

Макарова Н.П., Столин А.В., Лимонов А.В.,
Габбазов Х.М., Соловьев А.Д.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Уральская государственная медицинская академия,
госпиталь ГУВД Свердловской области
г. Екатеринбург*

Цель исследования. Показать возможности хирургического лечения пациентов с холелитиазом с использованием современных технологий.

Материал исследования - 104 больных калькулезным холециститом, оперированных в клинике в 2002- 2005 гг.

Результаты исследования.

Госпиталь ГУВД Свердловской области оказывает помощь 30 тыс. населения. Ежегодно в хирургическое отделение поступает более 1500 пациентов. Из них 3% составляют больные хроническим калькулезным холециститом и urgentными осложнениями ЖКБ. С 1999 г. в практику работы отделения внедрена эндохирургическая холецистэктомия из минилапаротомного доступа по М.И.Прудкову.

Лечебно-диагностический алгоритм при ЖКБ выглядит следующим образом.

1. Предоперационное ультразвуковое исследование желчевыводящей системы, биохимическое исследование крови, сбор анамнеза (выявление положительных прогностических факторов холедохолитиаза: желтуха и холангит в настоящее время или в анамнезе, расширение общего желчного протока при УЗИ > 8 мм, приступы опоясывающих болей, повышение уровня печеночных ферментов в сыворотке крови).

2. Учитывая высокую стоимость, увеличение периода стационарного лечения, возможные ранние и поздние осложнения, связанные в том числе с разрушением сфинктерного аппарата, ЭРХПГ выполняется только по строгим показаниям (выраженная обструктивная желтуха и/или холангит), в качестве обязательной предоперационной подготовки, под прикрытием селективной антибиотикотерапии.

3. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) показана пациентам без прогностических факторов холедохолитиаза.

4. Мини-ассистированная ХЭ с селективной ИОХГ выполняется больным с наличием положительных прогностических факторов холедохолитиаза.

5. При обнаружении холедохолитиаза основным принципом является одномоментность санации желчевыводящих путей. Для этого применимы три подхода:

- Санация через пузырный проток (если пузырный проток проходим, диаметр конкрементов не превышает 5—6 мм, и они располагаются ниже холецисто-холедохеального соединения).

- Супрадуоденальная холедохотомия (если пузырный проток не проходим и/или имеются множественные конкременты диаметром > 7 мм).

- Интраоперационная ЭРХПГ с ЭРСТ (если лапароскопические методы оказались неэффективны или неосуществимы).

5. Переход к традиционной ХЭ (если малоинвазивный подход не удался).

Всего оперировано 104 пациента. Холедохолитиаз диагностирован у 5 больных. Конверсий, интраоперационного повреждения внепеченочных желчных протоков не было. Частота осложнений составила 2,5%, летальность – 0%.

Заключение. Применение минидоступа привело к более быстрому разрешению пареза кишечника, меньшей выраженности болевого синдрома после операции и меньшей потребности в медикаментозном обезболивании. Малоинвазивные вмешательства позволили значительно сократить срок нахождения пациентов в стационаре, и последующих этапах реабилитации.