

И.А. Энганоев, Р.Б. Мумладзе, М.З. Эминов, А.Ю. Герасимов  
**ЗНАЧЕНИЕ ЧРЕСКОЖНЫХ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ  
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ  
ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*ГОУ ДПО РМАПО Росздрава, г. Москва*

Проанализированы результаты лечения 516 больных с осложненными формами желчно-каменной болезни (ЖКБ), у которых применялась этапная тактика лечения. Из них 319 (61,8%) пациентов находились на лечении по поводу острого обтурационного калькулезного холецистита, а 197 (38,2%) пациентов по поводу ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. На первом этапе лечения у пациентов с острым обтурационным калькулезным холециститом выполнялось дренирование желчного пузыря под контролем ультразвука, а холецистэктомия выполнялась вторым этапом после стихания воспалительного процесса в желчном пузыре, поджелудочной железе, коррекции патологии желчных протоков и большого дуоденального сосочка (БДС) при их наличии, сопутствующей соматической патологии. У больных с холедохолитиазом и механической желтухой первым этапом выполнялась декомпрессия желчевыводящих протоков, что позволило разрешить желтуху и подготовить больных ко второму этапу – радикальному лечению. Внутренняя декомпрессия и санация желчных протоков путем эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в сочетании с литоэкстракцией выполнены у 104 (52,8%) больных. У 8 (4,1%) пациентов с вклиненными конкрементами БДС была выполнена эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия. Послеоперационная летальность и частота послеоперационных осложнений у больных с острым обтурационным калькулезным холециститом составили 1,6% и 5,0%, а у больных с холедохолитиазом и механической желтухой – до 4,1% и 13,7% соответственно.

**Ключевые слова:** желчно-каменная болезнь, острый обтурационный калькулезный холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, чрескожно-чреспеченочная холецистостомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

I.A. Enganoyev, R.B. Mumladze, M.Z. Eminov, A.Yu. Gerasimov  
**THE ROLE OF TRANSCUTANEOUS AND ENDOSCOPIC THERAPY METHODS  
IN COMPLICATED CHOLELITHIASIS**

Outcomes of 516 patients with complicated cholelithiasis following a stepwise treatment were analyzed. Out of the total number, 319 (61.8%) were treated for acute obstructive calculous cholecystitis and 197 (38.2%) received therapy for cholelithiasis with concurrent choledocholithiasis and obstructive jaundice. At the initial phase of therapy, all patients with acute obstructive calculous cholecystitis underwent an US-guided transcutaneous gallbladder drainage, with cholecystectomy performed as the second therapy phase after subsidence of inflammation in the gallbladder and pancreas, as well as after biliary tract, major duodenal papilla and concomitant somatic pathologies correction in case of their occurrence. Biliary ducts decompression was initially administered in choledocholithiasis and obstructive jaundice patient group which ensured recovery from jaundice and patient preparation for the subsequent radical treatment. Endoscopic decompression and bile ducts sanitation by means of endoscopic papillosphincterotomy with lithoextraction was carried out in 104 (52.8%) patients. Endoscopic suprapapillary choledochoduodenostomy was performed in 8 (4.1%) patients with major duodenal papilla stone impaction. Postoperative mortality and postoperative complications incidence rates in patients with acute calculous obstructive cholecystitis were 1.6% and 5.0%, while in patients with choledocholithiasis and obstructive jaundice the rates made up to 4.1% and 13.7%, respectively.

**Key words:** cholelithiasis, acute obstructive calculous cholecystitis, choledocholithiasis, obstructive jaundice, transcutaneous transhepatic cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

В последние годы наряду с неуклонным ростом больных с желчно-каменной болезнью (ЖКБ) отмечается и рост её осложненных форм. Большинство этих больных – люди пожилого и старческого возраста, имеющие различные сопутствующие заболевания. Они составляют так называемую группу риска [1,7,9,10,11].

Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций при осложненных формах ЖКБ остается в несколько раз выше, чем при плановых оперативных вмешательствах, что связано как с поздней госпитализацией пациентов, так и с несовершенством хирургической тактики [2,4,6,11].

