

# КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

## Хирургия

УДК 616.366-003.7-089

© Р.М. Гарипов, Р.Д. Нажипов, 2007

Р.М. Гарипов, Р.Д. Нажипов

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

ГОУВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава»

Клиника Башкирского государственного медицинского университета

Больница скорой медицинской помощи, г. Уфа

*В статье проводится анализ результатов использования различных методов хирургического лечения (миниинвазивных, традиционной широкой лапаротомии) рецидивного и резидуального холедохолитиаза на основе опыта лечения 153 пациентов, поступивших в ведущие клиники г. Уфы за период с 1995 по 2004 годы. Все пациенты ранее перенесли холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни.*

*Отмечена перспективность применения миниинвазивных методов лечения у больных с рецидивным и резидуальным холедохолитиазом, особенно у пожилых пациентов.*

**Ключевые слова:** рецидивный и резидуальный холедохолитиаз, папиллосфинктеротомия, минилапаротомия.

R.M. Garipov, R.D. Naghipov

### THE COMPARATIVE APPRAISAL OF THE RESULTS OF USING DIFFERENT SURGICAL TREATMENT FOR RECURRENT AND RESIDUAL CHOLEDOCHOLITHIASIS

*The analysis of the results of using different surgical treatment (such as mini-approach with elements of open laparoscopic technique (MSE) and endoscopic papillosphincterotomy and traditional wide laparotomy) for recurrent and residual choledocholithiasis is carried out of the article on basis of experience in treatment of 153 patients, who had been taken to the leading Ufa hospitals since 1995 to 2004. All the patients had had cholecystectomy on the occasion of calculous cholecystitis.*

*The perspectiveness of using of mini-approach with elements of open laparoscopic technique (MSE) and endoscopic papillosphincterotomy methods of treatment is mentioned.*

**Key words:** recurrent and residual choledocholithiasis, mini-approach, papillosphincterotomy.

Несмотря на то, что прошло более 100 лет с момента выполнения первой холецистэктомии (Langenbuch, 1882), метод хирургического лечения холелитиаза сохраняет ведущее место, при этом число операций на желчевыводящих путях постоянно увеличивается [12]. До 70-х годов XX века открытая операция была единственным методом хирургического лечения желчнокаменной болезни (ЖКБ) и ее осложненных форм. Начиная с конца 70-х годов, появились и стали внедряться новые миниинвазивные методы хирургического лечения. Операции из малых доступов с использованием лапароскопической, эндоскопической техники вызвали новый виток в дискуссии о целесообразности применения того или иного метода хирургического лечения ЖКБ и ее осложненных форм [6].

При неосложненном течении ЖКБ миниинвазивные методы оперативного лечения считаются методами выбора [2, 14] и применимы в 90-96% случаев [3, 9, 10]. Во время внедрения новых методик противники миниинвазивных операций утверждали, что пока-

затели послеоперационных осложнений и летальности, по сравнению с рутинными методами, практически не отличаются [13] и, следовательно, особых преимуществ у миниинвазивных технологий нет. Однако в настоящее время имеется отчетливая тенденция к постепенному вытеснению традиционной хирургии осложненных форм ЖКБ миниинвазивными методами [11]. Большинство авторов полагают, что в первую очередь должны применяться миниинвазивные методы, и лишь при их неудаче необходимо использовать традиционные методы хирургического лечения [1, 8].

О применении этих методов при резидуальном и рецидивном холедохолитиазе имеются лишь единичные сообщения. До сих пор не выработана определенная тактика применения подобных вмешательств, при забытых и вновь сформированных камнях желчных протоков, не детализированы показания и противопоказания к ним. Среди данной категории больных преобладают лица пожилого и старческого возраста, в большинстве случаев имеющие ряд тяжелых сопутст-

вующих заболеваний [5, 7]. Учитывая данную ситуацию, современное развитие хирургии требует применения различных щадящих методов лечения этой категории больных.

Целью данного исследования явился анализ результатов использования различных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза.

### Материалы и методы исследования

Проведен анализ результатов хирургического лечения 153 пациентов, поступивших в клинику Башкирского государственного медицинского университета и Больницу скорой медицинской помощи г.Уфы за период с 1995 по 2004 годы, прооперированных по поводу камней желчевыводящих путей. Все пациенты ранее перенесли холецистэктомию по поводу ЖКБ.

