

УДК 616.366-003.7:612.357:616-089.8

ГРУБНИК В.В., ТКАЧЕНКО А.И., ИЛЬЯШЕНКО В.В., ЕВСИКОВ Б.В., ВОРОТЫНЦЕВА К.О.
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С БЕССИМПТОМНЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Резюме. Целью настоящего исследования было изучить возможности современных лапароскопических методик выявления и удаления камней из желчных протоков у больных с малосимптомным холедохолитиазом.

Материал и методы. За период с 2003 по 2010 год в клинике было прооперировано 2488 больных с калькулезным холециститом. Одна группа хирургов за этот период выполнила 1256 лапароскопических холецистэктомий. Вторая группа хирургов во время выполнения лапароскопической холецистэктомии в каждом подозрительном случае производила ревизию желчных протоков с извлечением выявленных конкрементов. Ими произведено 1232 лапароскопических холецистэктомии. Во время операции у больных, у которых имелось расширение холедоха свыше 9 мм, пузырного протока свыше 3 мм, а также при наличии мелких конкрементов в желчном пузыре обязательно проводили интраоперационную холангиографию. У ряда больных с диагностической целью производили фиброхолангиографию. Всего во второй группе больных произвели интраоперационную холангиографию у 276 больных, фиброхолангиоскопию — у 148 пациентов. Из 574 больных, которым во время операции производилась диагностика желчных протоков, конкременты были выявлены у 165 пациентов. У них до операции отсутствовали явные признаки холедохолитиаза. Наружное дренирование через пузырный проток производили в случаях холангита, наличия мелких конкрементов в холедохе, билиарного панкреатита. Отдаленные результаты изучали у оперированных больных в сроки 3, 6, 12, 24, 32, 48 месяцев по данным специального опросника, УЗИ и биохимических анализов крови.

Результаты и обсуждение. Средний возраст больных, половой состав, наличие сопутствующей патологии было практически одинаковым в обеих группах. Частота билиарного панкреатита и переходящих желтух была несколько выше в группе В, где производились вмешательства на протоках. В группе А при выполнении лапароскопической холецистэктомии конверсия произведена у 14 пациентов (1,1 %). Послеоперационные осложнения в группе А наблюдались у 42 больных (3,3 %), в том числе у 5 — после конверсии. Гнойно-септические осложнения были у 17 пациентов, интраабдоминальные кровотечения — у 3, желчеистечение по дренажам — у 18 пациентов, послеоперационные пневмонии — у 3 больных. Повторные операции выполнены у 7 пациентов (0,6 %). У больных группы В ревизия желчных протоков производилась у 424 (34,4 %) пациентов, конкременты выявлены у 165 (13,4 %). У 40 пациентов извлечь конкременты из протоков через пузырный проток не удалось. Наружное дренирование холедоха было выполнено только у 46 пациентов (27,9 %) из 165. Всего в группе В осложнения наблюдались у 19 больных (1,5 %). Резидуальные конкременты были выявлены у 23 (2,4 %) больных группы А и только у 4 (0,4 %) больных группы В.

В большинстве клиник предпочитают использовать двухэтапное лечение: на первом этапе выполняют эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию и эндоскопическую папиллотомию с извлечением конкрементов, а затем через время производят лапароскопическую холецистэктомию. В то же время при малосимптомном холедохолитиазе такая тактика приводит к ненужным эндоскопическим вмешательствам на большом дуоденальном сосочке, что увеличивает процент осложнений. Достижения современной хирургии требуют решения всех проблем, т.е. удаления желчного пузыря с камнями и конкрементов из желчных протоков, во время одной операции.

© Грубник В.В., Ткаченко А.И., Ильяшенко В.В.,
Евсиков Б.В., Воротынцева К.О., 2013
© «Украинский журнал хирургии», 2013
© Заславский А.Ю., 2013

При сравнении двух тактик лечения больных оказалось, что использование лапароскопических методик ревизии желчных протоков, увеличивая саму длительность операции, тем не менее не ведет к увеличению числа послеоперационных осложнений и удлинению сроков госпитализации.