До настоящего времени наиболее спорными в лечении остаются вопросы тактики лечения, сроки выполнения хирургического вмешательства и определение вида операции. Нет единого мнения об оптимальных сроках декомпрессии желчного пузыря и желчных протоков, выполнения радикального опера-

тивного вмешательства у больных с острым обтурационным холециститом и механической желтухой при применении этапной тактики лечения [1;7;11]. Имеющиеся в настоящее время публикации, посвященные данной проблеме, не позволяют сформировать четкое мнение относительно выбора тактики лечения, места и роли малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении этой сложной патологии, что требует дальнейшего изучения [3,5,8,12].

#### **Материал и методы**

Настоящая работа основана на анализе результатов хирургического лечения 516 больных с осложненными формами ЖКБ за период с 2004 по 2008 год, находившихся на лечении в ГКБ им. С.П. Боткина. Из них 319 (61,8%) пациентов находились на лечении по поводу острого обтурационного калькулезного холецистита, а 197 (38,2%) – по поводу ЖКБ, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

У больных с острым обтурационным калькулезным холециститом мужчин было 96 (30,4%), женщин – 223 (69,6%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:3,1. Средний возраст больных составил  $72,6 \pm 9,8$  года. В данной группе 53 (16,7%) пациента поступили в стационар в течение первых суток, 154 (48,3%) больных – через 2-е суток, а 112 (35,0%) больных – более 3-е суток от начала заболевания.

У пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой мужчин было 63 (32,0%), женщин – 134 (68,0%). Соотношение мужчин и женщин составило 1:2,7. Средний возраст больных –  $67,8 \pm 11,3$  года. Средняя длительность механической желтухи при поступлении –  $14,7 \pm 6,2$  суток. Уровень общего билирубина в сыворотке крови больных при поступлении составил от 36 до 543 мкмоль/л. У 76 (38,6%) больных механическая желтуха осложнилась гнойным холангитом.

Показаниями к применению этапного способа лечения при неэффективности проводимой консервативной терапии больных с острым обтурационным калькулезным холециститом являлись: длительность заболевания более 3-х суток; возраст старше 60 лет и наличие тяжелых сопутствующих заболеваний; наличие острого панкреатита, патологии внепеченочных желчных протоков (ВЖП) и БДС.

Первым этапом лечения у данных пациентов выполнялось дренирование желчного пузыря под контролем ультразвука (ЧЧХС), а холецистэктомия выполнялась вторым этапом после стихания воспалительного процесса в желчном пузыре, поджелудочной железе, коррекции патологии ВЖП и БДС при их наличии, сопутствующей соматической патологии.

У больных с холедохолитиазом и механической желтухой первым этапом выполнялась декомпрессия желчевыводящих протоков, что позволило разрешить желтуху и подготовить больных ко второму этапу – радикальному лечению.

Внутренняя декомпрессия и санация желчных протоков путем ЭПСТ в сочетании с литоэкстракцией выполнены у 104 (52,8%) больных. У 8 (4,1%) пациентов с вклиненными конкрементами БДС была выполнена эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия (ЭХДС).

У 85 (43,1%) пациентов не удалось на первом этапе устранить холедохолитиаз путем ЭПСТ. В целях декомпрессии желчных протоков у этих больных выполнялась наружная декомпрессия. Из них у 72 (36,5%)

пациентов выполнялась чрескожно – чреспеченочное дренирование желчных протоков (ЧЧХГС), а у 13 (6,6%) пациентов – чрескожно – чреспеченочное дренирование желчного пузыря (ЧЧХС) под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем.

### Результаты и обсуждение

У 113 (35,4%) больных оперативное вмешательство выполнялось в экстренном порядке. Их них у 52 больных холецистэктомия выполнялась лапароскопическим доступом, у 26 больных – из мини-лапаротомного доступа, у 35 больных – лапаротомным способом.

Этапный способ хирургического лечения применялся у 206 (64,6%) больных при отсутствии положительного эффекта от проведенной консервативной терапии в течение 6-12 часов. Первым этапом лечения у данных пациентов выполнялась микрохолецистостомия чрескожным способом под контролем ультразвука. Холецистэктомия выполнялась вторым этапом после стихания воспалительного процесса в желчном пузыре и компенсации тяжелых сопутствующих заболеваний.

