

тов с кариесом и камнеобразованием: при значении коэффициента меньше 0.2 у пациента существенный риск возникновения кариеса зубов; при значении больше 0.2 – риск образования зубных камней.

ОДНОЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Белюк К.С., Ушкевич А.Л., Безмен И.А.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней № 1

Научный руководитель – д.м.н., профессор Жандаров К.Н.

Холедохолитиаз встречается у 15–30% больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и приводит к развитию механической желтухи в 58,2–85% наблюдений. Лечение ЖКБ и ее осложнений является актуальной проблемой хирургической гепатологии.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных холедохолитиазом.

Материалы и методы. В работе представлены результаты лечения 41 пациента с холедохолитиазом, стенозом терминального отдела общего желчного протока и механической желтухой. Всем больным было выполнено одноэтапное оперативное лечение с применением прецизионного шва общего желчного протока (ОЖП). Оперативное лечение в один этап проводили при невозможности ликвидации холедохолитиаза и механической желтухи с помощью эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Оперативное лечение в один этап включало в себя холецистэктомию у 35 больных, холедохолитотомию (40), или холедохотомию (1), антеградную папиллосфинктеротомию (29) или, при невозможности выполнения последней, трансдуоденальную папиллосфинктеротомию (8). Формирование супрапапиллярного холедоходуоденоанастомоза было выполнено у 1 больного с протяженным стенозом терминального отдела ОЖП. Лапароскопическим способом (холецистэктомия + холедохолитотомия + фиброхоледохоскопия + антеградная папиллосфинктеротомия + дренирование ОЖП по Холстеду-Пиковскому) произведено лечение у 6 пациентов. Ушивание холедохотомического отверстия во всех случаях осуществлялось с использованием прецизионной техники непрерывным «матрачным» швом монофиломентной рассасывающейся нитью 4/0 или 5/0 без захвата слизистой оболочки ОЖП. Прецизионный шов холедохотомического отверстия с последующим дренированием по Холстеду-Пиковскому наложен 27 больным. Глухой прецизионный шов без дренирования ОЖП применен у 8 пациентов. В 6 случаях глухой прецизионный шов холедохотомического отверстия был выполнен в сочетании с дренированием ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажем (патент на полезную модель № 5406, приоритет от 29.12.08), разработанным в клинике для ликвидации билиарной гипертензии в раннем послеоперационном периоде после антеградной и трансдуоденальной папиллосфинктеротомии.

Результаты. В процессе анализа результатов одноэтапного хирургического лечения холедохолитиаза у 41 пациента отмечено, что случаев послеоперационной летальности не было. В послеоперационном периоде кратковременное желчеистечение по улавливающему дренажу наблюдалось у 4 больных, которым глухой прецизионный шов был наложен без дренирования ОЖП. У 6 больных, которым глухой прецизионный шов холедохотомического отверстия был выполнен в сочетании с дренированием ОЖП скрытым самоудаляющимся дренажем подтекания желчи не отмечено, что свидетельствует об адекватной коррекции билиарной гипертензии в послеоперационном периоде. Количество послеоперационных койко-дней у больных с наружным дренажем ОЖП составило $18,25 \pm 6,18$ и, соответственно, у пациентов с глухим прецизионным швом холедохотомического отверстия $14,85 \pm 5,61$. Сроки наблюдения за больными составили от 1 года до 7 лет. У всех результат хороший и удовлетворительный.

Выводы. При невозможности проведения двухэтапного метода лечения с использованием ЭПСТ показано выполнение одноэтапных оперативных вмешательств с применением прецизионного и «глухого» шва ОЖП, дренирование последнего скрытым самоудаляющимся

ся дренажем, что позволяет адекватно скорегировать явления холедохолитиаза, папиллостеноза, протоковую гипертензию с адекватным восстановлением оттока желчи, устранить отрицательные моменты наружного дренирования, заметно сократить количество осложнений и продолжительность послеоперационного лечения.

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ УРЕТЕРОСКОПИИ С КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ЛИТОТРИПСИЕЙ КАМНЕЙ МОЧЕТОЧНИКОВ

Беляков В.В., Таранцев М.С.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра хирургических болезней №2 с курсом урологии

Научный руководитель – к.м.н., доцент Филиппович В.А.

В связи с внедрением в урологическую практику новых технологий (дистанционная и контактная литотрипсия, перкутанная нефролитолапаксия) увеличивается частота эффективного применения малоинвазивных способов оперативного лечения уретеролитиаза, однако на долю открытых оперативных вмешательств при уретеролитиазе приходится не менее 5–15%. Новые технологии лечения, несмотря на имеющиеся рекомендации, требуют обоснованного выбора оптимального алгоритма лечения камней мочеточников.

Цель исследования: анализ выполненных в отделении урологии операций у больных с конкрементами нижней и средней трети мочеточника с целью определения факторов, повлиявших на исход лечения и определение оптимальной тактики лечения таких пациентов.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 25 пациентов с конкрементами нижней и средней трети мочеточника, пролеченных в отделении урологии Гродненской областной клинической больницы в 2009г. Всем больным выполнялась уретероскопия с литоэкстракцией либо лазерной литотрипсией в качестве основного метода либо в сочетании с дистанционной литотрипсией (ДЛТ).

Камни н/3 были у 20 пациентов, с/3 – у 5. Для 14 пациентов первым методом лечения была уретероскопия с лазерной литотрипсией, для 11 – дистанционная литотрипсия с последующей уретероскопией. Результаты уретероскопии следующие: 4 случая – экстракция камня, 6 случаев – лазерная литотрипсия и экстракция фрагментов, 1 случай – камень не фрагментирован, что потребовало ДЛТ, 1 случай – камень не обнаружен, 2 случая – сужение мочеточника в н/3, что не позволило провести инструмент до камня, впоследствии выполнено ДЛТ. Уретероскопия оказалась эффективной в 71.4% случаев, причем 42.86% больным понадобилась контактная лазерная литотрипсия. В 7.14% случаев контактная лазерная литотрипсия не привела к фрагментации камня, в 21.4% случаев уретероскопию не удалось выполнить. Дистанционная литотрипсия проводилась первично 11 больным от 1 до 6 раз (в среднем 3 сеанса на пациента), не привела к фрагментации камня, что потребовало уретероскопии. В 5 случаях был удален камень или его фрагменты, в 4 – потребовалась лазерная литотрипсия с литоэкстракцией, в 2 – уретероскопия не привела к экстракции камня, что потребовало повторной ДЛТ, оказавшейся эффективной в одном случае, и неэффективной в другом. Во всех случаях операция заканчивалась попыткой дренирования лоханки почки: стентом – 2 случая, катетером – 17 случаев, в 4 случаях катетеризация не удалась, 2 раза катетер не ставили. При выполнении уретероскопии средний день пребывания на койке составил 10.58, при ДЛТ с уретероскопией – 17.3. Как видно, средняя длительность пребывания в стационаре оказалась достаточно высокой, выше, чем при проведении открытых хирургических вмешательств. С другой стороны, в тех случаях, когда уретероскопия с контактной лазерной литотрипсией выполнялась первично и оказалась эффективной, время пребывания в стационаре оказалось значительно ниже.

Выводы. При выборе дистанционной или контактной лазерной литотрипсии при лечении камней мочеточников необходимо учитывать следующие факторы: