

## ОДНОМОМЕНТНАЯ САНАЦИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ

*Яльченко Н. А., Маловик С. С.*

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Приведены результаты лечения 357 больных холедохолитиазом, из них 135(37,8%) с резидуальным холедохолитиазом. Из 222 больных первично оперированных по поводу ХЛ диагноз до поступления в клинику был поставлен у 195(87,8%) пациента, еще у 37(14%) наличие камней в желчных протоках выявлено в клинике и у 27(11,2%) – во время операции. У 28(20,7%) больных наличие камней в протоках выявлено в сроки от 1–2 недель после холецистэктомии, а у 10(7,4%) из них была выполнена холедохолитотомия и имелся наружный дренаж холедоха, что свидетельствует о не пренебрежении интраоперационной холангиографией при первичной операции. Холедохолитиаз, осложненный обтурационной желтухой выявлен у 135(50,9%). Получены данные, что одномоментная ЛХЭ с холедохолитотомией показана больным без обтурационной желтухи или с длительностью желтухи до 10 дней при билирубинемии до 100 мкмоль/л, диаметре камней более 10 мм или их кубической форме, неэффективности ЭПСТ. При более длительной и высокой желтухе ЭПСТ является методом выбора лечения холедохолитиаза или декомпрессии желчных путей. ЭПСТ также показана при наличии эндоскопических признаков вклинения конкремента в БДС, резидуальном холедохолитиазе в ближайшем послеоперационном периоде и микрохоледохолитиазе и при сопутствующем стенозе БДС.

**Ключевые слова:** холедохолитиаз, обтурационная желтуха, эндоскопическая холедохолитотомия, эндоскопическая папилосфинктеротомия.

В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) остается одной из наиболее распространенных патологий и ее частота структуре заболеваний желудочно-кишечного тракта составляет почти 40% [5]. У 15–33% больных с ЖКБ диагностируют холедохолитиаз (ХЛ), при чем наиболее часто этой патологией страдают больные преклонного и старческого возраста [2]. ХЛ значительно усложняет течение ЖКБ и ухудшает результаты лечения [1, 6]. Еще больше усугубляет ситуацию присоединение механической желтухи и холангита, с последующим развитием печеночной и полиорганной недостаточности, частота которой при этой патологии по данным разных авторов составляет от 66,4 до 88,1% [3]. В свою очередь это влияет на показатели послеоперационной летальности, которая колеблется в пределах 2,5%, а некоторые авторы приводят данные даже о 65% летальность [4].

В то же время если, после внедрения лапароскопических вмешательств, проблема лечения калькулезного холецистита решена, то к выбору тактики по лечению холедохолитиаза существуют различные подходы и мнения. А при развитии механической желтухи приходится решать проблемы связанные не только с устранением литиаза, но и с декомпрессией желчных путей. На выбор оперативной тактики в данном случае оказывает влияние как длительность желтухи и уровень билирубина, так и оснащенность медучреждений, и владение персоналом миниинвазивными технологиями. В подавляющем большинстве случаев для

этих целей используется эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), реже холецистостомия и чрезкожное чрезпеченочное дренирование [3, 5]. Однако ЭПСТ кроме известных достоинств имеет и ряд существенных недостатков: кровотечение из папиллотомной раны, острый панкреатит, а в отдаленном периоде – развитие рефлюкс-холангита при полном разрушении сфинктерного аппарата БДС.

### Цель работы

Оценить возможности одномоментного и двухэтапного лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом.

### Материалы и методы

Обследовано 357 больных холедохолитиазом, находившимися на лечении в городском центре эндоскопической хирургии г. Днепропетровска с 1998 по 2011 гг., из них 135(37,8%) по поводу резидуального холедохолитиаза.

В работе использовали лапароскопическую хирургическую установку «Карл Шторц» с передвижной рентген-телевизионной установкой DV-29 фирмы Fillips.

### Результаты и обсуждение

Из 222 больных первично оперированных по поводу ХЛ диагноз до поступления в клинику был поставлен у 195(87,8%) пациента, еще у 37(14%)

наличие камней в желчных протоках выявлено в клинике и у 27(11,2%) – во время операции. Это свидетельствует о бессимптомном течении заболевания, которое может не только не сопровождаться клиническими проявлениями, но и при проведении стандартных исследований (УЗИ) не сопровождаться признаками желчной гипертензии. В наших наблюдениях у 52(23,4%) по данным УЗИ диаметр холедоха составлял от 6 до 8 мм, что соответствует физиологической норме.