Выводы. Оптимальным методом выявления малосимптомного холедохолитиаза является проведение ревизии желчных протоков во время выполнения лапароскопической холецистэктомии. Такая тактика не ведет к увеличению числа послеоперационных осложнений и увеличению длительности стационарного лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, холедох, лапароскопическая холецистэктомия, холангит.

Актуальность

Внедрение в практику хирургических лапароскопических методик диктует необходимость пересмотра ряда позиций лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Частота холедохолитиаза составляет 10–15 % [1–3, 6, 9], а у больных с острым холециститом может достигать 20 % [11, 13, 14].

У больных, поступивших в клинику с классическими признаками холедохолитиаза: механическая желтуха, выявление конкрементов в желчных протоках при УЗИ, выбор метода лечения может варьировать от эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и эндоскопической папиллосфинктеротомии, открытой холецистэктомии с ревизией желчных протоков до лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) с лапароскопическими вмешательствами на желчных протоках. Более сложной задачей является выбор оптимального метода лечения больных с бессимптомным или, вернее, малосимптомным холедохолитиазом. Бессимптомный холедохолитиаз встречается у 4–5 % больных с калькулезным холециститом [4, 7, 10]. У таких больных наблюдается транзиторная желтуха во время приступа болей, которая быстро купируется после лечения спазмолитиками. При УЗИ обнаруживают мелкие конкременты в желчном пузыре и умеренно расширенный холедох диаметром до 10–11 мм. Далеко не всем таким пациентам проводится детальное обследование, включающее ЭРХПГ или магнитно-резонансную холангиографию, на этапе дооперационного обследования. Как правило, хирурги выполняют лапароскопическую холецистэктомию без ревизии протоков, и наличие конкрементов в протоках выявляется в послеоперационном периоде, что классифицируется как постхолецистэктомический синдром.

Целью настоящего исследования было изучить возможности современных лапароскопических методик выявления и удаления камней из желчных протоков у больных с малосимптомным холедохолитиазом.

Материал и методы

За период с 2003 по 2010 год в клинике было прооперировано 2488 больных с калькулезным холециститом. Одна группа хирургов выполняла у всех больных, как правило, лапароскопическую холецистэктомию. За этот период ими выполнено 1256 ЛХЭ. Вторая группа хирургов во время выполнения лапароскопической холецистэктомии в каждом подозрительном случае производила ревизию желчных протоков с извлечением выявленных конкрементов.

Ими произведено 1232 ЛХЭ. Во время операции у больных, у которых имелось расширение холедоха свыше 9 мм, пузырного протока свыше 3 мм, а также при наличии мелких конкрементов в желчном пузыре обязательно проводили интраоперационную холангиографию, используя мобильный С-образный рентген-аппарат фирмы Siemens. У ряда больных с диагностической целью проводили фиброхолангиографию с помощью гибких холедохоскопов диаметром 2,8 или 3,5 мм фирмы Olympus и Storz. Всего во второй группе больных произвели интраоперационную холангиографию у 276 больных, фиброхолангиоскопию — у 148 пациентов. Из 574 больных, которым во время операции проводилась диагностика желчных протоков, конкременты были выявлены у 165 пациентов. У них до операции отсутствовали явные признаки холедохолитиаза. При выявлении конкрементов их пытались извлечь через пузырный проток, используя специальные корзинки типа Dormia. При определенном навыке конкременты извлекались с помощью корзинок без визуального контроля. У 59 пациентов конкременты были извлечены под контролем фиброхоледохоскопа, у 28 пациентов — под рентген-флюороскопическим контролем. В тех случаях, когда через пузырный проток не удавалось извлечь конкременты, производили лапароскопическую холедохотомию либо переходили к открытой операции. После извлечения конкрементов обязательно контрольная холангиограмма либо контрольные фиброхоледохоскопические исследования.

Наружное дренирование холедоха выполняли не у всех больных. Наружное дренирование через пузырный проток проводили в случаях холангита, наличия мелких конкрементов в холедохе, билиарного панкреатита.

Отдаленные результаты изучали у оперированных больных в сроки 3, 6, 12, 24, 32, 48 месяцев по данным специального опросника, УЗИ и биохимических анализов крови.

Статистическая обработка полученных данных производилась методами непараметрической статистики, а также теста Стьюдента [7].