В ходе исследования нами были изучены сроки деблокирования полости желчного пузыря и стихания воспалительного процесса в желчном пузыре, динамика восстановления функционального состояния печени в зависимости от степени тяжести печеночной недостаточности после дренирования желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков на основании клинико-лабораторных данных и инструментальных методов исследования.

Течение воспалительного процесса в желчном пузыре контролировали ультразвуковым исследованием в динамике. Показателями деблокирования желчного пузыря явились наличие поступления желчи по холецистостомическому дренажу, отхождение конкремента от шейки желчного пузыря, а также контрастирование желчных протоков при фистулохолецистографии.

На фоне декомпрессии желчного пузыря, проводимой комплексной консервативной терапией, деблокирование желчного пузыря отмечено у 124 (60,2%) пациентов и в основном происходило в течение первой недели. Деблокирование желчного пузыря после дренирования наиболее часто происходило у больных с наименьшими сроками заболевания, т.е. имела обратная зависимость между частотой деблокирования желчного пузыря и сроками заболевания. У 82 (39,8%) пациентов за время нахождения в стационаре на первом этапе лечения деблокирование желчного пу-

зря ни по клиническим, ни по инструментальным методам исследования не было отмечено.

Клиническое улучшение состояния больных отмечено с первых же суток после дренирования желчного пузыря, наблюдалось уменьшение болевого и интоксикационного синдрома. На фоне проведенного лечения у больных с деблокированным желчным пузырем температура тела нормализовалась на 3–5-е сутки, а снижение общего количества лейкоцитов периферической крови до нормальных показателей отмечено на 5–7-е сутки. При сохранившейся обтурации пузырного протока нормализация температуры и количества лейкоцитов в крови происходила на 5–7-е и 9–11-е сутки соответственно.

Нами проводилось изучение степени бактериальной обсемененности содержимого желчного пузыря на фоне проводимой декомпрессии. В ходе исследования выявлено, что наибольшее количество бактерий в исследуемой жидкости было отмечено в ближайшие 2–3 суток от момента установки холецистостомы. Уменьшение концентрации бактерий при деблокировании желчного пузыря отмечено с 3 – 5-х суток, а при заблокированном желчном пузыре с 7– 9-х суток от момента установки холецистостомы. Значительное и стойкое снижение концентрации бактерий в содержимом желчного пузыря отмечено с 9–11-х и 15–17-х суток после выполнения холецистостомии соответственно. Уменьшение бактериальной обсемененности содержимого желчного пузыря у пациентов с деблокированным желчным пузырем на фоне декомпрессии происходило в ранние сроки и быстрее, чем при отключенном желчном пузыре.

Мы изучили динамику восстановления функционального состояния печени после декомпрессии желчных протоков у больных с холедохолитиазом и механической желтухой. Комплексное исследование биохимических показателей, характеризующих тяжесть механической желтухи, проводили перед декомпрессией желчных протоков и на 2-3, 5-7, 10-12, 14-16 и 20-21-е сутки после ее выполнения. Для оценки активности воспалительного процесса в желчных протоках и контроля эффективности проводимого лечения у больных с гнойным холангитом наряду с клиническими симптомами гнойно-воспалительного процесса мы использовали такие показатели, как общее количество лейкоцитов крови, лейкоцитарный индекс интоксикации, бактериальная обсемененность желчи. Степень бактериальной обсемененности определялась при

микроскопическом исследовании желчи, полученной через установленный холангиостомический дренаж. Клиническое улучшение состояния больных после декомпрессии происходило к 5–7-м суткам.

Сроки декомпрессии желчных протоков зависели от степени ее тяжести. У больных с легкой степенью тяжести механической желтухи после декомпрессии отмечена быстрая нормализация показателей функционального состояния печени к 5–7-м суткам. При средней степени тяжести механической желтухи относительная нормализация биохимических показателей, характеризующих функции печени и почек, происходила к 10–11-м суткам от начала декомпрессии. Наиболее тяжелые изменения функции печени и почек отмечены у больных с тяжелой степенью механической желтухи и гнойным холангитом. Относительная нормализация печеночно-почечных проб, уменьшение явлений печеночно-почечной недостаточности и улучшение состояния больных происходили лишь к 20–21-м суткам от начала декомпрессии.

