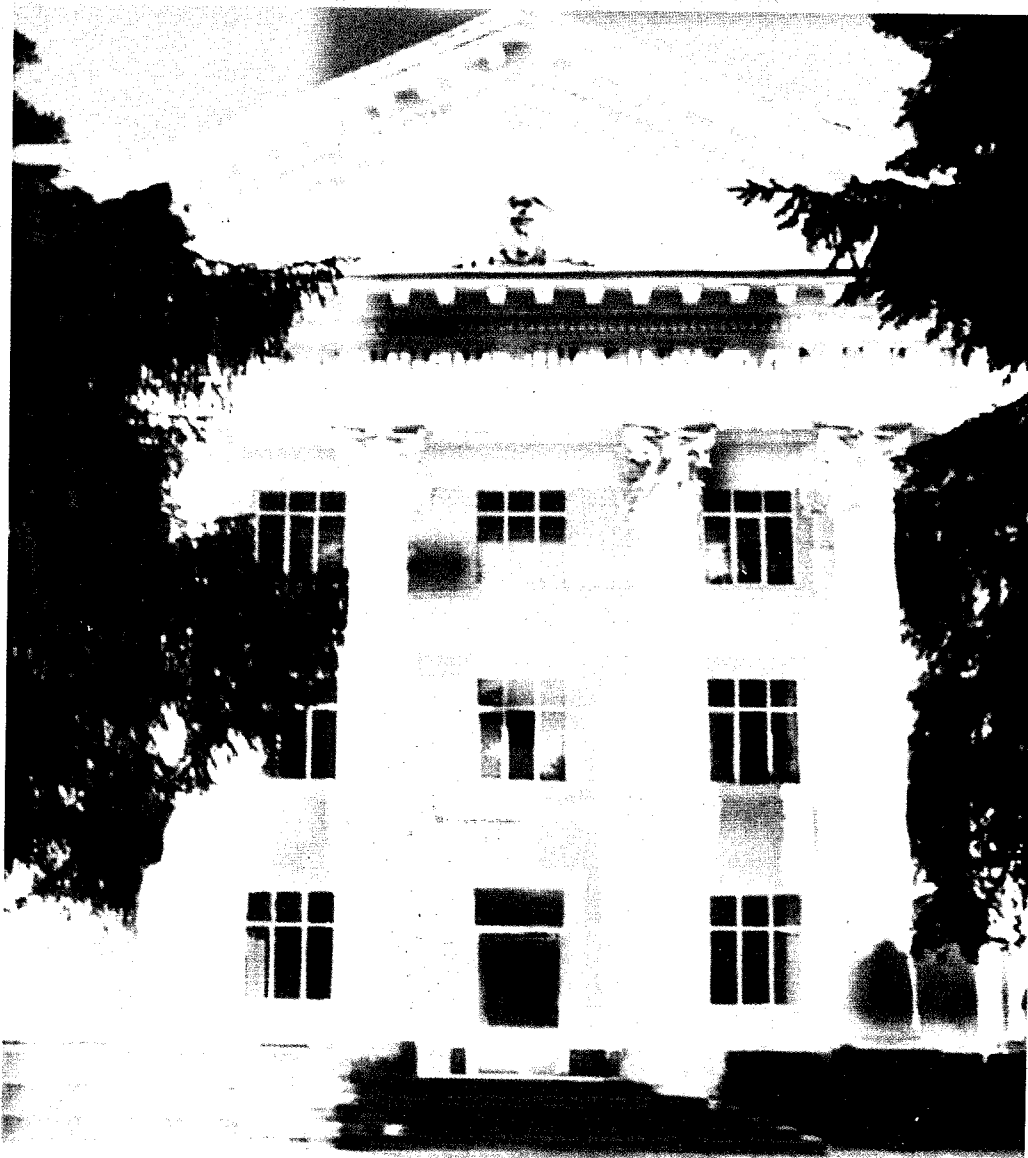


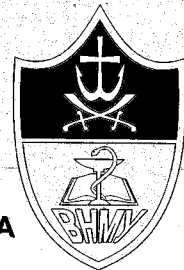
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М.І.ПИРОГОВА



# ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

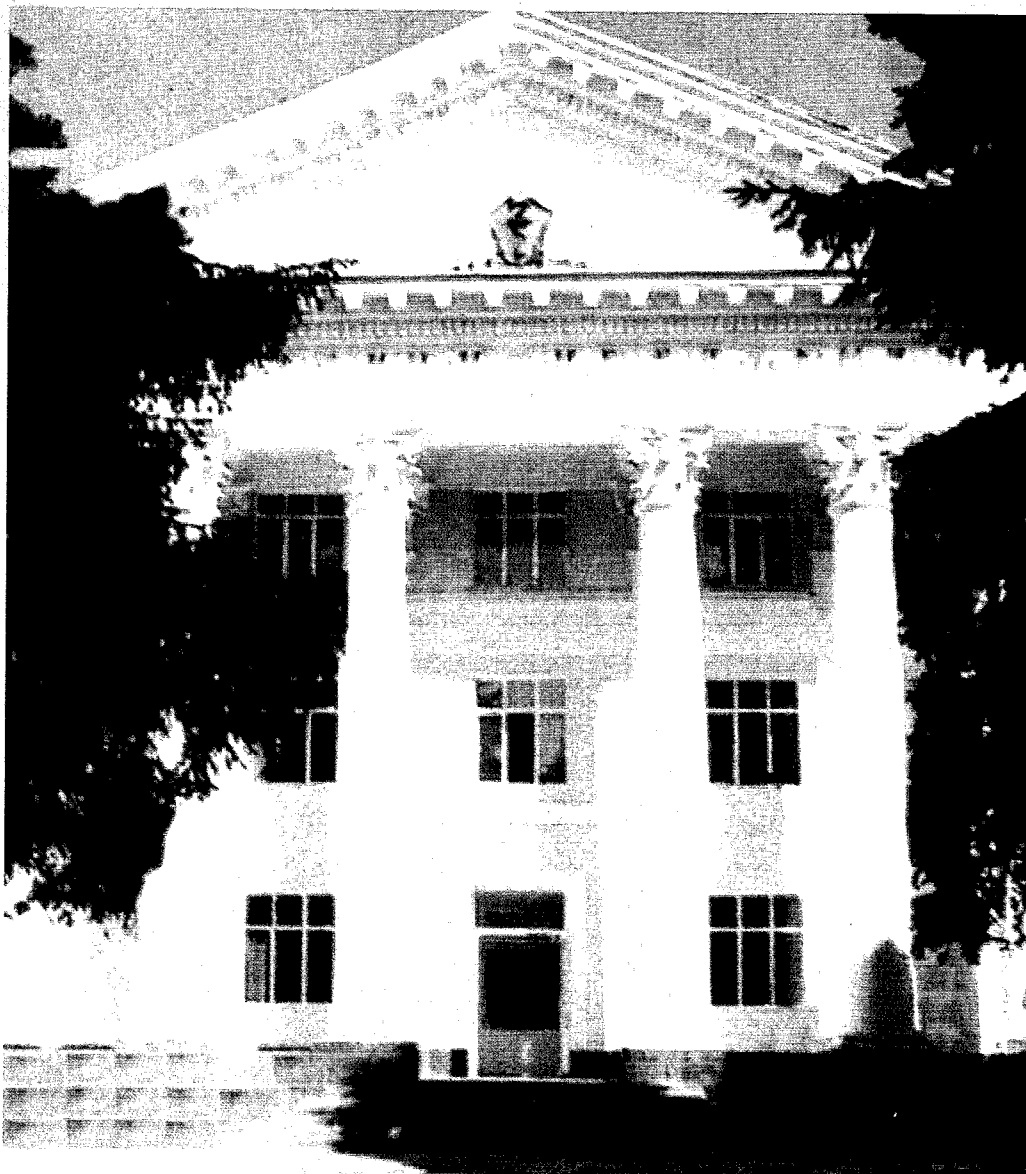


№1, Ч.1 (Т. 18) • 2014  
СІЧЕНЬ



ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М.І.ПИРОГОВА

# ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ



№1, Ч.2 (Т. 18) • 2014  
СІЧЕНЬ

© Лупальцов В.И., Котовщikov М.С.

