



Е.Д. Хворостов, С.А. Бычков,
Р.Н. Гринёв

Харьковский национальный
университет им. В.Н. Каразина

© Е.Д. Хворостов, С.А. Бычков,
Р.Н. Гринёв

ЭТАПНОЕ МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Резюме. Авторами представлен анализ 527 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Доказано, что лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с эндоскопической санацией холедоха является операцией выбора у больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, что было выполнено у 75,1 % больных холедохолитиазом. При невозможности санации холедоха эндоскопическими методами, операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия с минилапаротомией, холедохолитотомией, наружным дренированием холедоха или холедоходуоденоанастомозом.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия, минилапаротомия.

Введение

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из самых распространенных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость ЖКБ, а также и количество связанных с нею осложнений неуклонно увеличиваются. Вслед за применением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) при хроническом калькулезном холецистите, по мере накопления опыта ЛХЭ стала использоваться и при осложненных формах ЖКБ, что поставило перед хирургами ряд дискуссионных проблем: сроки операции, полнота и своевременность дооперационного обследования, необходимость интраоперационного обследования внепеченочных желчных путей, технические принципы выполнения операции и т.д. Холедохолитиаз наблюдается у 10-15 % больных ЖКБ [1, 3, 4]. Отсюда понятно, что немаловажное значение в конечном результате лечения больных ЖКБ имеет своевременная диагностика холедохолитиаза и санация протоковой системы [2, 5].

Цель исследования

Разработка комплексного лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом с использованием усовершенствованных этапных миниинвазивных методов.

Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств в лечении больных желчнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», номер госрегистрации 0100U005308.

Материалы и методы исследования

В клинике хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина с 1994 года оперировано 527 больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом. Возраст больных варьировал от 21 до 82 лет. Женщин было 396 (75,1 %), мужчин — 131 (24,9 %).

Диагностическая программа включала в себя клинично-лабораторное обследование, УЗИ, фибродуоденоскопическое исследование верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, ЭРХПГ, бактериологическое исследование желчи.

У 512 (97,2 %) больных холедохолитиаз выявлен в дооперационном периоде, и у 15 (2,8 %) больных, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита, диагностирован при выполнении интраоперационной холангиографии.

Метод УЗИ позволил установить холедохолитиаз у 455 (86,3 %) больных и у 60 (13,7 %) — заподозрить холедохолитиаз.

Этапное миниинвазивное лечение с предварительной эндоскопической санацией холедоха (папиллотомия, холедохолитотракция, назобилиарное дренирование) была выполнена у 396 (75,1 %) больных холедохолитиазом. Срок между этапом эндоскопической санацией холедоха и ЛХЭ мы сокращали до 2-3 суток, что позволяло снизить риск повторной миграции конкрементов из желчного пузыря в холедох.

Больным, которым холедохолитиаз не удалось устранить на предварительном этапе эндоскопического лечения, была выполнена ЛХЭ с интраоперационным выполнением эндоскопического внутривидеоскопического вмешательства на холедохе. Данный вид этапного хирургиче-



ского лечения холедохолитиаза был успешно выполнен у 16 (3 %) пациентов.

Больным, которым, несмотря на все предпринятые попытки, холедохолитиаз не удалось устранить эндоскопически, была выполнена ЛХЭ последующей из минидоступа холедохолитотомией с наружным дренированием холедоха – у 103 больных (19,5 %) и холедоходуоденоанастомозом – 12 больным (2,3 %).

Основным методом, определявшим возможность данного этапа миниинвазивного лечения являлось выполнение интраоперационной холангиографии, по данным которой определялась возможность хирургической коррекции холедохолитиаза из минидоступа.

После выполнения ЛХЭ желчный пузырь и троакары не извлекались из брюшной полости, выполнялась минилапаротомия (длина разреза от 4 до 6 см) в правом подреберье параллельно реберной дуге через место введения 3-го троакара (на 2-3 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии). При этом троакар использовался как ориентир при входе в брюшную полость. Дополнительное освещение операционного поля и визуальный контроль осуществляли лапароскопом, введенным через троакар в умбиликальной точке. Минилапаротомия в правом подреберье во всех случаях обеспечивала адекватный доступ к зоне вмешательства и позволяла сочетать одновременное применение открытых и лапароскопических хирургических методов под двойным визуальным контролем. Выполнялась холедохолитотомия, инструментальная ревизия гепатикохоледоха, после снятия клипсы с культы пузырного протока (во время ЛХЭ на культю пузырного протока накладывалась одна клипса) устанавливался наружный дренаж холедоха по Холстеду-Пиковскому, холедохотомная рана ушивалась и выполнялась контрольная интраоперационная холангиография.

