

8. Савельев, В.С. Нарушения центральной и регионарной гемодинамики при панкреонекрозе / В.С.Савельев, В.И. Прокубовский // Хирургия. – 1984. – №2. – С. 54-58.

9. Этическая экспертиза биомедицинских исследований: Практическое руководство / Под ред. Ю.Б. Белоусова. – М.: Общество клинических исследователей, 2005. – 158 с.

10. Arginine induced acute pancreatitis alters the actin cytoskeleton and increases heat shock protein expression in rat pancreatic acinar cells / M. Tashiro, C. Schdfer, H. Yao et al. // Gut. – 2001. – Vol.49. – P. 241-250.

11. Hwang, T.L. Contrast-enhanced dynamic computed tomography does not aggravate the clinical severity of patients with severe acute pancreatitis – Reevaluation of the effect of intravenous contrast medium on the severity of acute pancreatitis / T.L. Hwang, K.Y. Chang, Y.P. Ho // Arch. Surg. – 2000. –

Vol. 135. – № 3. – P. 287-290.

12. Intravenous Selenium Modulates L-Arginine-Induced Experimental Acute Pancreatitis / J. Hardman, S. Jamdar, C. Shields et al. // JOP. J Pancreas. – 2005. – Vol.6. – №5. – P. 431-437.

13. L-arginine-induced experimental pancreatitis / P. Hegyi, Z. Rakonczay Jr, R. S6ri et al. // World J. Gastroenterol. – 2004. – Vol.10. – №14. – P. 2003-2009.

14. The effects of somatostatin and octreotide on experimental and human acute pancreatitis / R. Greenberg, R. Haddad, H. Kashtan, O. Kaplan // Journal of Laboratory and Clinical Medicine. – 2000. – Vol. 135. – № 2. – P. 112-121.

15. The various imaging aspects of chronic pancreatitis / R. Graziani, M. Tapparelli, R. Malagt et al. // J. Pancreas. – 2005. – Vol. 6. – №1. – P. 73-88.

УДК 616.366-003.7-02-06:616.367-003-07-089-72.1

ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И СТРИКТУРОЙ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ХОЛЕДОХА.

С.Н. Переходов – ФГУ III центральный военный клинический госпиталь им. А. А. Вишневого, главный хирург Министерства обороны РФ, профессор, доктор медицинских наук; **О.А. Долгов** – ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, врач-хирург отделения общей хирургии; **П.Н. Ванюшин** – ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, заведующий отделением общей хирургии, кандидат медицинских наук; **К.Ю. Григорьев** – ГУЗ Ульяновская областная клиническая больница, врач-хирург отделения общей хирургии. E – mail: GKU@BK.RU

В статье представлен анализ лечения 67 больных с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и стенозом дистального отдела общего желчного протока, в период с 2002 по 2007 г. В этой группе больных применялся в основном одноэтапный метод лечения с выполнением лапароскопических операций. В результате исследования была установлена высокая эффективность лапароскопических технологий.

Ключевые слова: Механическая желтуха, холедохолитиаз, стеноз дистального отдела холедоха, эндохирургические операции.

ENDOSURGICAL TREATMENT OF GALL-STONE DISEASE COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS AND DISTAL STRUCTURE OF COMMON BILE DUCT

S.N. Perekhodov – Ministry of Defense of the RF, Military Clinical Hospital, Professor, Doctor of Medical Science; **O.A. Dolgov** – Uljanovsk Clinical Hospital, Department of General Surgery; **P.N. Vanjushin** – Uljanovsk Clinical Hospital, Head of Department of General Surgery, Candidate of Medical Science; **K.Yu. Grigorjev** – Uljanovsk Clinical Hospital, Department of General Surgery. E – mail: GKU@BK.RU

The analysis of treatment of 67 patients with gall-stone disease complicated by choledocholithiasis and distal section stenosis of the common bile duct during the period from 2002 till 2007 is presented in the article. This group of patients took part in a research study of the single-stage method of treatment with laparoscopy has been preferably performed in this group of patients. The laparoscopy treatment techniques have been proved to be highly effective.

Key words: obstructive jaundice, choledocholithiasis, biliary duct stenosis, distal section stenosis of the common bile duct, endosurgical treatment.

Желчнокаменная болезнь является распространенным заболеванием и встречается у 10-15% населения [4,5,6]. Самыми частыми осложнениями желчнокаменной болезни являются холедохолитиаз, который встречается у 8,1-26,8% больных, и стеноз дистального отдела общего желчного протока, который встречается у 3-40% больных с холедохолитиазом [2,3]. Резидуальный холедохолитиаз встречается в 2-10% наблюдений [1]. Эти осложнения остаются основной проблемой в лечении больных желчнокаменной болезнью. Внедрение новых диагностических и хирургических технологий не решило эту проблему [7,8]. В настоящее время «золотым стандартом» лечения данной патологии является выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии с последующей лапароскопической холецистэктомией. Но выполнение ее не всегда возможно. Причинами являются неудачи канюляции большого дуоденального сосочка вследствие анатомических особенностей – папилломатоз, околососочковые дивертикулы, высокий риск развития

панкреатита и панкреонекроза при манипуляциях на фоне панкреатита, недостаток высококвалифицированных эндоскопистов и оборудования.