У 59(43,7%) больных с резидуальным холедохолитиазом его можно было трактовать как вновь образованный (сроки от момента холецистэктомии от 2 до 5–7 лет), а у 76(56,3%) больных это были, так называемые «забытые камни» (сроки от операции от 1–2 недель до 1–2 лет).

У 28(20,7%) больных наличие камней в протоках выявлено в сроки от 1–2 недель после холецистэктомии, а у 10(7,4%) из них была выполнена холедохолитотомия и имелся наружный дренаж холедоха. У 3 больных функционировал наружный желчный свищ и у 1 комбинированный кишечно-желчный свищ в результате несостоятельности холецистостомы. Основной причиной запоздалой диагностики во всех случаях было невыполнение во время операции холангиографии. Отказ от интраоперационного рентгенологического исследования или ревизии желчных путей был обусловлен отсутствием клиники холедохолитиаза, нормальным диаметром желчных протоков и преувеличенной уверенностью оперирующего хирурга, что причина болез-

ни устранена без объективизации этого факта.

Холедохолитиаз, осложненный обтурационной желтухой выявлен у 135(50,9%). Уровень билирубина в данной группе колебался от 75 мкмоль/л до 250 мкмоль/л, а длительность желтухи в среднем составляла 1–2 недели. Основным исследованием, которое позволяло выработать тактику лечения, была эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) или при наличие функционирующего дренажа – фистулография, которые выполнены 97(71,8%) больным. Однозначно двухэтапное лечение применяли только у пациентов с уровнем билирубина выше 100 мкмоль/л и длительностью желтухи свыше 14 дней (29 больных).

Предоперационная подготовка в этих случаях начиналась с дренирующих вмешательств, которые обеспечивали адекватный отток желчи и общепринятой медикаментозной подготовки при механических желтухах. Выбор метода дренирования желчных путей при ЖКБ осложненной холедохолитиазом зависел от формы и размера конкрементов, возраста и компенсации систем гомеостаза пациента, длительности и интенсивности механической желтухи, возможности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС) двенадцатиперстной кишки. Основным методом первого этапа была ЭПСТ. У 8(5,9%) больных после ЭПСТ удалось выполнить литоэкстракцию, а у 89(65,9%) при выявлении в холедохе конкрементов до 10 мм (особенно единичных), данное вмешательство

Таблица 1

**Методы оперативного вмешательства у больных холедохолитиазом с механической желтухой (n=135)**

	Абсолютное число	Процент	Осложнения
ЭПСТ	89	65,9	1 (кровотечение)
ЭПСТ+ литоэкстракция	8	5,9	1 (кровотечение)
Лапаротомия + холедохолитотомия	3	2,2	1 (нагноение)
Лапароскопическая холедохолитотомия	33	24,5	
Лапароскопическая холедохолитотомия + ЭПСТ	2	1,5	
Итого	135	100	3

Таблица 2

**Оперативные вмешательства при ЖКБ с холедохолитиазом без обтурационной желтухи (n=222)**

	Абсолютное число	Процент	Осложнения
Одномоментная ЛХЭ и холедохолитотомия	187	84,2	4
ЭПСТ+ЛХЭ с холедохолитотомией	10	4,5	1
ЛХЭ с наружным дренированием холедоха+ЭПСТ	12	5,4	
ЛХЭ с наружным дренированием холедоха и баллонной дилатацией БДС	4	1,8	
ЛХЭ с холедохолитотомией+ЭПСТ	9	4,1	2
Всего	222	100	7

давало радикальное устранение механического препятствия оттока желчи, что было подтверждено при повторных ЭРХПГ или интраоперационной холангиографии в случае последующей холецистэктомии.

При камнях кубической формы или размером более 10 мм после снижения уровня билирубина ниже 100 мкмоль/л и компенсации систем гомеостаза выполняли эндоскопическую холедохолитотомию (с холецистэктомией при наличии показаний) (табл. 1).

