

ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*И.С. Малков, Р.Ш. Шаймарданов, А.Ф. Бикмухаметов,
И.Ф. Шарафисламов, А.П. Киришин*

*Кафедра общей и неотложной хирургии (зав. - доц. Р.Ш.Шаймарданов) Казанской
государственной медицинской академии последипломного образования*

В развитых странах желчнокаменная болезнь (ЖКБ) относится к числу наиболее часто встречающихся заболеваний. Так, в России желчные камни выявляются у 10-17% населения. У лиц пожилого и старческого возраста частота ЖКБ достигает 30-40% [1, 2]. До настоящего времени тезис, сформулированный в конце XIX столетия С. Langenbuch: «Желчный пузырь должен быть удален не потому, что он содержит камни, а потому, что он их продуцирует», считается неоспоримым, поэтому основным методом лечения как хронического, так и острого калькулезного холецистита считается холецистэктомия. Последнее десятилетие стало в определенном смысле «революционным» в отношении техники хирургических вмешательств при ЖКБ вообще и осложненных ее форм в частности. Новые экономические условия требуют точной диагностики и быстрого лечения при максимально коротком сроке пребывания больных в стационаре [3-6].

В клинике общей и неотложной хирургии КГМА за последние 10 лет было прооперировано более 2 тысяч больных с ЖКБ. Нами проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных с использованием дифференцированной хирургической тактики при осложненных формах заболевания - холедохолитиазе и стриктуре большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). У 161 больного ЖКБ осложнилась холедохолитиазом и стенозом БСДК II-III степени. В 35 случаях коррекция желчеоттока в двенадцатиперстную кишку осуществлялась путем интраоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), у 45 пациентов ЭПСТ выполняли либо до холецистэктомии, либо после нее. У 81 больного применяли восстановительные и реконструктивные методы путем трансдуоденальной папиллосфинктеротомии (41) и холедоходуоденостомии (40).

Холедохолитиаз был диагностирован у 19 больных, стеноз БСДК - у 86, сочетание холедохолитиаза со стенозом БСДК - у 56. При экстренной госпитализации больные поступали с диагнозами острого обтурационного холецистита, острого панкреатита и механической желтухи. Показаниями к плановой госпитализации были хронический калькулезный холецистит, постхолецистэктомический синдром, проявляющийся обострениями хронического панкреатита, стойким болевым синдромом и перемежающейся желтухой. 86% больных ранее лечились в различных стационарах.

В большинстве случаев правильный диагноз был поставлен с помощью лучевых и эндоскопических методов исследования. К наиболее достоверным из них относились прямые методы рентгенологического контрастирования желчевыводящих путей (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография - ЭРХПГ, чрескожная чреспеченочная холангиография и интраоперационная холангиография). При обтурирующих конкрементах в терминальном отделе общего желчного протока (ОЖП) методом выбора являлась фибродуоденоскопия с визуальной оценкой состояния фатерова сосочка. Поэтому экстренное эндоскопическое исследование проводилось всем больным, поступившим с подозрением на острый блок в терминальном отделе ОЖП. При ультразвуковом исследовании диагностическим критерием нарушения желчеоттока считали расширение ОЖП и внутрипеченочных протоков. Этот признак наблюдался у 138 (85,7%) больных и служил показанием к использованию рентгеноконтрастных методов исследования. Наличие конкрементов в ОЖП по данным УЗИ было достоверно выявлено лишь в 19 случаях, что составило 23,3% от общего числа больных (75) с холедохолитиазом. Использование ЭРХПГ для установления причины нарушения желчеоттока ока-

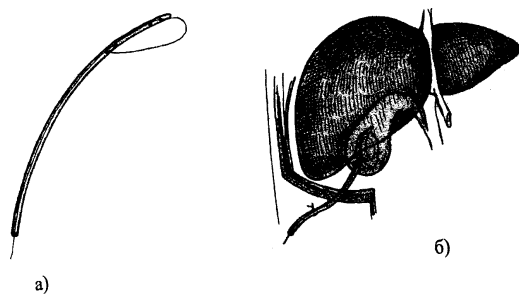


Рис. 1. Использование управляемого катетера (а) для холецистостомии (б).