Цель исследования: оценить возможности лапароскопических операций в тех случаях, когда эндоскопические манипуляции не доступны, используя в основном одноэтапный метод лечения осложненных форм желчнокаменной болезни.

Материалы и методы исследования. С 2002 г. в отделении общей хирургии Ульяновской областной клинической больницы используются эндохирургические способы лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом и стенозом дистального отдела холедоха. В период с 2002 по 2007 г. выполнено 67 операций с применением лапароскопических методик. Среди пациентов были 54 женщины и 13 мужчин в возрасте от 24 до 80 лет.

По экстренным показаниям госпитализированы 33 (49,3%) человека. Механическая желтуха осложняла течение желчнокаменной болезни у 32 (47,7%) па-

циентов. Острый холецистит сочетался с холедохолитиазом и стенозом дистального отдела холедоха у 29 (43,2%) больных. Резидуальный холедохолитиаз после ранее выполненной лапароскопической холецистэктомии встретился у 1 (1,5%) больного.

Всем больным при поступлении выполнены ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (у 27 из них УЗИ проведено в динамике) и фиброгастроудоденоскопия (ФГДС) с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БДС); эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) выполнена 5 больным. Всем больным проведены лабораторные исследования, при этом уровень билирубина у пациентов, поступивших с явлениями механической желтухи, колебался от 25,5 до 293,1 мкмоль/л (прямая фракция от 11 до 167), щелочная фосфатаза колебалась от 491 до 2542. Всем больным проводилась интраоперационная лапароскопическая холангиография.

Результаты и обсуждение. В лечении больных с данной патологией в основном использовалась одномоментная тактика (табл. 1).

Попытка лапароскопического лечения предпринята у 70 человек. Эндохирургические вмешательства были эффективными у 67 человек (95,7%).

У 24 больных были явления механической желтухи при поступлении или в анамнезе. Четких дооперационных данных за патологию холедоха при проведении УЗИ и ФГДС с осмотром БДС получено не было. Диаметр холедоха по данным ультразвукового исследования колебался от 5 мм до 1 см. Интраоперационная холангиография патологии холедоха также не выявила. Операция закончена лапароскопической холецистэктомией с оставлением дренажа в холедохе. Средний предоперационный койко-день составил 4,1, послеоперационный койко-день – 9,2. Длительность предоперационного койко-дня обусловлена необходимостью проведения предоперационной консервативной подготовки.

У пятирех больных во время проведения лапароскопической интраоперационной холангиографии были выявлены конкременты гепатохоледоха. Диаметр его не превышал 5-6 мм. В связи с этим, для избежания образования в послеоперационном периоде рубцовой стриктуры, холедохотомия не проводилась. Данной группе больных проведена лапароскопическая холецистэктомия с наружным дренированием холедоха через культю пузырного протока. В последующем им проведены сеансы экстракорпоральной дистанционной литотрипсии.

У четырех больных с единичными конкрементами отмечен хороший эффект от лечения. У больной Р., 46 лет, с множественными камнями холедоха качественного дробления и адекватного отхождения фрагментов камней в двенадцатиперстную кишку добиться не удалось. Этой больной в последующем произведена лапаротомия, холедохолитотомия, наружное дренирование общего желчного протока (рис. 1 и 2).

Предоперационный койко-день при данной методике составил – 4,3; послеоперационный – 11,2.

У 29 больных при лапароскопической интраоперационной холангиографии были выявлены конкременты гепатохоледоха и диаметром общего желчного протока от 0,7 до 1,5 см. У всех больных выявлены единичные конкременты диаметром от 0,5 до 1,5 см в диаметре. На рис. 3 и 4 показаны результаты фистулохолангиографии больной З., 68 лет.

Извлечение камней из холедоха выполняли различными способами. При удалении крупных конкре-

ментов, которые хорошо визуализируются через стенку протока, применяли метод «сцеживания» граспером или диссектором. При этом холедотомию старались проводить непосредственно над конкрементом и последний выдавливали в образовавшееся отверстие. Кроме того, для удаления камней применяли зажим ротикюлятор. Его использовали для удаления камней, располагающихся в супрадуоденальной части и недостижимых граспером или диссектором. При расположении конкрементов в дистальном отделе холедоха смещали их к отверстию зондом Фогарти или корзиной Дормиа. Малоподвижные камни дистального отдела холедоха, недостижимые ротикюлятором, вымывали напряженной струей физиологического раствора через трубку, введенную через холедохотомическое отверстие. Подошедшие к отверстию конкременты удаляли. Для контроля качества санации гепатохоледоха проводили холедохоскопию.

