

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ, Ф.О. МУМИНОВ, Б.Х. МУХИДДИНОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МЕХАНИК САРИҚЛИК АСОРАТИ БЎЛГАН ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ХИРУРГИК ТАКТИКА

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ, Ф.О. МУМИНОВ, Б.Х. МУХИДДИНОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

SURGICAL TACTICS IN CHOLELITHIASIS COMPLICATIONS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

A.S. BABAJANOV, A.I. AKHMEDOV, F.O. MUMINOV, B.Kh MUHIDDIN

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

2014-2016 йилларда Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси хирургия бўлимида стационар шароитда ўт-тош касаллиги механик сариқлик асорати билан даволанган 116та беморни тахлил қилдик. Механик сариқликни бартараф қилишда икки босқичда, биринчи босқичда билиар трактнинг декомпрессияси ва санацияси бажарилди. Бу ретроград эндоскопик усул ёрдамида амалга оширилди. Эндоскопик папилосфинктеротомия(ЭПСТ) 68та беморда (58,6%) бажарилди. Шундан 39та беморда (57,3%) холедохолитозэкстракция(ХЛЭ) биргаликда амалга оширилди. Механик сариқликни даволашда икки босқичда мининвазив усуллари қўллаш оптимал усул ҳисобланади. Ретроград эндоскопик усулни қўллаш ва кейинги босқичда мини-кесма орқали холецистэктомия қилиш мақсадли операция ҳисобланади. Ўт йуллари дренажлашнинг ретроград эндоскопик усулда амалга оширишнинг иложи бўлмаганда, лапаратом усулда ўтнинг ичкаларга доимий пассажини тиклаш учун умумий ўт йулини ташиқи ва ички дренажлаш керак деб ҳисоблаймиз.

Калит сўзлар: Эндоскопик ретроград папилосфинктеротомия, механик сариқлик, холецистэктомия, ўт йуллари дренажлаш, миnilапаратом кесма.

Analysis results was performed in 116 patients with cholelithiasis complicated by mechanical jaundice who were on the treatment in the city medical association between 2014 on 2016. As a supporters of the two-stage approach to the treatment of mechanical jaundice, the first stage we carried out decompression and sanitation biliary tract. Preference gave endoscopic retrograde intervention. Endoscopic papillosphincterotomy carried out in 68 patients (58,6%) combined with choledocholithoextraction in 39 patients (57,3%). We consider, that at mechanical jaundice the best is two-stage approach with the using of minimally invasive treatments. Operation of choice is endoscopic retrograde intervention with the subsequent cholecystectomy with mini access. In the impossibility of the decompression is carried out drainage of biliary with the restoration of continuous passage of bile in the intestines with laparotomy after stabilization of the state of the patient.

Key words: endoscopic retrograde intervention, mechanical jaundice, cholecystectomy, drainage of biliary, mini-laparotomy.

Актуальность: У пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) холедохолитиаза занимает ведущее место и наблюдается в 8,1-26,8% случаев. Хирургические операции, выполняемые на высоте желтухи, сопровождается большим числом осложнений, летальность достигает 15-30%. В связи с этим стали более широко применять малоинвазивные способы лечения, позволяющие добиться максимального результата при минимальной операционной травме. В последнее время все большей признательностью пользуется двухэтапный подход к лечению механической желтухи с декомпрессией желчевыводящих путей на первом этапе. Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов признана оптимальным способом декомпрессии.

Некоторые хирурги, тем не менее, относятся к данной методике сдержанно, вследствие риска развития ряда серьезных осложнений, таких, как кровотечение, острый панкреатит, острый холангит, ретродуоденальная перфорация и других неспецифических осложнений, возникающих у 5,4-18,3% пациентов. S. P. Misra (1999) утверждает, что частота острого панкреатита при баллонной дилатации выше, чем при ЭПСТ. Проблему литоэкстракции, когда диаметр конкрементов превосходит размеры дистальных отделов холедоха, пытаются решать при помощи различных видов литотрипсии, наиболее доступной из которых является механическая. Дистанционные виды литотрипсии используются в специально оборудованных центрах и являются небезопасной процеду-

рой в связи с риском развития таких осложнений, как бактериемия, гемобилия и гематомы печени, особенно у больных с механической желтухой.

