

## ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

*Денищик В.В., Шестюк А.М., Карпицкий А.С., Дейкало М.В.,  
Юрковский В.В., Абрамова С.М.*

*УЗ “Брестская областная клиническая больница”*

## TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CHOLEDOCHOLITHIASIS

*Denishchik V.V., Shestuk A.M., Karpitskiy A.S., Deikalo M.V.,  
Yurkouski V.V., Abramava S.M.*

*Brest Regional Clinical Hospital*

**Введение.** Частота холангиолитиаза у больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) может достигать 8–26%, а среди больных старше 60 лет – 28%. Наличие острого холангита, механической желтухи, острого билиарного панкреатита на фоне ЖКБ усугубляет общее состояние пациентов.

**Цель.** Изучение опыта лечения осложненных форм холецистохоледохолитиаза.

**Материалы и методы.** Изучен опыт лечения 69 пациентов с холецистохоледохолитиазом, которым применен комбинированный малоинвазивный подход, который заключался в выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии и лапароскопической холецистэктомии. Средний возраст среди лиц, поступивших для лечения в стационар составил 62 (Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>, 45-73) года. Среди пациентов мужчин было 24 человека (34,8%), женщин – 45 (65,2%).

**Результаты и обсуждение.** Установлено, что единичные конкременты холедоха (54 случая) в исследуемой группе чаще встречаются у пациентов до 60 лет (72,2%, 39 человек), в отличие от лиц старшего возраста (27,8%, 15 человек) ( $p=0,041$ ).

Механическая желтуха, как проявление холедохолитиаза, наблюдалась у 48 (69,5%) человек. В исследуемой группе не найдено зависимости в росте частоты развития механической желтухи от наличия в протоках одного либо нескольких камней ( $p=0,636$ ). При наличии полной обтурации камнями просвета холедоха чаще, первым этапом, выполнялось лапароскопическое вмешательство на желчном пузыре с дренирование холедоха – у 32 (66,7%) человек. Далее, вторым этапом, проводилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней из желчных путей.

В стационар с клиникой острого холангита на фоне холецистохоледохолитиаза поступило 24 человека (34,7%). Нами отмечено, что воспалительные явления в желчевыводящих путях наблюдались больше у пациентов более преклонного возраста – 69,5 (Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>, 59,2-76) лет ( $p=0,020$ ). У 15 из 24 (62,5%) пациентов с холангитом при дальнейшем обследовании выявлены множественные камни желчных протоков, что чаще чем в случаях

с отсутствием острого холангита – 9 случаев (37,5%). Необходимо отметить, что в 18 из 24 (75%) пациентам на первом этапе была выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дополнительного дренирования желчных путей с целью купирования воспалительных явлений в желчных путях, в 6 случаях (25%) первичная декомпрессия желчевыводящих путей произведена путем выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии. Наличие клиники острого холангита не приводила к увеличению количества повторных вмешательств в виду присутствия интраабдоминальных осложнений ( $p=0,336$ )

Частота клинических проявлений острого билиарного панкреатита при поступлении в стационар была составила 8,7% (6 из 69 пациентов). Частота развития острого билиарного панкреатита у пациентов с холецистохоледохолитиазом ниже, чем у пациентов, которым ранее были проведены хирургические вмешательства на желчевыводящих путях (28,1%) ( $p=0,035$ ). При эндоскопическом исследовании двенадцатиперстной кишки у всех пациентов выявлено вклинение конкремента в устье Фатерова сосочка. Во всех случаях хирургическое пособие, в виде выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, было эффективно.

Средняя продолжительность лечения пациентов с наличием клиники осложненных форм холецистохоледохолитиаза составила 17,5 дней ( $Q_1-Q_3, 13,7-20$ ), в то же время при неосложненном течении – 16 дней ( $Q_1-Q_3, 14-19,2$ ) ( $p=0,0478$ ). Летальности нет.

**Выводы.** Опыт лечения осложненных форм холецистохоледохолитиаза указывает на высокую эффективность тактики лечения с применением малоинвазивных хирургических методик.