Таблица 1  
Сравнительная характеристика больных рецидивным и резидуальным холедохолитиазом по клиническим группам

| Характеризуемые признаки                                                                | Основная группа        |                         | Контрольная группа    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
|                                                                                         | первая (ЭПСТ, n=29)    | вторая (МЛ, n=68)       | третья (ШЛ, n=56)     |
| Соотношение мужчин и женщин                                                             | 1:2,2                  | 1:2,6                   | 1:3,0                 |
| Количество больных старше 60 лет                                                        | 18 (62,1%)             | 37 (57,4%)              | 38 (67,8%)            |
| Средний возраст пациентов                                                               | 61,9±3,5*              | 60,2±3,2*               | 68,5±2,9              |
| Средний показатель концентрации общего и прямого билирубина в сыворотке крови, мкмоль/л | 82,5±14,9*<br>47,2±9,8 | 74,6±16,6*<br>46,3±11,3 | 91,0±12,8<br>48,7±8,3 |
| Количество больных с сопутствующими заболеваниями                                       | 26 (89,6%)             | 60 (88,2%)              | 53 (94,6%)            |

\* В сравнении со значениями контрольной группы различие недостоверно ( $p > 0,05$ )

В зависимости от способа оперативного вмешательства были выделены 3 клинические группы. В первую группу включены 29 (19,0%) пациентов, которым выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ). Во вторую группу включены 68

(44,4%) пациентов, которым операции были выполнены через минилапаротомный (МЛ) доступ с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент». В третью группу включены 56 (36,6%) пациентов, которым оперативные вмешательства выполнялись через широкую лапаротомию (ШЛ). В основную группу вошли пациенты первой и второй групп, которым выполнялись миниинвазивные оперативные вмешательства (табл.1). В контрольную - пациенты третьей группы, перенесшие оперативное вмешательство путем традиционной ШЛ.

В ряде случаев, у 26 пациентов, ЭПСТ выполнялась больным и при минилапаротомии, выполненная до операции.

Следует отметить, что в срок до 6 месяцев после первичной операции (холецистэктомию) поступило 23 (15,0%) пациента, позже 6 месяцев - 130 (85,0%) человек. Срок поступления 6 месяцев был взят, исходя из того, что, по данным Милонова О.Б. [4], конкретные, обнаруженные до 6 месяцев после холецистэктомию, считаются «оставленными».

Статистическая обработка показателей проведенных исследований осуществлялась с использованием специализированных компьютерных программ («Биостатистика» для Windows и приложение программы Microsoft Excel). Оценивалась достоверность различия средних величин, порогом оценки которой считалась вероятность в 95% ( $p < 0,05$ ).

В определении тактики с учетом оказания оперативной помощи миниинвазивным путем на первый план выходит роль дооперационной диагностики патологии желчевыводящих путей и оценки состояния организма больного в целом. С учетом этих показателей нами был разработан алгоритм выбора оперативного вмешательства (табл. 2).

Таблица 2  
Выбор адекватного метода оперативного пособия в зависимости от данных дооперационного обследования больных с рецидивным и резидуальным холедохолитиазом