При ЖКБ с холедохолитиазом без желтухи выполняли одномоментную эндоскопическую ХЭ с холедохолитомией (176 больных – 79,2%). В нашей клинике показания к ЭПСТ у данной категории пациентов значительно сужены, во-первых, из-за развития тяжелых осложнений ближайшего послеоперационного периода, таких как: кровотечение и острый панкреатит, а во-вторых, из-за формирования рефлюкс-холангита при субтотальном или тотальном разрушении сфинктера БДС в течение первого года после операции. Помимо тяжелых осложнений ЭПСТ далеко не во всех случаях является эффективной, что обусловлено как диаметром конкрементов, так и их геометрической формой, поэтому при диаметре конкрементов более 10 мм или их кубической форме ЭПСТ приходится дополнять холедохолитоэкстракцией, или холедохолитотрипсией, или прибегать к холедохолитотомии.

Поэтому показаниями к ЭПСТ, как единственному или сочетанному методу лечения холедохолитиаза, в настоящее время считаем:

- наличие эндоскопических признаков вклинения конкремента в БДС;
- длительную гипербилирубинемию или явления гнойного холангита у больных с высоким операционно-наркозным риском (как единственный способ лечения или как вариант подготовки к операции);
- резидуальный холедохолитиаз, выявленный в ближайшем послеоперационном периоде («забытые камни») и множественный микрохоледохолитиаз при размерах конкрементов до 0,3 см без признаков билиарной гипертензии;
- наличие признаков стенозирующего папиллита.

Как видно из таблицы 2 подавляющему большинству больных выполнена одномоментная ЛХЭ и холедохолитотомия. При этом осложнения, преимущественно в виде кровотечения из

портов или ложа пузыря, отмечены всего в 2,1%. Полноту удаления конкрементов контролировали при помощи интраоперационной холангиографии и фистулографии через дренаж после операции. У 16 больных удалить все конкременты из холедоха не удалось, поэтому вмешательство дополнялось ЭПСТ или баллонной дилатацией БДС. ЛХЭ с холедохолитотомией выполнена также 10 пациентам после ЭПСТ, которая не привела к полному удалению камней. Поэтому в настоящий момент показаниями к одномоментной ЛХЭ с холедохолитотомией считаем:

- ЖКБ с холедохолитиазом без обтурационной желтухи;
- ЖКБ с холедохолитиазом с обтурационной желтухой до 10 дней и уровнем билирубина ниже 100 мкмоль/л;
- множественный резидуальный холедохолитиаз после ХЭ (за исключением микрохоледохолитиаза);
- единичные камни в холедохе после ХЭ при их размерах более 10 мм или кубической форме;
- наличие камней после ЭПСТ.

Подобный подход позволил значительно расширить спектр оперативных вмешательств, индивидуализировать тактику лечения у каждого конкретного больного и в 2 раза снизить количество осложнений.

## Выводы

1. Выбор метода оперативного лечения при холедохолитиазе, зависит от нескольких факторов: формы и размера конкрементов, длительности и интенсивности механической желтухи, возможности эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке двенадцатиперстной кишки.
2. Одномоментная ЛХЭ с холедохолитотомией показана больным без обтурационной желтухи или с длительностью желтухи до 10 дней при билирубинемии до 100 мкмоль/л, диаметре камней более 10 мм или их кубической форме, неэффективности ЭПСТ.
3. При более длительной и высокой желтухе ЭПСТ является методом выбора лечения холедохолитиаза или декомпрессии желчных путей.
4. Индивидуализация подхода к лечению холедохолитиаза позволяет не только добиться эффективного излечения, но в два раза снизить число послеоперационных осложнений.

