

Численность больных, страдающих желчнокаменной болезнью, ежегодно увеличивается, холецистолитиаз выявляется у 10–20 % населения развитых стран. Среди осложнений основное место занимает холедохолитиаз, который встречается у 10–35 % пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние 6 лет в клинике оперированы 152 больных с холедохолитиазом, из которых у 82 были применены малоинвазивные методы лечения. Женщин было – 97, мужчин – 27 в возрасте от 19 до 59 лет, 28 человек были старше 60 лет. Длительность заболевания варьировала – от 4 месяцев до 23 лет.

Инструментальная визуализация включала: УЗИ, КТ, ФГДС, ЭРХПГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию, а во время операции – холангиографию, фиброхоледохоскопию. Сочетанное использование методов позволило установить точный диагноз до операции в 97,8 % случаев. Помимо холедохолитиаза, у 81,3 % больных были диагностированы: стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (18 %), острый холецистит (28 %), острый гнойный холангит (22 %), острый панкреатит (24 %), протекающие почти в половине наблюдений в форме различных сочетаний. Синдром Мириizzi был выявлен у 3,1 % больных: 1-я форма в 2-х случаях и 2-я – в 1 случае.

Показанием к выполнению ЭРХПГ, интраоперационной холангиографии, интраоперационной холедохоскопии считали сочетание нескольких критериев: расширение диаметра общего желчного протока более 0,8 см, экзопозитивные структуры общего желчного протока, предшествующая или существующая в анамнезе механическая желтуха, повышение биохимических показателей холестаза. При наличии механической желтухи, у пациентов с ЖКБ и уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л, выполнялось чреспеченочная холангиография в 126 случаях (82,8 %), у 26 (17,2 %) пациентов от проведения этой процедуры воздержались. Чреспеченочная холангиография выполняла лечебную и диагностическую функции, информативность составила 98 %.

При холедохолитиазе пациентам выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию по оригинальной методике (заявка № 2011123057/14(034164)). После эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии удаляли камни из протоков. При этом вмешательстве сфинктер общего желчного протока рассекается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру. Канюляционным способом эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выполнена в 87 % случаев, в 5 % – неканюляционным, а у 8 % больных использовалась комбинированная методика. В большинстве случаев (74 %) декомпрессия холедоха проведена одномоментно, в остальных за 2–3 исследования. У 2-х больных ЭПСТ выполнить не удалось: при интрадивертикулярном расположении большого сосочка двенадцатиперстной кишки, и при «плоском» щелевидном его варианте и вклиненном камне. Мы сторонники активной тактики удаления конкрементов, поэтому практически во всех случаях холедохолитиаза использовали литоэкстракцию с помощью корзинки Dormia – 86 %, или баллонного катетера – 14 %. Осложнения (кровотечение, перфорация, панкреатит, холангит) наблюдались в 5 % случаев, а летальность составила 0,5 %. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография применялась для разрешения обструкции желчных путей камнями в 98 % и санации протоков в 2 %.

При механической желтухе придерживаемся тактики двухэтапного оперативного лечения. Одновременно с лечебно-диагностическими процедурами проводили консервативную терапию, по коррекции и предупреждению прогрессирования печеночно-почечной недостаточности, и инфекционных осложнений. После выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, вторым этапом, выполняли радикальные операции в «холодном периоде» – 94 %. При прогрессировании желтухи и холангита в течение 24–48 часов выполняли оперативное лечение – 6 %.

Таким образом, холедохолитиаз, как осложнение желчекаменной болезни встречается часто и требует двухэтапного хирургического лечения; с применением в первую очередь более щадящих и эффективных методов. Вторым этапом необходимо выполнить радикальное оперативное пособие с минимальным риском для жизни больного.

И.А. Ганичева, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков

ТАКТИКА ПРИ ИНФИЛЬТРАТАХ МАЛОГО ТАЗА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЛИТЕЛЬНОМ НАХОЖДЕНИЕМ ВМС В ПОЛОСТИ МАТКИ

**ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)**

Цель: определить тактику при инфильтратах малого таза, обусловленных длительным нахождением ВМС в полости матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2005 по 2011 г. были госпитализированы 47 пациенток с диагнозом: инфильтрат полости малого таза, осложненный обтурационной кишечной непроходимостью. Все были оперированы в экстренном порядке в районных больницах Новосибирской области, была выполнена петлевая колостомия. При обследовании в условиях отделения колопроктологии было установлено, что всех пациенток объединяет факт наличия ВМС в полости матки от 7 до 20 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всем пациенткам в первую очередь было выполнено удаление инородного тела из полости матки. Затем проведен курс противовоспалительной терапии (антибиотики широкого спектра, местно — клизмы или свечи с препаратами 5-АСК), обучение уходу за колостомой. После выписки из стационара за пациентками проводилось диспансерное наблюдение и повторные курсы противовоспалительной терапии. В сроки от 6 до 9 месяцев был констатирован полный регресс инфильтрата малого таза и полное восстановление проходимости отключенного из пассажа отдела толстой кишки в сочетании с купированием воспаления слизистой, как необходимое условие для ликвидации колостомы. Все стомы ликвидированы в срок от 6 до 12 месяцев.

ВЫВОДЫ

1. Долгительно находящаяся в полости матки ВМС провоцирует риск образования инфильтрата в полости малого таза, вовлекающего в воспалительный процесс кроме репродуктивных органов, стенку толстой кишки с явлениями кишечной непроходимости и возможной деструкцией.
2. При возникновении осложнений операцией выбора становится колостомия, исключая из пассажа пораженный отдел толстой кишки.
3. Окончательный диагноз и источник воспалительного процесса в полости малого таза устанавливается в специализированном лечебном учреждении, куда направляются стомированные больные.
4. Обязательным условием купирования воспалительного процесса является удаление ВМС и проведение соответствующей противовоспалительной терапии.
5. При проведении адекватного лечения такие воспалительные инфильтраты полностью регрессируют в сроки от 6 до 9 месяцев, после чего становится возможным выполнение восстановительной операции.

И.А. Ганичева, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков

ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ ФИБРОКОЛОНОСКОПИИ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

**ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)**

Цель: определить возможности ФКС с эндоскопической полипэктомией в профилактике и радикальном лечении рака толстой кишки на ранней стадии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В ГБУЗ НСО «ГНОКБ» с 2000 по 2011 г. выполнены 13 122 фиброколоноскопии. Фиброколоноскопия выполнялась у пациентов с клинической картиной дискинезии кишечника, возраст пациентов варьировал от 15 до 93 лет. Полипы толстой кишки различных локализаций были удалены у 3009 пациентов (22,93 %). Осложнений после манипуляции не было.

При патоморфологическом исследовании удаленного материала дисплазия средней и тяжелой степени определялась у 607 (20,17 %) пациентов. Малигнизация полипов и аденокарцинома (*carcinoma in situ*) определены у 89 (2,96 %) пациентов. В дальнейшем пациенты были поставлены на диспансерный учет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

После удаления озлокачествленных полипов проводился ежемесячный осмотр в течение года, затем через 3 месяца в течение второго года, затем через 6 месяцев пожизненно. После удаления доброкачественных полипов первый осмотр проводится через 3 месяца, затем каждые 6 месяцев 2 года, затем 1 раз в год пожизненно.