

УДК 616.367-003.72

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОЛИТИАЗА**Ю. С. Кропа, С. М. Смотрин, доцент, к.м.н.****Гродненский государственный медицинский университет**

Кропа Юрий Станиславович - аспирант кафедры хирургических болезней №1 ГГМУ, врач-хирург 2-ой квалификационной категории. Научные интересы: хирургия гепатобилиарной системы, поджелудочной железы.



Смотрин Сергей Михайлович - доцент кафедры хирургических болезней №1 ГГМУ, к.м.н., врач-хирург высшей квалификационной категории. Хирургический стаж 25 лет.

Приведены данные диагностики и лечения 74 больных с холангиолитиазом. Пациенты старше 60 лет составили 63%. У 60,8% больных холангиолитиазом имел место хронический калькулезный холецистит, у 17,6% – острый калькулезный холецистит, у 10,8% – хронический панкреатит, у 1,35% – острый холецистопанкреатит, у 1,35% – склерозирующий холангит, 8,1% оперированы в прошлом по поводу калькулезного холецистита. В 9,5% малоинвазивные методы стали окончательным способом лечения. В 9,5% проведено двухэтапное лечение (малоинвазивная декомпрессия желчных путей с выполнением основного этапа после купирования острых явлений). У 81% выполнялось одноэтапное оперативное лечение.

Ключевые слова: холангиолитиаз, диагностика, лечение.

The data of diagnostics and treatment of 74 patients with cholangiolithiasis are discussed. The patients over 60 made up 63 %. Chronic calculous cholecystitis was in 60,8 %, acute calculous cholecystitis - in 17,6 %, chronic pancreatitis - in 10,8 %, acute cholecystopancreatitis - in 1,35 %, sclerosing cholangitis - in 1,35 % of the patients with cholangiolithiasis. In 8,1% of the patients cholecystectomy was performed previously. Miniinvasive procedures became a final method of treatment in 9,5 % of the patients. Curative surgical resection was performed after miniinvasive decompression of biliary ducts and the control of acute symptoms in 9,5 % of the patients. 81% of the patients received single-stage operative treatment.

Key words: cholangiolithiasis, diagnostics, treatment.

В связи с ростом числа пациентов, страдающих желчекаменной болезнью, и увеличением ее осложненных форм, проблема холангиолитиаза приобретает особую актуальность. По данным литературы, данная патология встречается у 4,3 – 32,7% лиц, оперированных по поводу хронического калькулезного холецистита [1 – 3]. При операциях по поводу острого холецистита он наблюдается в 13,4 – 26,4% случаев [1,6,8]. В свою очередь калькулез желчных путей является основной причиной механической желтухи (32,6 – 92,6%) и острого холангита (22,9 – 90,8%), которые представляют реальную угрозу для жизни пациентов [1 – 5,7].

Под нашим наблюдением находилось 74 больных с холангиолитиазом. Мужчин было 25 (33,8%), женщин – 49 (66,2%). Средний возраст пациентов составил 60,9 лет (от 18 до 80),

при этом 47 пациентов (63,5%) составили лица старше 60 лет. Распределение больных по возрасту представлено в табл.1.

Основными жалобами, которые предъявляли больные холангиолитиазом, являлись боли в правом подреберье и эпигастрии – 66 пациентов (89,2%) и желтушность кожных покровов – 30 (40,5%). Реже больные жаловались на повышение температуры тела – 16 (21,6%), диспептические явления – 10 (13,5%), кожный зуд – 4 (5,4%). Жа-

Таблица 1.
Распределение больных холангиолитиазом по возрасту

Возраст	Количество	Проценты
до 20 лет	1	1,3%
от 20 до 30 лет	6	8,1%
от 30 до 40 лет	2	2,7%
от 40 до 50 лет	9	12,2%
от 50 до 60 лет	9	12,2%
от 60 до 70 лет	21	28,4%
от 70 до 80 лет	26	35,1%

лобы отсутствовали у 2 пациентов (2,7%).

В диагностике холангиолитиаза использовали ультразвуковое исследование, по показаниям – эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию, компьютерную или магнитнорезонансную томографию.

Из лабораторных методов использовали общеклинические исследования, биохимическое исследование крови. Лейкоцитоз наблюдали в 13 случаях (17,6%), сдвиг лейкоцитарной формулы влево – 30 (40,5%), повышение СОЭ – 59 (79,7%). Гипербилирубинемия выявлялась у 54 пациентов (73%), увеличение концентрации АЛАТ – у 60 (81,1%), АсАТ – у 19 (25,7%). Наличие клинических симптомов и изменений в лабораторных анализах позволяло целенаправленно проводить диагностический поиск.

