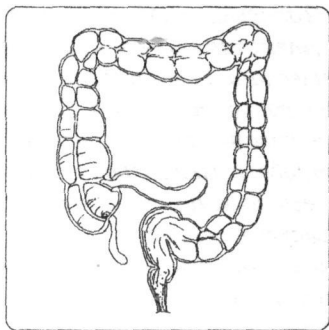


Н.А. Колпаков



РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ЛИТОТРИПСИИ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск

Дистанционное разрушение камней желчного пузыря, основанное на использовании энергии сфокусированной ударной волны, привело к внедрению нового метода лечения ЖКБ — экстракорпоральной билиарной литотрипсии. Эффективность фрагментации желчных камней при дистанционной билиарной литотрипсии (ДБЛ) составляет от 63 до 93% [1-7]. Следует признать, что данный метод лечения хронического калькулезного холецистита не лишен ряда существенных недостатков. Тем не менее, анализ литературы по лечению ЖКБ показывает, что интерес к применению ДБЛ не снизился [1-3, 7].

Характеристика больных и метода лечения

ДБЛ применялась как метод лечения у 40 больных молодого возраста (от 16 до 35 лет) с марта 1989 г. на базе кафедры общей хирургии Ленинградского медицинского института. Литотрипсию осуществляли с помощью электрогидравлического литотриптера "Sonolith-3000" (Франция). Позирование конкрементов и ход фрагментации контролировались на ультразвуковом мониторе. Ударные волны генерировались синхронно с триггерной ЭКГ во избежание теоретически возможной, вызванной ударной волной, аритмии. Количество импульсов, необходимое для полного разрушения камней, составляло от 500 до 5000.

Показаниями к литотрипсии являлись: одиночные рентгенонегативные конкременты желчного пузыря размером не более 20 мм в диаметре, хорошая сократительная функция желчного пузыря, отсутствие осложнений желчно-каменной болезни, категорический отказ больных от оперативного лечения.

Литотрипсию не применяли: при множественных конкрементах желчного пузыря; одиночных крупных или с большим содержанием карбоната кальция камнях; остром воспалении стенок желчного пузыря; недостаточной дренажной функции желчного пузыря; обтурации желчного пузыря или холедоха; холедохолитиазе; панкреатите; ожирении; беременности; поражении печени; наличии гастродуоденальных язв, сосудистых аневризм и кист в направлении действия ударной волны; нарушениях свертывающей системы крови; наличии аритмий или искусственного водителя ритма сердца. Возраст пациентов существенно не влиял на показания или противопоказания к проведению дистанционной литотрипсии.

Исходя из вышесказанного, все больные, планируемые на данный вид лечения, подверглись комплексному обследованию, включая клинические, лабораторные, эндоскопические и ультразвуковые методы исследования. Сократительная активность желчного пузыря оценивалась изменением площади его объема после стимуляции желчегонным завтраком (яичный желток) с экспозицией времени через 30 и 60 мин. Пациентам выполнялась обзорная рентгенография органов брюшной полости с целью диагностики кальцинированных желчных камней. Непосредственные результаты литотрипсии при дезинтеграции желчных конкрементов на осколки до 3 мм и менее считали хорошими. После сеанса ДБЛ, для улучшения элиминации микролитов с желчью, назначали холеретики и спазмолитические препараты. С целью повышения эффективности литотрипсии применяли литолитическую терапию препаратом "Урсолван" (Франция) длительным курсом из расчета по 7-8 мг/кг в сут.

Клиническая оценка ДБЛ и обсуждение непосредственных результатов лечения

При отборе из общего числа больных желчно-каменной болезнью (ЖКБ) для дистанционной литотрипсии (без учета возраста), показания к ее проведению выявлены только у 7% пациентов. Однократный сеанс литотрипсии выполнен у 33 больных, у 7 проведен дважды. Продолжительность одного сеанса литотрипсии составляла от 10 до 60 мин. (средний показатель 40-45 мин). Наблюдалась четкая зависимость данного показателя от размера и биоминералогического состава желчного конкремента (чем крупнее камень, тем больше длительность и меньше эффективность литотрипсии). Из 40 пациентов фрагментация конкрементов желчного пузыря после проведения дистанционной литотрипсии не наступила у 4 чел. (10%). Дезинтеграция камней на крупные осколки (7-15 мм) наблюдалась у 7 (17,5%) больных, что потребовало проведения повторного сеанса литотрипсии. У 9 (22,5%) пациентов желчные конкременты разрушились на осколки диаметром 5-7 мм. У 14 (35%) больных наблюдалась фрагментация камней на осколки до 3-4 мм. И лишь у 6 (15%) больных произошла полная фрагментация камней до микролитов (именуемых сладжем, или "песком").