| Группа больных | Нозологические формы патологии гепатобиллярной зоны                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Предлагаемый метод оперативного пособия                             |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1 группа       | - больные с высоким операционным риском обусловленным желтухой, холангитом, печеночно-почечной недостаточностью и сопутствующими заболеваниями (ИБС, ГБ, хронический панкреатит, сахарный диабет, ожирение 3-4 ст, бронхиальная астма), пожилой, старческий возраст, стеноз БДС<br>- вклиненный камень БДС<br>- сочетание холедохолитиаза и узкого холедоха                                                                                                                                                                                                     | Эндоскопический (ЭПСТ)                                              |
| 2 группа       | - неудачные попытки ЭПСТ (парафатериальный дивертикул, стенозирующий папиллит, невозможность канюлирования соска, резекция желудка по Бильрот-2) при СТОХ и стенозе БДС<br>- необходимость перехода на широкую лапаротомию, при осложнениях после эндоскопических оперативных вмешательств, как самостоятельных методов лечения (кровотечение, не отхождение вклиненного камня после ЭПСТ, повреждение магистральных желчевыводящих путей).<br>- холедохолитиаз, осложненный механической желтухой или без нее<br>- выраженный спаечный процесс брюшной полости | Минилапаротомный доступ с использованием комплекта «мини-ассистент» |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                               |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|          | необходимость повторных оперативных вмешательств в раннем и позднем послеоперационном периодах<br>холедохолитиаз с неизменным сфинктерным аппаратом БДС;<br>стриктуре терминального отдела холедоха<br>необходимость более полноценного интраоперационного исследования гепатобилиарной зоны.                                                                                                                                                                                             |                                                               |
| 3 группа | стриктура терминального отдела холедоха и стеноз БДС, требующие наружного или двойного внутреннего дренирования общего желчного протока<br>удаление крупных множественных конкрементов холедоха после предварительной декомпрессии желчных путей                                                                                                                                                                                                                                          | Сочетание эндоскопического метода и минилапаротомного доступа |
| 4 группа | неэффективность мининвазивных методов<br>наличие врожденной патологии и выявление аномалий протоковой системы<br>необходимость реконструктивных и восстановительных оперативных вмешательств на желчевыводящих путях<br>необходимость проведения объемных симультанных оперативных вмешательств на органах брюшной полости<br>онкопатология органов билиопанкреатодуоденальной зоны и при невозможности проведения дифференциальной диагностики в дооперационном периоде.<br>ожирение 4ст | Широкая лапаротомия                                           |

В понятие «реконструктивных и восстановительных» операций нами включены реконструктивные операции при высоком блоке желчных путей на общем печеночном протоке, транспеченочное дренирование желчных путей, при которых показана широкая лапаротомия.

При сравнительной оценке непосредственных результатов лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза принимались во внимание следующие критерии:

- 1) срок нормализации температуры тела после хирургического вмешательства;
- 2) частота послеоперационных осложнений;
- 3) средний послеоперационный койко-день;
- 4) летальность.

Средний показатель температуры тела после ЭПСТ и операций из минидоступа не превысил верхней границы нормальных величин (рисунок, табл. 3). Однако, если у пациентов первой группы наблюдали плавное снижение этого показателя, то во второй и третьей группах он повышался на первые и третьи сутки. Подъем температуры тела после операции на первые сутки мы склонны объяснять реакцией на операционную травму, повышение среднего показателя температуры на третьи сутки может свидетельствовать о наличии воспалительных изменений в ране.

Таблица 3  
Динамика средних показателей температуры тела у больных после ЭПСТ, МЛ, ШЛ

| Время, сутки    | Основная группа     |                    | Контрольная группа | Достоверность, р 1-3 групп | Достоверность, р 2-3 групп |
|-----------------|---------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|----------------------------|
|                 | ЭПСТ, n 1 = 29 (°C) | МЛ, n 2 = 67* (°C) | ШЛ, n 3 = 53* (°C) |                            |                            |
| Перед операцией | 36,9±0,3            | 36,8±0,3           | 36,9±0,3           | p>0,05                     | p>0,05                     |
| 1-е             | 36,9±0,3            | 37,0±0,3           | 38,1±0,4           | p<0,05                     | p<0,05                     |
| 3-е             | 36,7±0,3            | 37,0±0,3           | 37,9±0,3           | p<0,05                     | p<0,05                     |
| 5-е             | 36,6±0,3            | 36,7±0,3           | 37,1±0,3           | p>0,05                     | p>0,05                     |

Не учитывались пациенты с летальным исходом

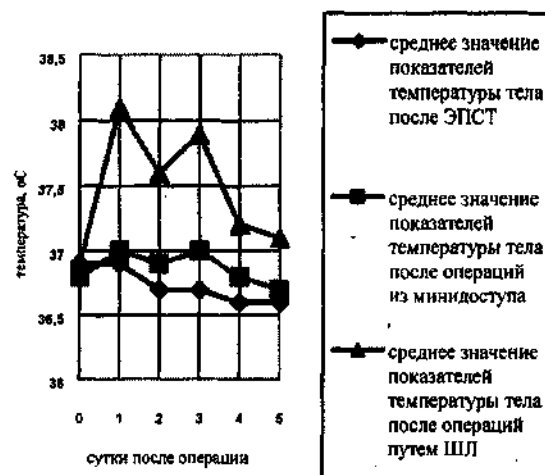


Рисунок. Динамика средних показателей температуры тела у больных после ЭПСТ, МЛ, ШЛ

