

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МИНИЛАПАРОТОМНАЯ ФИБРОХОЛЕДОХОСКОПИЯ И ЛИТОЭКСТРАКЦИЯ ПРИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

Деговцов Е. Н., Возлюбленный С. И., Возлюбленный М. С.

Омская государственная медицинская академия

Медико-санитарная часть № 4, Омск

РЕЗЮМЕ

Проведен анализ результатов оперативного лечения 55 больных холецистохоледохолитиазом, которым выполнялась мини-лапаротомная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция. Определены способ и возможности фиброхоледохоскопии. Сделаны выводы, что фиброхоледохоскопия может быть выполнена как одномоментная коррекция холедохолитиаза при наличии показаний. Одноэтапная коррекция холецистохоледохолитиаза с применением мини-инвазивных методик позволяет сохранить сфинктерный аппарат холедоха и избежать открытых оперативных вмешательств. Делается вывод о том, что мини-лапаротомная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция являются обоснованными и обеспечивают хорошие непосредственные результаты.

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, фиброхоледохоскопия, мини-инвазивные операции.

SUMMARY

An analysis of results of surgical treatment of 55 patients with an cholecystocholedocholithiasis who had undergone minilaparotomic fibrocholedochoscopy and lithoextraction. In conclusion it is stated, that this method can be provided in most of patients and guarantees good postoperative results.

Key words: minimally invasive operations, cholecystocholedocholithiasis, fibrocholedochoscopy.

ВВЕДЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь остается актуальной проблемой современной хирургии, особенно осложненных холедохолитиазом форм. По данным отечественных и зарубежных авторов, она является самой распространенной патологией в мире и составляет от 18 до 21% [1, 5]. Необходимо отметить, что уже при первичном обращении у 15–18% больных имеются конкременты в холедохе [3, 4]. В связи с этим своевременная диагностика и лечение холедохолитиаза приобретает огромное значение. Большое значение имеет выбор способа оперативного лечения. Применение открытого лапаротомного доступа при оперативном лечении пациентов с холецистохоледохолитиазом характеризуется травматичностью, что негативно сказывается на результатах оперативного лечения данной категории больных.

Применение лапароскопического оперативного лечения больных с холецистохоледохолитиазом не всегда возможно из-за наличия противопоказаний к применению данной технологии.

В связи с этим применение мини-лапаротомного доступа открывает новые возможности применения мини-инвазивного лечения больных с холецистохоледохолитиазом [2]. Сдерживающим фактором использования данного доступа являются технические трудности по проведению интраоперационной холедохоскопии и литоэкстракции, что явилось основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования — изучить возможности применения мини-лапаротомного доступа с интраоперационной фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией при лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, с сохранением целостности большого дуоденального сосочка.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для применения мини-лапаротомного доступа с интраоперационной фиброхоледохоскопией и лито-

экстракцией при оперативном лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, разработано устройство для проведения холедохоскопа (патент на полезную модель № 45917 от 8.12.2004), позволяющее устранять технические трудности выполнения данного этапа оперативного лечения.

С 2002 по 2008 год в хирургическом отделении медико-санитарной части № 4 при оперативном лечении 55 больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, применен мини-лапаротомный доступ, при котором с помощью разработанного устройства осуществлялась интраоперационная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция.

Всего прооперировано 55 больных в возрасте от 28 до 79 лет. 27 (49%) пациентов были старше 60 лет, из них 15 (27,8%) мужчин и 40 (72,2%) женщин; средний возраст больных — $62,7 \pm 6,4$ года.

