

И.В. Вотьев, Н.Б. Прохоров, Н.И. Богомолов

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ – НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДИ ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница (Чита)*

Целью настоящей работы явилось изучение заболеваемости, осложнений и причин смерти при желчнокаменной болезни.

Последнее десятилетие характеризовалось значительным ростом числа больных, страдающих желчнокаменной болезнью. Увеличилось (до 70 %) и количество больных с осложненными ее формами в виде механической желтухи, основной причиной которой остается холедохолитиаз. С внедрением в хирургическую практику миниинвазивных технологий и эндоскопических методов, появились большие возможности в диагностике, и в лечении больных с механической желтухой неопухолевого генеза.

Представленная работа основана на опыте лечения больных с желчнокаменной болезнью на базе хирургического отделения Краевой клинической больницы с 2008 по 2012 г. За этот период выполнено 1227 (82,6 %) лапароскопических холецистэктомий, традиционным способом выполнено 126 (8,4 %) операции, и в 132 (8,8 %) были выполнены холецистэктомии из мини доступа с использованием аппарата «Ассистент». Все оперативные пособия выполнены в плановом порядке по поводу хронического калькулезного холецистита. При анализе отмечены осложнения: интраоперационные кровотечения в 12 случаях, что в 5 случаях послужило причиной конверсии в открытое пособие; подтекание желчи в раннем послеоперационном периоде из дополнительных протоков (16 случаев); гематома в области ложа желчного пузыря (12 случаев); при выполнении холецистэктомии традиционным способом отмечалась подкожная эвентрация в 8 случаях.

По поводу острого калькулезного холецистита было сделано 56 лапароскопических холецистэктомий, традиционным способом – 89, в 32 случаях была выполнена холецистэктомия из мини доступа. При морфологическом исследовании отмечена в 62 % флегмонозная форма воспаления желчного пузыря, в 27 % – гангренозная, в 11 % – катаральная.

У 157 больных, находившихся на лечении, отмечена осложненная форма желчекаменной болезни – холедохолитиаз с явлениями механической желтухи. Возраст больных колебался от 19 до 91 года. Среди наблюдавшихся больных женщин было 114 (72,6 %), мужчин – 43 (27,4 %). Длительность механической желтухи у больных с момента ее возникновения до операции колебалась от 3 суток до 2 месяцев. Большинство пациентов, 78 (49,7 %) из 157, поступили в стационар с легкой желчной интоксикацией (общий билирубин крови до 100 мкмоль/л). Средняя степень интоксикации отмечена у 37 (23,6 %) пациентов (общий билирубин крови до 200 мкмоль/л), тяжелая – у 42 (26,8 %) (у них общий билирубин крови составил более 200 мкмоль/л). При билирубинемии более 200 мкмоль/л и длительности желтухи выше 200 мкмоль/л отмечены выраженные явления печеночной недостаточности. При наличии механической желтухи, у пациентов с желчнокаменной болезнью, и уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л, выполнялось чрезкожное транспеченочное дренирование в 129 случаях (82,8 %), у 28 (17,2 %) пациентов от проведения этой процедуры воздержались.

Без операции умерло 8 человек, при явлениях выраженной печеночной недостаточности и прогрессирующей полиорганной (возраст более 73 лет). В раннем послеоперационном периоде умерло 4 человека от сердечно-сосудистой недостаточности (возраст более 66 лет). Одна больная умерла в послеоперационном периоде от массивной ТЭЛА (возраст 62 лет).

Послеоперационные осложнения составили 9,8 %, общая летальность – 2,5 %, послеоперационные осложнения – 1,68 %.

Таким образом, являясь наиболее частой патологией общехирургического стационара, желчекаменная болезнь требует индивидуального подхода в выборе метода лечения. Помимо стандартов должен быть и здравый смысл.

И.В. Вотьев

ХОЛЕДОХОЛИТИАЗ – НЕСТАРЕЮЩАЯ ПРОБЛЕМА ХИРУРГИИ*ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия» (Чита)
ГУЗ Краевая клиническая больница (Чита)*

Целью исследования было изучение резидуального холедохолитиаза и выработка рациональной тактики лечения этой патологии.

