

Продолжительность стационарного лечения показывает общую эффективность проводимой терапии в предоперационном и послеоперационном периодах, поскольку при возникновении осложнений длительность стационарного лечения увеличивается. Полученные результаты по продолжительности стационарного лечения показывают, что пациенты основной группы до операции находились в стационаре $1,54 \pm 0,03$ дня. Длительность послеоперационного лечения составила $13,80 \pm 0,47$ дня. Общая продолжительность стационарного лечения равна $15,34 \pm 0,68$ дня. После выполнения симультанных операций в экстренном порядке осложнения зарегистрированы у 2 (12,5%) больных. Летальность составила 6,3%. После отсроченных и плановых симультанных операций осложнения отмечены в 2 (8,7%) наблюдениях. Летальность составила 4,3%.

После выполнения изолированной холецистэктомии (контрольная группа) в экстренном порядке осложнения отмечены в 2 (9,1%) случаях, в плановом – у 1 (3,8%) больного. Еще у 3 (6,3%) пациентов ранний послеоперационный период осложнился кровотечением из язвы, что потребовало выполнения экстренной лапаротомии. Общее количество осложнений составило 12,5%, операционная летальность – 6,2%. Средние сроки пребывания в стационаре составили $14,2 \pm 2,3$ дня.

На второй этап оперативного лечения поступили всего 4 (8,3%) человека. Еще 6 (12,5%) больных в течение первого года после холецистэктомии оперированы в экстренном порядке по поводу различных осложнений язвенной болезни с летальностью 16,7%.

Таким образом, применение симультанных операций в лечении сочетания острого холецистита и язвенной болезни не приводит к увеличению числа осложнений,

росту операционной летальности и практически не увеличивает сроки лечения в стационаре. Отдаленные результаты убеждают в наличии медицинских и экономических преимуществ применения симультанных операций, что позволяет рекомендовать их применение в клинике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко В. А. Экстренные и срочные хирургические вмешательства у больных при сочетании язвенной болезни и калькулезного холецистита // В сб. : Пироговская хирургическая неделя. – СПб, 2010. – С. 249–250.
2. Быстров С. А., Жуков Б. Н., Бизярин В. О. Мини-инвазивные операции в лечении желчекаменной болезни у пациентов с повышенным операционным риском // Хирургия. – 2010. – № 7. – С. 55–59.
3. Добровольский С. Р., Богопольский П. М., Нагай И. В. и др. Преимущества и недостатки различных способов холецистэктомии // Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 56–60.
4. Иванов Ю. В., Соловьев Н. А., Шарнов М. Б. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях // Анналы хирургии. – 2007. – № 4. – С. 17–20.
5. Смотрич С. М., Гаверлик Б. Л., Нечипоренко Н. А., Нечипоренко А. Н. Симультанные операции при заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства // Мат. XIV съезда хирургов Республики Беларусь. – Витебск, 2010. – С. 455–456.
6. Ahmad F., Soomro I., Maher M. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis // Annals. – 2007. – V. 13. № 4. – P. 238–241.
7. Biswas S. K., Saha J. C., Rahman M. M., Rahman M. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis // Experience at district level hospital faridpur med. coll. j. – 2010. – V. 5. № 1. – P. 3–6.

Поступила 2.02.2013

В. З. ТОТИКОВ, Д. В. ТОБОЕВ, З. В. ТОТИКОВ, В. В. МЕДОЕВ, Т. Б. АРДАСЕНОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

*Кафедра госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ,
Россия, 362019, РСО – Алания, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Изучен опыт лечения 312 пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Лечение начиналось с проведения интенсивной и поддерживающей терапии. Оптимальными сроками проведения консервативного лечения является 2–3 дня. Выбор метода декомпрессии при двухэтапной тактике лечения должен зависеть от уровня обтурации, размера конкрементов, наличия расширения внутрипеченочных желчных протоков.

Ключевые слова: холедохолитиаз, механическая желтуха, печеночная недостаточность.

