ложения трубчатых структур печени, что часто сопряжено с техническими трудностями и осложнениями.

При сравнительном анализе результатов лечения видно, что осложнений в раннем послеоперационном периоде в три раза меньше, чем при традиционном доступе. Послеоперационный койко-день при операции из мини-доступа статистически значимо меньший, чем при традиционном доступе. Послеоперационная летальность при использовании мини-лапаротомного доступа в три раза ниже по сравнению с традиционным способом.

После внедрения в нашей клинике холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа и при возможности применения интраоперационной холедохоскопии были расширены показания к оперативному лечению больных с холедохолитиазом, особенно пациентов пожилого и старческого возраста с множественными сопутствующими заболеваниями.

Заключение

Таким образом, с широким внедрением в практику чрескожных и эндоскопических методов и операций малым доступом появились новые возможности в лечении больных с желчно-каменной болезнью и ее осложненными формами. Реализованная тактика этапного лечения, а также широкое применение малоинвазивных технологий позволили нам уменьшить летальность и частоту послеоперационных осложнений у больных с острым обтурационным калькулезным холециститом до 1,6% и 5,0%, а у больных с холедохолитиазом и механической желтухой – до 4,1% и 13,7% соответственно.

Сведения об авторах статьи:

Энганоев Ильяс Арбиевич – врач-хирург 15х\о, клиническая больница им. С.П. Боткина. Адрес: г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5. Тел. 8(499) 762-61-72

Мумладзе Роберт Борисович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей, лазерной и эндоскопической хирурги с курсом гепатопанкреатодуоденальной хирургии ГОУ ДПО РМАПО.

Эминов Махир Зиядович врач – хирург высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирурги с курсом гепатопанкреатодуоденальной хирургии ГОУ ДПО РМАПО.

Герасимов Алексей Юрьевич – аспирант кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирурги с курсом гепатопанкреатодуоденальной хирургии ГОУ ДПО РМАПО

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили, А. Г. Желчная гипертензия и острый холецистит // 50 лекций по хирургии.- М: Медиа Медика, 2003.- С. 204-215.
2. Бондаренко В.А., Таранов И.И., Ситников В.Н. [и др.] Малоинвазивные хирургические вмешательства при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у лиц пожилого и старческого возраста: Материалы Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – // Эндоскопическая хирургия. 2005. – №1. – С.96
3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мосягин В.Б. [и др.]. Возможности эндовидеохирургии в лечении желчно-каменной болезни, осложненной холедохолитиазом // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т.1. – Приложение. – С. 32-33.
4. Брискин Б.С., Минасян А.М., Карпов И.Б. [и др.]. Лечебные вмешательства под контролем ультразвукового исследования при заболеваниях органов брюшной полости. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 1996. – №6. – С. 17-22.
5. Васильев В.Е., Перунов А.Б. Острый холецистит: современные технологии лечения // Consilium medicum. – 2001. – Т.3. – №6. – С. 6-9.
6. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2001. – №9. – С. 30-34.
7. Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.А. Хирургия желчно–каменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2004. – № 5. – С. 4 – 9.
8. Лишенко А.Н., Ермаков Е.А. Новые подходы к лечению холедохолитиаза: Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии// Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №1. – С.75.
9. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. – Минск: Харвест, 2000. – С. 22.
10. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: Триада-Х, 2006. – С. 330-334.
11. Furlan F., Fugazzola C., Brunelli G., Franco F. The treatment of acute cholecystitis by percutaneous cholecystostomy // Radiol. Med. – 1992. – Vol. 84, N3. – P. 247-251.
12. Kullak-Ublick GA, Meier PJ. Mechanisms of cholestasis // Clin. Liver Dis. –2000. – Vol. 4, N2. – P. 357-385.

УДК 617.55:616.3-089-072.1
© Р.М.Гарипов, Р.Д. Нажипов, Э.Р. Валитова, 2011

Р.М. Гарипов, Р.Д. Нажипов, Э.Р. Валитова

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа

В работе представлены результаты хирургического лечения 153 больных с рецидивными и резидуальными формами холедохолитиаза. Все пациенты перенесли холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Авторами предложен лечебный алгоритм с использованием различных методов: эндоскопических, мини-лапаротомных с элементами открытой лапароскопии, традиционных оперативных вмешательств.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, холедохолитиаз, хирургические методы лечения, мини-лапаротомия, результаты лечения.

R.M. Garipov, R.D. Nazhipov, E.R. Valitova

SURGICAL TACTICS IN RECCURENT AND RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS

Outcomes of 153 surgically treated patients with recurrent and residual forms of choledocholithiasis are presented. All the patients underwent cholecystectomy for calculous cholecystitis. The authors proposed a combined treatment algorithm of different surgical techniques, such as endoscopy, mini-laparotomy with elements of open laparoscopy, endoscopic papillosphincterotomy and traditional surgical interventions).