После дренирующих вмешательств на первом этапе лечения осложнения наблюдались у 11 (5,6%) больных. После ЭПСТ на 2-3-е сутки у 5 (4,5%) больных развился острый панкреатит с характерной клинической картиной и повышением в сыворотке крови уровня  $\alpha$  - амилазы. В одном (0,8%) случае имело место развитие панкреонекроза. Кровотечение из папиллотомной раны после эндоскопических вмешательств на БДС отмечено в 2 (1,8%) случаях и остановлено коагуляцией. Осложнения после наружной декомпрессии ВПЖ отмечены у 4 (4,7%) больных. В 2 (2,4%) случаях в течение первых суток имела место дислокация холангиостомического дренажа. В последующем было выполнено повторное дренирование ВПЖ под ультразвуковым и рентгентелевизионным контролем. В одном (1,2%) случае в результате дислокации холангиостомического дренажа отмечено желчеистечение с развитием желчного перитонита. Пациент был оперирован по экстренным показаниям. У одного (1,2%) больного в ближайшие часы после наружного дренирования желчных протоков отмечено кровотечение из пункционного канала. После проведения гемостатической терапии кровотечение остановилось.

Улучшение клинического состояния больных, разрешение желтухи, ультразвуковые признаки острого воспалительного процесса в желчном пузыре и лабораторные показатели, отражающие функциональное со-

стояние печени, а также компенсация сопутствующей соматической патологии явились показанием к проведению радикального оперативного вмешательства

Из числа больных с острым обтурационным калькулезным холециститом 23 (11,2%) пациента оперированы в среднем через  $10,5 \pm 1,4$  сут. 93 (45,1%) – через  $21,6 \pm 2,3$  сут. 51 (24,8%) – через  $28,2 \pm 3,6$  и 39 (18,9%) через  $35,2 \pm 4,1$  сут. после дренирования желчного пузыря. У 116 (69,0%) больных выполнялась ЛХЭ, у 67 (71,3%) больных – МЛХЭ и у 23 (39,7%) больных – ОХЭ.

Результаты хирургического лечения больных с острым обтурационным калькулезным холециститом представлены в табл. 1.

Таблица 1  
Результаты лечения больных с острым обтурационным калькулезным холециститом (n = 319)

| Показатель                                 | ЛХЭ<br>(n = 168) | МЛХЭ<br>(n = 93) | ОХЭ<br>(n = 58) | p*    |
|--------------------------------------------|------------------|------------------|-----------------|-------|
| Послеоперационные осложнения               | 3 (1,8%)         | 2 (2,1%)         | 13 (20,3%)      | 0,001 |
| Конверсия                                  | 8 (4,7%)         | –                | –               | 0,101 |
| Средний послеоперационный койко-день, сут. | $5,4 \pm 0,4$    | $6,2 \pm 0,7$    | $10,7 \pm 1,4$  | 0,050 |
| Послеоперационная летальность              | –                | –                | 5 (8,6%)        | 0,001 |

\* Статистическая значимость различий.

При сравнительном анализе оперативного лечения острого обтурационного калькулезного холецистита видны преимущества малоинвазивных оперативных вмешательств. Количество инфекционных осложнений в послеоперационном периоде в 7 раз, а длительность послеоперационного периода в 2 раза меньше, чем при открытой холецистэктомии, что статистически значимо достоверно ( $p < 0,05$ ). Летальных исходов после малоинвазивных вмешательств не было, а при ОХЭ они составили 8,6%. Общая послеоперационная летальность составила 1,6% (5 больных).

