

УДК 616.866 - 003.7- 089.878

UDC 616.866 - 003.7- 089.878

МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**MINIMALLY INVASIVE OF COMPLEX CASES OF CHOLELITHIASIS ILLNESSES**

Габриэль Сергей Александрович

Gabriel Sergey Alexandrovich

к.м.н.

Cand. Med. Sci

МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» г. Краснодар (Россия)

CC№2 'KMLDO', Krasnodar, Russia

Оноприев Александр Владимирович

Onopriev Alexandr Vladimirovich

д.м.н., профессор

Dr.Sc.(Med), Prof.

ФГУ «РЦФХГ Росздрава», г. Краснодар (Россия)

RCHFG, Krasnodar, Russia

Катрич Алексей Николаевич

Katrigh Alexey Nikolaevich

ФГУ «РЦФХГ Росздрава», г. Краснодар (Россия)

RCHFG, Krasnodar, Russia

Измайлова Лаура Геннадьевна

Izmaylova Laura Gennadevna

МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» г.Краснодар (Россия)

CC№2 'KMLDO', Krasnodar, Russia

Найденов Евгений Владимирович

Naydenov Evgeniy Vladimirovich

ФГУ «РЦФХГ Росздрава», г. Краснодар (Россия)

RCHFG, Krasnodar, Russia

Кирычков Александр Алексеевич

Kirjachkov Alexander Alekseevich

МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» г. Краснодар (Россия)

CC№2 'KMLDO', Krasnodar, Russia

Тлехурай Руслан Махмудович

Tlehuray Ruslan Mahmudovich

к.м.н.

Cand. Med. Sci

МУЗ ГБ №2 «КМЛДО» г. Краснодар (Россия)

CC№2 'KMLDO', Krasnodar, Russia

В статье анализируется опыт лечения 7856 больных с желчнокаменной болезнью. Приводится алгоритм малоинвазивного лечения сложных случаев желчнокаменной болезни, показавший свою высокую эффективность

In the article experience of treatment of 7856 patients with cholelithiasis is analyzed. The algorithm of minimally invasive treatments of difficult cholelithiasis cases, which has shown the high efficiency is resulted.

Ключевые слова: ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ХОЛЕЦИСТИТ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ, МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Keywords: CHOLELITHIASIS, CHOLEDOCHOLITHIASIS, MINIMALLY INVASIVE TREATMENTS

Введение

В статье анализируется опыт лечения 7856 больных с желчнокаменной болезнью. Приводится алгоритм малоинвазивного лечения сложных случаев желчнокаменной болезни, показавший свою высокую эффективность.

Цель работы: Показать эффективность применяемого алгоритма современных малоинвазивных методов лечения пациентов со сложными клиническими случаями желчнокаменной болезни.

Материалы и методы: Наш опыт малоинвазивного лечения желчнокаменной болезни, проводимого с 1992г., включает 7856 больных с данной патологией. Основным методом в скрининговой диагностике заболеваний желчного пузыря было трансабдоминальное ультразвуковое исследование (ТАУЗИ). В спорных клинических случаях высокую диагностическую эффективность показало эндоскопическое УЗИ (ЭУЗИ), применяемое в нашей практике с 2004г. В лечении пациентов с холедохолитиазом применялся весь комплекс эндоскопических чреспапиллярных вмешательств.

Результаты: Лечение хронического неосложненного холецистита, в настоящее время, не вызывает больших сложностей. Разработанные четкие технологические стандарты выполнения лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) позволяют достигать высоких положительных результатов с сохранением стабильного показателя частоты осложнений на уровне 1-2% и смертности – 0,1%.

Иначе обстоит дело со сложными случаями желчнокаменной болезни (ЖКБ). Сюда мы относим:

1. Фиброзно-измененный (склероатрофический) желчный пузырь.
2. Деструктивные формы острого холецистита (флегмонозный, гангренозный).
3. Хронический калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом с механической желтухой или острым панкреатитом.

4. Острый холецистит, осложненный холедохолитиазом, с механической желтухой или острым панкреатитом.

Методом проб и ошибок разработан технологический стандарт лечения больных со сложными формами ЖКБ.

Пожалуй, одной из самых сложных лапароскопических холецистэктомий является ЛХЭ при фиброзно-измененном (склероатрофичном) желчном пузыре. Выраженные фиброзные изменения стенки пузыря и правезикальной клетчатке обуславливают как значительные анатомические изменения этой области, так и нарушение дифференцировки тканей (рис.1).