Таким образом, лечение механической желтухи все еще остается достаточно сложной задачей, многие вопросы остаются спорными и далекими от окончательного решения. Нет единого мнения лечебно-диагностических процедур в лечении механической желтухи, не определены полноценные показания и противопоказания к чрескожным и эндоскопическим вмешательствам.

Цель нашего исследования - провести сравнительный анализ эффективности разных способов декомпрессии билиарного тракта у больных с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой.

Материал и методы: Проведен анализ результатов лечения 116 больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой, находившихся на лечении в Самаркандское городское медицинское объединение в период с 2014 по 2016гг. Среди них 44 мужчины (37,9%) и 72 женщины (62,1%) в возрасте от 18 до 76 лет, средний возраст - $51,6 \pm 2,08$ лет. Степень тяжести желтухи (по В.Д. Федорову с соавт., 2000г.): легкая - у 39 (33,6%), средняя - у 57 (49,1%), тяжелая - у 20 (17,3%) больных. Являясь сторонниками двухэтапного подхода к лечению механической желтухи, первым этапом мы выполняли декомпрессию и санацию билиарного тракта. Предпочтение отдавали эндоскопическому ретроградному вмешательству.

Результаты и обсуждение: Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 68 больных (58,6%), В сочетании с холедохолитэкстракцией (ХЛЭ) у 39 больных (57,3%). Показаниями для дренирования являлись: множественный холедохолитиаз, отсутствие уверенности в адекватной санации гепатикохоледаха и явления холангита. Из них у 29 больных (25%) выполнены повторные санационные и контрольные ретроградные вмешательства. После восстановления пассажа желчи, ликвидации желтухи проводилась минидоступом удалась холецистэктомия у 54 пациентов (79,4%). У 14 больных (20,6%) выполнена минилапаротомном доступом холецистэктомия с дренированием холедаха (по Аббе Пиковский) через культю пузырного протока с последующим удалением дренажей. У 48 пациентов при невозможности осуществить эндоскопическое вмешательство в связи со сложностями катетеризации БДС, эти вмешательства не позволили разрешить механическую желтуху и стеноз папиллы. Всем этим больным восстановлен пассаж желчи лапаротомными способами: У 34 пациентов выполнена холецистэктомия с наружным дренированием, у 14 пациентов потребовалось внутреннее дренирование (формировался холедоходуоденоанастомоз по Юрашу, холедохоеюно-

анастомоз на выключенной по Ру), показанием явилась дилатация гепатикохоледаха более 20мм.

После декомпрессии определялись средние сроки нормализации лабораторных показателей крови: общего билирубина, аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), характеризующих холестаза и степень повреждения печеночных клеток в зависимости от степени тяжести желтухи и вида декомпрессии. Проводилась оценка специфических осложнений и летальности.

После декомпрессии купированы болевой, интоксикационные синдромы, разрешались явления холестаза, улучшилось функциональное состояние печени. Анализ полученных результатов (табл. 1) показал отсутствие статистически значимых различий между показателями у больных с механической желтухой легкой степени тяжести при эндоскопической папиллотомии.

У больных механической желтухой средней степени тяжести выявлены статистически значимые различия показателей, характеризующих холестаза (билирубин, ЩФ) и гибель гепатоцитов (ГПГ) и статистически незначимые различия показателей, отображающие цитоллиз в целом (АсАТ и АлАТ). При механической желтухе тяжелой степени статистически значимые различия регистрировали по четырем показателям из пяти. Таким образом, прослеживается сокращение средних сроков нормализации лабораторных показателей у больных механической желтухой средней и тяжелой степени при дополнении минилапаротомной холецистэктомии с дренированием общего ЖП. Сравнивая результаты, отмечается быстро темп нормализации показателей холестаза у больных с холангиостомией. Отсутствие статистически значимого различия сроков нормализации показателей АсАТ и билирубин подтверждает равную степень повреждения гепатоцитов при данных способах декомпрессии. Осложнения в после ЭПСТ отмечены у 22 больных (18,9%). По характеру они были следующего вида: резидуальный холедохолитиаз у 11 случая (9,5%) - выявлен при контрольных РХПГ.

Холедохолитэкстракция выполнена ретроградно эндоскопически и в ряде случаев мини доступом холецистэктомии с дренированием через культю пузырного протока. Острый посттравмативной терапии воспаление разрешилось. Кровотечение из зоны папиллотомии - 2 (1,7%), гемостаз осуществлен эндоскопических вмешательства. Летальный исход не наблюдалось. Осложнения при дренировании общего желчного протока (ОЖП) лапаротомным доступом составили у 7(6,0%) пациентов: нагноение кожной раны вокруг дренажа- 3(2,6%), абсцесс ложа желчного пузыря - 1(0,9%), отхождение дренажа в первые 2 суток - 2(1,7%).