Результаты и обсуждение

Обе группы больных: больные группы А (не производилось интраоперационное обследование желчных протоков) и больные группы В (производилось интраоперационное обследование протоков) — были по основным параметрам одинаковы (табл. 1). Средний воз-

раст больных, половой состав, наличие сопутствующей патологии практически одинаковы в обеих группах.

Частота острого холецистита также существенно не отличалась в обеих группах. Частота билиарного панкреатита и преходящих желтух была несколько выше в группе В, где производились вмешательства на протоках.

Ранее перенесенные операции на брюшной полости как в группе А, так и в группе В встречались с одинаковой частотой.

В группе А при выполнении лапароскопической холецистэктомии конверсия произведена у 14 пациентов (1,1 %). Причинами конверсии были: наличие плотного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки и треугольника Кало — у 7 пациентов, синдром Мириззи — у 2 пациентов, наличие конкрементов в холедохе — у 5 больных. Послеоперационные осложнения в группе А наблюдались у 42 больных (3,3 %), в том числе у 5 — после конверсии. Гнойно-септические осложнения были у 17 пациентов, интраабдоминальные кровотечения — у 3, желчеистечение по дренажам — у 18 пациентов, послеоперационные пневмонии — у 3 больных. Повторные операции выполнены у 7 пациентов (0,6 %). У 6 пациентов подтекание желчи было обусловлено невыявленным холедохолитиазом, им выполнены ЭРХПГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия, после чего желчеистечение прекратилось.

У больных группы В ревизия желчных протоков производилась у 424 (34,4 %) пациентов, конкременты выявлены у 165 (13,4 %). Конкременты были из-

влечены через пузырный проток у 125 пациентов (75,8 %). При наличии единичных небольших конкрементов диаметром до 4–5 мм у 32 больных выполнялась баллонная дилатация сфинктера Одди, после чего конкременты выталкивались холедохоскопом либо вымывались струей жидкости в двенадцатиперстную кишку.

У 40 пациентов извлечь конкременты из протоков через пузырный проток не удалось: из-за узкого пузырного протока — у 4 пациентов; наличия клапанов в пузырном протоке — у 3 пациентов; анатомических особенностей впадения пузырного протока в холедох — у 5 пациентов; наличия множественных конкрементов в холедохе — у 12 пациентов; наличия крупных конкрементов диаметром более 6 мм — у 16 пациентов. У этих больных была произведена лапароскопическая холедохотомия, во время которой извлечь конкременты удалось у 38 пациентов. У 2 больных конкременты не были извлечены даже при выполнении лапароскопической холедохотомии. Им произведена конверсия, во время которой у одного больного были извлечены конкременты, а у второго их извлечь не удалось. После операции этому больному выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, после чего конкременты были извлечены.

Наружное дренирование холедоха было выполнено только у 46 пациентов (27,9 %) из 165, которым производились лапароскопические операции на холедохе. Осложнения наблюдались у 11 пациентов (6,7 %) из 165. Релапароскопия выполнена у 2 пациентов в связи

Таблица 1. Сравнительная характеристика пациентов групп А и В

Показатели	Группа А ЛХЭ (n = 1256)	Группа В ЛХЭ с ревизией протоков (n = 1232)	P value
Возраст (годы)	51 ± 15	58 ± 19	p > 0,1
Мужчины/женщины (%)	21/79	19/81	p > 0,05
ASA II–III (%)	28	31	p > 0,05
Острый холецистит (%)	48	52	p > 0,05
Билиарный панкреатит (%)	12	18	p > 0,05
Желтуха (%)	6	14	p < 0,05
Ранее перенесенные операции на брюшной полости (%)	24	29	p > 0,05

Таблица 2. Сравнительные данные хирургического лечения больных в группах А и В, n (%)

Показатели	Группа А ЛХЭ (n = 1256)	Группа В ЛХЭ с ревизией протоков (n = 1232)	P value
Длительность операции (мин)	62 (40–170)	84 (20–210)	p < 0,05
Конверсия	14 (1,1)	7 (0,6)	p < 0,05
Повторные операции	7 (0,6)	2 (0,2)	p < 0,05
Послеоперационные осложнения	42 (3,3)	19 (1,5)	p < 0,05
Средняя длительность пребывания в стационаре (дни)	4,9 (3–16)	4,4 (3–9)	p > 0,05

с дислокацией дренажа, установленного через пузырный проток в холедох.