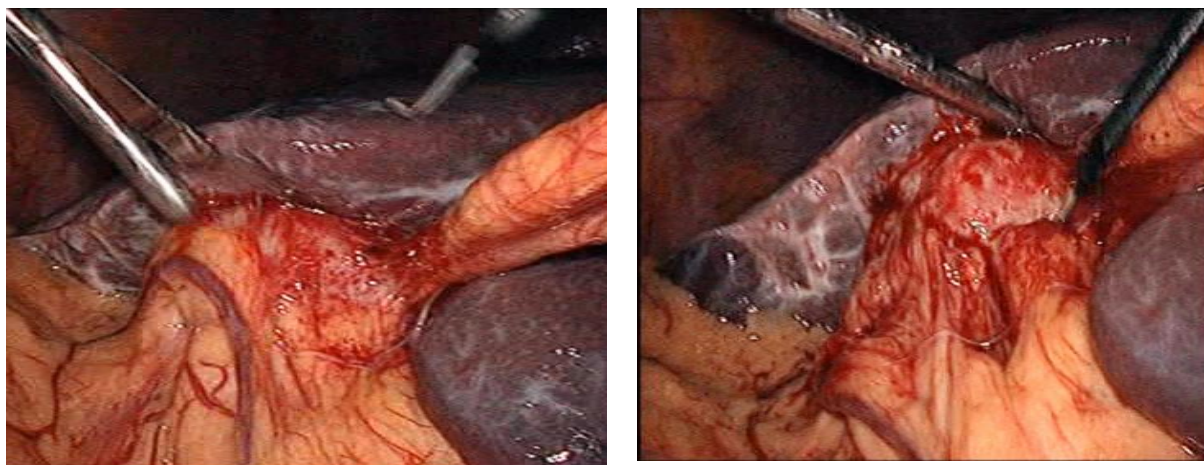


Рисунок 1 - Выраженные фиброзные изменения стенки желчного пузыря сопровождаются изменениями в правезикальной клетчатке.

Как правило, такие желчные пузыри небольших размеров, к ним подпаяны большой сальник, двенадцатиперстная кишка, антральный отдел желудка, толстая кишка. Довольно часто изменена анатомия холедоха и пузырной артерии. Все это обуславливает сохранение большого количества интраоперационных осложнений в виде пересечения холедоха, повреждения стенки ДПК или желудка, профузного кровотечения. Успех операции, в этих ситуациях, во многом зависит от опыта хирурга. В нашей практике, наибольший процент осложнений при ЛХЭ был отмечен именно при

таких формах холецистита. ЛХЭ при фиброзах желчного пузыря выполнено у 744 больных, интраоперационных осложнений в этой группе было - 6,86% (51 больной), что составило 78% от всего количества интраоперационных осложнений.

Лечение больных с деструктивными формами острого калькулезного холецистита (рис.2) состоит из двух этапов: при первой госпитализации больному назначается антибактериальная терапия и выполняется чрескожно-чреспеченочная холецистостомия под УЗ-контролем с целью декомпрессии и местной терапии воспалительного процесса.



Рисунок 2 - (ТАУЗИ). Деструктивный холецистит, резко утолщенные стенки с нарушенной слоистостью, уровень гиперэхогенной взвеси (флегмона), перфорация стенки желчного пузыря с формированием парапузырного абсцесса, пролежень конкремента в парапузырную клетчатку.

Через холецистостому проводим ежедневное промывание полости пузыря р-ром диоксидина или фурацилина. Средняя продолжительность госпитализации при этом составляет 3,6 к/дня. Больных выписываем на 3-4 недели на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга по м/жительства. Как мы убедились, этого времени достаточно для купирования воспалительных процессов в желчном пузыре, паравезикальной клетчатке, гепатодуоденальной связке.

При повторной госпитализации, через указанное время, выполняется лапароскопическая холецистэктомия. Как правило, выраженных интраоперационных технических сложностей мы не наблюдали. Средняя продолжительность госпитализации составляет как при хроническом неосложненном холецистите - 4 к/дня. По данной схеме вылечено 408 пациентов (5,2%). Наиболее частыми осложнениями при холецистостомии являются желчный перитонит и кровотечение. Данные осложнения имели место у 6 больных (1,5%). Осложнений при выполнении второго этапа лечения (ЛХЭ) не было.

Холедохолитиаз, по данным статистики, осложняет хронические формы калькулезного холецистита в 10-15% случаев (рис.3,4).