Проанализированы результаты морфологического исследования в стенке желчного пузыря после холецистэктомии у больных, которым проводился этапный способ лечения. При этом наибольшее количество больных с сохранившимся острым воспалительным процессом в стенке желчного пузыря отмечено при выполнении холецистэктомии в период до 2-х недель от момента установки холецистостомы. Морфологически полное стихание острого воспалительного процесса после установки холецистостомы с деблокированным желчным пузырем отмечено у большинства больных, оперированных через 3 недели. У 20,5 % больных с заблокированным желчным пузырем к этим срокам все еще сохранялись морфологические признаки острого холеци-

стита. Хронизация воспалительного процесса отмечена у всех больных, оперированных лишь через 5-6 недель от момента дренирования желчного пузыря.

После устранения холедохолитиаза и разрешения механической желтухи путем ЭПСТ у 112 больных вторым этапом выполнена холецистэктомия. У 55 (49,1%) больных холецистэктомия выполнялась лапароскопическим доступом, у 36 (32,1%) больных – из мини-лапаротомного доступа и у 21 (18,8%) больного выполнена открытая холецистэктомия.

У 85 больных с холедохолитиазом и механической желтухой, у которых не удалось устранить холедохолитиаз с помощью эндоскопических чреспапиллярных вмешательств после наружного дренирования желчных протоков и разрешения желтухи, вторым этапом выполнена холецистэктомия с коррекцией патологии внепеченочных желчных протоков (табл. 2).

Таблица 2  
Характер оперативных вмешательств у больных холедохолитиазом и механической желтухой (n = 85)

| Характер оперативного вмешательства                                                        | Число больных, % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование холедоха по Керу                        | 19 (22,4%)       |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование холедоха по Керу + ЧЧХГС                | 22 (25,8%)       |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + глухой шов холедоха + ЧЧХГС                          | 24 (28,2%)       |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование холедоха по Керу + АПСТ                 | 1 (1,2%)         |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому         | 4 (4,7%)         |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + холедохоеюноанастомоз по Ру                          | 8 (9,4%)         |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + ХДА                                                  | 3 (3,5%)         |
| Холецистэктомия + холедохолитотомия + ТДПСР + дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому | 2 (2,4%)         |
| Всего...                                                                                   | 85 (100%)        |

Из них у 37 больных оперативное вмешательство выполнено из минилапаротомного доступа, а у 48 пациентов – из лапаротомного доступа. Результаты лечения представлены в табл. 3.

Таблица 3  
Результаты лечения больных с холедохолитиазом и механической желтухой (n = 85)\*

| Показатель                                    | Число, %                  |                      | p*    |
|-----------------------------------------------|---------------------------|----------------------|-------|
|                                               | Мини-лапаротомия (n = 37) | Лапаротомия (n = 48) |       |
| Конверсия                                     | 1 (2,3%)                  | –                    | 0,906 |
| Послеоперационные осложнения                  | 3 (8,1%)                  | 11 (22,9%)           | 0,205 |
| Послеоперационная летальность                 | 2 (4,7%)                  | 6 (12,5%)            | 0,380 |
| Средний послеоперационный койко-день          | $13,2 \pm 1,8$            | $19,4 \pm 2,4$       | 0,001 |
| Продолжительность стационарного лечения, сут. | $23,8 \pm 5,3$            | $30,1 \pm 6,7$       | 0,001 |

n = 85 \* Больные, у которых не удалось с помощью ЭПСТ устранить холедохолитиаз на первом этапе лечения.

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 14 (15,5%) больных. Умерло 6 (12,5%) больных. Причинами летальных исходов явились развившиеся в послеоперационном периоде тяжелые осложнения – ОССН, ОНМК, ТЭЛА, двусторонняя пневмония с развитием сепсиса и полиорганной недостаточности.

Таким образом, анализируя результаты лечения было выявлено, что применение этапного способа хирургического лечения у больных с осложненными формами ЖКБ позволило снизить количество осложнений и летальных исходов.

Основная роль декомпрессии желчного пузыря при применении этапного способа хирургического лечения заключается в том, что на фоне декомпрессии желчного пузыря и противовоспалительной терапии перевести острое воспаление в стенке желчного пузыря в хронический процесс. Тем самым выполнить заключительный этап лечения – холецистэктомию – в более благоприятных условиях и на фоне компенсации сопутствующей соматической патологии. Однако существует большая вариабельность мнений среди хирургов о сроках декомпрессии желчного пузыря.

