3,6%) больных, из них 3 прооперированных умерли, у 2 больных

Частота и характер послеоперационных осложнений при использовании ХДА в зависимости от возраста больных

| Осложнения | Возраст | | Всего |
|---|-----------|--------------|-------|
| | до 60 лет | свыше 60 лет | |
| Нагноение послеоперационной раны | 8 | 10 | 18 |
| Несостоятельность ХДА | 2 | 3 | 5 |
| Абсцесс печени | 1 | — | 1 |
| Эвентерация | 1 | — | 1 |
| Пневмония | — | 3 | 3 |
| Обострение ИБС, явления сердечно-сосудистой недостаточности | — | 3 | 3 |
| Всего | 12 | 19 | 31 |

желчные свищи закрылись после лечения. Следует отметить, что метод наложения ХДА также имеет отношение к развитию несостоятельности: у 2 из 5 больных во время операции применялся метод Юраша, но без мобилизации двенадцатиперстной кишки, у 3 — метод Флеркена, причем у всех трех впоследствии умерших больных были допущены технические погрешности: у одного не была произведена мобилизация двенадцатиперстной кишки, у одного разрез двенадцатиперстной кишки заканчивался почти у пилорического жома и у третьего больного ХДА был наложен на истонченную стенку общего желчного протока.

Летальные исходы при использовании ХДА с 1973 по 1987 г. имели место у 9 (6,5%) из 138 больных. Для сравнения: за этот же период в клинике была выполнена 181 папиллосфинктеротомия, из них у 17 (9,4%) пациентов наступил летальный исход.

Причины летальности после ХДА следующие: перитонит вследствие несостоятельности ХДА (3), множественные абсцессы печени (1), сердечно-легочная недостаточность (4), нарушение мозгового кровообращения (1), причем у 5 больных, прооперированных в экстренном порядке, у 4 — в плановом. Из 9 умерших после наложения ХДА лишь одна больная была в возрасте моложе 60 лет, у остальных 8 пациентов возраст превышал 60 лет. Следует отметить и другой немаловажный факт: при использовании ХДА по методу Флеркена летальный исход наступил у 6 больных, по методу Юраша — лишь у 3.

Таким образом, анализ непосредственных результатов холедоходуоденостомии позволил критически оценить традиционные показания к проведению реконструктивных операций. Важным условием достижения хороших результатов холедоходуоденостомии является тщательное обоснование не только показаний к данному оперативному пособию, но и условий для их выполнения. Для обоснования метода коррекции желчеоттока необходимо ориентироваться на степень стеноза большого дуоденального соска, наличие или отсутствие панкреатита, возраст больного, отсутствие или наличие расширения общего желчного протока, наличие холедохолитиаза. При необходимости использования ХДА в показанных случаях лучше пользоваться методом Юраша — Виноградова с обязательной мобилизацией задней стенки двенадцатиперстной кишки и наложением арефлюксного холедоходуоденоанастомоза на сфинктер Капанджи, а при сочетании стеноза большого дуоденального соска с широким общим желчным протоком и холедохолитиазом следует применять двойное внутреннее дренирование.

ВЫВОДЫ

1. Оптимальным в анатомическом отно-

шении среди других способов ХДА является метод Юраша — Виноградова, сводящий к минимуму деформацию двенадцатиперстной кишки и оставление слепого мешка.

2. Для улучшения функциональных результатов при наложении ХДА необходимо проводить мобилизацию двенадцатиперстной кишки, особенно ее задней стенки, с освобождением ретродуоденальной части общего желчного протока и наложением анастомоза между наименее мобильной частью двенадцатиперстной кишки и терминальным отделом холедоха, то есть непосредственно на сфинктер Капанджи, для

профилактики дуоденальных рефлюкс-холангитов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов В. В., Лапкин К. В., Лютфалиев Г. А. // Хирургия. — 1985. — № 4. — С. 77—81.
2. Ерюхин И. А., Тетов А. М., Гула Ф. И. // Вестн. хир. — 1986. — № 6. — С. 39—42.
3. Караванов А. Г., Гельфер А. П., Сингаевский И. К. // В кн.: Хирургия желчных путей. — М., 1977.
4. Полянский В. А., Контельцев В. В., Лиценко А. Н. // Хирургия. — 1986. — № 10. — С. 11—15.

Поступила 05.03.88.

УДК 615.477.88.1618.17—008.8—06 + 618.13—06

ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ

А. И. Наговицина, З. С. Корняева, К. Г. Серебренникова, Э. Г. Городовская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.— канд. мед. наук М. И. Сабсай) Ижевского ордена Дружбы народов медицинского института

Проблема контрацепции занимает существенное место в борьбе с абортami и способствует укреплению здоровья женщин. По данным И. А. Мануиловой [2], современные контрацептивы позволяют не только сохранять здоровье женщины, но и приводят к снижению материнской смертности в 2 раза, а перинатальной — в 4 раза.

Из современных контрацептивов наиболее популярны внутриматочные средства (ВМС), которыми пользуются более 100 млн. женщин. Несмотря на высокую фертильную эффективность внутриматочной контрацепции, ряд авторов указывают на возможные осложнения. Так, по данным литературы, у 5—6% пациенток наблюдаются разнообразные побочные реакции: боли, нарушения менструальной функции, воспалительные процессы гениталий, экспульсии и др. Риск инфекции, поступающей из нижних отделов женских половых органов, составляет при введении внутриматочных средств от 2 до 4% [1].

Под наблюдением находились 2659 женщин с внутриматочными средствами производства Казанского медико-инструментального завода. 122 женщины наблюдались до 3 мес, 152 — до одного года, 1906 — от года до 5 лет, 445 — до 7 лет, 34 — более 10 лет. Эффективность внутриматочных средств достигала по нашим наблюдениям 97,6%. В контрольную группу вошли 218 женщин, пользовавшихся с целью контрацепции синтетическими прогестинами (би-секурин, нон-Овлон) по обычной схеме — с 5-го дня цикла по одной таблетке в день.

Возраст пациенток в основной и контрольной группах колебался от 25 до 45 лет (средний возраст — 36 лет). Проведен строгий отбор женщин для внутриматочной контрацепции. При их обследовании учиты-

вали жалобы, наличие соматических и гинекологических заболеваний в анамнезе, характер секреторной и менструальной функций, данные бимануального исследования, количество предыдущих родов и абортов. Уделяли внимание лабораторным исследованиям — степени чистоты мазков влагалищного содержимого, у части пациенток проводили бактериологические исследования содержимого цервикального канала. При наличии эндогенных очагов инфекции генитального и экстрагенитального характера санировали их. Внутриматочные средства применяли только при I и II степени чистоты влагалищного содержимого.

Несмотря на высокую эффективность внутриматочных средств и тщательный отбор пациенток у 155 (5,8%) женщин в первые 3—6 мес наступило нарушение менструальной функции: по типу гиперполименореи — у 83 (3,1%), длительных мажущих выделений до и после менструации — у 59 (2,2%), альгоменореи — у 13 (0,5%). В контрольной группе изменения менструального цикла имели место у 3 (1,4%), в виде сокращения до 19—21 дня и удлинения менструально-подобного кровотечения от 6 до 8 дней. Обследование женщин с нарушением менструальной функции (155) включало дополнительные методы исследования: анализ крови, мочи, тесты функциональной диагностики: симптом «папоротника», симптом «зрачка», кальцитологическое исследование мазков влагалищного содержимого, измерение ректальной температуры, оценку гормонального профиля и гистологическое исследование соскобов эндометрия. У части обследованных (20 женщин) было определено содержание пролактина, гонадотропных и половых стероидных гормонов методом радиоиммунологи-