

## ДВУХЭТАПНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Бобоев Б. Д.

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова» Минздравсоцразвития России

Бобоев Баходур Джамшедович

E-mail: boda75@mail.ru

### РЕЗЮМЕ

Проведен ретроспективный анализ результатов эндохирургического лечения 115 больных с холецистохоледохолитиазом путем применения двухэтапной тактики лечения данной патологии. Установлено, что двухэтапная тактика лечения холецистохоледохолитиаза может являться методом выбора в лечении холецистохоледохолитиаза, в данном исследовании она оказалась эффективной у 110 (95,7%) больных, в 5 (4,3%) случаях был выполнен переход на «открытый» доступ.

**Ключевые слова:** холецистохоледохолитиаз, двухэтапная тактика, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, лапароскопическая холецистэктомия.

### SUMMARY

This study aimed to evaluate the safety and short-term outcomes after two-stage medical tactics for 115 patients with gallstones and ductal calculi. The use of two-stage method of treatment has proved effective in 110 (95.7%) patients. There were 5 (4.3%) conversion in our series.

**Keywords:** cholecystocholedocholithiasis, two-stage medical tactics, endoscopic sphincterotomy, laparoscopic cholecystectomy.

### ВВЕДЕНИЕ

Хирургическое лечение больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной холедохолитиазом, — одна из самых сложных проблем гепатобилиарной хирургии [1, 2]. Холедохолитиаз является одним из наиболее частых осложнений ЖКБ. По данным различных авторов, частота его составляет от 10% до 35% [3, 4, 5]. Сочетание эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) остается методом выбора в лечении больных с холецистохоледохолитиазом [6].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности двухэтапной тактики лечения (эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией и лапароскопическая холецистэктомия) у больных с холецистохоледохолитиазом.

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основой работы является ретроспективный анализ результатов эндохирургического лечения 115 больных с холецистохоледохолитиазом. Пациенты находились на лечении в клинике факультетской хирургии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова и городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе за период с 2000 по 2005 гг. Возраст больных колебался от 21 до 85 лет. Женщин было 85 (73,9%), мужчин — 30 (26,1%). Сопутствующая патология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия и др.) выявлена у 57 (49,6%) пациентов, из них у 42 (36,5%) имелось два и более заболеваний.

Для уточнения диагноза применяли следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, ультразвуковое (УЗИ), фиброгастродуоденоскопию (ФГДС) и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ). Ретроградное



контрастирование желчных протоков выполняли путем селективной катетеризации общего желчного протока (ОЖП). Следует отметить, что у 37 (32,2%) пациентов с выявленными при ретроградном контрастировании желчных протоков конкрементами гепатикохоледоха, при УЗИ конкременты обнаружены не были.

По срочным показаниям (нарастающая желтуха, ухудшение общего состояния, биохимических показателей, угроза печеночной недостаточности) ЭПСТ выполнена 31 (27%) пациенту, в отсроченном порядке — 84 (73%) больным. Сроки от поступления в стационар до выполнения ЭПСТ составили в среднем 3,5 дня. Сроки от проведения ЭПСТ и литоэкстракции до ЛХЭ составляли 5–10 дней, при этом ориентировались на нормализацию общего состояния больного, лабораторные и биохимические показатели.

Об эффективности ЭПСТ судили по данным ретроградной холангиографии, которую выполняли с использованием корзины Дормиа, которая позволяла не только контрастировать желчные протоки, но и сразу извлечь конкременты из них в случае обнаружения.

Статистическая обработка показателей проведенных исследований осуществлялась с использованием специализированных компьютерных программ («Биостатистика» для Windows и приложение программы Microsoft Excel). Оценивалась достоверность различия средних величин, порогом оценки которой считалась вероятность в 95% ( $p < 0,05$ ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Протяженность папиллотомического отверстия при всех видах папиллотомий определялась с учетом размеров камня, формы сосочка и протяженности интрапанкреатической части ОЖП. У 74 (64,3%) больных ЭПСТ выполнялась по известной методике канюляционным способом. В 41 (35,7%) случае папиллотомия произведена неканюляционным способом. Неканюляционные способы ЭПСТ

выполнялись в тех случаях, когда было невозможно ввести стандартный папиллотом в устье сосочка. Причинами неудач были: парапапиллярные дивертикулы, аденома БСДК и ущемленные камни в дистальной части ОЖП. При несоответствии размеров камня и образованного устья ОЖП, а также при наличии парапапиллярных дивертикулов, не позволяющих выполнить широкое рассечение БСДК, необходимое для отхождения или экстракция конкрементов, выполнялась механическая внутрипротоковая литотрипсия.

Экстракция конкрементов мягкой корзиной Дормиа потребовалась 83 (72,2%) больным, у 25 (21,7%) отмечено самостоятельное отхождение конкрементов во время папиллосфинктеротомии или в ближайшем послеоперационном периоде. У 7 (6,1%) пациентов с множественными разнокалиберными конкрементами (диаметр конкрементов от 15 мм и более) для разрушения конкрементов проводилась механическая литотрипсия.

