

ОСОБЕННОСТИ ТРОАКАРНОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ И ЛИТОТОМИИ В ХИРУРГИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Возлюбленный С. И., Черкасов М. Ф., Деговцев Е. Н., Возлюбленный Д. Е.

Омская государственная медицинская академия

Медико-санитарная часть № 4, Омск

Ростовский государственный медицинский университет

РЕЗЮМЕ

Прогрессирующий рост заболеваемости желчнокаменной болезнью и возрастание количества больных с холедохолитиазом требуют совершенствования диагностики и лечения данной патологии. С этой целью создан троакар и разработан способ троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии, который применен при эндовидеолапароскопическом оперативном лечении у 16 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом. Результаты применения троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии показали простоту выполнения данного этапа оперативного вмешательства, что позволило улучшить как диагностику холедохолитиаза, так и результаты оперативного лечения данной патологии. Одноэтапное эндовидеолапароскопическое оперативное лечение с троакарной фиброхоледохоскопией и литотомией больных с холецистохо-

ледохолитиазом сохраняет сфинктерный аппарат большого дуоденального сосочка и предотвращает применение открытых методов оперативного лечения данной патологии.

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, фиброхоледохоскопия, троакар, миниинвазивные операции.

SUMMARY

An analysis of results of surgical treatment of 16 patients with an cholecystocholedocholithiasis who had undergone troacal laparoscopic fibrocholedochoscopy. In conclusion it is stated, that this method can be provided in most of patients and guarantees good postoperative results.

Key words: cholecystocholedocholithiasis, fibrocholedochoscopy, troacal, minimally invasive operations.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время острый калькулезный холецистит занимает в структуре острых заболеваний органов брюшной полости второе место после острого аппендицита [1, 7]. Холедохолитиаз как проявление желчнокаменной болезни встречается у 15–30% этих больных [2] и приводит к таким осложнениям, как механическая желтуха, в 58,2–85% [1, 4].

Широкий диапазон диагностики холедохолитиаза — от неинвазивных методов (УЗИ, компьютерная и магнитно-резонансная томография) до инвазивных (ретроградная эндоскопическая холангиография, интраоперационная холангиография) — не всегда позволяет диагностировать данную патологию [2, 5].

Современные тенденции в лечении желчнокаменной болезни — это применение мини-инвазивных технологий. Однако сочетание острого калькулезного холецистита с холедохолитиазом

значительно усложняет выбор рационального хирургического вмешательства [3, 10].

Сдерживающей причиной широкого внедрения ретроградного дуоденоскопического чреспапиллярного устранения холедохолитиаза является высокая (6–10%) частота осложнений, в том числе смертельных (1–4%), неудачи выполнения операций (5–7%), необходимость разрушения неизмененного большого дуоденального сосочка [6, 8, 9].

Применение эндовидеолапароскопической фиброхоледохоскопии и литотомии характеризуется сложностью технического исполнения, зачастую требующей конверсии и применения традиционного оперативного вмешательства [2, 5, 9].

Возможности совершенствования эндовидеолапароскопической диагностики и лечения больных с холецистохоледохолитиазом и посвящено данное сообщение.

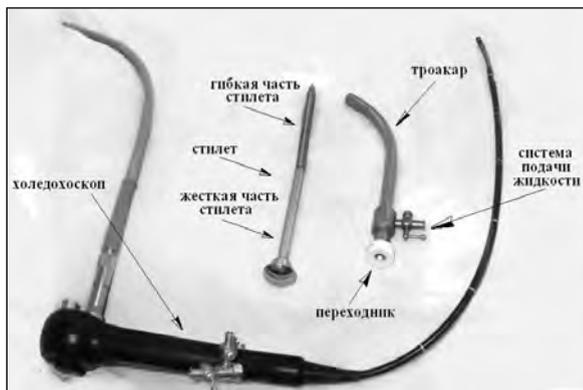


Рис. 1. Троякар для фиброхоледохоскопии и литотомии с фиброхоледохоскопом

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С целью совершенствования эндовидеолапароскопической диагностики и лечения больных с холецистохоледохолитиазом создан троакар и разработан способ троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии (патент на изобретение № 2288648 по заявке № 2005102970 от 07.02.2005).

