

УДК 616.366-003.7-089
ББК 54.57 + 54.13

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Гарипов Р.М., Нажипов Р.Д.

В статье приведены конкретные мероприятия по профилактике, улучшению диагностики и хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза, разработанные на основе анализа опыта лечения 153 пациентов, прооперированных по поводу камней желчевыводящих путей, поступивших в ведущие клиники г. Уфы за период с 1995 по 2004 год. Отмечена необходимость ранней плановой санации больных с желчнокаменной болезнью после тщательного сбора анамнеза и полного предварительного обследования, показана перспективность применения малоинвазивных методов лечения.

Диагностика и лечение больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом продолжают оставаться одной из актуальных проблем в хирургии [Майстренко Н.А., 2000; Сотниченко Б.А., 2000]. Частота забытых и вновь сформированных камней желчных протоков не уменьшается и составляет 0,5-29% [Гальперин Э.И., 1998; Нартайлаков М.А., 1998; Terhaar O.A., 2005]. Среди данной категории больных преобладают лица пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие ряд тяжелых сопутствующих заболеваний [Ермолов А.С., 1996; Малиновский Н.Н., 1993; Сотниченко Б.А., 2000; Eickhoff A, 2001; Katsinelos P., 2003]. Учитывая данную ситуацию, современное развитие хирургии требует применения различных щадящих методик в лечении этой категории больных.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза.

Задачи исследования - разработать рекомендации по улучшению лечения резидуального холедохолитиаза.

Методы и результаты исследования. Диагностический алгоритм при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе представлял собой комплекс общеклинического обследования и инструментальных методик (УЗИ, КТ, ФГДС, гастродуоденография, фистулохолеграфия) дополняемых при

необходимости малоинвазивными исследованиями (ЭРХПГ, ЧЧПХГ).

Нами проведен ретроспективный анализ истории болезни 153 пациентов, прооперированных по поводу камней желчевыводящих путей, поступивших в клинику Башкирского государственного медицинского университета и Больницу скорой медицинской помощи г. Уфы за период с 1995 по 2004 год. Все пациенты ранее перенесли холецистэктомию по поводу ЖКБ.

По полу все пациенты распределились следующим образом: мужчин 42 (27,4%), женщин 111 (72,6%). Все больные были в возрасте от 33 до 90 лет. Пациентов 60 лет и старше – 95 (62,1%). Средний возраст пациентов составил 63,5±2,8 лет. Это пациенты, как правило, преклонного возраста, страдающие тяжелой сопутствующей патологией.

В плановом порядке поступили 45 (29,4%) больных, в экстренном 108 (70,6%).

При поступлении болевой синдром наблюдался у 148 (96,7%) пациентов. Желтуха на момент поступления наблюдалась у 106 (69,3%) больных. Желтуха в анамнезе отмечена у 26 (17,0%) пациентов. Клиника холангита имела у 39 человек (25,5%). У 2 (1,3%) пациентов при поступлении имелся наружный свищ общего желчного протока.

Распределение больных по виду выявленной патологии желчевыводящих путей представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по виду выявленной патологии желчевыводящих путей

ДИАГНОЗ	КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНЫХ
Холедохолитиаз	119 (77,8%)
Холедохолитиаз + Стриктура холедоха	15 (9,8%)
Холедохолитиаз + Стеноз БДС	9 (5,8%)
Холедохолитиаз + Хронический панкреатит	10 (6,6%)

В срок до 6 месяцев, после первичной операции, поступило 23 (15%) пациента, позже 6 месяцев 130 человек - 85%. Срок поступления 6 месяцев был взят исходя из того, что по данным Милонова О.Б., конкременты, обнаруженные до 6 месяцев,

после холецистэктомии, считаются «оставленными».

Выполнялось 3 вида оперативных пособий (таблица 2).

Таблица 2

Распределение пациентов по видам выполненных оперативных пособий

Виды операций	Количество больных
Эндоскопические	29 (19,0%)
Минилапаротомия	68 (44,4%)
Широкая лапаротомия	56 (36,6%)

Эффективным методом лечения больных с резидуальным холедохолитиазом является эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполненная у 55 (35,9%) пациентов. Из них у 26 пациентов, эндоскопическое пособие (эндоскопическая папиллосфинктеротомия) оказывалось больным при минилапаротомии, выполненных до операции. В 10 случаях выполнена литэкстракция, что составляет 18,2%. Таким образом, 29 (19,0%) больных излечены только при помощи эндоскопических методов.