Из больных, пролеченных методом ЭПСТ, лихорадка отмечалась у 24,2% пациентов, температурная реакция у которых постепенно снижалась в течение 2-3 суток. Таким образом, в срок до 5 суток у 100% пациентов первой группы лихорадка прекратилась. В группе больных, перенесших оперативные вмешательства через МЛ доступ с использованием комплекта инструментов «мини-ассистент», лихорадка до 5 суток купировалась у 94,1%, продолжалась более 5 суток у 5,9% пациентов. Среди пациентов, леченных методом ШЛ, температурная реакция до 5 суток купировалась у 71,7% пациентов, более 5 суток продолжалась у 28,3%.

Таким образом, температурная реакция после разрешения хирургической патологии была менее выраженной у больных основной группы, как итог мининвазивного вмешательства, и более выраженной при ШЛ, что объясняется большим объемом хирургического вмешательства и более тяжелой хирургической патологией.

По количеству послеоперационных осложнений также имеется существенное раз-

личие между первой и второй группами пациентов, пролеченных миниинвазивными методами, и третьей группой.

У 1 (3,4%) больного первой группы в раннем послеоперационном периоде, после выполненной ЭПСТ, возникло кровотечение из зоны разреза. Эндоскопический гемостаз был неэффективен. Выполнены минилапаротомия, дуоденотомия, ушивание кровоточащего сосуда, дренирование подпеченочного пространства.

У больных второй группы в послеоперационном периоде осложнения возникли у 4 (5,8%) пациентов, из них у 3 (4,4%) имели место осложнения гнойно-септического характера: нагноение послеоперационной раны - 1, формирование абсцесса - 1, подпеченочного абсцесса - 1.

Одна больная пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями длительно протекающего резидуального холедохолитиаза умерла после минилапаротомии, холедохолитотомии, холедоходуоденоанастомоза (ХДА), дренирования подпеченочного пространства на фоне нарастающих явлений полиорганной недостаточности.

В третьей группе послеоперационные осложнения возникли у 9 (16,1%) пациентов. Из специфических осложнений развились: несостоятельность ХДА, разлитой желчный перитонит - 1, выпадение Т-образного дренажа из холедоха - 1. У 7 (12,5%) пациентов развились неспецифические осложнения: подпеченочная гематома - 1, нагноение послеоперационной раны - 2, серома послеоперационной раны - 2, острая сердечно-легочная недостаточность - 1, острая печеночно-почечная недостаточность - 1.

При этом выполнены 3 релапаротомии: 1-я - по поводу подпеченочной гематомы по-

сле холедохолитотомии и ХДА; 2-я - по поводу выпадения Т-образного дренажа из холедоха на вторые сутки после операции; 3-я - по поводу несостоятельности швов ХДА, разлитого желчного перитонита после холедохолитотомии, трансдуоденальной папиллосфинктеротомии, ХДА.

У 3 пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями длительно протекающего резидуального холедохолитиаза в раннем послеоперационном периоде наступил летальный исход.

Таким образом, при ЭПСТ осложнения развились у 3,4% больных, при МЛ - у 5,8% и при ШЛ - у 16,1% пациентов.

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 приведенных данных видно преимущество миниинвазивных методов лечения.

Летальности в первой группе не было. Во второй группе она составила 1,4%, а в третьей - 5,3%.

#### Выводы

Полученные данные свидетельствуют о преимуществе миниинвазивных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза и их невысокой травматичности<sup>TM</sup>. Учитывая данное обстоятельство, миниинвазивные методы оперативного лечения могут быть рекомендованы для введения в клиническую практику, с учетом показаний к тому или иному оперативному лечению, как метод выбора при рецидивном и резидуальном холедохолитиазе, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста.

