

ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Синило С.Б., Жерносек Д.А., Садовский А.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь*

Ведение. Желчекаменная болезнь в настоящее время является одной из самых распространенных абдоминальных патологий, которой страдают от 10 до 15% взрослого населения. В то же время от 5 до 30% случаев желчекаменная болезнь осложняется холедохолитиазом, что указывает на высокую социально-экономическую значимость данной патологии. До сих пор в отечественной и зарубежной литературе нет единства в оптимальном выборе оперативного лечения холедохолитиаза.

Цель исследования: провести сравнительный анализ хирургических методов лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 320 пациентов, проходивших лечение в четырех хирургических отделениях учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска с холедохолитиазом за период с 2020 по 2022 год. Среди пациентов мужчин было 110 (34,4%), женщин – 210 (65,6%). Средний возраст

пациентов составил 69 лет (от 24 до 96). Все пациенты были разделены на две группы: в 1-ой группе были выполнены эндоскопические папилосфинктеротомии с/без холецистэктомией в два этапа, во 2-ой – операции закончились формированием холедоходуоденоанастомоза. Все пациенты были обследованы согласно национальному клиническому протоколу.

Результаты и обсуждение. Среди 3755 пациентов, лечившихся по поводу желчекаменной болезни, холедохолитиаз был выявлен у 320, что составило 8,5%. В первую группу было включено 205 пациентов (мужчин – 60 (29,3%), женщин – 145 (70,7%)), средний возраст составил 67 (минимальный 24 года, максимальный 96) лет. Во вторую группу было включено 115 пациентов (мужчин – 50 (43,5%), женщин – 65 (56,5%)), средний возраст – 72 (минимальный 32, максимальный 93) года. Из анамнеза было выяснено, что средняя продолжительность дней от начала заболевания до госпитализации в первой группе составляла 6,1, а во 2-ой – 2,7, что в 2,3 больше, чем во 2-ой группе.

Предикторами холедохолитиаза были: повышение щелочной фосфатазы, билирубина за счет прямой фракции, в ряде случаев – незначительное повышение трансаминаз. Скрининговым методом диагностики являлось УЗИ органов брюшной полости в приемном отделении. При обнаружении размера холедоха больше 8 мм, было проведено экспертное УЗИ на 3-5 день от момента поступления, которое было более информативным. Компьютерная томография с контрастированием, с целью исключения онкологической патологии (рака желчного пузыря и протоков), была выполнена – 115 (36%). МРТ-холангиография была выполнена – 81 (25%).

Показаниями к РХПГ с эндоскопической папилосфинктеротомией и литоэкстракцией являлись: наличие камней, чаще всего одиночных, максимальным размером до 1,5 см, и/или стриктур небольшой протяженности 1-2 степени. В 7 (3%) случаях была выполнена литотрипсия. Наличие протяженных стриктур в 2 случаях явилось показанием к постановке временного стента. Вторым этапом, в среднем через 5 дней, 189 (92%) пациентам была выполнена холецистэктомия, остальным 16 пациентам холецистэктомия была выполнена ранее до поступления в стационар.

В 1-ой группе было выявлено 12 (6%) осложнений. Из них 9 острых панкреатитов с 1 смертельным исходом, и 3 кровотечения. Также наблюдалось транзиторное увеличение амилазы в крови

у 39 (19%) пациентов от 145 до 3000 Е/л, что не требовало дополнительного лечения.

Показаниями к наложению холедоходуоденоанастомоза с холецистэктомией или без нее являлись: множественный холедохолитиаз с камнями больше 2 см, протяженные стриктуры 2-3 степени, повторные эндоскопические папилосфинктеротомии (8,7%) в анамнезе. У 47 пациентов холедохолитиаз сочетался с гнойным холангитом. Во время операции в 2-х случаях было выполнено 2 интраоперационных УЗИ, интраоперационных холедохоскопий – 106 (92%). Дополнительное дренирование холедоха по Пиковскому выполнено 28 (24%) пациентам.

Во второй группе было 4 несостоятельности анастомоза, которым потребовались релапаротомии с дополнительным ушиванием места несостоятельности. Летальности среди данных пациентов не было.

Учитывая, что годы для анализа 2020-2022, это годы пандемии COVID-19, у 18 (9%) пациентов 1 группы и 17 (15%) – второй был выявлен COVID-19 с поражением легких 15-20%. Умерло 12 пациентов (5 в 1-ой и 7 во 2-ой) от осложнений COVID-19.

Выводы. Таким образом, наиболее обоснованным методом хирургического лечения холедохолитиаза является эндоскопическая папилосфинктеротомия с литоэкстракцией и вторым этапом холецистэктомия в интервале 5-7 дней. Реконструктивная операция в виде ХДА является методом выбора у пациентов с множественным холедохолитиазом и камнями более 2 см, а также протяженными стриктурами терминального отдела холедоха 2-3 степени.