

Вегетативний дисбаланс регуляції в діяльності органів гастроудоденальної зони, за даними спектрального аналізу варіації серцевого ритму визначався у 25 (71,4%) обстежених пацієнтів, що обґрунтувало застосування денервувачого оперативного прийому. Так, парасимпатикотонія, як показання до виконання ваготомії визначалася у 20 (57,1%), симпатикотонія у 8 (22,9%) пацієнтів була показанням до виконання симпатикотомії. При відсутності вегетативного дисбалансу у 7 (20,0%) пацієнтів, денервувачий оперативний прийом не виконували. У третині 5 (31,3%) пацієнтів першої групи завдяки позитивним місцевим змінам, зменшення перипроцесу в ділянці стенозу та значно меншої кількості — 2 (10,5%) хворі другої групи вдалося виконати ізольовану дренажну операцію. Відновлення пасажу шлунково-кишковим трактом було основною метою даної операції.

В зв'язку з діагностованим вегетативним дисбалансом при декомпенсованому ВПДС, при операції, незважаючи на клінічне покращення стану після першого етапу лікування, у 56,3% пацієнтів першої групи виконані органозберігаючи дренажні і денервувачі оперативні прийоми. Майже влчч нижчим був відсоток органозберігаючих операцій в другій групі пацієнтів. Так, в другій обстеженій групі у 13 (68,4%) пацієнтів виконано антрумектомію, у одного (5,3%) резекцію шлунка за Більрот-1, тобто операції за об'ємом більш травматичні. От же, в першій групі пацієнтів виконувалися менш травматичні оперативні прийоми, що доводить ефективність стабільності хірургічного лікування в даній групі хворих.

Післяопераційний період перебігав більш важче у хворих другої групи. Так, больовий синдром визначався у 11 (57,9%) пацієнтів другої групи на 3,1±2,5 доби довше, ніж в першій. Симптоми диспепсії визначалися на третю добу після операції у 4 (25,0%) пацієнтів першої та 12 (63,2%) другої групи, що пояснювалось більш вираженим моторно-евакуаторної розладами функції шлунка (гастростаз) в другій групі хворих. У 4 (21,1%) хворих другої групи визначалася гастроплегія. Явища дуоденостазу на п'яту добу після операції діагностувалися у 1 (6,3%) — в першій, та 3 (15,8%) — другої групи обстежених пацієнтів. Усе це сприяло більш легкому клінічному перебігу післяопераційного періоду в першій групі пацієнтів.

В обох групах хворих летальних випадків не визначалось. Однак, післяопераційні ускладнення з боку об'єкта операції визначались у 2 рази частіш у хворих другої групи, ніж першої групи, 11,4% та 5,8%, відповідно. В структурі ускладнень з боку об'єкта операції в I групі у одного (2,9%) пацієнта післяопераційний перебіг ускладнився анастомозом та в одного (2,9%) кровотечею з ліній дуоденопластики в порожнину кишки. Дані

ускладнення виправлені консервативними заходами і не привели до суттєвого збільшення терміну післяопераційного лікування. Внутрішньочеревна кровотеча виникла у одного пацієнта II групи, і була зупинена лігуванням вени великого сальника під час реларотомії. В даній групі у 2,9% випадків післяопераційний перебіг ускладнився анастомозом і 2,9% — стенозом ділянки дуоденопластики, що призвело до виконання повторної реластики.

Двоетапна тактика хірургічного лікування із застосуванням ЕБП і штучного харчування значно збільшила передопераційний період в I групі, але скоротила строки післяопераційний термін на 5,1±1,3 доби відповідно до показників в II групі хворих (p<0,05).

## Висновки

Застосування ендоскопічної болонної пілороділяції як етапу хірургічного лікування надало змогу відстрочити операцію і зменшити її об'єм вдвічі в групі пацієнтів із виразковим пілородуоденальним стенозом. Оперативне втручання, виконане за умов ефективного корекції патологічних змін в ділянці стенозу, дозволяє покращити перебіг раннього післяопераційного періоду, скоротити вдвічі частоту післяопераційних ускладнень та скоротити післяопераційний ліжко-день на 5,1±1,3 (p<0,05). Вдосконалення та подальша розробка методики ендоскопічної болонної пілороділяції є перспективним напрямком покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування ускладнень виразкової хвороби.