Key words: gallstone disease, choledocholithiasis, surgical methods of treatment, mini-laparotomy, treatment outcomes.

Проблема диагностики и лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза как одного из самых частых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) остается актуальной и по сегодняшний день. Частота забытых и вновь сформированных камней желчных протоков не уменьшается и составляет по данным различных авторов 0,5-29% [7, 12].

Причины возникновения рецидивного и резидуального холедохолитиаза разнообразны: недостаточный объем до- и интраоперационного обследований желчных путей при желчно-каменной болезни (ЖКБ), что приводит к выполнению первичной операции не в полном объеме. Причинами недостаточных до - и интраоперационного обследований может служить отказ от инструментального метода обследования желчных протоков, особенно в экстренной ситуации и при использовании эндохирургической технологии, при которой, как известно, ограничиваются только удалением желчного пузыря без полноценной интраоперационной ревизии и исследования магистральных желчевыводящих путей [7, 11].

Мини-инвазивные методы хирургического лечения стали вытеснять традиционные операции [1, 13]. Подавляющее большинство научных исследований посвящены применению новых технологий при неосложненных формах ЖКБ. До сих пор не выработаны определенная тактика применения мини-инвазивных вмешательств при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе, показания и противопоказания к ним [2, 3]. Техническая сложность манипуляций на желчных путях при лапароскопических операциях, высокая стоимость аппаратуры и разового инструментария ограничивают применение этого метода при осложненных формах ЖКБ. К тому же наложение пневмоперитонеума больным данной категории зачастую противопоказано из-за тяжелого соматического состояния и сопутствующих кардиопульмональных заболеваний [10]. Наиболее частым методом оперативного вмешательства при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе является эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) [4, 9]. Наряду со значительными преимуществами это вмешательство сопряжено с риском развития таких осложнений, как кровотечение, острый панкреатит, ретродуоденальная перфорация холедоха [5, 6]. Грубые манипуляции на большом дуоденальном сосочке (БДС) могут вызвать в будущем рецидив стеноза БДС [15].

Отдельное направление в хирургии холедохолитиаза представляет предложенный М.И. Прудковым метод мини-лапаротомного доступа с элементами открытой лапароскопии, сочетающей в себе миниинвазивность лапароскопического метода с возможностью технического выполнения различных манипуляций при полостных операциях [8, 14].

Из вышеизложенного следует, что на настоящем этапе развития хирургии лечение рецидивного и резидуального холедохолитиаза многовариантно. Стоит отметить, что традиционная открытая хирургия желчевыводящих путей отнюдь не уходит в прошлое, но, по-видимому, область ее применения будет рационально сужаться. В связи с этим возникает и важнейшая задача – выбор показаний к необходимому способу лечения, рекомендации применения хирургической методики.

Материал и методы

Накопленный нами опыт хирургического лечения 153 пациентов, прооперированных по поводу камней магистральных желчевыводящих путей, поступивших в Клинику Башкирского государственного медицинского университета и Больницу скорой медицинской помощи г. Уфы за период с 1995 по 2004 годы позволил нам провести анализ хирургической тактики лечения. Все пациенты ранее перенесли холецистэктомию по поводу ЖКБ. При этом 29 (19,0%) пациентов пролечены методом ЭПСТ, 68 (44,4%) перенесли оперативные вмешательства через МЛ-доступ с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент», 56 (36,6%) пациентов пролечены методом широкой лапаротомии (ШЛ).

При выборе нами хирургического вмешательства каждый пациент в первую очередь рассматривался с позиции возможности использования мини-инвазивных методов лечения, которые могли бы быть радикальными, окончательными методами лечения.

Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,6. Средний возраст пациентов составил 63,5±2,8 года. Пациентов старше 60 лет было 95 (62,1%). Это пациенты, как правило, с тяжелой сопутствующей патологией.

У 18 (7,6%) пациентов характер сопутствующей патологии потребовал симультантных оперативных вмешательств (у 5– пластики послеоперацион-ных вентральных грыж, у 13 - рассечения спаек брюшной полости).

В плановом порядке поступили 45 (29,4%) больных, в экстренном - 108 (70,6%). Соотношение плановых и неотложных больных составило 1:2,4.

У всех 153 пациентов были конкременты желчевыводящих путей. При этом у 15 (9,8%) пациентов холедохолитиаз (ХДЛ) сочетался со стриктурой холедоха, у 9 (5,8%) со стенозом БДС и у 10 (6,6%) пациентов с хроническим индуративным панкреатитом.

В срок до 6 месяцев после первичной операции (холецистэктомии) поступило 23 пациента (15,0%), позже 6 месяцев 130 человек (85,0%). Срок поступления 6 месяцев был взят исходя из того, что конкременты, обнаруженные до 6 месяцев после холецистэктомии, являются «оставленными».