УДК: 616.36-008.5-06:616.361-002]-089.15

**Лупальцов В.И., Котовщikov М.С.**

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3 (пр. Ленина 4, г. Харьков, Украина, 61022)

## **ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ**

**Резюме.** Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 103 больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) без второго этапа хирургического лечения была выполнена 42 (40,8%) больным. У 29 (28,2%) больных была произведена ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией. У 32 больных выполнить декомпрессию внепеченочных желчных путей при помощи ЭПСТ не удалось. Холецистэктомия лапаротомным доступом была выполнена 31 больному, в одном случае наложена контактная холецистостомы. Осложнения после ЭПСТ развились у 6 (5,8%) больных. После двухэтапного хирургического лечения в послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (7,8%) больных. Летальность составила 1,9%.

**Ключевые слова:** желчекаменная болезнь, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

### **Введение**

В последние годы неуклонно увеличивается количество больных с механической желтухой обусловленной холедохолитиазом, которым необходимо хирургическое лечение [Кондратенко и др., 2005]. Это связано как с увеличением числа больных пожилого и старческого возраста с нарушениями обмена веществ, так и с внедрением новых диагностических методик - таких как, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ) [Кондратенко и др., 2005]. Соответственно увеличилось количество хирургических вмешательств при данной патологии [Нестеренко и др., 1999; Тищенко и др., 1999].

В резолюции VII конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Смоленск, 1999 г.) указано на необходимость широкого внедрения современных малотравматических методов, позволяющих добиться значительного улучшения результатов лечения больных с механической желтухой.

Метод эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в этом аспекте выглядит наиболее приемлемым для решения основной задачи - создания условий для свободного оттока желчи. Даже у пожилых больных ЭПСТ считается безопасной - частота осложнений после неё составляет 7,5 - 16%, а летальность 1,5% [Клименко, Клименко, 1999; Нестеренко и др., 1999; Майстренко, Стукалов, 2000]. В большинстве отечественных клиник ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) является ведущей методикой [Майстренко, Стукалов, 2000], которая сводит к минимуму количество повторных операций на холедохе и снижает летальность. Применение обеих эндоскопических методов теоретически позволяют с помощью малоинвазивных технологий лечить все формы ЖКБ [Тищенко и др., 1999].

*Цель исследования* - улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом.

### **Материалы и методы**

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 103 больных с механической желтухой осложненной холангитом. Мужчин было 30 (29,1%), женщин 73 (70,9%). По возрасту больные распределились следующим образом: 21 - 30 лет - 6 больных (5,8%), 31 - 40 лет - 5 (4,9%), 41 - 50 лет - 17 (16,5%), 51 - 60 лет - 20 (19,4%), 61 - 70 лет - 28 (27,1%), 71 - 80 лет - 22 (21,4%) и 81 год и старше - 5 больных (4,9%). Пациентов трудоспособного возраста (до 65 лет) было 61 человек (59,2%).

Клиническими проявлениями осложнённых форм холедохолитиаза были кожный зуд, желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, боли в правом подреберье, иррадиирующие в левую лопатку и поясничную область справа, сопровождавшиеся ознобами и гипертермией до 39 - 40,0С. В клинико-лабораторных показателях у больных отмечалось повышение общего билирубина от 44 мкмоль/л до 384,6 мкмоль/л, повышение уровня активности трансаминаз (АсАТ, АлАТ) до 1,36 мкмоль/ч.л и 5,2 мкмоль/ч.л соответственно, лейкоцитоз до 20,8?10<sup>9</sup>/л, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до 4,5 - 4,8, повышение уровня мочевины до 14,5 ммоль/л и креатинина до 0,189 ммоль/л. В лейкограмме отмечались признаки выраженной воспалительной реакции.

Обязательным методом исследования у всех больных было выполнение в предоперационном периоде ультразвукового исследования, что позволяло определить диаметр холедоха, наличие или отсутствие в нем конкрементов и влияло на выбор объема оперативного лечения. Во время оперативного вмешательства методом ЭРХПГ осуществлялась диагностика холедохолитиаза и стриктур терминального отдела холедоха.

После предварительной консервативной терапии, которая в urgentных случаях представляла собой и предоперационную подготовку всем 103 больным была выполнена ЭПСТ, которая производилась в максималь-

но ранние сроки от момента поступления в стационар - на 1 - 4 сутки. Без второго этапа хирургического лечения ЭПСТ была выполнена 42 (40,8%) больным. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) произведена 29 (28,2%) пациентам. В 32 (31%) случаях ЭПСТ не дала положительного эффекта вследствие наличия крупных конкрементов в просвете холедоха или продленном стенозе терминального отдела холедоха (более 1,5 см), поэтому 31 больному из этой группы вторым этапом была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом, а в одном случае наложена контактная холецистостома.