Всестороннее клиническое, инструментальное и лабораторное исследование позволило установить, что холангиолитиаз в 45 случаях (60,8%) сочетался с хроническим калькулезным холециститом, в 13 случаях (17,6%) – с острым калькулезным холециститом, реже – с хроническим панкреатитом – 8 (10,8%). По одному наблюдению – с острым холецистопанкреатитом (1,35%) и склерозирующим холангитом (1,35%). Шестерым пациентам (8,1%) в прошлом была выполнена холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита. Стеноз БДС был диагностирован у 14 пациентов, стриктура холедоха – у 8, по одному разу наблюдались стриктура холедоходуоденоанастомоза, наружный желчный свищ, стриктура общего печеночного протока.

Большинство пациентов с холангиолитиазом имело сопутствующую патологию. Заболевания сердечно-сосудистой системы диагностированы у 55 больных, болезни ЦНС – у 7, сахарный диабет – у 6, патология почек – у 6, заболевания дыхательной системы – у 4. Трое пациентов в прошлом были оперированы по поводу онкологических заболеваний.

Определенные трудности в диагностике и лечении возникали в связи с тем, что большинство пациентов поступало в стационар через длительное время после начала приступа. Только один пациент поступил в первые сутки и 6 – в течение первых трех дней от начала заболевания. Сроки поступления больных от начала приступа представлены в табл.2.

Тактика лечения больных холанги-

олитиазом определялась индивидуально, с учетом выявленной патологии гепатопанкреатобилиарной зоны и характера сопутствующих заболеваний. Все пациенты, независимо от тяжести состояния, были оперированы.

Вопрос о сроках оперативного лечения решался на основании данных обследования. При наличии острого холецистита и желчной гипертензии с явлениями острого холангита выполнялись экстренные оперативные вмешательства. Наличие умеренно выраженных симптомов желчной гипертензии, при отсутствии острых воспалительных изменений со стороны желчного пузыря, желчных протоков и поджелудочной железы, позволяло нам осуществить краткосрочный курс консервативной предоперационной терапии с последующим оперативным лечением. При отсутствии желчной гипертензии и преобладании симптомов хронического панкреатита и хронического холецистита проводили консервативное лечение основного и сопутствующих заболеваний, операцию выполняли в холодном периоде, не выписывая пациентов из стационара. Сроки выполнения операций представлены в табл.3.

Двухэтапное лечение проведено семи больным (9,5%). На первом этапе 4 пациентам была произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), а 3 больным – лапароскопическая холецистостомия. Вторым этапом хирургического лечения в этой группе больных выполнялись радикальные операции: холецистэктомия с холедохолитотомией и наложение холедоходуоденоанастомоза (3). Холецистэктомия с холедохолитотомией и трансдуоденальная папиллосфинктеротомия была произведена 2 больным. Холецистэктомия с холе-

Таблица 2.
Сроки поступления в стационар больных холангиолитиазом

Сроки поступления	Количество пациентов	Проценты
В первые сутки	1	1,3%
1 – 3 сутки	6	8,1%
4 – 7 сутки	15	20,3%
8 – 14 сутки	11	14,9%
Более 14 суток	19	25,7%
Точно указать начало заболевания не могли	22	29,7%
Всего	74	100%

Таблица 3.
Сроки выполнения оперативного вмешательства больным с холангиолитиазом

Сроки	Количество	Проценты
1 – 5 сутки	24	32,4%
5 – 10 сутки	36	48,6%
10 – 15 сутки	9	12,2%
15 – 20 сутки	1	1,4%
20 – 25 сутки	2	2,7%
25 – 30 сутки	2	2,7%
Всего	74	100%

дохолитотомией и наружное дренирование желчных протоков выполнены 2 пациентам.

В 7 случаях (9,5%) положительного результата удалось достичь с помощью малоинвазивных методов. Четверым пациентам с холедохолитиазом на фоне стеноза БДС, при отсутствии конкрементов в желчном пузыре, произведена ЭПСТ. Троем больным, оперированным в прошлом по поводу калькулезного холецистита, выполнена ЭПСТ с эндоскопическим удалением конкрементов из холедоха.