Подпеченочное пространство дренировалось перчаточнo-трубочным дренажом через контрапертуру в точке стояния 4-го троака-

ра (на 4-6 см ниже реберной дуги по правой передней подмышечной линии), минилапаротомная рана ушивалась наглухо.

У 12 (1,3 %) больных, при ширине холедоха свыше 2 см, была выполнена холедохолитотомия из минилапаротомного доступа с холедоходуоденоанастомозом по Юрашу-Виноградову.

Результаты исследования и их обсуждение

Коррекция холедохолитиаза увеличивала длительность оперативного вмешательства на 30-55 минут, однако избавляла больного от широкого лапаротомного доступа, что благотворно влияло на течение послеоперационного периода. Правильность избранной нами тактики была подтверждена тем фактом, что в данной группе больных не наблюдались интраоперационные и послеоперационные внутрибрюшные осложнения.

Через 4-6 дней после ЛХЭ больные выписывались из клиники. При сочетании ЛХЭ с минилапаротомией больные выписывались на 7-10 день после операции, средняя продолжительность послеоперационного периода составила $7,2 \pm 1,4$ дней, трудоспособность восстанавливалась через 20-25 дней.

Выводы

Таким образом, ЛХЭ в сочетании с эндоскопической санацией холедоха является операцией выбора у больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, что было выполнено у 75,1 % больных холедохолитиазом. Срок между эндоскопической санацией холедоха и ЛХЭ должен быть минимальным (2-3 дня), что позволяет снизить риск повторной миграции конкрементов из желчного пузыря в холедох. У больных, которым невозможно санировать холедох эндоскопическими методами (конкременты больших размеров, анатомические особенности БДС и другие причины), операцией выбора является ЛХЭ с минилапаротомией, холедохолитотомией, наружным дренированием холедоха или холедоходуоденоанастомозом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Актуальные вопросы чрезпапиллярной эндоскопической хирургии / А.С. Балалыкин, В.В. Гвоздик // Эндоскоп. хирургия. – 2007. – № 5. – С. 25-32.
2. Діагностично-лікувальна тактика з використанням мініінвазивних технологій при механічній жовтяниці зумовленій холедохолітіазом / М.Ю. Ничитайло, Ю.М. Захараш, П.В. Огородник [та ін.] // Хірургія України. – 2008. – № 5. – С. 5-13.

3. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малюштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. – Х. : СИМ, 2005. – 367 с.
4. Лупальцов В.И. Ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии / В.И. Лупальцов // Вісник Хар. нац. універ. ім. В.Н. Каразіна. Серія: Медицина. – 2004. – Вип. 7, № 614. – С. 48-51.
5. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник, А.Л. Ковальчук [и др.]. – К. : Здоров'я, 2005. – 424 с.



ЕТАПНЕ МІНІІНВАЗИВНЕ
ЛІКУВАННЯ
ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ
ХВОРОБИ, ЩО
УСКЛАДНЕНА
ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

*Є.Д. Хворостов, С.О. Бичков,
Р.М. Гриньов*

Резюме. Авторами представлений аналіз 527 хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітиазом. Доведено, що лапароскопічна холецистектомія у поєднанні із ендоскопічною санацією холедоха є операцією вибору у хворих на жовчнокам'яну хворобу, що ускладнена холедохолітиазом, яка було виконано у 75,1 % хворих на холедохолітиаз. При неможливості санації холедоха ендоскопічними методами, операцією вибору є лапароскопічна холецистектомія із мінілапаротомією, холедохолітотомією, зовнішнім дренажуванням холедоха або холедоходуоденоанастомозом.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холедохолітиаз, лапароскопічна холецистектомія, мінілапаротомія.

PHASED MININVASIVE
TREATMENT OF THE
GALLSTONE DISEASE
COMPLICATED BY
CHOLEDOCHOLITHIASIS

*Eu.D. Khvorostov,
S.A. Bychkov, R.N. Grynyov*

Summary. Authors represent the analysis of 527 patients with the gallstone disease complicated by choledocholithiasis. It is proved that laparoscopic cholecystectomy in combination with endoscopic sanitation of choledochus is operation of choice at patients with gallstone disease complicated by choledocholithiasis, that was executed at 75,1 % of patients with choledocholithiasis. At impossibility of endoscopic methods of sanitation of choledochus, laparoscopic cholecystectomy is operation of choice with minilaparotomy, choledocholithotomy, outward choledocheal drainage or choledochoduodenostomosis.

Key words: gallstone disease, choledocholithiasis, laparoscopic cholecystectomy, minilaparotomy.