*Получено 13.11.06.*

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кочнев О.С. Механическая желтуха: лапаротомия или эндоскопия / О.С. Кочнев, И.А. Ким, А.Г. Валеев // Хирургия. - 1990. - № 2. - С. 26-32.
2. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов, В.А. Мовчун // Вестник Российской академии мед. наук. - 1997. - № 9. - С. 25-29.
3. Малоинвазивные вмешательства в хирургическом лечении больных с острым холециститом и холедохолитиазом / П.Г. Кондратенко, Е.Е. Раденко, А.Ф. Элин [и др.] // Анналы хирургической гепатологии: Тезисы докладов IV Международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ. - 1998. - Т. 3, № 3- С. 73.
4. Милонов О.Б. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии / О.Б. Милонов, К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.
5. Рабдиль О.С. Экстракорпоральная литотрипсия / О.С. Рабдиль // Клиническая хирургия. - 1992. - № 3-4. - С. 19-27.
6. Ревякин В.И. Эндоскопические методы в диагностике и лечении осложнений желчнока-

менной болезни: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1989. - 42 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. Сравнительная оценка методов лечения постхолецистэктомического холедохолитиаза / А.С. Ермолов, Э.П. Рудин, А.В. Богданов, С.В. Юрченко // Тезисы докладов I Московского международного конгресса хирургов. - М., 1995. - С. 360-361.
9. Сравнительная оценка эффективности различных методов лечения печеночной недостаточности при механической желтухе / А.А. Чумаков, А.Н. Хорев, В.Н. Малащенко, С.В. Козлов // Современные проблемы хирургической гепатологии: Тез. докл. IV конф. хирургов-гепатологов. - Тула, 1996. - Т. 1. - С. 117.
10. Федоров И.В. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, В.В. Одинцов. - М: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. - 352 с.
11. Andersen J. Open surgery of choledochus in Denmark / J. Andersen, V.B. Kristiansen, H. Kehlet // Ugeskr. Laeger. - 1996. - Vol. 158, N 44. - P. 6263-6265.
12. Deziel D.J. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4, 292 hospitals and an analysis of 77 604 cases / D.J. Deziel, K.W. Milikan // Amer. J. Surg. - 1993. - Vol. 165. - P. 9-14.
13. Open biliary surgery and the use of routine inpatient audit / A.W. Bradbury, P.A. Stonebridge, I.W. Wallace [et al.] // J. Coll. Surg. Edinb. - 1993. - Vol. 38, N 2. - P. 86-88.
14. Russell R.C. General surgery: biliary surgery / R.C Russell // Br. Med. J. - 1993. - Vol. 307, N 13. - P. 1266-1269.

616.366-089.87

© М.А. Новиков, 2007

М.А. Новиков

# **ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ СЕГОДНЯ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА МУЗГКБ № 6, г. Челябинск**

*Автором исследованы сравнительные характеристики различных видов оперативного вмешательства при калькулезном холецистите: традиционной, лапароскопической (ЛХЭ) и мини-инвазивной холецистэктомии. Показано увеличение количества осложнений при ЛХЭ и преимущества малоинвазивных технологий по стандартным показателям.*

**Ключевые слова:** холецистэктомия, осложнения, стандартные показатели.

M.A. Novikov

## **UP-TO-DATE CHOLECYSTECTOMY. COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF SURGERY FOR CALCULOUS CHOLECYSTITIS**

*The author has studied comparative characteristics of a variety of surgical interventions in calculous cholecystitis including traditional, laparoscopic and invasive cholecystectomy. An increase in the number of complications in laparoscopic cholecystectomy and advantages of invasive technologies according to standard indices has been shown.*

**Key words:** cholecystectomy, complications, standard indices.

Желчно-каменная болезнь - наиболее распространенное заболевание в современной хирургической гастроэнтерологии, и в настоящее время вопросы ее хирургического лечения остаются весьма актуальными.

В последние годы заболеваемость желчно-каменной болезнью и хроническим калькулезным холециститом не имеет тенденции к снижению - ежегодно в мире производится до 2,5 миллиона операций по поводу этой патологии.

При хирургическом лечении холелитиаза в последние 10-15 лет повсеместное рас-

пространение получили малотравматичные способы оперативного лечения -<sup>1</sup> лапароскопическая холецистэктомия и холецистэктомия из минимального лапаротомного доступа. Однако, несмотря на многочисленные достоинства этих оперативных пособий - малый оперативный доступ, минимальная травматичность тканей передней брюшной стенки, достаточные возможности оптической и инструментальной ревизии, абактериальность, выраженный косметический эффект, короткие сроки послеоперационной реабилитации, отчетливый экономический эффект - возникают