

УДК 616.366-003.7-06-089-072.1

ДВУХЭТАПНЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В.Н. Репин, А.А. Чудинов, А.П. Рыжаков, И.В. Максимова, И.М. Тваладзе,

Пермская государственная медицинская академия им. акад. Е.А. Вагнера, кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов, МСЧ № 9 им. М.А. Тверье, г. Пермь

При выявлении патологии со стороны внепеченочных желчных путей хирургическое лечение целесообразно проводить в два этапа: первым этапом является эндоскопическая коррекция выявленной патологии, вторым – лапароскопическая холецистэктомия. Применяемая поэтапная тактика лечения больных желчекаменной болезнью в сочетании с доброкачественной патологией внепеченочных желчных путей привела к снижению послеоперационной летальности за последние 10 лет более чем в 2 раза.

While examination of pathology of anhepatic biliary tracts surgical treatment is advisable to conduct in two stages: the first is endoscopic correction of discovered pathology and the second is laparoscopic cholecystectomy. Invented two-stage tactics of treatment of patients with cholelithiasis in combination with benign pathology of anhepatic biliary tracts was resulted in decreasing of postoperative morbidity more than twice for last 10 years.

В настоящее время в лечении больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, широкое распространение получила двухэтапная тактика. Основной задачей первого этапа является ликвидация холестаза и холемии с применением эндоскопических лечебных вмешательств. При этом создаются условия для более адекватной подготовки больного ко второму этапу операции – холецистэктомии, выполняемой в отсроченном периоде после разрешения желтухи. Это особенно важно для больных пожилого и старческого возраста, отягощенных часто выраженной соматической патологией.

В клинике хирургических болезней педиатрического факультета на базе МСЧ № 9 им. М.А. Тверье за последние 5 лет выполнено 1173 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) при остром и хроническом холецистите. Показания к эндоскопической коррекции желчеоттока установлены у 149 (12,7%) больных, из них 55 госпитализированы для планового оперативного лечения. Женщин было 127, мужчин – 22. 63 больных (42,2%) были в возрасте старше 60 лет.

Сроки госпитализации экстренных больных от начала приступа острого холецистита: - в первые сутки – 39 больных (41,4%), - на вторые-третьи сутки – 27 больных (28,7%), - свыше трех суток – 28 больных (29,7%).

Для уточнения диагноза применялся комплекс инструментальных методов исследования: УЗИ, ФГС, ЭРХПГ, компьютерная томография. На основании полученных результатов диагностических исследований были выявлены следующие причины билиарной гипертензии: - холедохолитиаз – 48 больных (32,2%), - стриктура БДС – 79 больных (53%), - сочетание холедохолитиаза со стриктурой БДС – 32 больных (21,4%).

При этом следует отметить, что по данным УЗИ наличие камней в холедохе установлено у 37 больных (31,3%), при проведении ЭРХПГ – у 80 (53,6%). Одиночные камни выявлены у 52 больных, множественные – у 28 больных. Размер камней от 3 до 25 мм.

У больных, госпитализированных для планового оперативного лечения (55 из 149), показанием для эндоскопической коррекции проходимости дистального отдела холедоха явилось превышение нормального диаметра холедоха по данным УЗИ либо наличие эпизода механической желтухи в анамнезе.

У всех плановых больных в момент госпитализации уровень билирубина был в пределах нормы. Среди экстренных больных из 94 человек был следующий уровень гипербилирубинемии: - от 21 до 100 мкмоль/л – 71 больной (60,6%), - от 100 до 187 мкмоль/л – 46 больных (39,3%).

Для устранения препятствия желчеоттока всем больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Рассечение БДС выполнено в большинстве случаев канюляционным способом, максимальная протяженность рассечения – до 15 мм, 12 больным рассечение БДС проводилось в два этапа, что было вызвано техническими трудностями папиллотомии или крупным конкрементом в холедохе. Литоэкстракция выполнялась корзинкой Dormia, крупные конкременты разрушались литотриптером.

Применение эндоскопической ПСТ у 14 (9,8%) больных сопровождалось осложнениями: панкреонекроз (2), обострение хронического панкреатита (5), кровотечение из краев раны БДС (7). Кровотечение чаще прекращалось самостоятельно или было остановлено прицельным орошением раствором адреналина. Только 1 больному потребовалось проведение гемотрансфузии.

После устранения причин, вызывавших обтурационную желтуху, больным выполнялся следующий этап – лапароскопическая холецистэктомия. Большинству больных холецистэктомия выполнена при нормализации показателей билирубина; 8 больных (17%) оперированы при сохраняющейся гипербилирубинемии. Средний срок от проведения ЭПСТ до холецистэктомии составил 7 дней.

Эффективность ЭПСТ определялась улучшением клинического состояния больных, снижением уровня гипербилирубинемии.

Применяли стандартную методику ЛХЭ – накладывали карбоксиперитонеум, вводили четыре троакара в типичных точках. Клипирование и пересечение пузырного протока и сосудов проводили после полной их идентификации. При необходимости желчный пузырь извлекали в контейнере. Брюшную полость всегда дренировали. Конверсия потребовалась у 4 (5,6%) больных. Показаниями к лапаротомии у 3 больных послужили выраженная инфильтрация в области ворот печени и гепатодуоденальной связки. У одного больного при выделении желчного пузыря из сращений выявлен свищ с ободочной кишкой. Послеоперационные осложнения возникли у 6 (4,0%) больных: нагноение умбиликальной раны (2), инфильтрат в правом подреберье (1), несостоятельность культи пузырного протока (2), абсцесс в области ложа желчного пузыря. Все эти больные были оперированы по поводу острого холецистита.

Из 149 больных с механической желтухой по поводу острого холецистита оперированы 52 пациента. При этом имелись следующие морфологические изменения желчного пузыря: катаральный – 4, флегмонозный – 30, гангренозный – 18.

Следует отметить, что у половины больных (92 из 149) в желчном пузыре были мелкие (до 5 мм) камни. За последние 5 лет, когда стали более широко применять эндоскопические операции и двухэтапный метод лечения больных, послеоперационная летальность при остром холецистите составила 1,3%.

Летальных исходов после лапароскопических операций не было. Среднее время пребывания больного в стационаре составило 19 койко-дней.

Таким образом, все больные с ЖКБ, нуждающиеся в оперативном лечении, подлежат комплексному обследованию. Показания для ЭРХПГ и ЭПСТ определяются на основании данных клинико-лабораторных исследований и результатов УЗИ.

Отсутствие холедохолитиаза по данным УЗИ не всегда является достоверным. По нашим данным диагностическая ценность ЭРХПГ в выявлении холедохолитиаза в 3 раза выше, чем УЗИ.

При выявлении патологии со стороны внепеченочных желчных путей хирургическое лечение целесообразно проводить в два этапа: первым этапом является эндоскопическая коррекция выявленной патологии, вторым – лапароскопическая холецистэктомия. Применяемая поэтапная тактика лечения больных ЖКБ в сочетании с доброкачественной патологией внепеченочных желчных путей привела к снижению послеоперационной летальности за последние 10 лет более чем в 2 раза.