Всего в группе В осложнения наблюдались у 19 больных (1,5 %). Послеоперационной летальности не было ни в группе А, ни в группе В. В таблице 2 представлены данные оперативного лечения больных в обеих группах.

Длительность оперативного вмешательства была несколько выше в группе В из-за вмешательств на желчных протоках, которые длились от 20 до 60 минут. Конверсия наблюдалась чаще у больных группы А, так как у них чаще пропускались случаи холедохолитиаза. Повторные операции также чаще выполнялись в группе А. Это объяснялось более частым подтеканием желчи из-за желчной гипертензии, обусловленной нераспознанным холедохолитиазом. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 3,3 % больных в группе А и у 1,5 % больных в группе В ($p < 0,05$). Более частые послеоперационные осложнения в группе А были обусловлены случаями нераспознанного холедохолитиаза, что приводило к желчеистечению и другим осложнениям. Средняя длительность стационарного лечения была одинаковой в обеих группах больных: в группе А — 4,9 дня, в группе В — 4,4 дня. Таким образом, лапароскопические вмешательства на протоках не привели к существенному удлинению госпитализации пациентов.

Отдаленные результаты в сроки от 12 до 48 месяцев удалось изучить у 948 пациентов группы А и у 962 пациентов группы В. Резидуальные конкременты были выявлены у 23 (2,4 %) больных группы А и только у 4 (0,4 %) больных группы В. Этим больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, после чего конкременты были удалены.

Выбор тактики лечения больных с холедохолитиазом остается дискуссионным. В большинстве клиник предпочитают использовать двухэтапное лечение: на первом этапе выполняют ЭРХПГ и эндоскопическую папиллотомию с извлечением конкрементов, а затем через время проводят лапароскопическую холецистэктомию. При клинически выраженном холедохолитиазе при наличии механической желтухи в ряде случаев такая тактика оправдывается [1, 6, 7, 10]. В то же время при малосимптомном холедохолитиазе такая тактика приводит к ненужным эндоскопическим вмешательствам на большом дуоденальном сосочке, что увеличивает процент осложнений [12, 14]. Большинство хирургов при малосимптомном холедохолитиазе проводят лапароскопическую холецистэктомию и рассчитывают, что в дальнейшем при проявлении симптомов холедохолитиаза можно будет выполнить ЭРХПГ с эндоскопической папиллотомией и удалением конкрементов. Такая тактика не может быть признана идеальной. Достижения современной хирургии требуют решения всех проблем, т.е. удаления желчного пузыря с камнями и конкрементов из желчных протоков во время одной операции.

По данным многочисленных наблюдений, наличие в желчных протоках так называемых «бессимптомных»

камней у 50 % больных приводит к серьезным осложнениям [8, 9]. Поэтому в настоящее время ведущие лапароскопические хирурги рекомендуют в обязательном порядке во время лапароскопических холецистэктомий производить ревизию желчных протоков и при выявлении конкрементов стараться их удалить [2, 4, 7, 12]. В настоящем исследовании произведено сравнительное изучение двух тактик. Больные группы А были оперированы хирургами, которые не применяли интраоперационную ревизию протоков. Больные группы В оперированы хирургами, которые при наличии подозрений на бессимптомный холедохолитиаз проводили интраоперационную ревизию желчных протоков. Для этого использовали как рентген-флюороскопию, так и фиброхоледохоскопию. Ревизия протоков была выполнена у 424 пациентов (34,4 %), из них у 165 пациентов выявлены конкременты в холедохе. Ревизия желчных протоков производилась не у всех больных, а только при наличии признаков холедохолитиаза. Такая тактика позволила у 13,4 % больных выявить конкременты в желчных протоках.

У подавляющего большинства (75,8 %) больных выявленные конкременты удалось извлечь через пузырный проток, используя современные лапароскопические техники. Такие же данные приводят и другие авторы, считая методику извлечения конкрементов через пузырный проток предпочтительней при лечении холедохолитиаза [4, 9].