Для проведения троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии используется троакар (патент на полезную модель № 53557 от 07.11.2005), который представляет собой полую металлическую трубку с заданной формой изгиба, гибкий стилет и систему подачи оптической среды в холедох для проведения холедохоскопии (рис. 1).

Троякар содержит герметичную камеру, снабженную патрубком и сообщающуюся с системой подачи жидкости, и набором переходников, обеспечивающих герметизм троакара с целью сохранения карбоксиперитонеума при использовании холедохоскопов различного диаметра.

Проведение троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии осуществляется следующим образом. После эндоскопической ревизии брюшной полости и гепатодуоденальной связки, выполнения лапароскопической холецистэктомии определяются показания к троакарной фиброхоледохоскопии

и литотомии. Проводится холедохотомия в продольном направлении.

После выполнения диафаноскопии на переднюю брюшную стенку проекции холедохотомического отверстия определяется точка ввода разработанного троакара.

В брюшную полость вводится троакар для выполнения троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии, что представлено на рис. 2.

После удаления стилета из троакара последний вводится в просвет холедоха.

Через просвет троакара в холедох вводится фиброхоледохоскоп с проведением фиброхоледохоскопии на фоне введения оптической среды (NaCl 0,9%) через дополнительный канал троакара, что представлено на рис. 3.

Проводится холедохоскопия в дистальном направлении. При наличии конкремента в холедохе через рабочий канал холедохоскопа вводится корзинка Дормиа, с помощью которой захватывается и извлекается конкремент из просвета холедоха. В последующем выполняется дальнейший осмотр терминального отдела холедоха с определением проходимости большого дуоденального сосочка.

Холедохоскоп извлекается, положение троакара изменяется для выполнения холедохоскопии в проксимальном направлении желчевыводящих путей. По завершении троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии желчевыводящие пути промываются. После дренирования холедоха холедохотомическое отверстие ушивается отдельными швами из рассасывающего материала на атравматичной, колющей игле. Подпеченочное пространство дренируется полихлорвиниловой трубкой.

Троякарная фиброхоледохоскопия и литотомия применена у 16 больных при эндовидеолапароскопическом оперативном лечении желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

Среди оперированных 13 женщин и 3 мужчин. Среди поступивших пациентов в возрасте от 40 до 49 лет 2 больных, от 50 до 59 лет — 10 больных,



Рис. 2. Введение троакара в брюшную полость для выполнения фиброхоледохоскопии и литотомии



Рис. 3. Введение фиброхоледохоскопа в троакар

Таблица 1

ХАРАКТЕР ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ	
Формы желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом	Количество больных (%)
ЖКБ, острый обтурационный калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, острый холангит.	2 (12,5%)
ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха	4 (25%)
ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, острый холангит	1 (6,25%)
ЖКБ, острый обтурационный калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха	5 (31,25%)
ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз?	4 (25%)
Всего	16 (100%)

от 60 лет и старше — 4. Средний возраст оперированных больных составил $63,9 \pm 2,9$ года.

В табл. 1 представлен характер выявленной патологии у больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом при поступлении в стационар.

Показанием к применению троакарной фиброхоледохоскопии и литотомии при эндовидеолапароскопическом оперативном лечении больных желчнокаменной болезнью является холедохолитиаз с расширением холедоха более 10 мм. Противопоказанием в связи со сложностью введения троакара в холедох для проведения фиброхоледохоскопии и литотомии — диаметр холедоха менее 10 мм. Характер оперативных вмешательств с применением троакарной холедохоскопией и литотомией представлен в табл. 2.

В послеоперационном периоде больным проводятся комплексная противовоспалительная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, профилактика венозных тромбоэмболических осложнений.

Удаление дренажа осуществляется на 13–19-е сутки послеоперационного периода после выполнения контрольной фистулохолангиографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для оценки эффективности разработанного эндовидеолапароскопического оперативного лечения больных с холецистохоледохолитиазом проводится анализ течения послеоперационного периода.