V. Z. TOTIKOV, D. V. TOBOEV, Z. V. TOTIKOV, V. V. MEDOEV, T. B. ARDASENOV

THE SURGICAL APPROACH OF PATIENTS WHO HAVE CHOLEDOCHOLITHIASIS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

*Hospital surgery department with oncology GBOU VPO SOGMA Russian ministry of health,
Russia, 362019, North Ossetia – Alania, Vladikavkaz, Pushkinskaya, str., 40.
Tel. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

The experience of treatment of 312 patients who had choledocholithiasis complicated by obstructive jaundice has been studied. The treatment began with use of intensive and supporting therapy during the first 2–3 days. When there was no effect of medicament therapy the light invasive methods of decompression were used.

Key words: choledocholithiasis, obstructive jaundice, hepatic impairment.

Введение

Холедохолитиаз, осложненный механической желтухой (МЖ), представляет собой достаточно распространенную патологию, которая вызывает нарушение трудоспособности, а при отсутствии своевременного и адекватного лечения может привести к летальным исходам или тяжелым осложнениям [1, 2, 4]. По мнению Ю. Ф. Пауткина, А. Е. Климова, многие врачи до сих пор оказываются несостоятельными в постановке правильного диагноза у больных желтухой и выборе адекватного их лечения. При этом до настоящего времени нет единого мнения и четких показаний к выбору различных методов временной декомпрессии желчных путей. Кроме того, анализ отечественной и зарубежной литературы показал [3, 5, 7], что имеются лишь единичные сообщения, посвященные изучению прогноза прогрессирования печеночной недостаточности.

Цель исследования – разработка рациональной хирургической тактики лечения больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой.

Материалы и методы

Изучен опыт лечения 312 пациентов с холедохолитиазом, осложненным МЖ, поступивших в хирургические отделения КБСП г. Владикавказа с 2005 по 2011 г. в возрасте от 22 до 87 лет. Среди них мужчин 103 и женщин 209. В зависимости от тактики в различные периоды времени и для оценки эффективности лечения мы разделили больных на две группы (контрольная – 165, основная – 147).

Наибольшее количество больных (152) поступило со II степенью тяжести (48,7%) печеночной недостаточности. 84 больных (26,9%) поступили с печеночной недостаточностью I степени тяжести. И 76 больных (24,4%) – с III степенью тяжести.

Результаты

На первом этапе исследования был проведен анализ развития осложнений и летальных исходов в зависимости от тяжести печеночной недостаточности, сроков и методов декомпрессии, а также определены максимальные сроки проведения консервативной декомпрессионной терапии и предоперационной подготовки.

Анализ количества осложнений и летальных исходов в зависимости от тяжести печеночной недостаточности показал, что максимальным количеством осложнений было у лиц с III степенью тяжести (осложнения – 9,9%; летальность – 3,9%). При I степени тяжести количество осложнений составило 6,0% (14 больных), а летальность – 0,8% (2 больных) соответственно. При II степени тяжести осложнения – 8,2% (19 больных), летальность – 1,3% (3 больных).

Мы посчитали целесообразным оценить результаты лечения в зависимости от сроков проведения мини-инвазивных методов декомпрессии при неэффективном консервативном лечении от длительности желтухи и степени тяжести печеночной недостаточности. Подавляющее большинство осложнений (48,5%) и летальных исходов (12,5%) было при выполнении декомпрессии сразу после поступления, а также в течение первых суток от проводимой терапии (осложнения – 30,4% и летальность – 8,7%). Минимальным количеством осложнений и летальных исходов было у больных, оперативная декомпрессия которым выполнена в течение вторых (17,2% и 0% соответственно) и

третьих суток (16,6% и 4,7%) после начала консервативной терапии. При выполнении вмешательств позже третьего дня госпитализации вновь отмечено нарастание данных показателей (4-е сутки – 47,6% и 9,5%; «>» 4 суток – 54,5% и 18,1%).