## Література

1. Грубник Ю.В., Московиченко І.В., Фоменко В.А. і др. (2007) Лапароскопические органосохраняющие операции у больных с осложненной язвой двенадцатиперстной кишки. Университетська Київська. 1: 24-27
2. Емельянов С.И., Матвеев Н.Л., Федеенко В.В. (2002) Лапароскопическая хирургия желудка. (Москва). "Медпрактика". 164 с.
3. Клименко А.В. (2003) Выбор метода операции и результаты хирургического лечения больных с неблагоприятным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. 36. науч. ст. "Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки та практики". (Запоріжжя). с. 283-287
4. Романенко С.Н. (2008) Резекция желудка при пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии. Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 5: 35
5. Johnson A.G. (2002) Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? World J. Surg. 24: 3: 259-263

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Грубник В.В., Ткаченко А.И., Герасимов Д.В.

Одесский государственный медицинский университет, Украина

### Summary

Laparoscopic surgery for common bile duct stones were performed at our hospital in 362 patients. 174 (48%) of them were operated urgently. There were 80 patients with jaundice and acute calculous cholecystitis and 59 patients with acute biliary pancreatitis. Obtained results showed great feasibility of laparoscopic biliary surgery.

Key words: choledocholithiasis, choledochotomy, extraction of common bile duct stones, laparoscopy.

### Введение

В настоящее время в литературе всё шире дискутируется вопрос о выборе оптимального метода лечения осложненной желчекаменной болезни и билиарного панкреатита механической желтухой [1,4,5]. Общепринято, что основными хирургическими методами лечения этого осложнения являлись лапаротомия и открытые вмешательства на желчных протоках, а также эндоскопическая папиллотомия и эндоскопическое удаление конкрементов [1]. В последнее время появились сообщения о лапароскопических вмешательствах на желчных протоках, которые по мнению целого ряда хирургов [5,6] имеют определенные преимущества по сравнению с открытыми операциями.

Целью настоящего исследования было проанализировать результаты лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных, которые оперировались в связи с развитием тяжелых осложнений.

### Материалы и методы

С 1992 года нами выполнено 5900 лапароскопических холецистэктомий. Конкременты в желчных протоках были выявлены у 632 (10,7%) пациентов. Из этого числа больных лапароскопические вмешательства на желчных протоках произведены у 362 больных, из них 174 (48%) пациентов оперированы в экстренном порядке. Механическая желтуха на фоне острого калькулезного холецистита была у 80 пациентов, острый билиарный панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы был у 59 пациентов. У 24 больных холедохолитиаз осложнился желтухой и тяжелым холангитом. У 89 больных, лапароскопические операции были выполнены после эндоскопической папиллотомии с безуспешными попытками удаления конкрементов из холедоха. В исследуемой группе (n=174) преобладали женщины, их было 114. Возраст больных колебался от 26 до 83 лет, средний возраст составил 57±12 лет. У всех больных были повышены по сравнению с нормой показатели билирубина, АСТ, АЛТ, ЩФ.

Интраоперационная холангиография была произведена только у 41 (23,5%) больных. Для осмотра холедоха через пузырный проток использовали холедохоскопы диаметром 3 мм фирмы "Суркон" и "Storz".

При лапароскопической холедохотомии осмотр протоков производили с помощью фиброхоледохоскопа "Olympus" (d=5мм). Для удаления конкрементов использовали корзинки типа Дормия, баллонные катетеры типа Фогарти, а также специальный холедохострактор [3]. Показанием к наружному дренированию холедоха были признаки желчной гипертензии и холангита.

### Результаты

У 93 (53,4%) пациентов конкременты из холедоха удалены через пузырный проток. Это были большие с небольшими единичными конкрементами (не более 5-6 мм), а холедох был расширен незначительно (до 10-11 мм).

Удаление конкрементов через культю пузырного протока выполнено у больных с билиарным панкреатитом, после баллонной дилатации сфинктера большого дуоденального сосочка (БДС). Это позволило беспрятственно вымывать камни в просвет двенадцатиперстной кишки. Дилатация облегчалась внутривенным введением, за 10-15 минут до манипуляции, 0,1-0,15 мл 0,1% раствора изокета. [2]. Наружное дренирование холедоха выполнено у 55 больных, в случаях холангита или сужении интрапанкреатической части холедоха. Антеградное стентирование холедоха, специальными стентами диаметром 5 Fg и 7 Fg, было выполнено у 38 больных, что позволило нам отказаться от наружного дренирования.