68 (44,4%) пациентам операции выполнены с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент». Объем оперативных вмешательств зависел от наличия и степени поражения желчевыводящих путей и заключался в холедохотомии с ревизией магистральных желчевыводящих путей, холедохолитотомии, наложении билиодигестивных анастомозов. У 51 (33,3%) пациента операции завершились наружным дренированием холедоха, при этом в 2 (1,3%) случаях выполнена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия. У 16 (10,5%) пациентов наложены билиодигестивные анастомозы. В 1 (0,6%) случае операция завершена наложением глухого шва холедоха, после предварительной холедохолитотомии, холедохоскопии. У больных, пролеченных эндоскопически и с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент», вследствие снижения травматичности операции наблюдалось уменьшение частоты и тяжести осложнений: широкая лапаротомия 9 (16,1%), эндоскопически 1 (3,4%), с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент» 4 (5,8%) осложнений.

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

Из 153 прооперированных больных умерло 4. Послеоперационная летальность составила 2,6%. Основной причиной смерти больных с данной патологией явился абсцедирующий холангит.

Нами проведено исследование диаметра холедоха и диаметра обнаруженных в холедохе конкрементов во время операции. При этом у 13

(8,5%) больных холедохолитиаз встречался при диаметре холедоха менее 8 мм. Причем во всех данных ситуациях в холедохе наблюдались мелкие конкременты. Поэтому целесообразно выполнение интраоперационной холангиографии практически всем больным при холецистэктомии, особенно при диаметре холедоха более 8 мм, а при мелких камнях желчного пузыря практически во всех случаях.

Выводы. 1. Для профилактики развития резидуального холедохолитиаза необходима ранняя плановая санация больных с желчекаменной болезнью после тщательного сбора анамнеза и полного предварительного обследования, включающего обязательно:

а) УЗИ (величина конкрементов желчного пузыря с толщиной его стенок, диаметром холедоха, состоянием печени, поджелудочной железы и почечек).

б) ФГС (наличие желчи в желудке натошак, состояние БДС, наличие эзофагита, дуоденита, гастрита, косвенных признаков панкреатита и ГПОД).

в) эзофагогастродуоденографию (ГПОД, признаки дисфункции 12 перстной кишки).

г) при необходимости ЭРХПГ и компьютерную томографию.

2. Полноценная интраоперационная диагностика с ревизией видимых органов и обязательной интраоперационной холангиографией при диаметре холедоха более 8 мм, а при наличии мелких конкрементов во всех случаях.

3. Во время операции - удаления желчного пузыря, целесообразна коррекция всех выявленных до операции изменений в виде симультантных операций, особенно у лиц пожилого возраста в соответствии с сопутствующими заболеваниями.

4. Допуск к операциям на желчных путях только высококвалифицированных хирургов.

5. Наиболее перспективными методами в лечении резидуального холедохолитиаза в настоящее время являются операции, выполненные с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент», эндоскопические.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин, Э.И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э.И. Гальперин, Н.В. Волкова. – М.: Медицина, 1998. – 272 с.
2. Диагностика и лечение резидуального холедохолитиаза / М.А. Нартайлаков, И.А. Сафин, Н.В. Пешков [и др.] // Труды ассоциации хирургов Республики Башкортостан за 1997 год. - Уфа, 1998. - Т. 2. - С. 45-52.
3. Ермолов, А.С. Холедохолитиаз / А.С. Ермолов, Н.А. Дасаев // Российский медицинский журнал. – 1996. - № 5. - С. 28-33.
4. Майстренко, Н.А. Холедохолитиаз / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2000. – 288 с.
5. Малиновский, Н.Н. Клиника и лечение желчнокаменной болезни у больных пожилого и старческого возраста / Н.Н. Малиновский, Е.А. Решетников, С.Н. Кононенко // Хирургия. – 1993. - № 6. - С. 7-14.
6. Милонов, О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Госкин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. – 560 с.
7. Сотниченко, Б.А. Холедохолитиаз у больных пожилого и старческого возраста / Б.А. Сотниченко, К.В. Гончаров // Тихоок. мед. журн. - 2000. - № 4. - С. 72-75.
8. Endoscopic stenting for common bile duct stenoses in chronic pancreatitis: results and impact on long-term outcome / A. Eickhoff, R. Jakobs, A. Leonhardt [et al.] // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2001. - Vol. 13, N 10. - P. 1161-7.
9. Endoscopic sphincterotomy in adult hemophilic patients with choledocholithiasis / P. Katsinelos, I. Piliplidis, G. Paroutoglou [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2003. - Vol. 58, N 5. - P. 788-91.
10. Imaging patients with "post-cholecystectomy syndrome": an algorithmic approach / O.A. Terhaar, S. Abbas, F.J. Thornton [et al.] // Clin. Radiol. – 2005. - Vol. 60, N 1. - P. 78-84.

Поступила в редакцию 12.10.2006 г.