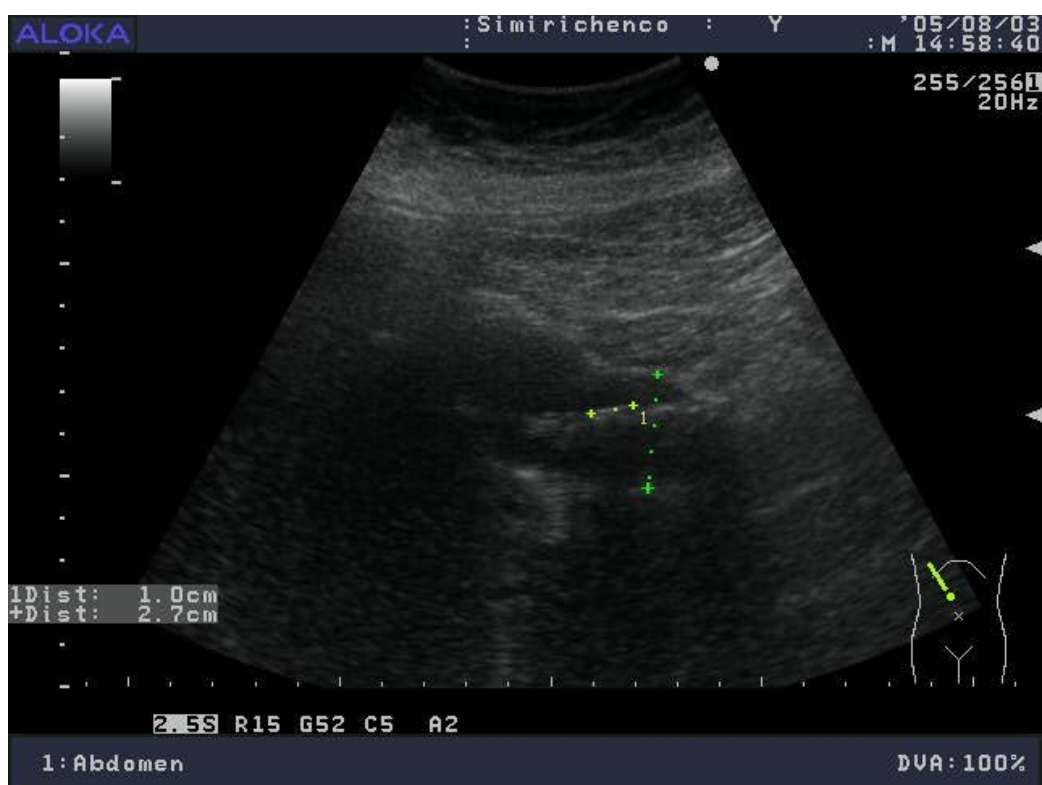


Рисунок 3 - (ТАУЗИ). Холедохолитиаз. Крупный конкремент в 3 холедоха

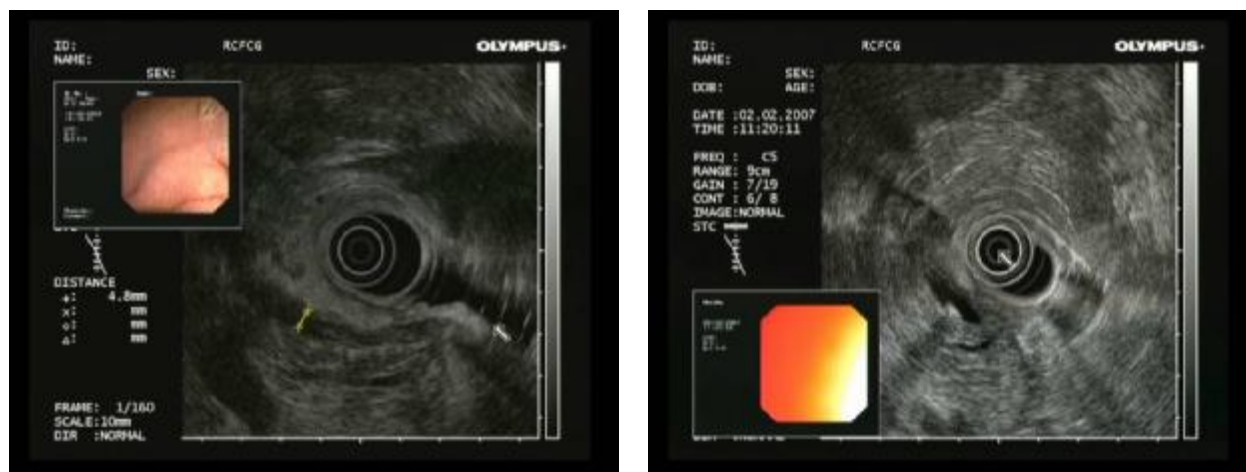


Рисунок 4 - (ЭУЗИ). Холедохолитиаз. Мелкий флотирующий конкремент в не расширенном холедохе.

