

ИНТРАХОЛЕДОХЕАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринев Р.Н., Бычкова О.Ю.

Харьковский авиационный университет, г. Харьков

В течение последних лет лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) завоевала ведущее место в лечении желчнокаменной болезни. По мере накопления опыта происходит расширение показаний к ЛХЭ, что относится и к желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом [1, 2, 3, 4]. Немаловажное значение в конечном результате лечения данной категории больных занимает санация протоковой системы.

Нами в комплексном лечении 36 больных холедохолитиазом, сопровождавшимся явлениями механической желтухи и холангита, проведено лазерное облучение стенки холедоха с помощью моноволоконного световода, введенного через назобилиарный дренаж в холедох.

Целью интрахоледохеальной лазерной терапии являлось создание оптимальных условий для выполнения оперативного вмешательства и профилактики холедохеальных гнойно-септических послеоперационных осложнений у больных желчнокаменной болезнью, осложненной холангитом.

Возраст больных был от 32 до 68 лет. Женщин было 25, мужчин - 11. Всем больным была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литотракцией и дополненная назобилиарным дренированием протоковой системы.

Для проведения лазерного воздействия на холедох использовался лазерный физиотерапевтический аппарат АФЛ-1 (длина волны излучения - 632,8 нм, выходная мощность - 25 мВт). К корпусу лазерного излучателя крепится юстировочное устройство собственной конструкции, которое содержит внутри себя линзу с семикратным увеличением, фокусирующую излучение гелий-неонового лазера на торец световода, и подвижную втулку для крепления световода, конструкция которой позволяет производить быструю смену световодов. Гибкий лазерный катетер содержит гибкий моноволоконный световод типа "кварц-полимер" с диаметром световедущего кварцевого сердечника 0,3 мм и наружным диаметром защитного слоя отражающей полимерной оболочки 0,6 мм. Мощность на выходе из световода составляет 1,5-2,0 мВт, плотность мощности в среднем 0,8 мВт/см².

После стерилизации световод вводился через назобилиарный дренаж в холедох, облучение стенки холедоха проводили в течение 30 мин. ежедневно все время нахождения назобилиарного дренажа (2-4 дня).

Использование интрахоледохеальной лазерной терапии приводило к улучшению общего состояния больных (купирование клинических признаков острого холангита - боль в правом подреберье, лихорадка, озноб, желтушность кожных покровов и слизистых), исчезновению патологических изменений желчи (гной, хлопья фибрина, мутная желчь), снижению уровня бактериальной обсемененности желчи ниже критических значений (10 в 5 степени микробных тел в 1 мл желчи), обратному развитию рентгенологических признаков острого холангита (стертость, размытость и узурация желчных протоков) и снижению лабораторных показателей (билирубина, щелочной фосфатазы, АСТ, АЛТ, показателей трипсин-ингибиторной системы и иммунореактивности организма) до пределов нормы.

Устранение причины холестаза с помощью эндоскопической санации холедоха и проведение интрахоледохеальной лазерной терапии через назобилиарный дренаж позволяет больным желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, выполнять в последующем ЛХЭ.

Через 5-6 дней после эндоскопической санации холедоха и проведения курса интрахоледохеальной лазерной терапии всем больным была выполнена ЛХЭ. ЛХЭ выполнялась в условиях пневмоперитонеума из 4 троакарных точек по общепринятой методике. ЛХЭ завершали подведением к ложу желчного пузыря полихлорвинилового дренажа, который удаляли на следующий день. Послеоперационных осложнений не наблюдали. Через 3-6 дней после ЛХЭ больные выписывались из клиники, трудоспособность восстанавливалась через 20-25 дней.

Таким образом, разработанный метод интрахоледохеального лазерного воздействия через назобилиарный дренаж способствует более быстрому купированию воспалительного процесса в желчных протоках после эндоскопической коррекции холедохолитиаза и создает оптимальные условия для выполнения оперативного вмешательства (ЛХЭ).

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Л., Рыбин Е.П., Учваткин В.Г. и др. Комбинированная эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни, осложненной заболеванием терминального отдела общего желчного протока. Вестн. хирургии 1997; 3: 30-34.
2. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е., Дяченко В.В. и др. Применение малоинвазивных операций в лечении холелитиаза, осложненного обтурационной желтухой. Клини. хирургия 1996; 4: 6-7.
3. Aliperti G., Edmundowicz S.A., Soper N.J., Ashley S.W. Combined endoscopic sphincterotomy and laparoscopic cholecystectomy in patients with choledocholithiasis and cholecystolithiasis. Ann. Int. Med. 1991; 115: 783-785.
4. Roy A.F., McAlister V., Passi R.B. Endoscopic retrograde holangiopancreatography in the management of choledocholithiasis with laparoscopic cholecystectomy. Canad. J. Surg 1993; 36: 81-84.

РЕЗЮМЕ

ІНТРАХОЛЕДОХІАЛЬНА ЛАЗЕРНА ТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Хворостов Е.Д., Бичков С.А., Гриньов Р.Н., Бичкова О.Ю.

Нами у комплексному лікуванні 36 хворих холедохолітазом, що супроводжувався явищами механічної жовтяниці і холангіту, проведено лазерне опромінення стінки холедоха з допомогою моноволоконного холедоха світловода, введеного через назобілярний доенаж в холедох. Метою інтрахоледохіальної лазерної терапії було створення оптимальних умов для виконання оперативних втручань і профілактики холедохіальних гнійно-септичних післяопераційних ускладнень у хворих жовчнокамінною хворобою, ускладненою холангітом.

SUMMARY

INTRACHOLEDOCHIAL LASER THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF A GALLSTONE DISEASE COMPLICATED WITH CHOLEDOCHOLETIASIS

E.D. Hvorostov, S.A. Bychkov, R.N. Griniov, O.Yu. Bychkova

In a complex treatment of 36 patients with choledocholithiasis, accompanied by mechanical jaundice and cholangitis we used laser irradiation of cholodochial walls with the monofiber guider, introduced through nazobiliar drainage into choledochus.