Больные (n=12) с вклиненными в большой дуоденальный сосочек конкрементами

составили наибольшую проблему при лапароскопических вмешательствах на желчных протоках. Такие конкременты были удалены через пузырный проток только у 4 больных с помощью специальных проволочных корзинок фирмы "Olympus", которые имеют форму цветка. Лапароскопическая холедохотомия позволила удалить конкремент только у одной больной при его вклинении. Остальным трем пациентам была выполнена конверсия. При лапаротомной операции удалось удалить вклиненный конкремент у одного больного. В двух других случаях конкремент был фрагментирован, однако полностью не удален.

Санация желчных протоков и ликвидация желчной гипертензии, к сожалению, не всегда приводят к выздоровлению при билиарном панкреатите. Из 59 пациентов, поступивших в клинику с билиарным панкреатитом, одна больная умерла от прогрессирующего панкреонекроза, у 5 пациентов выполнены повторные лапаротомии.

При наличии значительного расширения холедоха (свыше 11 мм), выполняли холедохотомию. Из 78 больных, которым выполнялась лапароскопическая холедохотомия, полное удаление конкрементов было выполнено у 73 (93,5%). У 4 больных с вклиненными камнями в БДС и у одной больной с внутривенечечным литиазом полного удаления конкрементов из протоков добиться не удалось. Им произведено наружное дренирование холедоха, а в дальнейшем — эндоскопическая папиллотомия с удалением оставших конкрементов.

Для наружного дренирования холедоха после лапароскопической холедохолитотомии у 37 пациентов использован Т-образный дренаж Кера, у 21 пациентов холедох дренирован через пузырный проток по Пиковскому.

Пациентам, которым удалось удалить все конкременты (n=23) при хорошей проходимости БДС, было произведено глухое ушивание холедохотомической раны. При этом умеренное подтекание желчи в течение двух суток наблюдалось только у 2 больных.

В группе больных, которым выполнялась лапароскопическая холедохолитотомия, следует отметить следующие осложнения: подтекание крови из ложа желчного пузыря наблюдалось у 3 больных, подпечечный абсцесс — у 2 пациентов, невозможность удалить все камни из протоков — у 4 больных, "забытые" камни — у 2 больных. Умер один больной, который поступил в клинику с тяжелой желтухой и холангитом.

### Выводы

1. Лапароскопическая хирургия расширяет спектр операций при осложнениях желчекаменной болезни.
2. Лапароскопическое удаление конкрементов через пузырный проток возможно при наличии одиночных небольших конкрементов в холедохе.
3. Лапароскопическая холедохолитотомия показана при множественном холедохолитиазе, а также при наличии в холедохе конкрементов больших размеров.
4. При установке стента или хорошей проходимости БДС возможно ушивание холедохотомического отверстия без дренирования холедоха.
5. При признаках холангита, тяжелого билиарного панкреатита показано наружное дренирование холедоха.

### Література

1. Ничитайло М.Е., Грубник В.В. и соавт. (2005) Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков. (Київ). "Здоров'я". 424 с.
2. Грубник В.В., Ткаченко О.І., Герасимов Д.В., Калитчук С.В., Петренко О.А. Способ лікування холедохолітіазу. Патент №2708 України МПК7 А61 В17/00 Заявка 2004032262. Заявлено: 26.03.2004. Опубл.: 15.07.2004. Бюл.№7. Приор.15.07.2004. — 2 с.
3. Ткаченко О.І. Холедохострактор за Ткаченко О.І. Патент №27639 України МПК7 А61В17/22. Заявка u20070753. Заявлено: 25.06.2007. Оприлюднено: 12.11.2007 г. Б. № 18. Приор. 12.11.2007 г. — 2 с.
4. Berthou J.C., Drouard F., Charbonneau P., Moussalier K. (1998) Evaluation of laparoscopic management of common bile duct stones in 220 patients. Surg. Endosc. 12: 1: 16-22
5. Karaliotas C., Sgorakis G., Goumas C., Papaioannou N., Lilis C., Leandros E. (2008) Laparoscopic common bile duct exploration after failed endoscopic stone extraction. Surg. Endosc. 22: 1826-1831
6. Stromberg C., Nilsson M., Leijonmark C.-E. (2008) Stone clearance and risk factor for failure in laparoscopic transcystic exploration of the common bile duct. Surg. Endosc. 22: 1194-1199