У 40 больных не удалось извлечь конкременты через пузырный проток, поэтому была выполнена лапароскопическая холедохолитотомия. Надо отметить, что при наличии адекватных навыков в лапароскопической хирургии эта методика, хотя она и сложная, не дает серьезных осложнений [2, 9, 13].

При сравнении двух тактик лечения больных оказалось, что использование лапароскопических методик ревизии желчных протоков, увеличивая саму длительность операции, тем не менее не ведет к увеличению числа послеоперационных осложнений и удлинению сроков госпитализации.

Более того, такая тактика позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений, которые возникают у больных при наличии неудаленных конкрементов в желчных протоках.

В отдаленные сроки в группе больных, где производилась ревизия желчных протоков, у 2,4 % пациентов выявлены резидуальные камни. В то же время у больных, которым была произведена ревизия протоков, только у 0,4 % выявлены резидуальные конкременты.

Таким образом, проведенное исследование достоверно показало преимущество тактики использования интраоперационной ревизии желчных протоков и удаления выявленных конкрементов во время проведения лапароскопических холецистэктомий.

Выводы

Оптимальным методом выявления малосимптомного холедохолитиаза является проведение ревизии желчных протоков во время выполнения лапароско-

пической холецистэктомии. При обнаружении конкрементов в холедохе они могут быть удалены через пузырный проток либо при выполнении лапароскопической холедохотомии. Такая тактика не ведет к увеличению числа послеоперационных осложнений и длительности стационарного лечения.

Список литературы

1. Грубник В.В. Эндоскопические и лапароскопические вмешательства при холедохолитиазе / Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В., Калинин С.В., Дюжев А.С. // Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопичної хірургії. — 2000. — № 3. — С. 50.
2. Грубник В.В. Фиброхоледохоскопия как метод диагностики и лечения больных с холедохолитиазом / Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В., Калинин С.В., Дюжев А.С. // Збірник наукових праць співробітників КАПО ім. П.Л. Шупіка. — 2000. — Випуск 9, книга 4. — С. 705-708.
3. Грубник В.В. Лапароскопичні методи лікування при холедохолітіазі / Грубник В.В., Ткаченко О.І., Дюжев О.С., Калинин С.В., Усенко С.А. // Практична медицина. — 2003. — № 1. — Т. 9. — С. 92-95.
4. Грубник В.В. Ближайшие и отдаленные результаты одномоментных и двухмоментных оперативных вмешательств при лапароскопическом лечении больных с холедохолитиазом / Грубник В.В., Ковальчук А.Л., Ткаченко А.И., Калинин С.В. // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. — 5–7 жовтня 2005. — С. 294.
5. Грубник В.В. Лапароскопические вмешательства на желчных протоках у больных с механической желтухой: преимущества и недостатки / Грубник В.В., Ткаченко А.И. // Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопичної хірургії. — 2010. — С. 50.
6. Collins C. A prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: natural history of choledocholithiasis revisited / Collins C., Ireland A., Fitzgerald E. [et al.] // Ann. Surg. — 2004. — № 239. — P. 28-33.
7. Grubnik V.V. Single-stage laparoscopic operations for choledocholithiasis / Grubnik V.V., Tkachenko O.I., Grubnik O.V. [et al.] // 16th International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery Stockholm Sweden, 11–14 June 2008. — Oral, O123 — Liver and Biliary Tract Surgery. — P. 38.
8. Hamouda A.H. Intraoperative cholangiography facilitates simple transcystic clearance of ductal stones in units without expertise for laparoscopic bile duct surgery / Hamouda A.H., Khan M., Nassar A.H. // Surg. Endosc. — 2007. — № 21(6). — P. 955-959.
9. Lyass S. Laparoscopic transcystic duct common bile duct exploration / Lyass S., Phillips E.H. // Surg. Endosc. — 2006. — № 20. — P. S441-S445.
10. Martin D.J. Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones / Martin D.J., Toouli J. // Cochrane Database Syst. Rev. — 2001. — № 19(2). — CD003327.
11. Poulouse B.K. National analysis of in-hospital resources utilization in choledocholithiasis management using propensity scores / Poulouse B.K., Holzman P.A. // Surg. Endosc. — 2006. — № 20. — P. 186-190.
12. Rhodes M. Randomised trial of laparoscopic exploration of common bile duct versus post operative endoscopic retrograde cholangiopancreatography for common bile duct stones / Rhodes M., Cohen L. // Lancet. — 1998. — № 351. — P. 159-161.
13. Strömberg C. Stone clearance and risk factors for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct / Strömberg C., Nilsson M., Leijonmarck C.E. // Surg. Endosc. — 2008. — № 22(5). — P. 1194-1199.
14. Trondsen E. Prediction of common bile duct stones before cholecystectomy / Trondsen E., Reiersen O. // Arch. Surg. — 1998. — № 133. — P. 162-166.

