

УДК 616.366-033.7-036; 616.617-003.7-085

З.А.Темуров\*, Ф.И.Махмадов, М.С.Сулаймонов\*, З.С.Назаров\*,

член-корреспондент АН Республики Таджикистан К.М.Курбонов

**УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ КАЛЬКУЛЁЗНОГО  
ХОЛЕЦИСТИТА, СОЧЕТАЮЩЕГОСЯ С МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ***Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино,**\*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи*

*Проанализирован опыт лечения калькулёзного холецистита (КХ), сочетающегося с мочекаменной болезнью (МКБ). Пациенты с КХ, сочетающимся с МКБ, были разделены на контрольную группу (34 человека), для лечения которых применялись традиционные методы, и основную (40 человек), в диагностике и лечении которых были использованы современные технологии. При лечении КХ, сочетающегося с МКБ, использовали лапароскоп, дистанционный литотриптор и контактный литотриптор. В данной статье обосновано преимущество их применения в лечении больных КХ, сочетающимся с МКБ, по сравнению с традиционными методами.*

**Ключевые слова:** калькулёзный холецистит, сочетающийся с мочекаменной болезнью – лапароскопическая холецистэктомия – дистанционная литотрипсия – контактная уретеролитотрипсия – эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

До настоящего времени вопросы выполнения симультанных и (или) последовательных вмешательств, особенно при сочетании калькулёзного холецистита и мочекаменной болезни, остаются дискуссионными, что требует глубокого и всестороннего изучения [1,2]. Рассматривая формирование сочетанной патологии желчной и мочевыводящих систем с позиции единого патогенетического механизма, не всегда удается выяснить, какое заболевание является причиной, а какое следствием развившегося патологического процесса. В связи с тем, что патология билиарной и мочевыводящей системы является достаточно широко распространенной, нельзя исключить её как сочетание двух самостоятельно развившихся патологических процессов, так и общие механизмы их формирования [3,4]. Данных, подтверждающих или исключающих общие механизмы сочетания КХ и МКБ, нами в научной литературе не найдено.

Внедрение современных технологий в клиническую практику позволило существенным образом улучшить диагностику многих сочетанных заболеваний, а совершенствование анестезиологического и реанимационного обеспечения операций создало в настоящее время реальные условия для расширения объёма и одновременного выполнения нескольких оперативных вмешательств при сочетанной хирургической патологии [1,3,5].

Целью данной работы явилось улучшение результатов лечения КХ, сочетающегося с МКБ, с применением современной технологии.

**Адрес для корреспонденции:** Темуров Зайнулобидин Амирович. 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет. E-mail: Temurov1969@mail.ru

### Методы исследования

Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений за 74 больными с КХ, сочетающемся с МКБ, оперированными в клинике хирургических болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино, на базе ГКБ СМП г. Душанбе с 1990 по 2012 гг. Все пациенты с КХ, сочетающемся с МКБ, были разделены на две группы. В первую группу (контрольную) вошло 34 (45.9%) пациента, для лечения которых применялись традиционные методы. Во вторую (основную) группу было включено 40 (54.1%) больных, для диагностики и лечения которых были использованы современные технологии. Женщин было 58 (78.4%), мужчин – 16 (21.6%). Возраст пациентов составил от 20 до 84 лет. Следует отметить, что пациентам как контрольной, так и основной группы были выполнены симультанные и сочетанные – двухэтапные операции.

Больным проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования (рентгенография, УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ, видеолапароскопия).

### Полученные результаты и их обсуждение

Среди пациентов контрольной группы преобладали в основном больные, поступившие в плановом порядке (52.9%). Этим больным, учитывая отсутствие у них обострения сопутствующих заболеваний со стороны легочной и сердечно-сосудистой систем, были выполнены симультанные операции на жёлчной и мочевой системах. При наличии обострения сопутствующих заболеваний, а также при наличии экстренной патологии со стороны жёлчной или мочевыводящей системы в 16 (47.1%) наблюдениях прибегали к сочетанным двухэтапным оперативным вмешательствам (табл.1).

Таблица 1

Оперативные вмешательства у больных контрольной группы (n=34)

Характер оперативных вмешательств	Общее количество		Осложнения	
	Абс.	%	Абс.	%
I. Симультанные операции	18	52.9	5	27.8
Холецистэктомия + пиелолитотомия	10	29.4	2	20.0
Холецистэктомия + нефролитотомия	7	20.6	2	28.6
Холецистэктомия + уретеролитотомия	1	2.9	1	100
II. Сочетанные двухэтапные операции	16	47.1	3	18.7
Холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом по Юрашу-Виноградову + пиелолитотомия	4	11.8	1(1)	25.0
Холецистэктомия с ЭПСТ + нефролитотомия	2	5.9	1	50.0
Уретеролитотомия + холецистэктомия	3	8.8	1	33.3
Холецистэктомия + нефролитотомия	7	20.6		
Всего	34	100	8	23.5

Примечание: здесь и далее: ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Значительный прогресс в лечении больных с заболеваниями жёлчной и мочевыводящей систем произошёл благодаря внедрению в клиническую практику современных технологий.