залось достоверным в 91 (92,8%) случае. При механических желтухах у 26 (16,1%) больных в зависимости от уровня блока производилась декомпрессионная чрескожно-чреспеченочная холецисто- или холангиостомия под эхолокационным контролем с последующим рентгеноконтрастным исследованием, что было не только эффективным диагностическим, но и лечебным мероприятием. С целью профилактики желчеистечения и надежной фиксации дренажной трубки в просвете желчного пузыря в клинике была разработана оригинальная конструкция катетера (свидетельство на полезную модель РФ № 14723), представленная на рис. 1. Простота изготовления управляемого катетера и высокая надежность в работе способствовали широкому использованию метода в клинической практике.

На этапе освоения и внедрения эндоскопических методов восстановления желчеоттока в клинике выполняли трансдуоденальную папиллосфинктеротомию (ТПСТ). Показаниями к данному виду хирургического вмешательства при ЖКБ являлись холедохолитиаз, осложненный ущемлением конкремента в БСДК (у 4), стеноз БСДК II-III степени (у 25), сочетание холедохолитиаза и стеноза БСДК (у 12).

ТПСТ со сфинктеропластикой по экстренным показаниям была выполнена у 12 пациентов в связи с ущемлением конкремента в БСДК (у 4), острого деструктивного холецистита в сочетании со стриктурой БСДК II-III степени (у 5), холедохолитиаза и стеноза БСДК, осложненных механической желтухой и гнойным холангитом (у 3). У 4 больных ранее была произведена холецистэктомия. Холедохолитиаз был выявлен у 35 (94,6%) пациентов. При интраоперационной ревизии органов брюшной полости выраженные инфильтративные изме-

нения и спаечный процесс в области желчного пузыря и гепатодуоденальной связки наблюдались в 29 (70,3%) случаях. У 32 (78,1%) больных были выявлены воспалительные изменения в поджелудочной железе и признаки хронического индуративного панкреатита, у одного (2,4%) - пузырно-дуоденальный свищ.

На завершающем этапе ТПСТ в 40 (97,6%) случаях выполняли дренирование гепатикохоледоха по Холстеду - Пиковскому или Вишневскому. У 2 больных ТПСТ была дополнена холедоходуоденостомией по Юрашу - Виноградову. Показанием к двойному внутреннему дренированию желчевыводящих путей являлись множественные конкременты в ОЖП, извлечь которые из его терминального отдела путем холедохотомии не представлялось возможным. Расширение гепатикохоледоха при этом достигало 25 мм.

В послеоперационном периоде у 22 (53,7%) больных наблюдались следующие виды осложнений: острый панкреатит (у 19), перфорация интрапанкреатической части ОЖП у одного, дуоденальное кровотечение (у одного), местный желчный перитонит (у одного), нагноение послеоперационной раны (у 2). Послеоперационный острый панкреатит у 19 (46,3%) больных развился в результате травмы БСДК открытым инструментальным вмешательством. Релапаротомии были произведены 2 пациентам по поводу местного желчного перитонита. Летальных случаев не наблюдалось.

Таким образом, несмотря на высокую эффективность, ТПСТ оказалась наиболее травматичным вариантом восстановления желчеоттока в двенадцатиперстную кишку. Поэтому использовать ее следует в исключительных случаях при невозможности или неэффективности применения эндоскопического вмешательства.

С целью реконструкции пассажа желчи в двенадцатиперстную кишку у 40 больных ЖКБ был наложен супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (ХДА). Показаниями к данному виду хирургического вмешательства являлись холедохолитиаз (у 3), стеноз БСДК II-III степени (у 14), сочетание холедохолитиаза и стеноза БСДК (у 23).

По экстренным показаниям было госпитализировано 16 (40%) больных, у 6 из них выполнены экстренные и срочные хирургические вмешательства

ввиду неэффективности консервативной терапии. У 6 пациентов ранее была произведена холецистэктомия. Из них у одного больного холецистэктомию дополняли ТСПТ и у одного - ЭПСТ. Механическая желтуха имела место у 12 (30%) больных. В связи с этим у одного больного в предоперационном периоде была произведена ЭПСТ с литоэкстракцией, у 4 - декомпрессионная холецистостомия. Деструктивные формы острого холецистита наблюдались у 3 (7,5%) больных, гнойный холангит - у 7 (17,5%).