Следующим этапом исследования было определение максимальных сроков проведения консервативной декомпрессионной терапии и предоперационной подготовки на основании динамики изменения лабораторных показателей. При этом выявлено, что динамика изменений таких показателей, как уровень общего билирубина, протромбинового индекса, щелочной фосфатазы, трансаминаз, достаточно схожа друг с другом. Так, при печеночной недостаточности I и II степени тяжести статистически достоверные минимальные отличия этих показателей были зарегистрированы на 4-е сутки после проведения консервативного лечения, независимо от длительности анамнеза. При печеночной недостаточности III степени и длительности желтухи до 8 дней прослеживалась аналогичная тенденция. При печеночной недостаточности III степени с анамнезом заболевания более 7 дней статистически достоверные изменения этих показателей зарегистрированы на 3-и сутки консервативного лечения.

С целью сокращения количества повторных вмешательств мы провели анализ причин неудачных попыток разрешения механической желтухи мини-инвазивными методами.

У 59, в том числе у 10 пациентов с сочетанным деструктивным холециститом, выполнено формирование холецистостомы. Достичь эффекта удалось только у 44 (74,5%) больных. У 9 пациентов причиной неудачи было наличие препятствия выше или на уровне пузырного протока, у 6 – наличие вколоченных конкрементов в шейке пузыря или пузырном протоке.

У 54 больных декомпрессия начата с чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Эффективность составила 90,7% (49 больных). У 5 больных выполнить ее не удалось из-за отсутствия достаточного расширения внутрипеченочных желчных протоков на УЗИ.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена 45 больным. Разрешить механическую желтуху после этого метода удалось у 38 (84,4%) больных. Причинами неудачи были конкременты более 1 см у 4 больных; расположение конкрементов на уровне и выше пузырного протока у 2 больных. Еще у 1 больного выполнить ЭПСТ не удалось из-за парафатериального дивертикула.

Таким образом, из 158 случаев выполнения мини-инвазивных операций повторные вмешательства понадобились в 27 случаях (17,1%).

На основании полученных результатов нами разработана индивидуализированная тактика лечения, которая применена у 147 больных основной группы.

Всем больным после клинико-лабораторного обследования на первом этапе выполнялось УЗИ, что позволило установить обтурационный характер желтухи в 100% случаев. На втором этапе для уточнения причины механической обструкции выполнялись: дуоденоскопия с обязательным осмотром БДС, фистулография, эндосонография, при необходимости КТ и МРТ-холангиография.

В основной группе всем больным с момента поступления в стационар проводили комплексное консервативное лечение, направленное на разрешение механической желтухи, профилактику осложнений и коррекцию

сопутствующих заболеваний. Проведение консервативной интенсивной терапии позволило разрешить механическую желтуху в 32,7% случаев. Оценка эффективности консервативного лечения проводилась через 24 часа от ее начала. В зависимости от полученных результатов пациенты были разделены на три группы.

В первой группе (48 больных – 32,7%) отмечена положительная клинико-лабораторная и сонографическая динамика. Во второй группе (76 больных – 51,7%) нарастали иктеричность кожи и склер, отмечалось увеличение уровня билирубина и диаметра желчных протоков по данным сонографии. В третью группу (23 больных – 15,6%) изначально выделены больные с синдромом системной воспалительной реакции. При этом в первой группе лечение продолжалось до полного разрешения желтухи, после чего выполнялись одноэтапные радикальные оперативные вмешательства. Во второй группе больных выполнялись предварительные мини-инвазивные декомпрессионные вмешательства, сроки которых были индивидуализированы в зависимости от степени тяжести печеночной недостаточности и длительности желтухи. Больным третьей группы декомпрессия выполнялась после короткой предоперационной подготовки, направленной на стабилизацию состояния.

К проведению того или иного метода декомпрессии нами были установлены следующие показания.