Численность больных, страдающих желчнокаменной болезнью, ежегодно увеличивается, холецистолитиаз выявляется у 10–20 % населения развитых стран. Среди осложнений основное место занимает холедохолитиаз, который встречается у 10–35 % пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

За последние 6 лет в клинике оперированы 152 больных с холедохолитиазом, из которых у 82 были применены малоинвазивные методы лечения. Женщин было – 97, мужчин – 27 в возрасте от 19 до 59 лет, 28 человек были старше 60 лет. Длительность заболевания варьировала – от 4 месяцев до 23 лет.

Инструментальная визуализация включала: УЗИ, КТ, ФГДС, ЭРХПГ, чрескожную чреспеченочную холангиографию, а во время операции – холангиографию, фиброхоледохоскопию. Сочетанное использование методов позволило установить точный диагноз до операции в 97,8 % случаев. Помимо холедохолитиаза, у 81,3 % больных были диагностированы: стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (18 %), острый холецистит (28 %), острый гнойный холангит (22 %), острый панкреатит (24 %), протекающие почти в половине наблюдений в форме различных сочетаний. Синдром Мириizzi был выявлен у 3,1 % больных: 1-я форма в 2-х случаях и 2-я – в 1 случае.

Показанием к выполнению ЭРХПГ, интраоперационной холангиографии, интраоперационной холедохоскопии считали сочетание нескольких критериев: расширение диаметра общего желчного протока более 0,8 см, экзопозитивные структуры общего желчного протока, предшествующая или существующая в анамнезе механическая желтуха, повышение биохимических показателей холестаза. При наличии механической желтухи, у пациентов с ЖКБ и уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л, выполнялось чреспеченочная холангиография в 126 случаях (82,8 %), у 26 (17,2 %) пациентов от проведения этой процедуры воздержались. Чреспеченочная холангиография выполняла лечебную и диагностическую функции, информативность составила 98 %.

При холедохолитиазе пациентам выполняли эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию по оригинальной методике (заявка № 2011123057/14(034164)). После эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии удаляли камни из протоков. При этом вмешательстве сфинктер общего желчного протока рассекается проволочным электродом, прикрепленным к катетеру. Канюляционным способом эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография выполнена в 87 % случаев, в 5 % – неканюляционным, а у 8 % больных использовалась комбинированная методика. В большинстве случаев (74 %) декомпрессия холедоха проведена одномоментно, в остальных за 2–3 исследования. У 2-х больных ЭПСТ выполнить не удалось: при интрадивертикулярном расположении большого сосочка двенадцатиперстной кишки, и при «плоском» щелевидном его варианте и вклиненном камне. Мы сторонники активной тактики удаления конкрементов, поэтому практически во всех случаях холедохолитиаза использовали литоэкстракцию с помощью корзинки Дормиа – 86 %, или баллонного катетера – 14 %. Осложнения (кровотечение, перфорация, панкреатит, холангит) наблюдались в 5 % случаев, а летальность составила 0,5 %. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография применялась для разрешения обструкции желчных путей камнями в 98 % и санации протоков в 2 %.

При механической желтухе придерживаемся тактики двухэтапного оперативного лечения. Одновременно с лечебно-диагностическими процедурами проводили консервативную терапию, по коррекции и предупреждению прогрессирования печеночно-почечной недостаточности, и инфекционных осложнений. После выполнения эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, вторым этапом, выполняли радикальные операции в «холодном периоде» – 94 %. При прогрессировании желтухи и холангита в течение 24–48 часов выполняли оперативное лечение – 6 %.

Таким образом, холедохолитиаз, как осложнение желчекаменной болезни встречается часто и требует двухэтапного хирургического лечения; с применением в первую очередь более щадящих и эффективных методов. Вторым этапом необходимо выполнить радикальное оперативное пособие с минимальным риском для жизни больного.

И.А. Ганичева, А.В. Юданов, Л.Н. Кирилин, И.А. Токмаков, Р.В. Говорков

ТАКТИКА ПРИ ИНФИЛЬТРАТАХ МАЛОГО ТАЗА, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ДЛИТЕЛЬНОМ НАХОЖДЕНИЕМ ВМС В ПОЛОСТИ МАТКИ

**ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница» (Новосибирск)
Новосибирский областной центр колопроктологии (Новосибирск)**

Цель: определить тактику при инфильтратах малого таза, обусловленных длительным нахождением ВМС в полости матки.