

© Лупальцов В.И., Котовщиков М.С.

УДК: 616.36-008.5-06:616.361-002]-089.15

Лупальцов В.И., Котовщиков М.С.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3 (пр. Ленина 4, г. Харьков, Украина, 61022)

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ

Резюме. Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 103 больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) без второго этапа хирургического лечения была выполнена 42 (40,8%) больным. У 29 (28,2%) больных была произведена ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией. У 32 больных выполнить декомпрессию внепеченочных желчных путей при помощи ЭПСТ не удалось. Холецистэктомия лапаротомным доступом была выполнена 31 больному, в одном случае наложена контактная холецистостома. Осложнения после ЭПСТ развились у 6 (5,8%) больных. После двухэтапного хирургического лечения в послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (7,8%) больных. Летальность составила 1,9%.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Введение

В последние годы неуклонно увеличивается количество больных с механической желтухой обусловленной холедохолитиазом, которым необходимо хирургическое лечение [Кондратенко и др., 2005]. Это связано как с увеличением числа больных пожилого и старческого возраста с нарушениями обмена веществ, так и с внедрением новых диагностических методик - таких как, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ) [Кондратенко и др., 2005]. Соответственно увеличилось количество хирургических вмешательств при данной патологии [Нестеренко и др., 1999; Тищенко и др., 1999].

В резолюции VII конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Смоленск, 1999 г.) указано на необходимость широкого внедрения современных малотравматических методов, позволяющих добиться значительного улучшения результатов лечения больных с механической желтухой.

Метод эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в этом аспекте выглядит наиболее приемлемым для решения основной задачи - создания условий для свободного оттока желчи. Даже у пожилых больных ЭПСТ считается безопасной - частота осложнений после неё составляет 7,5 - 16%, а летальность 1,5% [Клименко, Клименко, 1999; Нестеренко и др., 1999; Майстренко, Стукалов, 2000]. В большинстве отечественных клиник ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) является ведущей методикой [Майстренко, Стукалов, 2000], которая сводит к минимуму количество повторных операций на холедохе и снижает летальность. Применение обеих эндоскопических методов теоретически позволяют с помощью малоинвазивных технологий лечить все формы ЖКБ [Тищенко и др., 1999].

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 103 больных с механической желтухой осложненной холангитом. Мужчин было 30 (29,1%), женщин 73 (70,9%). По возрасту больные распределились следующим образом: 21 - 30 лет - 6 больных (5,8%), 31 - 40 лет - 5 (4,9%), 41 - 50 лет - 17 (16,5%), 51 - 60 лет - 20 (19,4%), 61 - 70 лет - 28 (27,1%), 71 - 80 лет - 22 (21,4%) и 81 год и старше - 5 больных (4,9%). Пациентов трудоспособного возраста (до 65 лет) было 61 человек (59,2%).

Клиническими проявлениями осложнённых форм холедохолитиаза были кожный зуд, желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, боли в правом подреберье, иррадиирующие в левую лопатку и поясничную область справа, сопровождавшиеся ознобами и гипертермией до 39 - 40,0С. В клинико-лабораторных показателях у больных отмечалось повышение общего билирубина от 44 мкмоль/л до 384,6 мкмоль/л, повышение уровня активности трансаминаз (АсАТ, АлАТ) до 1,36 мкмоль/ч.л и 5,2 мкмоль/ч.л соответственно, лейкоцитоз до 20,8?10⁹/л, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до 4,5 - 4,8, повышение уровня мочевины до 14,5 ммоль/л и креатинина до 0,189 ммоль/л. В лейкограмме отмечались признаки выраженной воспалительной реакции.

Обязательным методом исследования у всех больных было выполнение в предоперационном периоде ультразвукового исследования, что позволяло определить диаметр холедоха, наличие или отсутствие в нем конкрементов и влияло на выбор объема оперативного лечения. Во время оперативного вмешательства методом ЭРХПГ осуществлялась диагностика холедохолитиаза и стриктур терминального отдела холедоха.