Установлено, что в первые двое суток послеоперационного периода происходит уменьшение частоты сердечных сокращений и дыхания, увеличение диуреза, восстановление моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, достоверное снижение уровня билирубинемии, лейкоцитоза и ЛИИ.

В 1 наблюдении по дренажу из-под печеночного пространства имело место желчеистечение, которое не потребовало проведения оперативного вмешательства. На фоне консервативной терапии желчеистечение прекратилось. Других осложнений и летальных исходов не было.

После лапароскопической холецистэктомии, троакарной холедохоскопии и литотомии среднее пребывание больных в отделении реанимации составило $1,1 \pm 0,1$ суток, в хирургическом отделении — $18,6 \pm 0,2$ суток.

Таблица 2

ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРОАКАРНОЙ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИИ И ЛИТОТОМИИ	
Характер оперативных вмешательств в основной группе	Количество операций (%)
Лапароскопическая холецистэктомия, троакарная холедохоскопия и литотомия, дренирование холедоха, дренирование брюшной полости	14 (87,5%)
Лапароскопическая холецистэктомия, интраоперационная холангиография, троакарная холедохоскопия и литотомия, дренирование холедоха, дренирование брюшной полости	2 (12,5%)
Всего	16 (100%)

ВЫВОДЫ

Троакарная фиброхоледохоскопия и литотомия при эндовидеолапароскопическом оперативном лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, характеризуется простотой, малой травматичностью и высокой эффективностью, что позволяет улучшить результаты диагностики и лечения данной патологии.

Троакарная фиброхоледохоскопия и литотомия позволяет применять эндовидеолапароскопическое оперативное лечение больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, избегая использование травматичных и открытых методов оперативного лечения, сохраняя при этом сфинктерный аппарат БДС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей/Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. — М.: Видар, 2006. — 568 с.
2. Осипова, Н.Ю. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография и интраоперационные методы диагностики холедохолитиаза/Н.Ю. Осипова, Г.Г. Кармазановский, Ю.Г. Старков и др.//Мед. визуализация. — 2004. — № 5. — С. 29–33.
3. Затевахин, И.И. Острый холецистит: диагностика и лечение/И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили, Г.Ж. Дзарасова//Вестн. РГМУ. — 2000. — № 3. — С. 21–26.
4. Брехов, Е.И. Применение малоинвазивных методов в лечении пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом/Е.И. Брехов, В.П. Башилов, Ю.А. Малов и др.//Омск. научн. вестник. — 2005. — № 2 (30). — С. 16–21.
5. Стрекаловский, В.П. Роль интраоперационной диагностики при лапароскопическом лечении желчнокаменной болезни/В.П. Стрекаловский, Ю.Г. Старков, Н.А. Гришин и др.//Эндоск. хирургия. — 2001. — № 2. — С. 16–20.
6. Besselink, M. G. Beneficial effects of ERCP and papillotomy in predicted severe biliary pancreatitis/M. G. Besselink, L. P. van Minnen, K. J. van Erpecum et al.//Hepatogastroenterology. — 2005. — № 52 (61). — P. 37–39.
7. Bingener, J. Management of common bile duct stones in a rural area of the United States. Results of a survey/J. Bingener, W. H. Schwesinger//Surg. Endosc. — 2006. — № 20. — P. 577–579.
8. Hui, C. K. A randomized controlled trial of endoscopic sphincterotomy in acute cholangitis without common bile duct stones/C. K. Hui//Gut. — 2002. — vol. 51 — P. 287–289.
9. Madhotra, R. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography should no longer be used as a diagnostic test the case against/R. Madhotra, M. Lombard//Dig. Liver Dis. — 2002. — Vol. 34, № 5. — P. 375–380.
10. Tattuli, F. Laparoendoscopic approach to treatment of common bile duct stones/F. Tattuli, A. Cuttitta//J. Laparoendosc. Adv. Tech. A. — 2000. — Vol. 10. — P. 315–317.