Изучение непосредственных результатов симультанных эндоскопических вмешательств у 17 пациентов с КХ, сочетающемся с МКБ, показало их значительное преимущество (табл.2).

Таблица 2

## Характер симультанных эндоскопических вмешательств (n=17)

Выполненные операции	Абс.	%
Дистанционная нефролитотрипсия слева + ЛХЭ	6	35.3
Дистанционная уретеролитотрипсия слева+ЛХЭ	3	17.6
Дистанционная уретеролитотрипсия справа + ЭПСТ +ДЛТ желчного пузыря	1	5.9
КУЛТ справа + ЛХЭ	4	23.5
ЛХЭ + КУЛТ слева	3	17.6
Всего	17	100

**Примечание:** здесь и далее: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, ДЛТ – дистанционная литотрипсия, КУЛТ – контактная уретеролитотрипсия.

В 23 (57.5%) наблюдениях операции на органах жёлчной и мочевой системы проводились последовательно, не выписывая больного из стационара. Характер выполненных последовательных оперативных вмешательств с применением современных технологий представлен в табл. 3.

Таблица 3

## Характер сочетанных двухэтапных вмешательств с применением современной технологии (n=23)

Выполненные операции	Абс.	%
ДЛТ почки справа с последующей ЛХЭ	3	13.0
ЛХЭ с последующей ДЛТ почки справа	4	17.4
ЭПСТ + ДЛТ холедоха с последующей ДЛТ почки справа	2	8.7
ЛХЭ с последующей ДЛТ почки слева	5	21.7
ДЛТ почки слева последовательно с ЭПСТ + ЛХЭ и последующей ДЛТ почки справа	2	8.7
ЭПСТ + ДЛТ холедоха с последующей ДЛТ мочеточника справа	2	8.7
ЛХЭ с последующей ДЛТ мочеточника слева	1	4.3
ДЛТ мочеточника слева с последующей ЭПСТ + ДЛТ холедоха.	1	4.3
КУЛТ слева с последующей ЛХЭ	1	4.3
Холецистэктомия с последующей ДЛТ почки слева	2	8.7
Всего	23	100

При лечении сочетания жёлчнокаменной и мочекаменной болезни из малоинвазивных методов лечения нами широко использовались ЛХЭ, ДЛТ и контактная литотрипсия (КЛТ).

Как следует из табл. 2 и 3, больным КХ, сочетающемся с МКБ, независимо от выбора подхода к вмешательству, в 32 (80.0%) наблюдениях операции на жёлчной системе были выполнены видеолaparоскопическим методом, в том числе в 24 (60.0%) случаях ЛХЭ сочеталась с ДЛТ и в восьми (20.0%) - с КУЛТ. Причиной проведения традиционной холецистэктомии в двух (5.0%) случаях при последовательном подходе являлось наличие противопоказаний к применению малоинвазивной технологии.

По показаниям, согласно разработанным в клинике критериям, в шести наблюдениях эффективно использовали методику дистанционной литотрипсии для дробления конкрементов жёлчного пузыря и общего жёлчного протока.

Эффективность метода ДЛТ определялась адекватной фрагментацией конкрементов, их элиминацией, отсутствием осложнений во время процедуры и последующего их отхождения из холедоха. У всех шести больных с наличием конкремента желчевыводящей системы после литотрипсии была достигнута адекватная фрагментация. Для этого двум пациентам потребовался один сеанс и

четырёх больным два сеанса билиарной литотрипсии. Среднее количество сеансов для достижения полной фрагментации камней желчевыводящей системы составляло 1.7.

На основании анализа результатов лечения больных КХ, сочетающемся с МКБ, выработаны показания и противопоказания к проведению билиарной литотрипсии дистанционным методом. Обязательным требованием выполнения ДЛТ, наряду с другими показаниями, является предварительное проведение эндоскопической папиллосфинктеротомии с целью создания нормальных условий для отхождения конкрементов.

Убедительными показателями эффективности метода ДЛТ при лечении больных МКБ является отсутствие каких-либо осложнений во время процедуры, достижение полной дезинтеграции и отхождения конкрементов из мочевыводящей системы.

Дезинтеграция конкрементов на должном уровне была достигнута у всех (n=32) больных КХ, сочетающемся с МКБ. Для этого 25 (78.1%) пациентам потребовался один сеанс и семи (21.9%) больным – по два сеанса ДЛТ. Следует отметить, что у больных мочекаменной болезнью желаемый результат был получен на первом этапе проведения лечения методом ДЛТ, а среднее количество сеансов для достижения полной фрагментации камней составляло 1.2.

Сравнительный анализ непосредственных результатов симультанных вмешательств, а также этапных сочетанных операций у больных КХ, сочетающемся с МКБ, с применением традиционных и современных методик свидетельствовал о значительном преимуществе современных методов лечения (табл. 4).