После предварительной консервативной терапии, которая в urgentных случаях представляла собой и предоперационную подготовку всем 103 больным была выполнена ЭПСТ, которая производилась в максималь-

но ранние сроки от момента поступления в стационар - на 1 - 4 сутки. Без второго этапа хирургического лечения ЭПСТ была выполнена 42 (40,8%) больным. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) произведена 29 (28,2%) пациентам. В 32 (31%) случаях ЭПСТ не дала положительного эффекта вследствие наличия крупных конкрементов в просвете холедоха или продленном стенозе терминального отдела холедоха (более 1,5 см), поэтому 31 больному из этой группы вторым этапом была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом, а в одном случае наложена контактная холецистостомия.

Результаты. Обсуждение

В зависимости от выбора оперативного лечения на втором этапе все больные были распределены следующим образом: ЭПСТ без второго этапа хирургического лечения выполнено у 42 (40,8%) пациентов. В данной группе 22 пациента пожилого и старческого возраста после ликвидации желтухи, отказались от дальнейшего оперативного лечения. У 20 больных этой же группы абсолютных показаний к выполнению второго этапа оперативного лечения не было (в 8 случаях причиной механической желтухи был папиллит, у 9 больных - стеноз большого дуоденального сосочка, в 3 случаях анестезиологический риск превышал операционный). Двухэтапное хирургическое лечение - ЭПСТ с последующей ЛХЭ выполнена у 29 (28,2%) больных. У 32 (31,0%) больных ЭПСТ была неэффективна и больным была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом с холедохолитотомией, при этом дренирование холедоха выполнено у 23 больных, а у 8 больных операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза. У 1 (0,9%) больного с холангитом, находящегося в крайне тяжелом состоянии, после неудачной ЭПСТ, было решено с целью декомпрессии желчного дерева и разрешения холемии выполнить наложение контактной холецистостомы.

После ЭПСТ конкременты извлекались путем отмывания протоков "до чистых вод" или корзинкой Дормиа, у части пациентов придерживались выжидательной тактики, рассчитывая на самостоятельное отхождение конкрементов после достаточно широкого рассечения БДС и терминального отдела холедоха.

Список литературы

Выбор оптимальной тактики при различных формах острого холецистита. Материалы городской научно-практической конференции. Анализ легальности при остром холецистите / [Нестеренко Ю.А., Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г. и др.]. - М., 1999. - С. 14-17.

Клименко Г.А. Трансдуоденальная сфинктеропластика и супрадуоденальная

холедоходуоденостомия при остром холангите / Г.А.Клименко, Р.Г.Клименко // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1999. - Т.4, №2. - 106 с.

Майстренко Н.А. Холедохолитиаз / Н.А. - Майстренко, В.В.Стукалов. - Санкт-Петербург, 2000. - 285 с.

Резолюция VII конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и

стран СНГ (Смоленск, 1999 г.).

Современные тенденции лечения холелитиаза / Тищенко А.М., Малоштан А.В., Сариян И.В. [и др.] // *Врачебная практика*. - 1999. - №3. - С. 44-48.

Экстренная хирургия желчных путей / [Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. и др.]. - Донецк, 2005. - 434 с.

Разрез при ЭПСТ в зависимости от анатомических и индивидуальных особенностей достигал длины от 1,0 до 1,5 см, что приводило к достаточно широкому раскрытию дистального отдела холедоха. Рассечение БДС и терминальной части холедоха осуществлялось в направлении 11 - 12 часов вдоль большой продольной складки 12-ти перстной кишки. Контроль адекватности произведенной ЭПСТ проводился путем рентгенконтрастирования холедоха сразу после сфинктеротомии.

Осложнениями, развившимися непосредственно после эндоскопической папиллосфинктеротомии, являлись: панкреатит, потребовавший целенаправленных консервативных мероприятий у 3-х (2,9%) больных, в 2-х (1,9%) случаях - кровотечение из папиллотомной раны, потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты интенсивной терапии. Умерла одна (0,9%) больная старческого возраста.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит - 3 (2,9%) случая, нагноение послеоперационной раны - 2 случая (1,9%), подпеченочный абсцесс - 1 (0,9%) случай, пневмония - 2 случая (1,9%). Умерло 2 (1,9%) больных старческого возраста вследствие прогрессирования интоксикации и развития полиорганной недостаточности.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией в ближайшие 24 - 48 часов от момента поступления в клинику является оптимальной тактикой лечения холедохолитиаза осложненного холангитом.