По данным интраоперационной холангиографии, диаметр ОЖП варьировал от 9 до 30 мм (среднее значение - 17 мм). Одиночные конкременты в гепатикохоledoхе были выявлены у 16 больных. У остальных пациентов имел место множественный холедохолитиаз. Окончательный объем хирургического вмешательства определялся после ревизии органов брюшной полости. Так, в одном случае для восстановления адекватного оттока желчи и панкреатического сока холедоходуоденостомия была дополнена ТСПТ, в другом - иссечением холецистодуоденального свища. Во всех случаях формирование супрадуоденального ХДА производили по методу Юраша - Виноградова однорядным швом на уровне сфинктера Капанджи двенадцатиперстной кишки.

Послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (22,5%) больных в виде отечного панкреатита легкой степени (у 4), несостоятельности ХДА с образованием наружного желчного свища (у одного), гнойного холангита (у одного), нагноения послеоперационной раны (у 2), острой сердечно-сосудистой недостаточности (у 2).

Показания к повторным оперативным вмешательствам в связи с развившимися осложнениями не возникали, летальных исходов не было. Средняя длительность пребывания больных в стационаре после операции составляла 17,0 ± 1,9 сут при общей продолжительности стационарного лечения 28,0 ± 3,4 сут.

Таким образом, наложение ХДА явилось высокоэффективным реконструктивным методом, который обеспечил у всех прооперированных больных отток желчи в двенадцатиперстную кишку с литоэкстракцией. В ближайшем послеоперационном периоде частота осложнений снизилась по сравнению с таковой при ТСПТ в 2,4 раза. Однако существен-

ным его недостатком было неизбежное формирование «слепого мешка» в ретродуоденальном отделе ОЖП что приводит к забросу в него дуоденального содержимого с последующим образованием желчных камней и холангита. Нефизиологичность ХДА усугубляется еще и тем, что при этой операции не ликвидируется стеноз сфинктера Одди. Сдавленное в фиброзном кольце устье вирсунгова протока не обеспечивает должного оттока панкреатического сока, что создает условия для прогрессирования хронического панкреатита. Поэтому показания к данному виду операции должны ограничиваться протяженными стриктурами терминального отдела ОЖП (более 15 мм), множественным холедохолитиазом и дилатацией гепатикохоledoха более 15 мм. За последнее десятилетие нашей практики эта операция стала применяться значительно реже, что связано с широким использованием ЭПСТ.

Показания к эндоскопической коррекции желчеоттока в двенадцатиперстную кишку были установлены у 80 (10,5%) больных. Причиной билиарной гипертензии являлись холедохолитиаз (у 12), стриктура БСДК (у 47), сочетание холедохолитиаза со стриктурой БСДК (у 21). У 10 больных ЭПСТ использовали при ущемлении конкремента на уровне БСДК.

В предоперационном периоде типичная ЭПСТ была выполнена у 33 больных до лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), у 12 - после ЛХЭ. Острый панкреатит различной тяжести возник у 30 (66,7%) больных в результате термического воздействия папиллотомы на ткань поджелудочной железы. Всем больным в течение 5 - 10 суток назначалась инфузионная, спазмолитическая антиферментная и антибактериальная терапия. Лапароскопический метод лечения, который включал лаваж брюшной полости и сальниковой сумки, был применен у 2 больных в связи с прогрессирующим асептическим панкреонекрозом.