Таблица

Алгоритм выбора оперативного вмешательства

Предлагаемый метод пособия	Показания к выполнению операции
Эндоскопический (ЭПСТ)	Показана всем
Мини-лапаротомный доступ	Невозможность выполнить ЭПСТ показания к наружному дренированию холедоха
Сочетание ЭПСТ и мини-лапаротомного доступа	Необходимость наружного или двойного внутреннего дренирования холедоха Неудачи ЭПСТ
Широкая лапаротомия	Экстренность выполнения операции Является операцией выбора при технических трудностях выполнения ЭПСТ и операций из мини-лапаротомного доступа

Результаты и обсуждение

Внедрение в повседневную практику методов мини-инвазивной технологии потребовало существенным образом изменить тактику в выборе показаний к тому или иному оперативному лечению. Выбор способа оперативного лечения зависит от данных ЭРХПГ, при которых целесообразно выполнять ЭПСТ и по возможности удалять конкременты (см. таблицу). При невозможности удаления конкрементов эндоскопически показана мини-лапаротомия, которая также является показанием при необходимости наружного дренирования холедоха.

В случае необходимости наружного или двойного внутреннего дренирования холедоха, показано сочетание мини-инвазивных методов. Эти методы показаны также при неудачах ЭПСТ. Широкая лапаротомия показана при необходимости экстренного выполнения оперативного вмешательства, когда операция является не только лечебной но и диагностической процедурой и может быть операцией выбора при технических трудностях выполнения ЭПСТ и операций из мини-лапаротомного доступа.

ЭПСТ выполнена у 55 (39,5%) пациентов. Из них ЭПСТ как самостоятельный метод лечения оказалась эффективной у 29 (52,7%) пациентов, остальным произведены дополнительно оперативные вмешательства из МЛ-доступа.

При ЭПСТ осложнения развились у 1 (3,4%) больного. Летальных исходов в данной группе не было. При МЛ осложнения развились у 4 (5,8%) пациентов. Летальность в данной группе составила 1,4% (1 больная). При ШЛ осложнения развились у 9 (16,1%) пациентов. Летальность составила 5,3% (3 больных).

Средний послеоперационный койко-день при лечении методом ЭПСТ составил 8,4±2,1, при МЛ - 16,4±2,3 и при ШЛ - 18,6±2,7.

Таким образом, лечение рецидивного и резидуального холедохолитиаза остается актуальной проблемой и по сегодняшний день. Безусловно, у хирурга всегда должен быть выбор (из арсенала различных технологий), а пациент вправе рассчитывать на индивидуальный подход. Весьма важен принцип подбора оптимальной технологии (или сочетания) для конкретного больного, но не использования единственной “универсальной” технологии для лечения всех пациентов.

Несомненно, дальнейшее развитие и внедрение современных диагностических технологий и методов мини-инвазивной хирургии приведут к совершенствованию тактики диагностики и лечения пациентов с холедохолитиазом.

Сведения об авторах статьи:

Гарипов Рим Мухарямович – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ, заслуженный врач РБ и РФ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Батырская 39/2. Тел. 255-54-57.

Нажипов Рустам Данисович – к.м.н., врач-ординатор хирургического отделения №1 Клиник БГМУ. Адрес: 450083, г.Уфа, ул. Шафиева 2. E-mail: Naghipov-1979@yandex.ru.