Таблица 4

Непосредственные результаты лечения больных КХ, сочетающемся с МКБ

Характер послеоперационных осложнений	Методы лечения	
	традиционные (n=34)	современные (n=40)
Нагноение раны	6	-
Внутрибрюшное кровотечение	1	-
Полиорганная недостаточность	1(1)	-
Острый пиелонефрит	-	2
Окклюзия мочеточника	-	3
Всего	8	5

Как видно из представленной таблицы, у больных после традиционных оперативных вмешательств отмечали такие осложнения, как нагноение ран (n=6), внутрибрюшное кровотечение (n=1), требующее выполнения релапаротомии, а также полиорганная недостаточность, приведшая к летальному исходу (n=1).

Тогда как из общего числа больных, пролеченных с применением современных технологий, в послеоперационном периоде у пяти (15.6%) пациентов отмечались такие осложнения, как обструкция мочеточника формированием «каменной дорожки» (n=3), для которых потребовался повторный сеанс литотрипсии, острый обструктивный (n=1) и необструктивный пиелонефрит (n=1), которые были устранены консервативными мероприятиями.

Проведённая сравнительная оценка непосредственных результатов лечения больных КХ, сочетающемся с МКБ, выявила преимущества дифференцированной хирургической тактики с приме-

нением современных технологий, по сравнению с традиционной тактикой, что проявилось в уменьшении количества осложнений с 23.5 до 12.5%, сокращением продолжительности пребывания пациента в стационаре с  $16.3 \pm 0.86$  до  $6.7 \pm 0.4$  койко-дней и снижением летальности с 2.9% до нуля.

Полученный положительный опыт применения дифференцированной хирургической тактики и современных технологий при лечении больных КХ, сочетающемся с МКБ, открывает новые возможности для улучшения результатов хирургического лечения.

*Поступило 26.04.2013 г.*

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Александров С.В. – Новости хирургии, 2013, т. 21, №2, с. 45-53.
2. Абоян И.А., Павлов С.В., Абоян В.Э. – Материалы Пленума правления Российского общества урологов. – Сочи, 2003, с. 34.
3. Бешлиев Д.А. Опасности, ошибки, осложнения дистанционной литотрипсии. Их лечение и профилактика: Автореф. дисс... к.м.н. – М., 2003, 28 с.
4. Гурьянов А.С. – Рос. мед. вести, 2003, № 1, с. 32-36.
5. Chang W.H., Chu C.H., Wang T.E. – World J. Gastroenterol., 2005, v. 11, p. 593.

**А.Темуров\*, Ф.И.Махмадов, М.С.Сулаймонов\*, З.С.Назаров\*, К.М.Курбонов**

### **БЕҲТАРШАВИИ НАТИҶАИ ТАБОБАТИ ХОЛЕСИСТИТИ КАЛКУЛЁЗӢ ДАР ҲАМРАВИ БО БЕМОРИИ САНГИ ПЕШОБ**

*Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуали ибни Сино,*

*\*Беморхонаи клиникӣ шаҳрии ёрии тиббии таъҷилӣ*

Дар мақолаи зерин таҳлили таҷрибаи табобати беморони холесистити калкулёзӣ дар ҳамрави бо бемории санги пешоб оварда шудааст. Беморон бо холесистити калкулёзӣ дар ҳамравии бемории санги пешоб ба гуруҳи назоратӣ (34), ки барои табобаташон усулҳои маъмулӣ ва ба гуруҳи асосӣ (40), ки бо истифода аз технологияи муосир ташхис ва табобат ёфтаанд, тақсим карда шудаанд. Барои табобати беморон аз технологияи муосир истифодаи лапароскоп, литотриптори берунадомӣ ва дарунадомӣ ба роҳ монда шуда дар мақолаи мазкур бартари истифодаи онҳо дар табобати бемории холесистити калкулёзӣ дар ҳамравии бемории санги пешоб нисбат ба усулҳои маъмули ҷарроҳӣ, нишон дода шудаанд.

**Калимаҳои калидӣ:** холесистити калкулёзӣ дар ҳамравии бемории санги пешоб – холесистэктомияи лапароскопӣ – литотрипсияи берунадомӣ – уретеролитотрипсияи дарунадомӣ – папилофиноктеротомияи эндоскопӣ.

Z.A.Temurov\*, F.I.Mahmadov, M.S.Sulaymonov\*, Z.S.Nazarov\*, K.M.Kurbonov

## IMPROVED HEALTH OUTCOMES CALCULOUS CHOLECYSTITIS IS COMBINED WITH UROLITHIASIS

*Abuali ibn Sino Tajik State Medical University,*

*\*City Clinical Hospital of Urgent Medical Help*

The experience of treatment of calculous cholecystitis (CC) are combined with urinestone disease (USD) in patients is analyzed. Patients with CC combined with USD were divided into a control group (34), in which traditional methods of the treatment was used, and basic group (40) in the diagnosis and treatment of which have been used modern technology. In treatment of CC, combined with the USD, were used a laparoscope, remote lithotripter and contact lithotripter. This article proves advantage of their using in the treatment of patients with CC combined with USD, in comparison to traditional methods.

**Key words:** *calculous cholecystitis combined with stone disease – laparoscopic cholecystectomy – extracorporeal lithotripsy – contact ureterolithotripsy – papilosfinkterotomiya endoscopy.*