С учетом отмеченных выше недостатков двухэтапной тактики лечения осложненных форм ЖКБ в клинике неотложной хирургии КГМА был разработан новый способ интраоперационной атипичной ЭПСТ (патент на изобретение РФ № 2221497). Сущность способа заключалась в следующем (рис. 2). После определения показаний к вмешательству на БСДК выполняют интраоперацион-

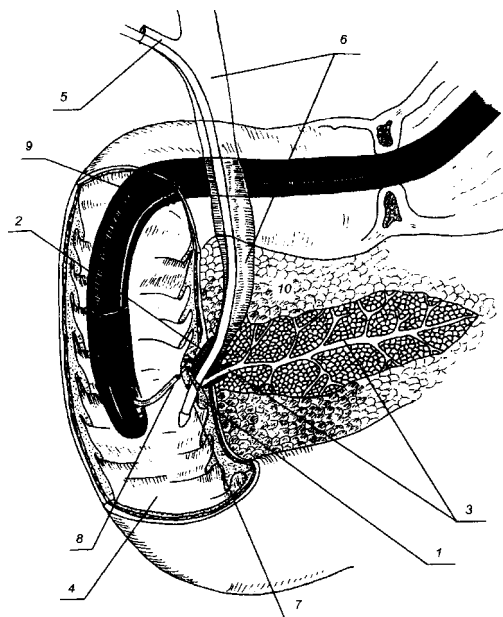


Рис. 2. Интраоперационная атипичная ЭПСТ на артеградно проведенном зонде.

ную фибродуоденоскопию с визуализацией фатерова сосочка (1). Затем хирург через пузырный проток (5) вводит в гепатикохоледох (6) специальный фторопластовый зонд (7). Под контролем фибродуоденоскопа (9) зонд проводят антеградно в двенадцатиперстную кишку (4). Папиллосфинктеротомию осуществляют игольчатым папиллотомом (8) на 11 часах по зонду, при этом используют набор фторопластовых зондов диаметром от 1 до 5 мм. Метод был применен у 35 больных во время ЛХЭ. Из них у 6 пациентов был диагностирован холедохолитиаз, у 5 - стриктура БСДК, у 7 - сочетанная патология (холедохолитиаз + стриктура). У 5 больных с целью профилактики острого панкреатита (у 2) и несостоятельности швов холедоха (у 3) производили дополнительное дренирование общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому. Достигнуть адекватного восстановления желчеоттока в двенадцатиперстную кишку удалось у всех больных. В 3 случаях ввиду анатомических особенностей впадения пузырного протока в общий печеночный проток зонд вводили посредством холедохотомии. Для предотвращения чрезмерной пневматизации желудка и миграции воздуха в тонкую кишку, которые могут затруднить работу хирурга, параллельно эндоскопу вводили тонкий назогастральный зонд. Осложнений, свя-

занных с применением интраоперационной атипичной ЭПСТ, мы не наблюдали. Преимущества разработанного метода перед традиционной ЭПСТ следующие:

- использование одноэтапной тактики лечения осложненных форм ЖКБ, что сокращает время пребывания больного в стационаре и стоимость лечения;
- правильная ориентация разреза игольчатого папиллотомом, поскольку зонд является надежным ориентиром и фиксатором БСДК;
- сокращение времени выполнения ЭПСТ;
- вскрытие всего стенозирующего канала, что обеспечивает эффективную литоэкстракцию при холедохолитиазе;
- необязательность выполнения одновременного рентенологического контроля, так как исключается ошибочное рассечение устья главного панкреатического протока;
- возможность осуществления папиллосфинктеротомии при фатеральных дивертикулах, так как зонд выводит фатеров сосочек из устья дивертикула;
- значительное снижение риска возникновения послеоперационного панкреатита.

Широкое внедрение данного метода восстановления желчеоттока в клиническую практику позволило уменьшить частоту возникновения острого послеоперационного панкреатита в 10 раз и сроки пребывания больных в стационаре в 3,2 раза по сравнению с таковыми при использовании ТСПТ. Сравнение эффективности и безопасности традиционной двухэтапной тактики, когда ЭПСТ выполнялась либо до ЛХЭ, либо после нее, и разработанного способа интраоперационной атипичной ЭПСТ на антеградно проведенном зонде также показало его преимущество. Так, при использовании этого метода вероятность возникновения острого послеоперационного панкреатита сократилась в 8 раз, средние сроки пребывания больных в стационаре - в 1,6 раза ($p < 0,05$). Подобную одноэтапную тактику эндоскопического лечения больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и стенозом БСДК, считаем наиболее целесообразной в тех случаях, когда встречаются затруднения при выполнении ЭПСТ на первом этапе лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулуто М.А., Прудков М.И. Желчнокаменная болезнь. - М., 2000.
2. Емельянов С.И. Сб. научн. трудов: Анналы хирургической гепатологии. - Тула, 1996. - С. 17-22.
3. Комаров Р.Н., Комаров Н.В., Маслагин А.С., Кислицин В.А. //Эндоскоп. хир. - 2003.- №4. - С. 39 - 43.
4. Кузнецов Н.А., Аронов Л.С., Харитонов С.В. и др. //Хирургия. - 2003. - №5. - С. 35-40.
5. Trondsen E., Reiertstn O., Andersen O.K., Kjaersgard P. //Surg. Laparosc. Endosc. - 1995.- Vol. 159.- P. 217- 221.
6. Tyagi E., Meridith M.C., Lumb J.c. et al. //Ann. Surg. - 1994. - Vol. 220. - P. 617 - 625.

