

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Русин И.В., Сухоцкий Д.В., Язепчик А.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, РБ
УЗ «Городская клиническая больница №4 г. Гродно»*

SURGICAL CORRECTION OF COMPLICATED FORMS CHOLELITHIASIS

Rusin I.V., Sukhotsky D.V., Yazepchik A.V.

*Educational Institution "Grodno State Medical University" Grodno, RB
UZ "City Clinical Hospital No. 4 of Grodno"*

Введение. Желчнокаменная болезнь и её осложнения остаются серьёзной проблемой современной хирургии. Увеличивается количество пациентов и операций по поводу данной патологии.

Использование современных методов диагностики (УЗИ, дуоденоскопии с ретроградной холангиопанкреатографией, магнитно-резонансной и спиральной компьютерной томографии) позволяет своевременно выявлять осложнённые формы желчнокаменной болезни, (холедохолитиаз с механической желтухой, холангитом), что требует адекватной коррекции выявленных осложнений, так как выполненная холецистэктомия не приведёт к положительному результату. В настоящее время при выявленном холедохолитиазе, в том числе, осложнённом холангитом, широко применяются малоинвазивные хирургические вмешательства, такие как эндоскопическая папиллосфинктеротомия, балонная папиллодилатация в сочетании с литотрипсией (контактной, лазерной) и экстракцией конкрементов, лапароскопическая холедохолитотомия. Однако в некоторых случаях (множественный и крупный холедохолитиаз, возникшие морфологические изменения билиопанкреатодуоденальной зоны после перенесенного воспаления, панкреатита, ранее выполненных операций) возникает необходимость в выполнении традиционных «открытых» оперативных вмешательств. Выбор оптимального хирургического вмешательства у данной категории пациентов позволяет улучшить результаты лечения не только в ближайшем, но и в отдалённом послеоперационном периоде.

Цель. Изучить результаты диагностики и лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, осложнённой холедохолитиазом и холангитом при традиционных «открытых» операциях и оптимизировать показания к выбору метода оперативного пособия.

Материалы и методы. Изучены результаты обследования и оперативного лечения 25 пациентов с признаками нарушения проходимости внепечёчных желчных протоков и желчной гипертензии, холангита, обусловленных холедохолитиазом за период с 01.01.2018 г. по 30.06.2024 г. Женщин было 12, мужчин 13, возраст пациентов составил от 35 до 94 лет,

при этом пациентов старше 60 лет было 15 (60%), в том числе 11 (44%) старше 70 лет. Диагноз желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом, механической желтухой, холангитом устанавливался на основании клинических признаков (болевой синдром, желтушность кожных покровов и склер, гипертермия, периодические ознобы), гипербилирубинемия от 26,9 до 146,9 мкмоль/л при поступлении отмечена в 71% случаев (18 человек), повышение уровня АсТ выявлено в 20 случаях (80%), Алт в 15 (60%), повышение уровня амилазы крови у 10 пациентов (40%). При УЗИ обследовании холедохолитиаз обнаружен у 21 пациента (84%). Наличие транзиторной желтухи в анамнезе, периодической гипертермии потребовало дополнительного выполнения МРТ или СКТ обследований в 16 случаях, дуоденоскопия с РХПГ выполнена у 9 пациентов, что позволило исключить ошибку при постановке диагноза и выявить холедохолитиаз, при этом во время выполнения РХПГ выполнялась папиллосфинктеротомия с попыткой литоэкстракции.

Результаты и обсуждение. «Открытые» традиционные операции за указанный период выполнены 25 пациентам, в 9 случаях при неудачных попытках литоэкстракции после трансдуоденальной эндоскопической папиллосфинктеротомии. В 21 случае холедохолитиаз сочетался с хроническим калькулёзным холециститом, у 4 пациентов во время операции обнаружен синдром Миризи (ширина соустья от 1,0 до 1,5 см), у 4 человек был постхолецистэктомический синдром с холедохолитиазом, холангитом и механической желтухой (холецистэктомии у данной группы пациентов были выполнены в сроки от 5 до 12 лет ранее). У 15 пациентов холедохолитотомия во время операции (в сочетании с холецистэктомией или без неё) завершилась наложением холедоходуоденоанастомоза по Финстереру или Флеркену, в 1 случае наложен холедохоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки (при синдроме Миризи), в 9 случаях наложения билиодигестивного анастомоза не потребовалось, так как ранее этим пациентам выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с попыткой литоэкстракции и во время операции зонд 3 мм свободно проходил в двенадцатиперстную кишку. При вскрытии гепатикохоледоха и наложении билиодигестивных анастомозов операцию в 11 случаях заканчивали дренированием холедоха по Пиковскому, в 5 случаях по Керу, 2 – по Вишневскому, по 1 случаю декомпрессия желчных протоков выполнялась по Долиотти и Керте.

Ближайший послеоперационный период протекал без осложнений, несостоятельности наложенных билиодигестивных анастомозов в исследуемой группе пациентов не отмечено.

Выводы.

- Показаниями к открытой операции при осложненной холедохолитиазом желчнокаменной болезни считаем большие (>15мм) или множественные конкременты гепатикохоледоха при неудавшейся

попытке литоэкстракции после эндоскопической папиллосфинктеротомии либо при протяжённой стриктуре терминального отдела холедоха, выявленной до операции.

- При непроходимости дистального отдела холедоха, установленного во время операции, предпочтение отдавалось наложению холедоходуоденоанастомоза по Финстереру или Флеркену, считаем целесообразным заканчивать операцию дополнительной декомпрессией желчных протоков для профилактики несостоятельности наложенного холедоходуоденоанастомоза.