Все больные перенесли литотрипсию удовлетворительно, осложнений в процессе ее проведения не наблюдалось. Всем больным в первые 24 ч после литотрипсии повторяли анализ мочи и крови, биохимические исследования, УЗИ гепатобилиарной системы. У 4 (10%) больных отмечалась кратковременная транзиторная микрогематурия, у 3 чел. (7,5%) — болевой синдром по типу печеночной колики. Довольно часто наблюдалось умеренное повышение активности аминотрансфераз с последующей нормализацией на 3-5 сут. У 6 пациентов из данной группы больных выполнена холецистэктомия, у 2 пациентов поводом для ее проведения послужило отсутствие фрагментации конкрементов (еще 2 отказались от операции) и у 4 пациентов фрагментация на разнокалиберные (включая крупные) осколки.

Таким образом, показатель дезинтеграции желчных камней при дистанционной литотрипсии составил 72,5%. У 10% больных фрагментация камней не наступила. У 40% больных с фрагментацией камней на осколки более 3 мм получены удовлетворительные результаты. У 35% пациентов с фрагментацией осколков до 3 мм и у 15% больных с полной фрагментацией камней получены хорошие непосредственные результаты лечения.

Анализ отдаленных результатов ДБЛ

Результаты применения дистанционной литотрипсии в более поздние сроки (от 1 года до 3 лет) изучены у 30 больных. Хорошие результаты лечения, характеризовавшиеся отсутствием клиники заболевания, а также свободным от фрагментов камня желчным пузырем, при контрольном УЗИ отмечены у 7 (23,3%) больных. Еще у 7 (23,3%) пациентов наблюдалось значительное клиническое улучшение, однако в полости желчного пузыря лоцировались солитарные осколки конкрементов до 5-7 мм в диаметре. У 3 чел. (10%) состояние существенно не изменилось. У оставшихся 13 больных (43,3%) болевые приступы после литотрипсии возникали чаще, были более интенсивными и продолжительными, и у 3 из них сопровождались явлениями механической желтухи. Практически все больные данной группы имели удовлетворительный результат дистанционной литотрипсии и в различные сроки после ее проведения прооперированы (4 пациента в клинике, 9 больных в других стационарах Санкт-Петербурга).

Таким образом, отдаленные результаты литотрипсии оказались хуже непосредственных. Хорошие результаты лечения составили уже 23% от исходных 50%. При обследовании 17 больных, перенесших дистанционную литотрипсию камней желчного пузыря, выявлена закономерность — чем

больше длительность по времени и частота сеансов литотрипсии, тем хуже в последующем моторная функция желчного пузыря (вероятно, за счет частичной гибели нервных окончаний в стенке желчного пузыря). Практически у всех больных наблюдалась гипомоторная функция желчного пузыря (площадь сокращения составляла 30% и ниже).

Таким образом, экстракорпоральная билиарная литотрипсия в лечении хронического калькулезного холецистита у строго ограниченного контингента больных дает в 50% наблюдений хорошие непосредственные и в 23% случаев хорошие отдаленные результаты. Залогом успеха лечения являются рациональный отбор больных по клинкоморфологическим данным, адекватная оценка функции желчевыводящей системы и характера желчных конкрементов в сочетании с литолитической терапией.

Следует признать, что данный метод лечения, на который возлагались большие надежды, не принес ожидаемых результатов и при всей своей привлекательности не лишен ряда существенных недостатков.

ДБЛ по сути не излечивает больного от ЖКБ, так как не устраняется источник инициации желчных камней — желчный пузырь вместе с теми факторами литогенеза, которые уже ранее привели к образованию конкрементов.

Показаны к проведению литотрипсии крайне ограничены, и по данным исследования, составляют всего 7% от общего числа больных ЖКБ. При неэффективных результатах ДБЛ возможно развитие серьезных осложнений (острый деструктивный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, панкреатит).

Л и т е р а т у р а

1. Гарилевич Б.А., Кохан В.Е., Багаудинов К.Г. и др. // Военно-медицинский журнал. 2002. №4. С.21-23.
2. Казакова Л.Г. // Вестник новых медицинских технологий. 2001. №1. С.61-62.
3. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Курбанов О.Ш. // Эндоскопическая хирургия. 2003. №1. С.27-29.
4. Колпаков Н.А. Диагностика и хирургическое лечение ЖКБ у больных молодого возраста. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 1993. 18 с.
5. Поташов Л.В., Гаджиев Ш.М. // Сб. науч. тр. Всесоюзной конференции хирургов. Тула, 1991. С.393-394.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Старков Ю.Г. и др. // Вестн. хирургии. 1990. №10. С.3-8.
7. Чубенко С.С. // Врачебное дело. 1997. №4. С.125-129.