Так, при размере конкремента не более 1 см, отсутствии расширения внутрипеченочных желчных протоков, сочетании холедохолитиаза со стриктурой БДС предпочтение отдавали эндоскопической папиллосфинктеротомии. При наличии конкремента холедоха более 1 см, сонографических признаках расширения внутрипеченочных желчных протоков, уровне обтурации выше пузырного протока, наличии парафатеральных дивертикулов декомпрессия осуществлялась путем чрескожной чреспеченочной холангиостомии. Холецистостомию выполняли в тех случаях, когда механическая желтуха, осложненная холедохолитиазом, сочетается с деструктивными формами холецистита. В тех случаях, когда механическая желтуха сохранялась, декомпрессия желчных путей выполнялась либо путем антеградной чрескожной холангиостомии, либо путем эндоскопической папиллотомии.

Таким образом, из 147 оперированных больных в послеоперационном периоде развилось 26 (17,7%) различных осложнений, приведших 2 больных к летальному исходу. Летальность у больных с холедохолитиазом, осложненным МЖ, составила 1,4%.

При сравнении результатов лечения контрольной и основной групп отмечено уменьшение числа общих послеоперационных осложнений с 43,0% до 17,7%, снижение летальности с 7,3% до 1,4%. Снижению вышеизложенных осложнений при лечении больных основной группы способствовал последовательный подход к выбору длительности консервативной терапии и сроков декомпрессионных вмешательств.

Выводы

Оптимальным условием лечения больных с холедохолитиазом, осложненным желтухой, является нормализация функции печени. Лечение больных с МЖ необходимо начинать с интенсивной консервативной терапии. У 32,7% интенсивная консервативная терапия приводит к разрешению желтухи. При неэффективности консервативной терапии в течение 48–72 часов необходимо разрешение желтухи путем использования малоинвазивных технологий. При выборе малоинвазивного метода декомпрессии следует учитывать уровень обтурации, анатомические особенности гепатобилиарной зоны, размеры конкрементов, наличие или отсутствие расширения внутрипеченочных желчных протоков, а также деструктивных форм холецистита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани С. А. и др. Желчно–каменная болезнь: руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 176 с.: ил. – (Библиотека врача-специалиста.)
2. Лищенко А. Н., Ермаков Е. А. Одноэтапное лечение калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом из мини-лапаротомного доступа // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11. № 2. – С. 77–83.
3. Пауткина Ю. Ф., Климов А. Е. Механическая непроходимость желчных путей (механическая желтуха): Руководство для врачей. – М.: Профиль-2 С, 2010. – 224 с.
4. Петров Б. А., Гальперин Э. А. Хирургия внепеченочных желчных протоков. – М.: Медицина. – 1971. – 200 с.
5. De Palma G. D., Galloro G., Siciliano S. Results of the use of endoprostheses in the treatment of retained common bile duct stones // *Minerva chir.* – 2000. – Vol. 55. № 12. – P. 823–827.
6. Ding J. W. et al. Obstructive jaundice impairs reticuloendothelial function and promotes bacterial translocation in the rat // *J. surg. res.* – 1994. – V. 57. – P. 238–245.
7. Padillo F. J. et al. Randomized clinical trial of the effect of intravenous fluid administration in patients with obstructive jaundice undergoing endoscopic drainage // *Br. j. surg.* – 2005. – № 92. – P. 39–43.

Поступила 15.02.2013

З. В. ТОТИКОВ, В. З. ТОТИКОВ, М. В. КАЛИЦОВА, В. В. МЕДОЕВ

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Кафедра госпитальной хирургии с онкологией ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава РФ,
Россия, 362019, РСО – Алалия, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.
Тел. (8672) 53-03-97. E-mail: sogma.rso@gmail.com*

Представлены результаты использования ультразвукового исследования в диагностике рака прямой кишки, осложненного острой обтурационной непроходимостью. Ультразвуковое исследование с большой достоверностью позволяет определить наличие кишечной непроходимости, локализацию опухоли, распространенность опухолевого процесса, выявить