В 60 случаях (81%) выполнялось одноэтапное оперативное лечение. Основным видом вмешательства у этих пациентов была холецистэктомия с холедохолитотомией (57). Дальнейший объем оперативного вмешательства определялся характером выявленной патологии гепатопанкреатобилиарной зоны. Внутреннее дренирование желчных протоков выполнялось 34 пациентам, среди них холедоходуоденоанастомоз по Флеркену накладывался 27 пациентам, по Финстереру – 6, по Юрашу-Виноградову – 1. Наружное дренирование желчных протоков осуществлялось 12 больным (по Вишневскому – 11, по Фелькеру – 1). Девяти пациентам произведена трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, которую дополняли временным паружным дренированием холедоха по Вишневскому. Двум пациентам выполнено двойное внутреннее дренирование желчных протоков (ХДА + ТДПСТ). По одному разу производилось наложение гепатикоеюно-, гепатикодуоденоанастомоза и реконструкция холедоходуоденоанастомоза.

Длительность пребывания больных в стационаре зависела от характера основного заболевания и

сопутствующей патологии и составила в среднем 25,7 дней (минимальная – 8, максимальная – 49 дней). В послеоперационном периоде умерло 2 человека (2,7%).

Таким образом, анализ клинического материала свидетельствует, что для диагностики холангиолитиаза необходимо использовать весь спектр современных методов исследования (УЗИ гепатопанкреатобилиарной системы, РХПГ, компьютерную и магнитнорезонансную томографию). Это позволяет получить полную информацию о состоянии желчевыводящих путей и наметить наиболее рациональный путь удаления камней из желчных протоков, сочетая малоинвазивные технологии с другими хирургическими методами лечения.

Литература

1. Алиев С.А. Хирургическое лечение больных с камнями терминального отдела общего желчного протока. // Клиническая хирургия. - 1991. - № 9. - С. 35 – 36.
2. Веронский Г.И., Попов А.И., Штофин С.Г. Холедохолитиаз в плановой и неотложной хирургии желчнокаменной болезни. // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, №3. – С. 45.
3. Джаркенов Т.А., Кобландин С.Н. Хирургическое лечение холангиолитиаза. // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, №3. – С. 56.
4. Ермолов А.С., Удовский Е.Е., Юрченко С.В., Дасаев Н.А. Диагностика и лечение обструктивного холангита. // Хирургия. - 1994. - № 6. - С. 3 – 6.
5. Зайцев В.Т., Пеев Б.И., Криворучко И.А., и др. Диагностика и лечение обтурационной желтухи неопухового генеза. // Клиническая хирургия. - 1991. - № 9. - С. 29 – 32.
6. Сотниченко Б.А., Гончаров К.В. Холедохолитиаз у больных пожилого и старческого возраста. // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, №2. – С. 113 – 117.
7. Цацаниди К.Н., Крендаль А.П., Агеев Р.М. и др. Тактика хирургического лечения больных острым холециститом, сочетающимся с поражением желчных протоков. // Хирургия. - 1990. - № 10. - С. 12 – 17.
8. Черняховская Н.Е., Ярема И.В., Кулиш В.А. Комбинированное лечение больных с острым холециститом, осложненным холангиолитиазом и механической желтухой. // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, №3. – С. 90 – 96.

Благодаря пересадке клеток сердечная рана зарастет сама

Американские врачи из госпиталя Уильяма Бомонта (William Beaumont hospital) впервые произвели пересадку стволовых клеток человеку для восстановления сердечной ткани после обширного инфаркта. Об этом сообщается на официальном сайте медицинского учреждения.

Сердце 16-летнего Дмитрия Боннвиля (Dmitri Bonville) было повреждено гвоздем, выпущенным из пневматического пистолета. Хирургам удалось закрыть рану, но нарушение кровоснабжения сердечной мышцы вызвало обширный инфаркт.

17 февраля Дмитрий начал принимать препарат, стимулирующий образование стволовых клеток в костном мозге. Через несколько дней эти клетки были собраны из его крови и введены в артерию, снабжающую кровью поврежденный участок сердца. Видеозапись операции можно увидеть на сайте больницы. Спустя некоторое время Дмитрию был также пересажен электронный прибор, контролирующий сердечный ритм.

Определить эффективность данной пересадки, по словам сотрудников госпиталя, можно будет через три месяца. Однако уже в среду состояние Дмитрия позволило ему участвовать в пресс-конференции вместе со своими врачами.

Пересадка полученных из крови стволовых клеток ранее проводилась только животным. В опытах было показано, что такие клетки способны превращаться в мышечную, сосудистую и другие ткани. В отличие от пересаженных органов, стволовые клетки получают из организма самого пациента, и они не вызывают реакции отторжения.

Известен также способ получения стволовых клеток из клонированных эмбрионов. Эмбриональные стволовые клетки также не вызывают реакции отторжения, но такой метод терапии сопряжен со множеством этических проблем и во многих странах запрещен законодательством.

mednovosti.ru