В основном для обеспечения литоэкстракции достаточно было одного этапа ЭПСТ. Однако в 32 (27,8%) случаях однократные вмешательства оказались недостаточными, что потребовало проведения повторных эндоскопических вмешательств.

Непосредственно после ЭПСТ осложнения различного характера возникли у 15 (13,0%) пациентов (см. табл.). Наиболее частым осложнением был острый панкреатит, вызванный отеком слизистой за счет термического ожога при исполнении папиллотомического разреза, который развился у 7 больных, причем у одного из них с развитием жирового панкреонекроза, которой потребовал оперативного лечения. В остальных случаях после введения цитостатических препаратов, ингибиторов протеолитических ферментов, проведения дезинтоксикационной и антибактериальной терапии явления панкреатита были купированы.

Кровотечение после ЭПСТ возникло у 3 пациентов. Клинические признаки кровотечения появились спустя 6–12 часов после вмешательства. Двое пациентов пролечены консервативно (гемостатическая терапия, трансфузии препаратов крови), одному из них

Таблица

ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭПСТ, n = 115		
Характер осложнений	Абс. число	%
Острый панкреатит, панкреонекроз	7	6,1
Кровотечение	3	2,6
Острый холангит	2	1,7
Ущемление корзины Дормиа	2	1,7
Ретродуоденальная перфорация	1	0,9
Всего	15	13,0

произведена эндоскопическая коагуляция краев разреза. Острый холангит после эндоскопического вмешательства отмечен у двух пациентов. В двух случаях при литоэкстракции возникло ущемление корзины Dormia. Этим пациентам проведены лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия с извлечением корзинки, дренирование холедоха по Керу, дренирование подпеченочного пространства. У одного больного отмечена ретродуоденальная перфорация задней стенки ДПК. Выполнена лапаротомия, ревизия брюшной полости, ушивание микроперфорации, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, дренирование брюшной полости. Через 16 суток пациент выписан.

Таким образом, из 115 пациентов адекватная санация желчных протоков после проведения ЭПСТ имела место у 112 (97,4%) больных.

Критериями эффективности после проведенных мероприятий служили данные клинко-лабораторных исследований (улучшение самочувствия больного, нормализация температуры, содержания белка, уровня билирубина и трансаминаз в биохимических анализах крови), ФГДС, УЗИ, а также контрольной ЭРХПГ. При контрольной дуоденоскопии оценивалась адекватность ЭПСТ, характер отделяемого из желчных протоков, при холангиографии — диаметр гепатикохоледоха, наличие в нем конкрементов или их фрагментов, сброс контрастного вещества из протока.

После восстановления проходимости гепатикохоледоха выполнялся второй этап лечения — ЛХЭ по стандартной методике, описанной в литературе [7]. При ЛХЭ осложнения развились у двух пациентов. У одного пациента во время проведения ЛХЭ обнаружено внутripеченочное расположение желчного пузыря. При выделении его из ложа возникло массивное кровотечение, которое не удалось остановить лапароскопически, в связи с чем была произведена конверсия на открытый лапаротомный доступ. Гемостаз достигнут путем ушивания

ложа желчного пузыря. Краевое повреждение гепатикохоледоха было отмечено у одной пациентки в связи с анатомическими особенностями (атипизм строения внепеченочных желчных путей) в условиях выраженного спаечного и воспалительного процесса, что потребовало перехода на лапаротомию. Этой пациентке выполнена реконструктивно-восстановительная операция с хорошим непосредственным результатом.

В общем, из 112 пациентов, которым первым этапом была выполнена транспапиллярная санация желчных протоков, во втором этапе в 2 случаях по ряду причин при выполнении ЛХЭ пришлось выполнить конверсию.

Таким образом, ЭПСТ с литоэкстракцией в сочетании с ЛХЭ оказались эффективными у 110 (95,7%) пациентов, частота конверсий к открытому доступу составила 5 (4,3%) случаев. Из 115 наблюдаемых нами пациентов умерли 2 (1,7%) больных: один пациент умер от тромбоэмболии легочной артерии; другая — от острой печеночно-почечной недостаточности на почве гнойного холангита и сепсиса.

В нашем исследовании при выполнении двухэтапной тактики лечения холецистохоледохолитиаза сроки пребывания в стационаре колебались от 7 до 40 суток, в среднем составили 23,2 койко-дня.

## ВЫВОДЫ

1. Полученные нами результаты подтверждают более высокую информативность ЭРХПГ в диагностике холецистохоледохолитиаза, по сравнению с трансабдоминальным УЗИ.

2. Двухэтапная тактика лечения холецистохоледохолитиаза оказалась эффективной у 110 (95,7%) больных, в 5 (4,3%) случаях перешли на открытый доступ.