Получено 08.07.13 □

Грубник В.В., Ткаченко О.І., Ільшєнко В.В., Євсиков Б.В., Воротинцева К.О.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ БЕЗСИМПТОМНИМ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Резюме. Метою цього дослідження було вивчити можливості сучасних лапароскопічних методик виявлення і видалення каменів із жовчних проток у хворих із малосимптомним холедохолітіазом.

Матеріал і методи. За період з 2003 по 2010 рік у клініці було прооперовано 2488 хворих із калькульозним холециститом. Одна група хірургів за цей період виконала 1256 лапароскопічних холецистектомій. Друга група хірургів під час виконання лапароскопічної холецистектомії у кожному підозрілому випадку виконувала ревізію жовчних проток із витяганням виявлених конкрементів. Ними виконано 1232 лапароскопічні холецистектомії. Під час операції у хворих, у яких було розширення холедоха понад 9 мм, протоки міхура понад 3 мм, а також за наявності дрібних конкрементів

у жовчному міхурі обов'язково проводили інтраопераційну холангіографію. У ряду хворих із діагностичною метою виконували фіброхолангіографію. Усього в другій групі хворих виконали інтраопераційну холангіографію у 276 хворих, фіброхолангіоскопію — у 148 пацієнтів. Із 574 хворих, яким під час операції проводилася діагностика жовчних проток, конкременти були виявлені у 165 пацієнтів. У них до операції були відсутні явні ознаки холедохолітіазу. Зовнішнє дренажування через протоки міхура виконували у випадках холангіту, наявності дрібних конкрементів у холедосі, біліарного панкреатиту. Віддалені результати вивчали у оперованих хворих у строки 3, 6, 12, 24, 32, 48 місяців за даними спеціального опитувальника, УЗД та біохімічних аналізів крові.

Результати та обговорення. Середній вік хворих, статевий склад, наявність супутньої патології були практично однаковими в обох групах. Частота біліарного панкреатиту і минулих жовтяниць була трохи вище в групі В, де проводилися втручання на протоках. У групі А при виконанні лапароскопічної холецистектомії конверсія проведена у 14 пацієнтів (1,1 %). Післяопераційні ускладнення в групі А спостерігалися у 42 хворих (3,3 %), у тому числі у 5 — після конверсії. Гнійно-септичні ускладнення були у 17 пацієнтів, інтраабдомінальні кровотечі — у 3, жовчовиділення дренажем — у 18 пацієнтів, післяопераційні пневмонії — у 3 хворих. Повторні операції виконані у 7 пацієнтів (0,6 %). У хворих групи В ревізія жовчних проток проводилася у 424 (34,4 %) пацієнтів, конкременти виявлені у 165 (13,4 %). У 40 пацієнтів витягти конкременти з протоків через проток міхура не вдалося. Зовнішнє дренування холедоха було виконане тільки у 46 пацієнтів (27,9 %) із 165. Усього в групі В ускладнення спостерігалися у 19 хворих (1,5 %). Резидуальні конкременти були виявлені у 23 (2,4 %) хворих групи А і тільки у 4 (0,4 %) хворих групи В.

У більшості клінік перевагу віддають використуванню двоетапного лікування: на першому етапі виконують ЕРХПГ і ен-

доскопічну папілотомію з витяганням конкрементів, а потім через час роблять лапароскопічну холецистектомію. У той же час при малосимптомному холедохолітазі така тактика призводить до непотрібних ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку, що збільшує відсоток ускладнень. Досягнення сучасної хірургії потребують вирішення всіх проблем, тобто видалення жовчного міхура з каменями і конкрементів із жовчних проток, під час однієї операції.