Анализ сроков купирования острого воспалительного процесса в желчном пузыре в зависимости от продолжительности его декомпрессии показал, что имеется существенная по времени разница перехода острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря у больных с «деблокированным» и «отключенным» желчным пузырём. Результаты наших исследований показали, что сроки купирования воспалительного процесса клинически, лабораторно и по результатам морфологического исследования различаются. Следовательно, клиническая картина, данные лабораторных методов исследования и результаты контрольного УЗИ брюшной полости далеко не всегда позволяют выполнить оперативное вмешательство на фоне хронического воспалительного процесса в желчном пузыре. При гистологическом исследовании отмечено, что полное стихание острого воспалительного процесса в стенке желчного пузыря после установки холецистостомы с деблокированным желчным пузырем происходит в среднем через  $21,7 \pm 2,3$  сут., а у больных с заблокированным желчным пузырем в среднем через  $35,2 \pm 4,1$  сут.

Считается, что высокая послеоперационная летальность в значительной мере обусловлена неправильным определением лечебной тактики, выбора объема и характера хи-

рургического вмешательства на желчных путях. Основной причиной смерти больных с механической желтухой является прогрессирование печеночной недостаточности после выполнения хирургического вмешательства на желчных путях, особенно у лиц с длительно существующей желтухой.

Из множества методов предупреждения прогрессирования печеночной недостаточности большое значение в настоящее время имеет предоперационная декомпрессия желчных путей.

«Золотым стандартом» в лечении этой сложной группы больных стали малоинвазивные и эндовидеохирургические методы, которые хорошо зарекомендовали себя непосредственными и отдаленными результатами.

Из 197 больных у 112-и нам удалось разрешить холедохолитиаз на первом этапе лечения с помощью эндоскопических вмешательств на БДС. Производились они, как правило, в первые сутки после поступления пациентов в стационар. Полноценная санация желчных протоков осуществлялась с помощью УЗИ и ПРФХС. Пероральная ретроградная фиброхолангиоскопия (ПРФХС) является одной из современных технологий в диагностике патологий желчных протоков. Данное исследование нами применялось у 47 больных с холедохолитиазом после эндоскопического лечения, что со стопроцентной достоверностью позволило определить полноценность санации желчных протоков.

Однако не всегда удается посредством эндоскопических чреспапиллярных вмешательств устранить холедохолитиаз. Основными причинами неэффективности эндоскопических вмешательств на БДС с целью устранения холедохолитиаза у 85 пациентов явились несоответствие размера камня диаметру просвета ТОХ, расположение БДС в полости крупных дивертикулов и сочетание холедохолитиаза с тубулярным стенозом ТОХ. Можно предположить, что применение другого метода современной контактной литотрипсии могло бы помочь очистить протоки от камней и тем самым повысить эффективность эндоскопического способа лечения.

При неэффективности эндоскопических вмешательств предоперационную декомпрессию осуществляли антеградным способом. При этом предпочтение мы отдаем холангиостомии, так как это в большинстве случаев позволяет завершить вмешательство на холедохе наложением глухого шва. ЧЧХС выполняли при невозможности наложения холангиостомы из-за анатомического взаимораспо-

ложения трубчатых структур печени, что часто сопряжено с техническими трудностями и осложнениями.

При сравнительном анализе результатов лечения видно, что осложнений в раннем послеоперационном периоде в три раза меньше, чем при традиционном доступе. Послеоперационный койко-день при операции из минидоступа статистически значимо меньший, чем при традиционном доступе. Послеоперационная летальность при использовании мини-лапаротомного доступа в три раза ниже по сравнению с традиционным способом.

После внедрения в нашей клинике холецистэктомии из мини-лапаротомного доступа и при возможности применения интраоперационной холедохоскопии были расширены показания к оперативному лечению боль-

ных с холедохолитиазом, особенно пациентов пожилого и старческого возраста с множественными сопутствующими заболеваниями.

