

НОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

including 161 patients with

Белый В.Я., Рубцов Н.Л., Юлдашев Х.Ю., Лурин И.А., Насташенко И.Л., Коршунов Н.П., Макаров Г.Г.

Клиника абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины, г. Киев

Введение. Конкременты желчных протоков встречаются у 20-30% пациентов, страдающих желчно-каменной болезнью (ЖКБ), вызывая такие осложнения, как механическая желтуха, холангит, стриктуры протоков и большого дуоденального сосочка [1, 6, 9, 12]. Камни в общем желчном протоке (ОЖП) являются причиной обтурационной желтухи и явлений холангита в 59,1-67,4% случаев [7].

С середины 80-х годов в зарубежной литературе [10, 11] появились публикации о применении в клинической практике для лечения больных с конкрементами билиарного тракта экстракорпоральной ударноволновой литотрипсии (ЭУВЛ). Однако, несмотря на все достоинства ЭУВЛ и перспективность ее использования, в странах СНГ и на Украине данный способ лечения пациентов с холедохолитиазом (ХЛ) не получил широкого распространения и применяется немногими клиниками, в основном для дробления камней в желчном пузыре [3], сообщения же о применении ЭУВЛ и результатах лечения больных с конкрементами в ОЖП вообще единичны [5].

Учитывая высокий уровень интра- и послеоперационных осложнений, травматичность классического способа лечения с ХЛ, частую неэффективность эндоскопических вмешательств, а также тот факт, что значительная часть этих пациентов имеет тяжелую сопутствующую патологию, которая обуславливает высокую степень операционного и анестезиологического риска, использование ЭУВЛ в сочетании с малоинвазивными эндоскопическими вмешательствами, является по нашему убеждению перспективным и требует дальнейшего совершенствования методики ее применения.

Целью работы явилась разработка метода ЭУВЛ в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) для разрушения камней в ОЖП, который за счет введения возможности интраоперационного рентгеновизионного наблюдения (РТЫ) за процессом дробления камней с последующим одновременным удалением осколков в 12-перстную кишку (ДПК) модифицированным нами назобилиарным дренажом (НБД), обеспечивал бы повышение эффективности ЭУВЛ и уменьшал бы число послеоперационных осложнений, тем самым устраняя недостатки существующих методик ЭУВЛ [2] (положительное решение о выдаче патента на заявку №98084331 от 7.08.1998 г.).

Поставленная задача решается тем, что в запатентованном нами способе дробления камней в ОЖП, включающего ЭПСТ, установку НБД, введение в зону камней рентгеноконтрастного препарата (РКП) и воздействием на камни импульсных ударных волн, согласно изобретению в качестве НБД используем двухканальный дренаж с раздувным баллоном на его конце, который раздуваем над камнем, а через другой канал ка-

пельно вводим РКП и ведем РТН за фрагментацией камней, и после их разрушения тракцией дренажа на себя одномоментно извлекаем осколки камней в ДПК. Раздувание баллона над камнем обеспечивает фиксацию НБД и камня, предотвращая миграцию последнего, и лишнему поступлению РКП в желчные протоки, а также позволяет одномоментно извлечь фрагменты камня в ДПК, что и повышает эффективность ЭУВЛ. Этому же способствует оптимальное РТН за процессом литотрипсии. При этом капальное введение РКП обеспечивает возможность постоянного контрастирования ОЖП во время сеанса ЭУВЛ и предотвращает увеличение желчной гипертензии.

Материалы и методы. ЭУВЛ камней ОЖП по разработанному методу проведена у 8 больных в возрасте от 60 до 80 лет, с ЖКБ, хроническим калькулезным холециститом, ХЛ и механической желтухой. У всех пациентов имелись в той или иной комбинации тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарный диабет, последствия острого нарушения мозгового кровообращения. Эти заболевания и преклонный возраст, несомненно, представляли фактор высокого риска оперативного лечения и его анестезиологического обеспечения, но не являлись противопоказанием к ЭПСТ с установкой НБД для дальнейшей ЭУВЛ.

