

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ОДНОМОМЕНТНОМ И ДВУХЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

© *Луговой Андрей Львович, Данилов Сергей Александрович, Глебова Анна Валерьевна, Вавилова Ольга Григорьевна, Гурицкая Лексо Зурабович, Эшметов Шухрат Рузметович*

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

E-mail: lugovoy03@mail.ru

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; холедохолитиаз; механическая желтуха; эндовидеохирургия; эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной Организации Здравоохранения около 10% населения на Земле страдает желчно-каменной болезнью. Частота выявления холедохолитиаза, по разным литературным данным, колеблется от 10 до 30% случаев при выявлении холецистолитиаза. Эти показатели обуславливают актуальность данной проблемы для практического здравоохранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 226 пациентов с диагнозом: желчно-каменная болезнь, хронический калькулезный холецистит, первичный холедохолитиаз. Все больные проходили лечение в хирургическом отделении СПбГБУЗ «Городская Покровская больница». Женщин было 162 (71,7%), мужчин — 64 (28,3%). В 208 (92%) случаях холедохолитиаз был диагностирован до операции, а в 18 (8%) наблюдениях явился результатом интраоперационных находок. Средний возраст пациентов составил 62,4 года. Всем пациентам в предоперационном периоде были выполнены УЗИ органов брюшной полости и ФГДС. МРТ в режиме MRCP проведена в 197 наблюдениях. В 11 случаях холедохолитиаз был диагностирован при ЭРХПГ, которая выполнялась при невозможности проведения MRCP. У 18 пациентов наличие конкрементов в гепатохоледохе подтверждено при интраоперационной холангиографии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В зависимости от методов оперативного лечения все пациенты были распределены на 3 группы. I группу (145 человек) составили больные, оперированные двухэтапно: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литэкстракцией

+ эндовидеохирургическая холецистэктомия с дренированием холедоха. Во II группу (72 человека) включены пациенты, оперированные одномоментно: эндовидеохирургическая холедохолитотомия, холецистэктомия с дренированием холедоха. III группа (9 человек) представлена больными, которым при проведении эндовидеохирургической холедохолитотомии потребовалась методика «hand assistant» на этапе экстракции конкрементов из холедоха. Во всех наблюдениях дренирование холедоха осуществлялось по Холстеду-Пиковскому. Критерием включения пациента в I группу являлась стриктура терминального отдела холедоха, доказанная при MRCP или интраоперационной холангиографии, которая требовала проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии. III группа больных была выделена из пациентов, которым попытки удаления конкрементов при эндовидеохирургическом вмешательстве из холедоха под контролем холедохоскопа оказывались безуспешными и требовалось выполнение дополнительного разреза в правом подреберье для мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру и инструментальной ревизии внепеченочных желчных протоков под мануальным контролем (плотно фиксированные конкременты, как правило, в наддуглярном отделе холедоха). Летальных исходов не было. Из послеоперационных осложнений преобладали: I группа — острый посттравматический панкреатит легкой степени (24 пациента 16,6%); III группа — серома послеоперационной раны в правом подреберье (4 пациента 44%). Во II группе специфических осложнений не отмечено. Средние сроки пребывания в стационаре после операции были сопоставимы во всех 3 группах пациентов и составляли от 7 до 10 койко-дней. Перед выпиской из стационара выполнялась контрольная фистулография и дренаж холедоха перекрывался. Удаление дренажа осу-

ществлялось не ранее 14 суток послеоперационного периода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дифференцированный подход к выбору способа малоинвазивного вмешательства в лечении пациентов с холецистохоледохолитиазом является необходимым условием для снижения количества послеоперационных осложнений и быстрой реабилитации больных.