Методом выбора считаем двухэтапное лечение данной группы больных: первым этапом производим эндоскопические чреспапиллярные операции (эндоскопическая папиллотомия, механическая литотрипсия и литоэкстракция конкрементов) (рис.5), вторым этапом – лапароскопическая холецистэктомия.

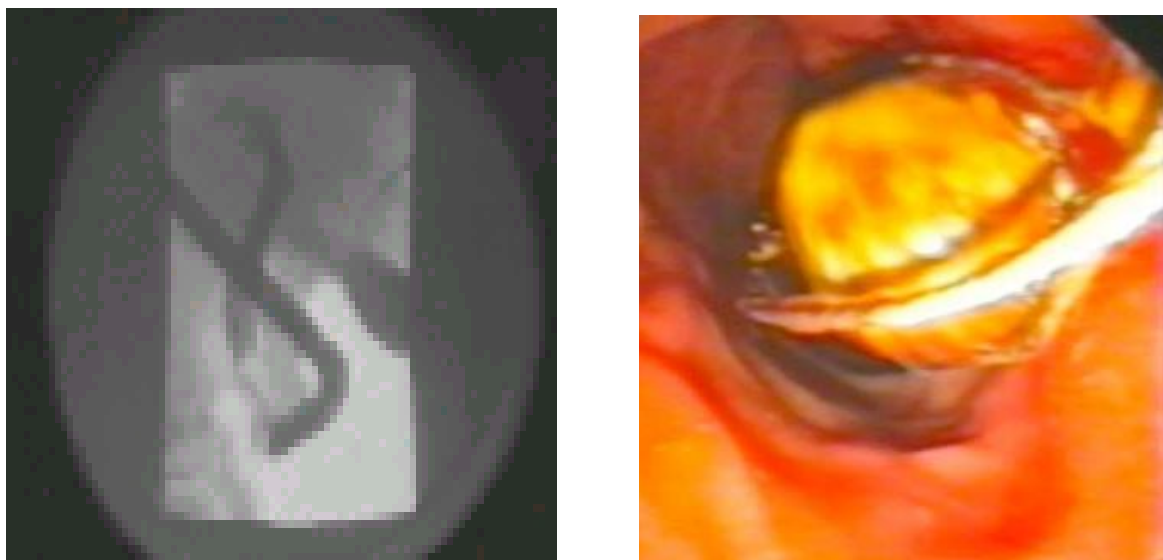


Рисунок 5 - Выполнение первого этапа – эндоскопические чреспапиллярные вмешательства

При выраженной механической желтухе, неликвидированном холедохолитиазе производим установку назобилиарного дренажа для желч-

ной декомпрессии. Одновременно производим попытки ретроградной санации холедоха. При успешной эндоскопической литоэкстракции и удовлетворительном общем состоянии больного производим ЛХЭ.

При тяжелом общем состоянии больных проводим соответствующую терапию и, при необходимости, второй этап лечения в виде ЛХЭ выполняем в отсроченном порядке. Данная группа больных составила 524 больных (6,7%). Осложнения при эндоскопической санации холедоха (панкреатит, кровотечение, ретродуоденальная перфорация) отмечены у 4,2% (22 больных). Эндоскопическая санация холедоха оказалась неудачной у 10,2% (53 больных). Осложнений при выполнении второго этапа лечения (ЛХЭ) не было.

При остром холецистите, осложненным холедохолитиазом с проявлениями печеночной недостаточности или острым панкреатитом, первоначально производим чрескожно-чреспеченочную холецистостомию, далее - эндоскопические чреспапиллярные манипуляции, направленные на санацию холедоха.