Предложенный способ ЭУВЛ осуществляли следующим образом.

После выполнения эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХ) и установления показаний к ЭУВЛ выполняли ЭПСТ, через рабочий канал дуоденоскопа под РТН в ОЖП устанавливали двухканальный НБД так, чтобы раздувной баллон находился выше камня и раздували его. Тракцией дренажа на себя фиксировали камень в дистальных отделах ОЖП. Дуоденоскоп извлекали. Дренаж выводили через нос. Начинали капальное введение РКП через дренаж в ОЖП и ЭУВЛ. Обезболивание во время сеанса дистанционной литотрипсии достигали внутривенным введением 5 мл спазгана. После разрушения камня, тракцией НБД на себя, его фрагменты извлекали в ДПК. Воздух с баллона аспирировали, дренаж извлекали.

Результаты и их обсуждение. Клиническая апробация способа ЭУВЛ была проведена на базе клиники абдоминальной хирургии и гастроэнтерологии Главного военного клинического госпиталя МО Украины. Комплекс диагностических мероприятий, помимо общепринятых клинико-лабораторных исследований, включал УЗИ, ЭРХПГ, фистулохолангиографию, компьютерную томографию гепатопанкреатической зоны. После диагностирования холедохолитиаза всем больным выполнялась ЭПСТ с последующей эндоскопической холедохолитоэкстракцией или оставлением конкремен-

тов для самостоятельного отхождения с обязательным последующим контролем. Несостоятельность указанных попыток эндоскопических транспапиллярных вмешательств и явилась показанием к применению у 8 (1,2%) больных дистанционной литотрипсии. У 3-х больных после сеанса ЭУВЛ на протяжении 1-2 часов отмечался незначительный болевой синдром в правом подреберье, который быстро купировался внутримышечным введением спазмолитика. Других осложнений и побочных реакций не отмечено. Послеоперационный период протекал гладко.

Учитывая предварительно осуществленную непротяженную ЭПСТ, при оценке эффективности литотрипсии удовлетворительным результатом считалась фрагментация конкрементов на осколки до 4-6 мм в диаметре, что контролировалось в процессе литотрипсии УЗИ. Среди осложнений при выполнении ЭУВЛ по различным методикам встречались следующие: острый панкреатит, холангит, транзиторная диастазурия, макрогематурия, кожные петехии. В нескольких случаях фрагментация камней ОЖП не была достигнута.

Таким образом, полученные нами результаты говорят об отсутствии каких-либо серьезных осложнений после ЭУВЛ по предлагаемой методике и эффективности ее использования в лечении больных с ХЛ.

По нашему мнению, в последнее время при лечении пациентов с ХЛ, хирурги незаслуженно стали забывать возможность введения различных литолитических препаратов, способствующих растворению камней, прямо в билиарный тракт, по НБД, литературные сообщения же

об использовании новых, более эффективных таких веществ, нам не встречались.

В настоящее время, совместно с учеными-химиками НАН Украины, мы активно проводим экспериментальные работы по разработке подобных препаратов, которые бы по своим литолитическим свойствам превосходили известные уже аналоги и не обладали бы побочными эффектами. Введение этих разработанных веществ в ОЖП к конкременту, по НБД, с последующей ЭУВЛ, после предварительного осуществления ЭПСТ и будет, по нашему мнению, в ближайшее время оптимальной "формулой" малоинвазивного лечения больных с ХЛ.