При порівнянні двох тактик лікування хворих виявилось, що використання лапароскопічних методик ревізії жовчних проток, збільшуючи саму тривалість операції, тим не менш не веде до збільшення числа післяопераційних ускладнень і подовження термінів госпіталізації.

Висновки. Оптимальним методом виявлення малосимптомного холедохолітазу є проведення ревізії жовчних проток під час виконання лапароскопічної холецистектомії. Така тактика не веде до збільшення числа післяопераційних ускладнень і тривалості стаціонарного лікування.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітаз, холедох, лапароскопічна холецистектомія, холангіт.

*Grubnik V.V., Tkachenko A.I., Ilyashenko V.V., Yevsikov B.V., Vorotyntseva K.O.
Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine*

THERAPEUTIC APPROACH IN PATIENTS WITH ASYMPTOMATIC CHOLEDOCHOLITHIASIS

Summary. The purpose of this study was to explore the possibilities of modern laparoscopic techniques to identify and remove the stones from the bile duct in patients with asymptomatic choledocholithiasis.

Material and Methods. During the period from 2003 to 2010 in the clinic there were operated 2488 patients with calculous cholecystitis. One group of surgeons during this period completed 1256 laparoscopic cholecystectomies. The second group of surgeons during laparoscopic cholecystectomy in each suspect case produced a revision of the bile duct and detected stones with their recovery. They produced 1232 laparoscopic cholecystectomy. During the operation, the patients who had a common bile duct expansion more than 9 mm, the cystic duct of more than 3 mm, as well as the presence of small stones in the gallbladder, necessarily performed intraoperative cholangiography. A number of patients for diagnostic purposes fibrocholangiography. Only the second group of patients produced intraoperative cholangiography in 276 patients and 148 patients fibrocholangioscopy. Of the 574 patients in whom surgery was performed during the diagnosis of bile duct stones were found in 165 patients. They were out before the operation are clear signs of choledocholithiasis. External drainage through the cystic duct was carried out in cases of cholangitis, the presence of small stones in the common bile duct, biliary pancreatitis. Long-term results in operated patients was studied in terms of 3, 6, 12, 24, 32, 48 months, according to a special questionnaire, ultrasound studies and biochemical analyzes of blood.

Results and Discussion. Mean age, gender composition, the presence of comorbidity were similar in both groups. The frequency of biliary pancreatitis and transient jaundice was slightly higher in group B, where interventions were made by the ducts. Group A when performing laparoscopic cholecystectomy conversion performed in 14 patients (1.1 %). Postoperative complications in group A were observed in 42 patients (3.3 %), including from 5 after conversion.

Purulent-septic complications were in 17 patients, intra-abdominal bleeding — in 3, bile leakage on drainage in 18 patients, postoperative pneumonia — in 3 patients. Reoperations were performed in 7 patients (0.6 %). Patients in the group B, revision of bile duct was performed in 424 (34.4 %) patients, stones were found in 165 (13.4 %) patients. 40 patients to remove stones from the duct through the cystic duct failed. Outside choledochal drainage was performed in only 46 patients (27.9 %) of 165 patients. Total complications in group B was observed in 19 patients (1.5 %). Residual stones were found in 23 (2.4 %) patients in group A, and only in 4 patients (0.4 %) patients in group B.

In most hospitals prefer to use a two-stage treatment: in the first stage perform ERCP and endoscopic papillotomy with extraction of stones, and then after a time produce a laparoscopic cholecystectomy. At the same time, low-symptom choledocholithiasis this tactic leads to unnecessary endoscopic interventions on a large duodenal papilla, which increases the rate of complications requiring surgery achievements of modern solutions to all problems, ie removal of the gallbladder with stones and remove the stones from the bile duct, during the same operation.

When comparing the two treatment tactics proved that the use of laparoscopic techniques of revision bile duct itself although increases duration of operation, nevertheless do not lead to an increase in the number of postoperative complications or prolongation of hospitalization.

Conclusions. The optimum method of identifying oligosymptomatic choledocholithiasis is revision of the bile duct during laparoscopic cholecystectomy. This tactic does not increase the number of postoperative complications and increased length of hospital treatment.

Key words: cholelithiasis, choledocholithiasis, choledoch, laparoscopic cholecystectomy, cholangitis.