### Результаты. Обсуждение

В зависимости от выбора оперативного лечения на втором этапе все больные были распределены следующим образом: ЭПСТ без второго этапа хирургического лечения выполнено у 42 (40,8%) пациентов. В данной группе 22 пациента пожилого и старческого возраста после ликвидации желтухи, отказались от дальнейшего оперативного лечения. У 20 больных этой же группы абсолютных показаний к выполнению второго этапа оперативного лечения не было (в 8 случаях причиной механической желтухи был папиллит, у 9 больных - стеноз большого дуоденального сосочка, в 3 случаях анестезиологический риск превышал операционный). Двухэтапное хирургическое лечение - ЭПСТ с последующей ЛХЭ выполнена у 29 (28,2%) больных. У 32 (31,0%) больных ЭПСТ была неэффективна и больным была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом с холедохолитотомией, при этом дренирование холедоха выполнено у 23 больных, а у 8 больных операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза. У 1 (0,9%) больного с холангитом, находящегося в крайне тяжелом состоянии, после неудачной ЭПСТ, было решено с целью декомпрессии желчного дерева и разрешения холемии выполнить наложение контактной холецистостомы.

После ЭПСТ конкременты извлекались путем отмывания протоков "до чистых вод" или корзинкой Дормиа, у части пациентов придерживались выжидательной тактики, рассчитывая на самостоятельное отхождение конкрементов после достаточно широкого рассечения БДС и терминального отдела холедоха.

### Список литературы

Выбор оптимальной тактики при различных формах острого холецистита. Материалы городской научно-практической конференции. Анализ летальности при остром холецистите / [Нестеренко Ю.А., Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г. и др.]. - М., 1999. - С. 14-17.

Клименко Г.А. Трансдуоденальная сфинктеропластика и супрадуоденальная

холедоходуоденостомия при остром холангите / Г.А.Клименко, Р.Г.Клименко // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1999. - Т.4, №2. - 106 с.

Майстренко Н.А. Холедохолитиаз / Н.А. Майстренко, В.В.Стукалов. - Санкт-Петербург, 2000. - 285 с.

Резолюция VII конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и

стран СНГ (Смоленск, 1999 г.).

Современные тенденции лечения холелитиаза / Тищенко А.М., Малоштан А.В., Сариян И.В. [и др.] // *Врачебная практика*. - 1999. - №3. - С. 44-48.

Экстренная хирургия желчных путей / [Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. и др.]. - Донецк, 2005. - 434 с.

Разрез при ЭПСТ в зависимости от анатомических и индивидуальных особенностей достигал длины от 1,0 до 1,5 см, что приводило к достаточно широкому раскрытию дистального отдела холедоха. Рассечение БДС и терминальной части холедоха осуществлялось в направлении 11 - 12 часов вдоль большой продольной складки 12-ти перстной кишки. Контроль адекватности произведенной ЭПСТ проводился путем рентгенконтрастирования холедоха сразу после сфинктеротомии.

Осложнениями, развившимися непосредственно после эндоскопической папиллосфинктеротомии, являлись: панкреатит, потребовавший целенаправленных консервативных мероприятий у 3-х (2,9%) больных, в 2-х (1,9%) случаях - кровотечение из папиллотомной раны, потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты интенсивной терапии. Умерла одна (0,9%) больная старческого возраста.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит - 3 (2,9%) случая, нагноение послеоперационной раны - 2 случая (1,9%), подпеченочный абсцесс - 1 (0,9%) случай, пневмония - 2 случая (1,9%). Умерло 2 (1,9%) больных старческого возраста вследствие прогрессирования интоксикации и развития полиорганной недостаточности.

### Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией в ближайшие 24 - 48 часов от момента поступления в клинику является оптимальной тактикой лечения холедохолитиаза осложненного холангитом.

2. Для улучшения результатов оперативного лечения этой категории больных следует в раннем послеоперационном периоде проводить профилактику острого панкреатита и осложнений воспалительного характера, с максимально возможной компенсацией состояния витальных систем организма.

В перспективе необходимо продолжать изучение результатов лечения холедохолитиаза, осложненного холангитом, для отработки оптимальной хирургической тактики, способствующей снижению количества послеоперационных осложнений.