Средний предоперационный койко-день при этой методике составил 2,7 дня, послеоперационный – 10,1.

При выполнении холедохолитотомии у 2 больных не удалось эвакуировать конкременты из дистального отдела общего желчного протока. Им проведена конверсия. У еще одной больной конверсия проведена ввиду поломки иглодержателя.

Сочетание лапароскопической холецистэктомии с формированием лапароскопического холедоходуоденоанастомоза выполнено 11 больным.

Показаниями к формированию холедоходуоденоанастомоза являлись – множественный холедохолитиаз с «замаскообразной» желчью и расширением холедоха более 1,5 см у 7 больных. Количество удаленных конкрементов колебалось от 2 до 8. У 4 больных показанием к формированию билиодигестивного анастомоза являлась продолжительная стриктура дистального отдела общего желчного протока (более 1 см), у 2 из них большая дуоденальная сосочек открывался в дно дивертикула двенадцатиперстной кишки.

При наложении холедоходуоденоанастомоза применяли методику Юраша-Виноградова. Начинали формирование анастомоза с медиального угла ран холедоха и двенадцатиперстной кишки. Накладывали обвивной непрерывный шов викриловой нитью. У 7 больных производили наложение дополнительных 4-5 узловых швов на переднюю стенку анастомоза, тем самым укрепляя линию анастомоза.

В 4 случаях мы проводили двойное дренирование – наружно-внутреннее. Это позволило осуществить декомпрессию линии анастомоза и тем самым отказаться от наложения укрепляющих узловых швов на переднюю стенку анастомоза.

Предоперационный средний койко-день при этой методике составил 2,1, послеоперационный – 9,5 дней.

В одном случае встретилась больная с резидуальным холедохолитиазом после ранее выполненной лапароскопической холецистэктомии. Проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, на которой выявлены три камня общего желчного протока. Через 4 суток больной выполнена лапароскопическая холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха по Вишневному.

Предоперационный койко-день составил 6 дней, послеоперационный – 11 дней.

Процент послеоперационных осложнений после выполнения лапароскопических операций составил 10,4% (табл. 2).

Трем больным проведена релапароскопия (4,5%). У 2 из них произошел отрыв билиарного дренажа.

Им выполнена релапароскопия, удаления фрагмента дренажа и клипирования культи пузырного протока. У 1 больной развился послеоперационный острый панкреатит, который также потребовал релапароскопии, санирования, дренирования брюшной полости и сальниковой сумки.

У 1 больной развилась несостоятельность холедоходуоденоанастомоза, что потребовало проведения лапаротомии, ушивания дефекта, проведения наружного дренирования холедоха, санирования и дренирования брюшной полости.

У 2 больных диагностированы подпеченочные гематомы, у одного развилось желудочно-кишечное кровотечение из линии наложенного холедоходуоденоанастомоза. Эти осложнения купированы консервативными методами лечения.

Летальных исходов не было.

Выводы:

1. При невозможности выполнения эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосоч-

ке проводят лапароскопические операции, которые высокоэффективны в лечении холедохолитиаза и стеноза дистального отдела общего желчного протока. Их можно выполнить в 95,7% случаев.

2. Показанием к лапароскопическому вмешательству на холедохе являются единичный или множественный холедохолитиаз, продолжительная стриктура дистального отдела холедоха (около 1 см). Противопоказанием к эндохирургическим вмешательствам на холедохе является синдром «острой блокады» дистальных отделов общего желчного протока.

3. Экстракорпоральная ультразвуковая дистанционная литотрипсия показана для лечения резидуального холедохолитиаза в раннем послеоперационном периоде после лапароскопической холецистэктомии у больных с единичными камнями в узком общем желчном протоке. Операция должна завершаться обязательным дренированием холедоха через культю пузырного протока.

