

**П. И. Семенчук**

## **ВЫБОР СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И. Д. Семенчук*

*Кафедра общей хирургии,*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Резюме.** В статье рассмотрены результаты лечения пациентов с осложненной желчекаменной болезнью с применением различных вариантов оперативного лечения. В ходе исследования определены возрастная структура пациентов, время пребывания в стационаре, процент послеоперационных осложнений. По результатам исследования было установлено, что наиболее оптимальным способом оперативного лечения является эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей лапароскопической холецистэктомией.

**Ключевые слова:** эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, холедоходуоденоанастомоз, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, холедохолитотомия.

**Resume.** The results of treatment of patients with complicated cholelithiasis with various variants of surgical treatment are considered in the article. In the course of the study, the age structure of the patients, the length of stay in the hospital, the percentage of postoperative complications were determined. According to the results of the study, it was found that the most optimal method of surgical treatment is endoscopic papillosphincterotomy with subsequent laparoscopic cholecystectomy.

**Keywords:** choledocholithotomy, endoscopic papillosphincterotomy with lithoextraction, choledochoduodenoanastomosis, transduodenal papillosphincterotomy.

**Актуальность.** Увеличение частоты встречаемости осложнений желчекаменной болезни требует усовершенствования существующих традиционных способов оперативного лечения и разработки новых малоинвазивных вмешательств, которые привели бы к улучшению результатов лечения и снижению сроков нетрудоспособности.

**Цель:** улучшить результаты оперативного лечения путем выбора оптимального способа и техники хирургического вмешательства в зависимости от осложнений желчекаменной болезни.

### **Задачи:**

1. Установить оптимальные варианты тактики хирургического вмешательства с оценкой дооперационного и интраоперационного обследования.
2. Изучить результаты различных способов оперативного лечения при осложнениях желчекаменной болезни.

**Материал и методы.** Был выполнен анализ результатов хирургического лечения 130 пациентов, прооперированных по поводу осложненной желчекаменной болезни в УЗ 5 ГКБ г. Минска, за период 2012-2017гг. Средний возраст пациентов составил 69 лет. По характеру осложнений желчекаменной болезни пациенты были распределены следующим образом: холедохолитиаз – 98(75,3%); стриктуры терминального отдела холедоха – 24(18,5%); синдром Мириizzi – 8(6,2%). Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

**Результаты и их обсуждение.** Возрастное соотношение пациентов по результатам исследования: 35-55 лет – 13% пациентов, 55-65 лет – 23% пациентов, 65-75 лет – 29% пациентов, 75-85 лет – 35% пациентов. Таким образом, основная масса

пациентов (64%) это люди старшей возрастной группы с наличием сопутствующей патологии.

Для определения тактики лечения осложненной ЖКБ всем пациентом было проведено дооперационное обследование, включающее УЗИ, ФГДС и биохимическое исследование крови. КТ было проведено 24 (18%) пациентам, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) – 89 (68,5%) пациентам, МРТ – 4 (3%) пациентам. Наиболее информативным и определяющим тактику лечения по нашему ретроспективному анализу являлось РХПГ.

При наличии показаний к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) лечение начинали с применения этого метода. ЭПСТ была проведена у 41 (32%) пациента. Показаниями для проведения являлись непротяженные стриктуры терминального отдела холедоха, малые размеры конкрементов (до 1 см в диаметре), множественный холедохолитиаз. У 14 (11%) пациентов ЭПСТ по ряду причин была неэффективна.

При выполнении хирургического вмешательства окончательный выбор способа операции зависел от результатов интраоперационного обследования пациентов. Оно включало пальпаторное исследование, интраоперационную холангиографию, зондовую ревизию, холедохоскопию. Характер патологии, выявляемый при данном обследовании, представлен в таблице (таблица 1).

**Таблица 1.** Диагностические возможности интраоперационных методов обследования

| <b>Метод исследования</b>        | <b>Характер патологии</b>   |
|----------------------------------|---|
| Пальпаторное исследование        | Крупные конкременты   |
| Интраоперационная холангиография | Диаметр холедоха, наличие камней и сужения в протоках, протяженность сужения, стеноз большого дуоденального сосочка (БДС) |
| Зондовая ревизия                 | Конкременты, проходимость и стенозы терминального отдела холедоха и БДС   |
| Холедохоскопия                   | Наличие мелких конкрементов, стеноз терминального отдела холедоха   |

На основании интраоперационного обследования выбирался окончательный способ операции.

Холедохолитотомия с наружным дренированием считали возможно выполнимой при отсутствии расширения холедоха более 1,5 см., отсутствии стриктур терминального отдела холедоха, единичных конкрементах. Из-за ограниченных показаний к проведению холедохолитотомии наблюдался небольшой процент операций, выполненных этим способом – у 14 (11%) пациентов.

Наиболее распространенным способом хирургического лечения стал холедоходуоденоанастомоз (ХДА), который применялся у 64 (49%) пациентов. Показаниями к ХДА служили расширения холедоха больше чем на 1,5 см, множественные мелкие конкременты, протяженные стриктуры терминального отдела холедоха.

Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия (ТПСТ) была применена у 12 (9%) пациентов. Показаниями к ней являлись ущемленные конкременты БДС, непротяженный стеноз БДС, невозможность или неудача при выполнении ЭПСТ.

С применением мини-доступа были прооперированы 28 (21,5%) пациентов. Так, ХДА из мини-доступа применялся у 21 (16%) пациента, ЭПСТ – у 6 (4%) пациентов, холедохолитотомия с наружным дренированием – у 1 (1,5%) пациента. Данные методики были применены преимущественно к возрастным пациентам, средний возраст которых составил 80,2 года, что позволило снизить риск оперативного вмешательства и избежать послеоперационной летальности у этой группы пациентов.

Нами изучены длительность послеоперационного периода, количество послеоперационных осложнений и летальность. Ранние послеоперационные осложнения были отмечены у 9% пациентов, летальность составила 3%. Среднее количество койко-дней, проведенных в стационаре, составило 19,6. Лучшие результаты получены при использовании ЭПСТ и при операциях из мини доступа, где отсутствовала послеоперационная летальность, количество послеоперационных осложнений составило менее 4 %, а средняя продолжительность пребывания в стационаре – 9,8 дней.

#### **Выводы:**

1 Для лечения осложненной желчекаменной болезни необходимо отдавать предпочтение эндоскопической папиллосфинктеротомии с литоэкстракцией. При неэффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии используются холедоходуоденоанастомоз и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия.

2 ЭПСТ и операции из мини-доступа позволяют снизить травматичность хирургических вмешательств, уменьшить частоту послеоперационных осложнений и сократить сроки пребывания больного в стационаре.

*P. I. Semenchuk*

### **SELECTION OF A METHOD OF OPERATIONAL TREATMENT OF COMPLICATED CHOLELITHIASIS**

*Tutors: associate professor I. D. Semenchuk  
Belarusian State Medical University, Minsk*

#### **Литература**

1. Хирургия печени и желчевыводящих путей / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, Б.В. Доманский / А.А Шалимов. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с.
2. Хирургические болезни / М.И. Кузин, О.С. Шкроб, М.А. Чистова, Л.В. Успенский [и др.]; под ред. М.И. Кузина. – М.: Медицина, 1986. – 704 с.
3. Актуальные вопросы неотложной хирургии: материалы 27 пленума хирургов Респ. Беларусь / под ред. Г.Г. Кондратенко. – Минск: Акад. Упр. При Президенте Респ. Беларусь, 2016. – 562 с.