*Лупальцов В.І., Котовщиків М.С.*

### ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛАНГІТОМ

**Резюме.** Проведено аналіз результатів ендоскопічного лікування 103 хворих з жовчнокам'яною хворобою ускладненою холангітом. Ендоскопічна папілосфинктеротомія (ЕПСТ) без другого етапу хірургічного лікування була виконана 42 (40,8%) хворим. У 29 (28,2%) хворих була проведена ЕПСТ з подальшою лапароскопічною холецистектомією. У 32 хворих виконати декомпресію позапечінкових жовчних шляхів за допомогою ЕПСТ не вдалося. Холецистектомія лапаротомним доступом була виконана 31 хворому, в одному випадку накладена контактна холецистостома. Ускладнення після ЕПСТ розвинулися у 6 (5,8%) хворих. Після двоетапного хірургічного лікування в післяопераційному періоді ускладнення відзначені у 8 (7,8%) хворих. Летальність склала 1,9%.

**Ключові слова:** жовчнокам'яна хвороба, холангіт, ендоскопічна папілосфинктеротомія.

*Lupaltsov V.I., Kotovshchikov M.S.*

### CHOICE OF TECHNIQUE FOR SURGICAL CORRECTION OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE COMPLICATED WITH CHOLANGITIS

**Summary.** The results of endoscopic therapy of 103 patients with cholangitis-complicated obstructive jaundice were undertaken. Endoscopic papillosphincterotomy (EPST) with no further surgery was conducted at 42 patients (40,8%). EPST with follow-up laparoscopic cholecystectomy (LCE) was performed in 29 (28,2%) patients. For 32 people (31,0%) EPST proved noneffective and these patients underwent cholecystectomy by laparotomy approach with choledocholithotomy with choledochus drain in 23 patients and choledochoduodenoanastomosis. In 1 (0,9%) cholangitis patient after failed EPST the decision was made to apply coupling cholecystostomy.

**Keywords:** cholelithiasis, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy.

Стаття надійшла до редакції 25.11.2013 р.

Лупальцов Владимир Иванович - чл.-корр. НАМН Украины, д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии №3 Харьковского национального медицинского университета; +38 057 370-60-60; surgdis@mail.ru  
Котовщиків Максим Сергеевич - ассист. кафедры хирургии №3 Харьковского национального медицинского университета; +38 050 401-60-21; klinok18hosp@rambler.ru

© Запороженко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

**УДК:** 616.366-089.87-072.1

**Запороженко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.**

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №2 (ул. Ольгиевская, 2, г. Одесса, Украина, 65000)

### НОВАЯ ЛИФТИНГОВАЯ СИСТЕМА В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У ЛИЦ С ВЫСОКИМ ИНДЕКСОМ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

**Резюме.** В работе представлен опыт хирургического лечения острого холецистита у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими сердечно-легочными заболеваниями. Лапароскопическая холецистэктомия с минимальным давлением выполнена у 43 (53,1%) больных, у 38 (46,9%) больных выполнена лапароскопическая холецистэктомия с использованием предложенной лапаролифтинговой системы. Использование новой технологии лифтинга позволило расширить показания к выполнению эндовидеохирургических операций у пациентов старших возрастных групп и улучшить результаты лечения данной категории больных.

**Ключевые слова:** лапаролифтинг, острый холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, лифтинговая лапароскопия.

#### Введение

В последние годы появилась отчетливая тенденция к увеличению числа больных острым холециститом среди пациентов старших возрастных групп. Одной из основных причин неблагоприятных исходов хирургического лечения этой категории пациентов является наличие тяжелой сопутствующей патологии, нередко в стадии декомпенсации, с синдромом "взаимного отягощения". В связи с этим операции, выполняемые на высоте приступа, сопровождаются развитием тяжелых осложнений и высокой послеоперационной летальностью. Общеизвестно, что лапарос-

копические операции являются наименее травматичными хирургическими вмешательствами, являясь "золотым стандартом" в лечении калькулезного холецистита. Однако у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма. При создании карбоксиперитонеума внутрибрюшная гипертензия и эффекты гиперкапнии могут привести к декомпенсации сердечной деятельности, расстройству дыхания и разви-

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М.І.ПИРОГОВА**

---

**ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО  
НАЦІОНАЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО  
УНІВЕРСИТЕТУ**

---

**НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ  
№1, Ч.1 (Т. 18) 2014**

