

Раздел 3. ХИРУРГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Аллаяров У.Д.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЩЕМЛЕННОГО КАМНЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА

Республиканский Научный Центр Экстренной Медицинской Помощи, Ташкент, Узбекистан,

Цель исследования: Выявление характерных клинических, лабораторных и эндоскопических признаков ущемленного камня большого дуоденального сосочка и систематизация подходов к его лечению.

Материал и методы: Проведен анализ результатов лечения 630 больных с механической желтухой калькулезной этиологии. Из них у 55 (8,7%) больных при обследовании установлен диагноз: «ущемленный камень БДС». Мужчины составили 13 (23,6%), а женщины 42 (76,4%). Пациенты пожилого и старческого возраста составили 29 (52,7%). Все больные имели анамнез ЖКБ от одного месяца до 15 лет.

Интенсивность болевого приступа у большинства больных была выраженной, поэтому в течение 1 суток поступили 21 (38,2%), и 34 (61,8%) больных поступили позже суток от начала приступа. 51 (92,7%) больной наряду с болями в правом подреберье жаловались на боли в эпигастриальной области. У 37 (67,2%) больных отмечалось желтуха. Клиника гнойного холангита (озноб с повышением температуры тела) отмечено у 8 (14,5%) больных.

Всем больным при поступлении проводились общеклинические и инструментальные методы обследования. В анализах крови за исключением лейкоцитоза у 25 пациентов (53,2%) патологических отклонений не выявлено. В биохимических анализах крови, несмотря на полный блок билиарной системы у 23 (41,8%) больных содержание билирубина в крови было в пределах нормы. Это обычно отмечали у пациентов поступивших в первые часы от начала приступа. У 13 (23,6%) пациентов отмечалось повышение содержания билирубина в крови. У 21 (38,1%) пациента имело место гиперاميлаземия и амилаурия, что указывало на наличие билиарного панкреатита.

Ультразвуковое исследование печени, желчных путей и поджелудочной железы проводилось всем больным. Наиболее информативным признаком оказался расширение гепатикохоледаха у 32 (58,1%), признаки острого воспаления желчного пузыря у 22 (40%) больных, увеличение размера поджелудочной железы – у 6 (10,9%).

При подозрении на ущемленный камень БДС больным проводили фибродуоденоскопию по экстренным показаниям. При подтверждении диагноза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. При этом у 5 (9%) больных выявлены признаки гнойного холангита, хотя классическая триада Шарко отмечено лишь у 2 (3,6%). Двум больным РХПГ провести не удалось, из-за дивертикула БДС. Общим больным выполнена лапаротомия, при интраоперационной ревизии выявлен ущемленный камень БДС. Им камни из БДС удале-

ны путем трансдуоденальной папиллосфинктеропластики.

Полученные результаты: Выполнение ЭПСТ оказалась эффективной у 34 (61,8%). При этом у этих больных в ближайшие часы улучшилось общее состояние, купировался болевой синдром, нормализовалась температура тела. 18 больным в последующем выполнена холецистэктомия в плановом порядке. Остальные 16 больных от отсроченной операции отказались и в удовлетворительном состоянии были выписаны домой. У 21 больного ЭПСТ оказалась неэффективной в связи с прогрессированием панкреатита (17) и гнойного холангита (4). Проводимая консервативная терапия оказалась эффективной у 11 больных. Из них 8 пациентов оперированы в плановом порядке. Лапароскопическая холецистэктомия 6 больным и 2 больным холецистэктомия традиционным доступом. В связи с неэффективностью консервативной терапии с развитием панкреонекроза оперировано 10 больных. Из них у 5 больных отмечено жировой и у 5 – геморрагический панкреонекроз. Умерли 3 (5,4%) больных от прогрессирующего панкреонекроза и его осложнений, что соответствует 33,3% от числа пациентов с билиарным панкреонекрозом.

Заключение: результаты лечения ущемленного камня БДС зависят от ранней диагностики и, соответственно, возможно раннего восстановления желчевыведения, к чему способствуют учет характерных клинических, биохимических, сонографических и эндоскопических признаков заболевания, а также расширение показаний к ЭПСТ. Относительно высокая вероятность развития билиарного панкреатита, в том числе его деструктивных форм, при ущемленном камне БДС остается на сегодняшний день не до конца решенной проблемой и требует дальнейших исследований.