У 55 больных мы производили интраоперационную фиброхоледохоскопию во время мини-лапаротомных оперативных вмешательств по поводу хронического и острого калькулезного холецистита. Показаниями для проведения холедохоскопии являлись признаки гипертензии в желчных протоках, выявленные при предоперационном обследовании больных (гипербилирубинемия с преобладанием прямой фракции билирубина, повышение показателей щелочной фосфатазы, наличие желтухи, расширение внутripеченочных протоков и холедоха больше 10 мм по данным УЗИ), а также по данным визуального осмотра холедоха во время операции. В этих случаях нами выполнялись интраоперационная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция по показаниям, без предварительной эндоскопической папиллосфинктеротомии, с целью сохранения целостности большого дуоденального сосочка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для мини-лапаротомии использовался набор инструментов «Мини-Ассистент» фирмы «Лига-7». Мини-лапаротомная холецистэктомия была выполнена 55 пациентам, которая в ходе оперативного вмешательства сочеталась с холедохотомией и интраоперационной фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией с помощью устройства. Для осмотра и санации просвета холедоха применялся фиброхоледохоскоп *Olympus*.

После удаления желчного пузыря и выполнения холедохотомии в продольном направлении в просвет холедоха вводится устройство с последующей фиброхоледохоскопией и литоэкстракцией. Извлечение конкрементов производилось с помо-

щью корзинок Дормиа или зонда Фогарти. Операция заканчивалась дренированием холедоха и брюшной полости. У 39 пациентов операция закончилась установкой наружного Т-образного дренажа по Керу, у 16 пациентов холедох дренировался по Холстеду — Пиковскому.

Послеоперационный период у 52 пациентов протекал без осложнений. У 3 пациентов в послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: в одном случае — нагноение послеоперационной раны, желчеистечение из ложа желчного пузыря имело место у одного пациента, которое было купировано консервативно, и в одном случае была правосторонняя пневмония.

В среднем лечение составило $20,4 \pm 1,32$ койко-дня. Летальных исходов не наблюдалось. На 20-й день после операции выполняли фистулохолангиографию и дренаж удаляли.

ВЫВОДЫ

В отличие от рентгеновских методов диагностики мини-лапаротомная фиброхоледохоскопия позволяет детально обследовать не только холедох, но и проксимальные отделы гепатобилиарной системы, выявлять внутripеченочный литиаз, оценивать состояние слизистой протоков, выраженность холангита, при необходимости предоставляет возможность взять биопсию непосредственно с измененного участка, тем более что устранение холедохолитиаза происходит с сохранением целостности большого дуоденального сосочка. Одним из преимуществ фиброхоледохоскопии является возможность использовать ее не только с диагностической целью, но и с лечебной. Несмотря на то что мини-лапаротомные вмешательства на желчных протоках технически достаточно сложны, требуют дополнительного оборудования, им присущи все преимущества мини-инвазивных вмешательств.

Созданное устройство, с помощью которого без технических трудностей выполняются мини-лапаротомная фиброхоледохоскопия и литоэкстракция при оперативном лечении больных желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, позволяет:

1. улучшить как диагностику, так и результаты оперативного лечения данной патологии;
2. сохранить сфинктерный аппарат большого дуоденального сосочка и предотвратить применение открытых методов оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А. Е. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки/А. Е. Борисов, В. П. Земляной, С. Л. Непомнящих и др.//Анн. хирург. гепатол. — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 22–30.
2. Прудков, М. И. Мини-лапаротомия и «открытые» лапароскопические операции в лечении больных желчнокаменной болезнью/М. И. Прудков//Хирургия. — 1997. — № 1. — С. 32–35.
3. Стрекаловский, В. П. Эндоскопические и лапароскопические методы лечения холедохолитиаза/В. П. Стрекаловский, С. Н. Куприянов, О. В. Жилин и др.//Эндоск. хирургия. — 2000. — № 2. — С. 45.
4. Шаповальянц С. Г. Диагностика холедохолитиаза и папиллостеноза у больных острым калькулезным холециститом/С. Г. Шаповальянц, А. Г. Мыльников, А. Г. Паньков и др.//Анн. хирург. гепатол. — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 33–39.
5. Coppola, R. Selective use of endoscopic retrograde cholangiopancreatography to facilitate laparoscopic cholecystectomy without cholangiography. A review of 1139 consecutive cases./R. Coppola, M. E. Riccioni, S. Ciletti et al.//Surg. Endosc. — 2001. — Vol. 15. — P. 1213–1216.