Поступила 20.01.05

УДК 616. 61 - 089. 843

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕРЕСАДКИ ПОЧКИ ПРИ ВАРИАНТНЫХ ФОРМАХ ПОЧЕЧНЫХ СОСУДОВ

Р.Х. Галеев, Ш.Р. Галеев

Кафедра урологии и нефрологии (зав. - проф. Р.Х. Галеев) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования

Разработка вопросов диагностики, лечения и выявления причин неудач после трансплантации почек, а также способов предупреждения осложнений в раннем посттрансплантационном периоде остается одной из актуальных проблем современной медицины. Отсюда понятна необходимость разработки методологических принципов проведения операций по пересадке почки.

Жизнеспособность и дальнейшее функционирование пересаженной почки во многом зависят от ее адекватного кровоснабжения. Что касается оперативных методов восстановления кровоснабжения почки при одиночной почечной артерии, когда к почке подходит один артериальный сосуд крупных размеров донора, то на сегодняшний день они в основном разработаны [4, 5], однако подобное положение вещей наблюдается далеко не всегда. У 15-35% больных отмечаются множественные почечные артерии (более одной с уменьшенными против нормы диаметрами), что затрудняет выполнение операций, направленных на адекватную реваскуляризацию органа. Наличие множественных артерий обычно небольших диаметров служит препятствием для пересадки: около 20% почек оказываются по данной причине забракованными или требуют особых способов формирования сосудистых анастомозов [1, 2, 6].

EVOLUTION OF TACTICS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF CHOLELITHIASIS

I.S. Malkov, R.Sh. Shaimardanov,

A.F. Bikmukhametov, I.F. Sharafislamov, A.P. Kirshin

S u m m a r y

The retrospective analysis of results of the treatment of 161 patients with gall bladder stones, complicated by choledocholithiasis and stenosis of the major duodenal papilla is performed. Correction of bile outflow in duodenum was carried out by intraoperative endoscopic papillosphincterotomy in 35 cases. In 45 patients this operation was made either after cholecystectomy or before it. Recovery and reconstructive methods using transduodenal papillosphincterotomy and choledochoduodenostomy were used in 81 patients. Advantages of endoscopic treatment manipulations including the use of the developed method of endoscopic papillosphincterotomy were shown.

На сегодняшний день основное количество операций по пересадке почки выполняется при терминальной стадии хронической почечной недостаточности (ХПН), при этом ее выполнение возможно в двух основных вариантах - пересадка почки от трупа и от живого родственного донора. Кроме того, существуют еще два показания к проведению пересадки почки: аутотрансплантация при посттравматической облитерации мочеточника на протяжении и аутотрансплантация почки по поводу вазоренальной гипертензии [3]. Исторически сложилось, что становление хирургической техники пересадки почки началось с аутотрансплантации.

Целью нашего исследования являлось увеличение количества пересадок почек за счет органов с вариантными формами почечных сосудов.

Для изучения характера артериального кровоснабжения почек нами были исследованы вариантные формы почечных артерий на 500 прижизненных ангиограммах. В ходе анализа оценивалось наличие или отсутствие вариантных форм почечных артерий, сторона их обнаружения, количество почечных артерий, а также их тип. С целью подтверждения полученных результатов второй этап нашей работы заключался в исследовании почечных сосудов, проведен-