Таблица 1

Вид выполняемых вмешательств

Вид оперативных вмешательств	Количество больных
1. Холецистэктомия + наружное дренирование холедоха	24
2. Холецистэктомия + холедохолитотомия + наружное дренирование холедоха	26
3. Холецистэктомия + холедохолитотомия + холедоходуоденоанастомоз	11
4. Холедохолитотомия + наружное дренирование по Вишневскому (резидуальный холедохолитиаз)	1
5. Холецистэктомия + наружное дренирование по Холстеду-Пиковскому + дистанционная ультразвуковая экстракорпоральная литотрипсия	5
Итого	67

Таблица 2

Осложнения после выполнения эндохирургических вмешательств

Вид осложнений	Количество
1. Несостоятельность холедоходуоденоанастомоза с развитием перитонита	1
2. Обрыв билиарного дренажа	2
3. Подпеченочная гематома	2
4. Желудочно-кишечное кровотечение	1
5. Послеоперационный острый панкреатит	1
Итого	7



Рис. 1. Результаты фистулохолангиографии: перед дроблением: мелкий единичный конкремент терминального отдела холедоха, нарушение поступления контраста в двенадцатиперстную кишку



Рис. 2. Результаты фистулохолангиографии: сразу после сеанса дистанционной литотрипсии: конкремент терминального отдела холедоха раздроблен, контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку



Рис.3. Результаты фистулохолангиографии: единичный конкремент в терминальном отделе холедоха, нарушение прохождения контраста в двенадцатиперстную кишку



Рис.4. Результаты фистулохолангиографии на 6 сутки после лапароскопической холедохолитотомии: контраст свободно поступает в двенадцатиперстную кишку

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балалыкин, А. С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А. С. Балалыкин. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 152 с.
2. Гальперин, Э. И. Заболевания желчных путей после холецистэктомии / Э. И. Гальперин, Н. В. Волкова. – М.: Медицина, 1988. – 268 с.
3. Ермаков, Е. А. Миниинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных протоков / Е. А. Ермаков, А. Н. Лищенко // Хирургия. – 2003. – №6. – С. 68 – 74.
4. Лейшнер, У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей / У. Лейшнер. – М., 2001. – 259 с.

5. Майстренко, Н. А. Холедохолитиаз / Н. А. Майстренко, В. В. Стукалов. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2000. – 500 с.
6. Циммерман, Я. С. Постхолецистэктомический синдром: современный взгляд на проблему / Я. С. Циммерман, Т. Г. Кунстман // Клиническая медицина. – 2006. – №8. – С. 4 -11.
7. Misra, S. P. Endoscopic management of choledocholithiasis: to cut, stretch or relax? / S. P. Misra, P. M. Dwivedi // J. Gastroenterol, Hepatol. – 1998. – Vol. 13. – №12. – P. 1180 – 1182.
8. Pasricha, P. J. Therapy of sphincter of Oddi dysfunction / P. J. Pasricha, A. N. Rfloo // Gastrointest. Endosc. Clin. N. Am. – 1996. – Vol. 6. – №1. – P. 117 – 125.

УДК 616.711.633-616-089.844

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ ДИСКА НА ШЕЙНОМ УРОВНЕ

А.А. Чехонацкий – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Роздрава, заведующий кафедрой нейрохирургии, доцент, кандидат медицинских наук; **И.А. Норкин** – ФГУ Саратовский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Росмедтехнологий, директор, профессор, доктор медицинских наук; **И.И. Шоломов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ Роздрава, заведующий кафедрой неврологии, профессор, доктор медицинских наук. E-mail: fax-1@yandex.ru

Целью настоящей работы явилось изучение возможности использования искусственного диска «PRODISK» на шейном уровне после удаления грыжи межпозвоночного диска. В основу исследования положено комплексное обследование и хирургическое лечение больной О., 52 лет с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и синдромом радикулопатии на почве компрессии спинномозговых корешков грыжей межпозвоночного диска.

29 мая 2007 г. больной выполнено оперативное пособие в следующем объеме: «дискэктомия С6-С7, удаление грыжи диска, имплантация искусственного диска «PRODISK» на уровне С6-С7».

Больная активизирована на третий день, выписана на восьмые сутки. Неврологическая симптоматика у больной регрессировала полностью. Объем движений в шейном отделе полностью восстановлен (flexia/anteflexia-35°-40°). Болевой синдром купирован (VAS-2, VRS-1).

Мы считаем, что любое вмешательство на диске ведет к нарушению его структурно-функциональных свойств и требует протезирования межпозвоночных дисков, которое способно полностью восстановить биомеханические свойства оперированного сегмента.

Ключевые слова: шейный остеохондроз, грыжа диска, операция, протезирование диска.

THE INTERVERTEBRAL DISK PROTHESIS INSTALLATION AFTER ABLATION OF A DISK'S HERNIA AT CERVICAL LEVEL

A.A.Chekhonatsky – Saratov State Medical University, Head of Department of Neurosurgery, Assistant Professor, Candidate of Medical Science; **I.A.Norkin** – Saratov Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics, Director, Professor, Doctor of Medical Science; **I.I.Sholomov** – Saratov State Medical University, Head of Department of Neurology, Professor, Doctor of Medical Science. E-mail: fax-1@yandex.ru

The purpose of the present work was to study the possibility of use the artificial disk «PRODISK» at cervical level after ablation of intervertebral disk's hernia.