Таблица 1.

Средние сроки нормализации лабораторных показателей после декомпрессии билиарного тракта с механической желтухой

Операция	Билирубин	АлАТ	АсАТ	ЩФ
ЭПСТ	13±1,1	17±0,8	16±0,9	19,3±0,8
ЭРПСТ и ХЛЭ	9±0,4	12,2±0,2	13±0,1	17,1±0,1
Минилапаратом холецистэктомия с дренированием холедоха по Аббе Пиковский	11±1,2	12,1±1,0	14±0,9	16±0,7
Холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха	10,1±0,6	15,8±0,4	15,2±0,4	12,2±0,2
Холецистэктомия с внутренним дренированием холедоха	12,4±0,4	16,5±0,2	17,1±0,4	14,4±0,1

Заключение. Анализ собственного клинического материала показал, что число больных с механической желтухой на фоне желчнокаменной болезни достаточно велико. Считаем, что при механической желтухе оптимальным является двухэтапный подход с использованием малоинвазивных способов лечения.

Операцией выбора является эндоскопическое ретроградное вмешательство с последующей холецистэктомией с минидоступом. При невозможности выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства декомпрессия осуществляется дренированием желчевыводящих путей с восстановлением постоянного пассажа желчи в кишечник лапаротомными способами после стабилизации состояния больного.

Литература:

1. Брискин Б.С., Дибиров М.Д., Рыбаков Г.С. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. 2008. № 13(2). С. 15-19.
2. Коханенко Н.Ю., Латария Э.Л., Данилов С.А. и др. Выбор метода хирургического лечения холецистохоледохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. 2011. № 16(4). С. 56-61.
3. Мальчиков А.Я., Коровкин В.А., Фатыхова Г.И. и др. Методы декомпрессии билиарной системы в лечении больных с синдромом механической желтухи // Практическая медицина. 2011. № 49. С. 84-87.
4. Назыров Ф.Г., Струцкий Л.П., Девятов А.В. и др. Результаты эндоскопических вмешательств у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой // Новости хирургии. том 19. №4. 2011. С.36-41.
5. Нишневич Е.В., Столин А.В., Шелепов И.В., Прудков М.И. О целесообразности интраоперационной холангиографии у больных острым холециститом // Анналы хирургической гепатологии. 2009. № 14(4). С. 22-27.
6. Marianne Udd, Leena Kylänpää, Jorma Halttunen. Marianne Udd Management of difficult

bile duct cannulation in ERCP // World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2010. № 2(3). P. 97-103.
7. Mohammad Ayoubi, Giovanni Sansoè, Nicola Leone, Francesca Castellino. Comparison between needleknife fistulotomy and standard cannulation in ERCP// World Journal of Gastrointestinal Endoscopy. 2012. № 4(9). P. 398404.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ОСЛОЖНЕНИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

А.С. БАБАЖАНОВ, А.И. АХМЕДОВ,
Ф.О. МУМИНОВ, Б.Х. МУХИДДИНОВ

Проведен анализ результатов лечения 116 больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой, находившихся на лечении в Самаркандском городском медицинском объединении в период с 2014 по 2016гг. Являясь сторонниками двухэтапного подхода к лечению механической желтухи, первым этапом мы выполняли декомпрессию и санацию билиарного тракта. Предпочтение отдавали эндоскопическому ретроградному вмешательству. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена у 68 больных (58,6%), в сочетании с холедохолитоэкстракцией (ХЛЭ) у 39 больных (57,3%). Считаем, что при механической желтухе оптимальным является двухэтапный подход с использованием малоинвазивных способов лечения. Операцией выбора является эндоскопическое ретроградное вмешательство с последующей холецистэктомией минидоступом. При невозможности выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства декомпрессия осуществляется дренированием желчевыводящих путей с восстановлением постоянного пассажа желчи в кишечник лапаротомным способом после стабилизации состояния больного.

Ключевые слова: эндоскопическое ретроградное папиллосфинктеротомия, механическая желтуха, холецистэктомия, дренаж желчевыводящих путей, минилапаротомный доступ.