Валитова Эльвира Раилевна – аспирант кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИПО БГМУ. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Батырская 39/2. Тел. 255-54-57.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарипов, Р.М. Оптимизация новых технологий малоинвазивной хирургии в лечении желчно-каменной болезни и ее осложнений: автореф. дис. … д-ра мед. наук. – Уфа, 1997. – 45 с.
2. Малоинвазивные вмешательства при лечении желчно-каменной болезни в сочетании с холедохолитиазом / З.А. Дундаров, И.М. Рагунович, А.З. Немтин, П.В. Горностай // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3: Тезисы докладов IV Международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ. – С. 59.
3. Технические аспекты лапароскопических вмешательств на холедохе / С.И. Емельянов, В.В. Феденко, Н.Л. Матвеев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3: Тезисы докладов IV Международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ. – С. 59-60.
4. Ермолов, А.С. Холедохолитиаз / А.С. Ермолов, Н.А. Дасаев // Российский медицинский журнал. – 1996. - № 5. - С. 28-33.
5. Зубарева, Л.А. Эндоскопическое удаление камней из холедоха. Есть ли спорные вопросы в данной проблеме? / Л.А Зубарева, Н.Ф. Кузовлев, Э.И. Гальперин // Хирургия. – 1994. - № 12. - С. 14-17.
6. Опыт профилактики возможных осложнений, связанных с РХПГ и ЭПСТ / П.А. Иванов, Э.А. Береснева, А.В. Миронов [и др.] // Современные проблемы хирургической гепатологии: тез. докл. IV конф. хирургов-гепатологов. – Тула, 1996. – Т. 1. - С. 88.
7. Клименко, Г.А. Холедохолитиаз: диагностика и операт. лечение. - М.: Медицина, 2000. - 223 с.
8. Климов, П.Г. Трансхоледоховая папиллосфинктеротомия из мини-доступа при стенозе большого дуоденального сосочка и холедохолитиазе: автореф. дис. … канд. мед. наук. – Смоленск, 2000. – 18 с.
9. Эндоскопические вмешательства при холедохолитиазе и папиллостенозе / А.Е. Котовский, И.В. Поздеева, Л.В. Тупикин, С.Л. Успенский // Современные проблемы хирургической гепатологии: тез. докл. IV конф. хирургов-гепатологов. – Тула, 1996. – Т. 1. - С. 94.
10. Кубышкин, В.А. Лапароскопическая холецистэктомия: старые проблемы в новом свете / В.А. Кубышкин, В.П. Стрекаловский, А.В. Вуколов // Хирургия. – 1997. - № 1. – С. 65-68.
11. Луцевич, Э.В. Эндоскопическая хирургия желчно-каменной болезни / Э.В. Луцевич, А.П. Уханов, М.В.Семенов. – Н. Новгород, 1999. – 89 с.
12. Нечай, А.И. Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз / А.И. Нечай // Хирургия. – 1998. - № 9. – С. 37-41
13. Повторные и реконструктивные вмешательства на внепеченочных желчных протоках с использованием технологий и инструментария для операций из уменьшенного доступа / М.И. Прудков, К.В. Титов, И.А. Чгаловский, А.П. Шушанов // Хирургия мини-доступа: материалы Уральской межрегиональной науч.-практич. конференции. – Екатеринбург, 2005. – С. 22.
14. Тимербулатов, В.М. Малоинвазивная хирургия желчно-каменной болезни и ее осложнений / В.М. Тимербулатов, Р.М. Гарипов, А.Г. Хасанов // Вестн. хирургии. – 1999. - Т. 158, № 1. - С. 25-29.
15. Prediction of recurrent choledocholithiasis by quantitative cholescintigraphy in patients after endoscopic sphincterotomy / K.H. Lai, N.J. Peng, G.H. Lo [et al.] // Gut. – 1999. – Vol. 41, N 3. – P. 399-403.

УДК 616.248-053.2-037
© Л.Л. Гурьева, Э.И. Эткина, Н.А.Орлова, М.В. Танюкевич, Н.Н. Рамазанова, А.Р. Бикташева, А.А.Фазылова, Л.И. Бабенкова, Г.Д. Сакаева, 2011

Л.Л. Гурьева[1], Э.И. Эткина[1], Н.А.Орлова[1], М.В. Танюкевич[2], Н.Н. Рамазанова[1], А.Р. Бикташева[1], А.А.Фазылова[1], Л.И. Бабенкова[1], Г.Д. Сакаева[1]

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ КОНТРОЛЯ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

[1]ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа
[2]ГБОУ ВПО «Уфимский государственный авиационный технический университет», г. Уфа

В статье описан способ прогнозирования неконтролируемого течения атопической бронхиальной астмы в детском возрасте. Полученные данные о достоверном влиянии возраста, пола и уровня оксида азота в сыворотке крови на уровень контроля атопической бронхиальной астмы у детей позволили предложить способ прогнозирования степени контроля заболевания с помощью интегральной оценки выше перечисленных показателей. Использование предлагаемого способа позволяет выявлять пациентов с высоким риском неконтролируемого течения бронхиальной астмы и выбирать для них индивидуальную программу базисной терапии и график наблюдения.
Ключевые слова: дети, атопическая бронхиальная астма, прогнозирование контроля бронхиальной астмы.

L.L. Gurjeva, E.I. Etkina, N.A. Orlova, M.V. Tanyukevich, N.N. Ramazanova, A.R. Biktasheva, A.A. Fazylova, L.I. Babenkova, G.D. Sakajeva

PROGNOSTICATION METHOD OF ATOPIC BRONCHIAL ASTHMA CONTROL IN CHILDREN

The article presents a prognostication method as applied to uncontrolled clinical course of atopic bronchial asthma in children. The obtained data concerning the statistically significant correlation between age, sex, oxide nitrogen level in blood samples and atopic bronchial asthma control level allowed the use of prognostication method of atopic bronchial asthma control level in children by means of integral estimation of the above mentioned indexes. The use of the proposed method allowed us to reveal patients with a high risk of uncontrollable atopic bronchial asthma course and to select an appropriate individual basic therapy program and follow-up strategy.
Key words: children, atopic bronchial asthma, bronchial asthma control prognostication.