2. Для улучшения результатов оперативного лечения этой категории больных следует в раннем послеоперационном периоде проводить профилактику острого панкреатита и осложнений воспалительного характера, с максимально возможной компенсацией состояния витальных систем организма.

В перспективе необходимо продолжать изучение результатов лечения холедохолитиаза, осложненного холангитом, для отработки оптимальной хирургической тактики, способствующей снижению количества послеоперационных осложнений.

Лупальцов В.І., Котовщikov М.С.

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛАНГІТОМ

Резюме. Проведено аналіз результатів ендоскопічного лікування 103 хворих з жовчнокам'яної хворобою ускладненої холангітом. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) без другого етапу хірургічного лікування була виконана 42 (40,8%) хворим. У 29 (28,2%) хворих була проведена ЕПСТ з подальшою лапароскопічною холецистектомією. У 32 хворих виконати декомпресію позапечіноквих жовчних шляхів за допомогою ЕПСТ не вдалося. Холецистектомія лапаротомним доступом була виконана 31 хворому, в одному випадку накладена контактна холецистостома. Ускладнення після ЕПСТ розвинулися у 6 (5,8%) хворих. Після двоетапного хірургічного лікування в післяопераційному періоді ускладнення відзначені у 8 (7,8%) хворих. Летальність склала 1,9%.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, холангіт, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Lupaltsov V.I., Kotovshchikov M.S.

CHOICE OF TECHNIQUE FOR SURGICAL CORRECTION OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE COMPLICATED WITH CHOLANGITIS

Summary. The results of endoscopic therapy of 103 patients with cholangitis-complicated obstructive jaundice were undertaken. Endoscopy papillosphincterotomy (EPST) with no further surgery was conducted at 42 patients (40,8%). EPST with follow-up laparoscopic cholecystectomy (LCE) was performed in 29 (28,2%) patients. For 32 people (31,0%) EPST proved noneffective and these patients underwent cholecystectomy by laparotomy approach with choledocholithotomy with choledochus drain in 23 patients and choledochoduodenostomy. In 1 (0,9%) cholangitis patient after failed EPST the decision was made to apply coupling cholecystostomy.

Keywords: cholelithiasis, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2013 р.

Лупальцов Владимир Иванович - чл.-корр. НАМН України, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии №3 Харьковского национального медицинского университета; +38 057 370-60-60; surgdis@mail.ru

Котовщikov Максим Сергеевич - ассист. кафедры хирургии №3 Харьковского национального медицинского университета; +38 050 401-60-21; klinok18hosp@rambler.ru

© Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

УДК: 616.366-089.87-072.1

Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2 (ул. Ольгиевская, 2, г. Одесса, Украина, 65000)

НОВАЯ ЛИФТИНГОВАЯ СИСТЕМА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ ИНДЕКСОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Резюме. В работе представлен опыт хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями. Лапароскопическая холецистэктомия с минимальным давлением выполнена у 43 (53,1%) больных, у 38 (46,9%) больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием предложенной лапаролифтинговой системы. Использование новой технологии лифтинга позволило расширить показания к выполнению эндовидеохирургических операций у пациентов старших возрастных групп и улучшить результаты лечения данной категории больных.

Ключевые слова: лапаролифтинг, острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, лифтинговая лапароскопия.

Введение

В последние годы появилась отчетливая тенденция к увеличению числа больных острым холециститом среди пациентов старших возрастных групп. Одной из основных причин неблагоприятных исходов хирургического лечения этой категории пациентов является наличие тяжелой сопутствующей патологии, нередко в стадии декомпенсации, с синдромом "взаимного отягощения". В связи с этим операции, выполняемые на высоте приступа, сопровождаются развитием тяжелых осложнений и высокой послеоперационной летальностью. Общеизвестно, что лапарос-

копические операции являются наименее травматичными хирургическими вмешательствами, являясь "золотым стандартом" в лечении калькулезного холецистита. Однако у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма. При создании карбоксиперитонеума внутрибрюшная гипертензия и эффекты гиперкапнии могут привести к декомпенсации сердечной деятельности, расстройству дыхания и разви-