

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННОГО ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

И. В. Иоффе, А. В. Ковешников, В. В. Потий, А. А. Высоцкий, К. В. Шпак
ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», Кафедра хирургии с основами торакальной, кардиоваскулярной и пластической хирургии (зав. каф. – Заслуженный врач Украины, доктор мед. наук, проф. И. В. Иоффе), г. Луганск, Украина

Проведенный анализ эффективности лечения больных с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом, позволил установить, что малоинвазивная двухэтапная тактика лечения: ретроградная панкреатохолангиография с последующей эндоскопической папилосфинктеротомией и лапароскопической холецистэктомией – позволяет существенно сократить период реабилитации, снизить число послеоперационных осложнений, значительно уменьшить болевой синдром, а также немаловажным является косметический эффект.

Ключевые слова: Желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, ретроградная панкреатохолангиография, эндоскопическая папилосфинктеротомия, лапароскопическая холецистэктомия.

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) на протяжении многих десятилетий остается весьма распространенной патологией. Особый интерес к этой проблеме связан с чрезвычайно высоким ростом заболеваемости ЖКБ в развитых странах. Частота ее встречаемости у взрослого населения достигает 16 %, увеличиваясь после 60 лет до 40 % [1, 2, 5, 7]. Также неуклонно растет число операций на желчных путях, что напрямую связано как с увеличением частоты ЖКБ, так и улучшением диагностики этого заболевания.

Одним из наиболее частых и грозных осложнений ЖКБ является холедохолитиаз, достигающий по данным разных авторов 10–23 % [3, 4, 6, 8]. Данное осложнение до последнего времени остается грозной проблемой в лечении больных с желчнокаменной болезнью. Связано это с тем, что большинство больных холедохолитиазом находятся в пожилом и старческом возрасте, а течение основного заболевания часто сочетается с тя-

желой сопутствующей патологией. Развивающиеся при этом механическая желтуха, гнойный холангит, холестатический гепатит и острый панкреатит усугубляют и без того тяжелое общее состояние больных.

Традиционное хирургическое лечение холедохолитиаза состоит в выполнении открытой операции на внепеченочных желчных путях, включая холедохолитотомию и, по показаниям, наружное или внутреннее дренирование желчных путей. Однако, подавляющее большинство хирургов стремятся отказаться от традиционных хирургических вмешательств, так как выполнение операций на общем желчном протоке и двенадцатиперстной кишке сопряжены с высоким риском как интра-, так и послеоперационных осложнений. Даже в отдаленные сроки после выполнения открытых операций возникают осложнения, требующие в определенных случаях хирургической коррекции. В связи с этим открытые операции постепенно уходят в прошлое, хотя и остаются в арсенале желчной хирургии в качестве операций резерва.

Эндоскопические методы лечения холедохолитиаза на этом фоне имеют неоспоримые преимущества, и явно выигрывают по многим параметрам в сравнении с традиционными способами: позволяют производить менее травматичные вмешательства на внепеченочных желчных путях, снижают длительность пребывания больных в стационаре [1, 2, 5, 6, 8].

В настоящей статье мы приводим анализ эффективности лечения хронического калькулезного холецистита с холедохолитиазом, осложнённым механической желтухой двухэтапным методом, включающим ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) с последующей эндоскопической папилосфинктеротомией (ЭПСТ) и лапароскопической холе-

цистэктомией (ЛХЭ), которое проводилось в хирургическом отделении Луганской областной клинической больницы в период с 2009 по 2011 гг.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился 271 пациент (мужчин – 87, женщин – 184) в возрасте от 46 до 82 лет. У всех пациентов имелись единичные и множественные конкременты в холедохе размером от 0,5 до 2,2 см в диаметре; в 18,8 % случаев холедохолитиаз сопровождался стенозом БДС, сочетающимся с расширением гепатикохоледоха и значительным замедлением эвакуаторной функции. Все пациенты госпитализировались как в остром, так и в «холодном» периоде, с различным уровнем билирубина в крови. Предварительное обследование перед госпитализацией включало следующие анализы и консультирование: общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, время свертывания и длительность кровотечения, протромбиновый индекс, билирубин, активность трансаминаз, уровень глюкозы, креатинина, определение группы крови и Rh-фактора, исследование крови на RW, кровь на HBs-антиген, анти-HCV (при положительных результатах – кровь на ВИЧ), ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, консультация терапевта.

Эндоскопическое лечение состояло из двух этапов: сначала пациенту выполнялась ЭРПХГ с последующей ЭПСТ (при необходимости с экстракцией камней корзиной Dormia), и уже после этого ЛХЭ. ЭПСТ проводилась через день поступления пациента в стационар. Под местной анестезией, преимущественно канюляционным методом 88 % и атипичным (игольчатым папиллотомом) – 12 % в рентгенологическом кабинете с использованием рентгентелевизионной установки «1.КРД-50(индиак)012.ТУР-80», дуоденоскопа «Olympus JF1T20» и папиллотомов фирмы «Olympus KD 18Q». Адекватную ЭПСТ удалось выполнить всем пациентам. При наличии холедохолитиаза камни извлекались корзиной Dormia сразу после проведения папиллосфинктеротомии. С целью профилактики развития острого панкреатита всем пациентам внутривенно назначались сандостатин в дозировке 100 мг и квамател в дозировке 20 мг внутривенно.

Лапароскопическая холецистэктомия проводилась через двое суток после проведения ЭПСТ и удаления конкрементов. У пациентов с явлениями холестатического гепатита операция проводилась спустя 2–3 недели после

стабилизации функциональных показателей печени.

Операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом на оборудовании фирмы «Storz». Доступы осуществлялись, по принятой в клинике методике, из стандартных точек (околопупочная область, эпигастрий и правое подреберье). Пузырный проток и артерия клипировались, ложе пузыря и подпеченочное пространство дренировались полихлорвиниловым дренажом на одни сутки.

Результаты исследования и их обсуждение. У всех больных после выполнения двухэтапного лечения ЖКБ отмечалось: активное поступление желчи и на контрольных холангиограммах свободное прохождение контрастного вещества. У 21 больного ЛХЭ была выполнена на 2–3 сутки на фоне адекватной предоперационной подготовки. Послеоперационный период протекал без осложнений с отсутствием болевого и гипертермического симптомов и на 3–4 сутки больные выписывались в удовлетворительном состоянии. Остальным же больным (с проявлениями холестатического гепатита, гнойного холангита) после ЭПСТ и проводимой медикаментозной терапии ЛХЭ выполнялась спустя три недели.

Общий срок пребывания пациентов в стационаре составил от 5 до 7 суток. Осложнениями после ЭПСТ в анализируемой группе были 3 случая кровотечения из папиллотомного разреза (из них 2 – остановлены консервативно, один – оперативно), 3 случая острого панкреатита (2 из них лечились консервативно, 1 – вследствие развившегося панкреонекроза – оперативно).

Выводы. Таким образом, очевидно, что малоинвазивная двухэтапная тактика лечения ЖКБ, осложнённой холедохолитиазом, механической желтухой позволяет существенно сократить период реабилитации, снизить число послеоперационных осложнений, значительно уменьшить болевой синдром, а так же немаловажным является косметический эффект. Отмеченные преимущества двухэтапного малоинвазивного метода лечения оправдывают название метода как «золотого стандарта» в современной хирургии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Б. А. Сравнительная оценка различных методов диагностики и хирургической тактика при холедохолитиазе // Дисс. . канд. мед. наук. – Москва. – 2007. – 130 с.
2. Андреев А. Л., Прядко А. С., Грах С. И. Лапароскопическая хирургия холедохолитиаза. Сравнительная оценка одноэтапной и двухэтапной тактики лечения. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №2. – С. 51–52.
3. Балаалыкин А. С., Снигирев Ю. В., Гвоздик В. В. и др. Эндоскопическая папилотомия и холангиолитиаз (доступы, принципы, эффективность) // Клиническая эндоскопия – 2006. – 2 (8). – С.13–19.
4. Дадвани С. А., Ветшев П. С., Шуудтко А. М., Прудков М. И. Желчнокаменная болезнь // Клиническая эндоскопия. – 2005. – 1 (4). – С. 21–23.
5. Каримов Ш. И., Ким В. Л., Юнусметов Ш. А. и др. Место и возможности малоинвазивных вмешательств в лечении больных механической желтухой // Эндоскопическая хирургия. – 2003. – №1 – С. 23–26.
6. Hawasli A., Lloyd L., Cacucci B. Management of choledocholithiasis in the era of laparoscopic surgery // Am Surg. – 2000. – Vol. 66. – P.425–431.
7. Leandros E, Antonakis P. T., Karantzikos G, Gomatos I. P., Lagoudianakis E. E. , Albanopoulos K, Konstadoulakis M. M. Two-step treatment for complex cholecystocholedocholithiasis // Surgery. – 2005. – Vol. 137(1). – P. 114–116.
8. Sarly L, Iusco D. R., Roncoroni L. Preoperative endoscopic sphincterotomy and Laparoscopic cholecystectomy for the management of cholecystocholedocholithiasis: 10-year experience // World J. Surg. – 2003. – Vol. 27. – P. 180–186.

I. V. Ioffe, O. V. Koveshnikov, V. V. Potiy,
A. A. Vysotskyi, K. V. Shpak
**АНАЛІЗ СУЧАСНОГО ДВОХЕТАПНОГО
ЛІКУВАННЯ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВО-
РОБИ, ЩО УСКЛАДНИЛОСЯ ХОЛЕДО-
ХОЛІТІАЗОМ**

м. Луганськ, Україна

Резюме. Проведений аналіз ефективності лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою, ускладненою холедохолітіазом, дозволив встановити, що малоінвазивна двоетапна тактика лікування: ретроградна панкреатохолангіографія з подальшою ендоскопічною папілосфінктеротомією та лапароскопічною холецистектомією – дозволяє істотно скоротити період реабілітації, знизити число післяопераційних ускладнень, значно зменшити больовий синдром; так само немаловажним є косметичний ефект.

Ключові слова: Жовчнокам'яна хвороба, холедохолітіаз, ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, лапароскопічна холецистектомія.

I. V. Ioffe, A. V. Koveshnikov, V. V. Potiy,
A. A. Vysotskyi, K. V. Shpak
**ANALYSIS OF THE TWO-STEP MODERN
TREATMENT OF CHOLELITHIASIS
COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLI-
THIASIS**

Lugansk, Ukraine

Summary. The analysis of the effectiveness of treatment of patients with cholelithiasis complicated by choledocholithiasis, revealed that two-stage minimally invasive treatment strategy: retrograde cholangiopancreatography and endoscopic papilosfinkterotomy and laparoscopic cholecystectomy – can significantly reduce the recovery period, to reduce the number of postoperative complications, significantly reduce pain, as well do not is unimportant cosmetic effect.

Key words: cholelithiasis, choledocholithiasis, retrograde cholangiopancreatography, endoscopic papilosfinkterotomy, laparoscopic cholecystectomy.