## Литература

1. Возлюбленный Д. Е. Эндовидеолапароскопические диагностика и лечение желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом : Автореферат дис. канд. мед. наук: Ростов-на-Дону, 2008. – 24 с.
2. Воробський О. О., Бондарчук О. І. Результати хірургічного лікування холедохолітіазу у хворих похилого та старечого віку // Клінічна хірургія, 2009. – № 7-8. – С. 12-14.
3. Кондратенко П. Г., Стукало А. А. Комплексное лечение обтурационной желтухи и гнойного холангита при желчекаменной болезни // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 73.
4. Кондратенко П. Г., Царульков Ю. А., Гурьянов В. Г. Летальность при остром холангите: факторный анализ и пути снижения риска фатального исхода // Український журнал хірургії. – 2009. – № 5. – С. 115-120.
5. Ничитайло М. Ю., Шкарбан В. П. Тактика лікування хворих на холедохолітіаз, ускладнений гострим холангітом // Клінічна хірургія. – 2007. – № 11-12. – С. 76-78.
6. Uchiama K., Onisi H, Tani M. Lony-tesum prognosis after treatment of patient with choledocholithiasis // Ann. Surg. – 2003. – Т. 238, № 1. – Р. 97-102.

## ОДНОМОМЕНТНА САНАЦІЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОКІВ ПРИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗІ

*Яльченко Н. А., Маловік С. С.*

*Дніпропетровська державна медична академія*

Наведено результати лікування 357 хворих холедохолітіазом, з них 135(37,8%) з резидуальним холедохолітіазом. Із 222 хворих первинно оперованих з приводу ХЛ діагноз до надходження в клініку був поставлений у 195(87,8%) пацієнта, ще у 37(14%) наявність каменів у жовчних протоках виявлено в клініці і у 27(11,2%) – під час операції. У 28(20,7%) хворих наявність каменів у протоках виявлено в терміни від 1-2 тижнів після холецистектомії, а у 10(7,4%) з них була виконана холедохолітотомія і був зовнішній дренаж холедоха, що свідчить про неухтування інтраопераційної холангіографії при первинній операції. Холедохолітіаз, ускладнений обтураційною жовтяницею виявлений у 135(50,9%). Отримано дані, що одномоментна ЛХЕ з холедохолітотомією показана хворим без обтураційної жовтяниці або з тривалістю жовтяниці до 10 днів при білірубінемії до 100 мкмоль/л, і діаметрі каменів більше 10 мм або їх кубічної форми, неефективності ЕПСТ. При більш тривалій і високій жовтяниці ЕПСТ є методом вибору лікування холедохолітіазу або декомпресії жовчних шляхів. ЕПСТ також показана при наявності ендоскопічних ознак вклинення конкременту в БДС, резидуальном холедохолітіаз в найближчому післяопераційному періоді і мікрохоледохолітіазі і при супутньому стенозі БДС.

**Ключові слова:** холедохолітіаз, обтураційна жовтяниця, ендоскопічна холедохолітотомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

## ONE-STEP SANATION OF BILE DUCTS IN CHOLEDOCHOLITHIASIS

*Yalchenko N. A., Malovik S. S.*

*Dnepropetrovsk State Medical Academy*

Treatment results of 357 patients with chledocholithiasis (CL), 135(37,8%) of them with residual choledocholithiasis are presented. Of 222 patients initially operated on choledocholithiasis, diagnosis was made in 195(87,8%), in 37(14%) presence of calculi in bile ducts was revealed in clinic and in 27(11,2%) – during surgical intervention. In 28(20,7%) patients presence of calculi in the bile ducts was revealed in the terms of 1-2 weeks after cholecystectomy, and in 10(7,4%) of them choledocholithotomy was performed, external drainage of choledochus was present; this testifies to acceptance of perioperative cholangiography in initial surgical intervention. Choledocholithiasis complicated with obstructive jaundice was revealed in 135(50,9%) of patients. There were obtained data that one-step laparoscopic cholecystectomy with choledocholithotomy is indicated to the patients with obstructive jaundice or with duration of jaundice up to 10 days with bilirubinemia up to 100 mkmol/l, diameter of calculi being more than 10 mm or cubic-shaped form, inefficacy of endoscopic papillosphincterotomy (EPST). In case of a more prolonged and high jaundice EPST is the method of treatment of choledocholithiasis or decompression of bile ducts. EPST is also indicated in the presence of endoscopic signs of putting in gallstone into big duodenal papilla (BDP), residual choledocholithiasis in the nearest post-operative period and microcholedocholithiasis and in concomitant stenosis of BDP.

**Keywords:** choledocholithiasis, obstructive jaundice, endoscopic choledocholithotomy, endoscopic papillosphincterotomy