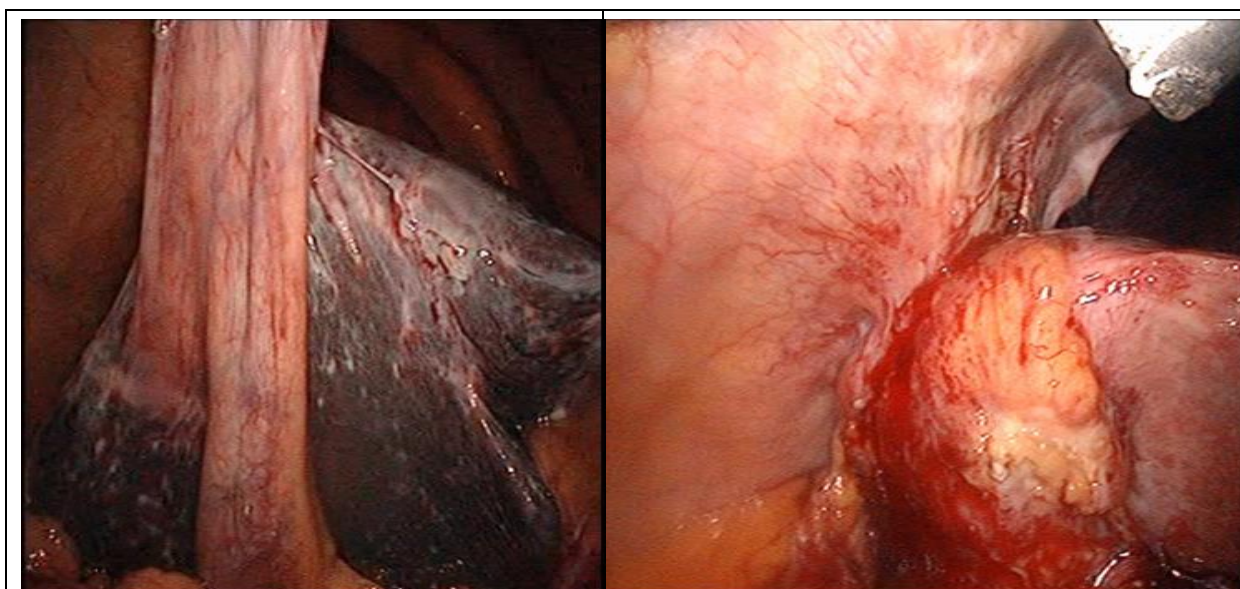


Рисунок 6 - Вид пузыря после чрескожно-чреспеченочной холецистостомии

После проведения соответствующего консервативного лечения, при ликвидации холедохолитиаза, больным выполняется второй этап лечения в виде ЛХЭ (рис.6) в отсроченном порядке после нормализации состояния.

Общее количество таких больных составило 62 человека (0,8%). Летальность в этих группах больных обусловлена выраженностью органной недостаточности и составила 0,5% (3 больных).

Заключение: Одно из преимуществ малоинвазивной хирургии – возможность поэтапного лечения тяжелых и нестандартных случаев. Наличие в арсенале лечебного учреждения всего комплекса малоинвазивных методик диагностики и лечения ЖКБ позволяет до минимума снизить количество осложнений и летальных исходов. Окончательный выбор способа и методов лечения данной категории больных зависит от оснащенности данного лечебного учреждения и наличия соответствующих квалифицированных специалистов. Разработанная и применяемая тактика лечения сложных форм желчнокаменной болезни показала хорошие результаты.

Литература

1. Шестаков А.Л., Попов О.А., Тимошин А.Д., Галлингер Ю.И. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с осложнениями со стороны желчного пузыря // *Анналы хирургии.* - 2005- №3.-с.57.
2. Тимербулатов В.М., Верзакова И.В., Гарипов Р.М. Прогнозирование возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии по данным УЗИ // *Клиническая медицина.* – 1996 - №6. –с.76
3. Перфильев В.В., Сивоконь Н.И., Ковалева Л.С. Ультразвуковая диагностика острого холецистита // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* –1998.- №5- с.21.
4. Оноприев А.В., Гучетль А.Я., Щербина И.И., Хандюкова Н.Н., Шагал Б.В., Новиков С.В. Алгоритм интраскопических технологий ранней диагностики и лечения обструктивных поражений билиарного тракта (Пособие для врачей). - Краснодар: Сов. кубань, 1997. - 30 с.
5. Ермолов А.С., Шулутко А.М., Прудков М.И., Гуляев Н.А., Адамян А.И. Хирургическое лечение острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста // *Хирургия.* – 1998. - №2. – С. 11-16.

6. Palazzo L. EUS in common bile duct stones. *Gastrointestinal Endoscopy*. – 2002. – 56.– 4.– (Suppl.) – S49-57.
7. Балалыкин А.С. и соавт. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. М. 1995. - 114с.;
8. Бондарев А.А. Анатомо-клиническое обоснование выбора рациональной техники лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. -2001 - №4.- с.24
9. Иванова Т.В., Малаханов С.Н., Крапивин Б.В., Балалыкин А.С. Осложнения лапароскопической холецистэктомии //Хирургия.-№10- С.67-70.
10. Шаповальянц С.Г., Михайлузов С.В., Максимова В.В. Показания к микрохолецистостомии под УЗ - контролем. // Хирургия. - 1997. – с.68.
11. Оноприев А.В., Гучетль А.Я., Габриэль С.А., Жуйко А.А. Успехи и перспективы лечения желчнокаменной болезни малоинвазивными интраскопическими методами // Аптека и врач. – 1999. - №9.– С. 27–31.