### **Заключение**

Таким образом, с широким внедрением в практику чрескожных и эндоскопических методов и операций малым доступом появились новые возможности в лечении больных с желчно-каменной болезнью и ее осложненными формами. Реализованная тактика этапного лечения, а также широкое применение малоинвазивных технологий позволили нам уменьшить летальность и частоту послеоперационных осложнений у больных с острым обтурационным калькулезным холециститом до 1,6% и 5,0%, а у больных с холедохолитиазом и механической желтухой – до 4,1% и 13,7% соответственно.

### **Сведения об авторах статьи:**

**Энганов Ильяс Арбиевич** – врач-хирург 15х'ю, клиническая больница им. С.П. Боткина. Адрес: г. Москва, 2-й Боткинский пр-д, 5. Тел. 8(499) 762-61-72

**Мумладзе Роберт Борисович** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатодуоденальной хирургии ГОУ ДПО РМАПО.

**Эминов Махир Зиядович** врач – хирург высшей категории, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатодуоденальной хирургии ГОУ ДПО РМАПО.

**Герасимов Алексей Юрьевич** – аспирант кафедры общей, лазерной и эндоскопической хирургии с курсом гепатопанкреатодуоденальной хирургии ГОУ ДПО РМАПО

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Бебуришвили, А. Г. Желчная гипертензия и острый холецистит // 50 лекций по хирургии. - М: Медиа Медика, 2003. - С. 204-215.
2. Бондаренко В.А., Таранов И.И., Ситников В.Н. [и др.] Малоинвазивные хирургические вмешательства при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у лиц пожилого и старческого возраста: Материалы Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – // Эндоскопическая хирургия. 2005. – №1. – С.96
3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мосягин В.Б. [и др.]. Возможности эндовидеохирургии в лечении желчно-каменной болезни, осложненной холедохолитиазом // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. – Т.1. – Приложение. – С. 32-33.
4. Брискин Б.С., Минасян А.М., Карпов И.Б. [и др.]. Лечебные вмешательства под контролем ультразвукового исследования при заболеваниях органов брюшной полости. // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 1996. – №6. – С. 17-22.
5. Васильев В.Е., Перунов А.Б. Острый холецистит: современные технологии лечения // Consilium medicum. – 2001. – Т.3. – №6. – С. 6-9.
6. Гостищев В. К., Евсеев М. А. Особенности хирургической тактики при остром холецистите у больных старческого возраста // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2001. – №9. – С. 30-34.
7. Ермолов А.С., Упырев А.В., Иванов П.А. Хирургия желчно-каменной болезни: от пройденного к настоящему // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2004. – № 5. – С. 4 – 9.
8. Лищенко А.Н., Ермаков Е.А. Новые подходы к лечению холедохолитиаза: Материалы VIII Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии// Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №1. – С.75.
9. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. – Минск: Харвест, 2000. – С. 22.
10. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. – М.: Трида-Х, 2006. – С. 330-334.
11. Furlan F., Fugazzola C., Brunelli G., Franco F. The treatment of acute cholecystitis by percutaneous cholecystostomy // Radiol. Med. – 1992. – Vol. 84, N3. – P. 247-251.
12. Kullak-Ublick GA, Meier PJ. Mechanisms of cholestasis // Clin. Liver Dis. –2000. – Vol. 4, N2. – P. 357-385.

УДК 617.55:616.3-089-072.1

© Р.М.Гарипов, Р.Д. Нажипов, Э.Р. Валитова, 2011

## **Р.М. Гарипов, Р.Д. Нажипов, Э.Р. Валитова** **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ РЕЦИДИВНОМ** **И РЕЗИДУАЛЬНОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ** *ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»* *Минздравсоцразвития РФ, г. Уфа*

В работе представлены результаты хирургического лечения 153 больных с рецидивными и резидуальными формами холедохолитиаза. Все пациенты перенесли холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Авторами предложен лечебный алгоритм с использованием различных методов: эндоскопических, мини-лапаротомных с элементами открытой лапароскопии, традиционных оперативных вмешательств.

**Ключевые слова:** желчно-каменная болезнь, холедохолитиаз, хирургические методы лечения, мини-лапаротомия, результаты лечения.