Выводы. Разработанный способ ЭУВЛ камней ОЖП у больных с ХЛ позволяет повысить эффективность лечения данной категории пациентов. Положительные клинические результаты данного способа ЭУВЛ, его малая травматичность, хорошая переносимость, отсутствие осложнений, позволяют рекомендовать его к применению в малоинвазивной хирургии желчевыводящих путей, у пациентов пожилого и старческого возраста, с высокой степенью операционного и анестезиологического риска, при соблюдении индивидуального подхода в определении показаний к его использованию. Сочетание используемых малотравматичных методик должно дополняться введением литолитических средств по НБД, непосредственно к конкременту до ЭУВЛ, что несомненно, еще более улучшит результаты лечения этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С., Василенко Ю.В., Авилиани М.В., Оноприев А.В. Современные принципы лечения холедохолитиаза (Оперативная эндоскопия пищеварительного тракта. Тез. Всесоюз. Конф. М., 1989. с. 59-60).
2. Брискин В.С., Иванов А.Э., Ивлев В.П., Шинкевич В.В. Дистанционная литотрипсия в сочетании с эндоскопической папиллотомией при холедохолитиазе. (Вестник хирургии, 1997, № 1, с. 40-45).
3. Бронштейн А.С., Ярыгин Г.М., Арефьев А.Е. и др. Экстракорпоральная ударноволновая литотрипсия в комплексном лечении больных с камнями желчного пузыря. (Клин. Мед., 1991, Т.69, №9, с. 45-48).
4. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В. Эндоскопическое механическое разрушение конкрементов гепатикохоледоха (Анналы Науч. Центра хирургии, 1993, № 2, с. 52-55).
5. Гаркавенко В. А., Шилова Е.А., Капранов С. А. Эндоскопическая литотрипсия в комплексном лечении желчекаменной болезни, осложненной механической желтухой (Актуальные вопросы абдоминальной хирургии. Тез. 7 Всерос. съезда хирургов. Л., 1989, с.174-175).
6. Егиев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Семенов М.В. Новые технологии в лечении холедохолитиаза (Анналы хирургической гепатологии, 1998, Т.3, 1, с. 84-87).
7. Нечитайло М.Е., Литвиненко А.Е., Дяченко В.В. и др. Современные подходы к лечению холелитиаза. Проблемы клінічної хірургії'. (Збірник наукових робіт, присвячений 25- річчю Інституту клінічної та експериментальної хірургії АМН України (Київ), Клінічна хірургія.с.120-12 8).
8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. (Киев, "Здоров'я", 512с.)
9. Шаповальянц С.Г. Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе. (Анналы хирургической гепатологии, 1997, Т.2, с.117-122).
10. Bennmger J. Et al., Piezoelektrisch Lithotripsie von Gallthblasensteinen. (Akut- und Langzeitergebnisse. Dtch. Med. Woshenschr.- 1992, vol. 117. P.1350-1354).
11. Saxmann M. Pauletzki J. Sauerbmch T. Et al. The Munich gallblader Lithotripsi studi. Results of the first 5 years with 711 patients (Ann.Intern. Med, 1991, Vol. 144. P.290-296).
12. Shade RR, Cattano CJ. Trends in gallblader diseasand its treatment (1992) (Hospital Medicine, 10, p;-65-78).

РЕЗЮМЕ

НОВА ЛІКУВАЛЬНА ПРОГРАМА ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

Бслий В.Я., Рубцов Н.Л., Юлдашев Х.Ю., Лурін І.А., Насташенко І.Л., Коршунов Н.П., Макаров Г.Г.

Метою роботи була розробка метода екстракорпоральної ударнохвильової литотрипсії в поєднанні з ендоскопічною папілосфінктеротомією для розрушення каменів в загальному жовчному протоку, котрий, за рахунок введення можливості інтраопераційного рентгенотелевізійного спостереження за процесом дроблення каменів з наступним одночасним видаленням уламків у 12-палу кишку модифікованим нами назобіліарним дренажем забезпечив би підвищення ефективності методу та зменшив би кількість післяопераційних ускладнень.

SUMMARY

NEW TREATMENT PROGRAM OF CHOLEDOCHOLETIASIS

V.Ya. Bielyi, N.L. Rubtsov, H.Yu. Yuldashev, I.A. Lurin, I.L. Nastashenko, N.P. Korshunov, G.G. Makarov

The aim of this work was to develop a method of extracorporeal shock wave lithotripsy combined with endoscopic papillosphincterotomy for destruction of stones in the general gall duct, which due to the introduced possibility of intraoperative control of the process of stones crushing with subsequent simultaneous ablation of fragments in a duodenum with our modified drainage will ensure an increase in the effectiveness of the method.
