

материале мы хотели показать, что наиболее физиологичным и надежным способом восстановления оттока мочи при поражении мочевого пузыря служит создание резервуара из сегмента кишки и ортотопическое, заместительное его расположение с выведением мочи наружу через мочеиспускательный канал.

Литература

1. Гарагатый И.А., Дубинин Н.С., Андреев С.В. Эволюция микробиоценоза ортотопического мочевого пузыря // *Здоровье мужчины: мат. XII науч.-практ. конф. / под ред. А.С. Превезева и В.В. Кристалля. Харьков, 2004. С. 519–525.*
2. Голигорский С.Д. Малый мочевой пузырь. Вопросы интестинальной пластики. Кишнев: Картя молдовеняскэ, 1959. 146 с.
3. Грунд В.Д., Шабад А.Л., Шапиро Л.А. Диагностика туберкулеза органов мочеполовой системы // *Туберкулез мочеполовой системы: руководство для врачей / под ред. Т.П. Мочаловой. М.: Медицина, 1993. С. 56–137.*
4. Грунд В.Д., Мочалова Т.П. Хирургическое лечение туберкулеза мочевого пузыря. М.: Медицина, 1964. 572 с.
5. Зубань О.Н. Причины, диагностика и лечение дисфункций мочевого пузыря у больных нефротуберкулезом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2002. 24 с.
6. Зубань О.Н. Операции при туберкулезе и посттуберкулезных изменениях мочевого пузыря // *Ткачук В.Н., Ягафорова Р.К., Аль-Шукри С.Х. Туберкулез мочеполовой системы. – СПб: СпецЛит, 2004. С. 274–281.*
7. Камышан И.С. Руководство по туберкулезу урогенитальных органов. Киев: Здоровье, 2003. 200 с.
8. Комяков Б.К., Зубань О.Н., Новиков А.И. и др. Аугментационная цистопластика в лечении микроцистиса различной этиологии // *Совер. напр. диагностики, лечения и про-*

филактики заболеваний: Труды ГМПБ №2, вып. IV. СПб., 2004. – С. 246–251.

9. Мочалова Т.П. Хирургическое лечение больных туберкулезом мочевых органов. Киев: Здоровье, 1983. 254 с.
10. Петров И.Н. Состояние и перспективы развития хирургической помощи больным внелегочным туберкулезом // *Хирургия внелегочного туберкулеза: сб. научных трудов. Л., 1983. С. 12–29.*
11. Туберкулез мочеоловой системы: руководство для врачей / под ред. Т. П. Мочаловой. М.: Медицина, 1993. 254 с.
12. Rink R.C., Adams M.C. Augmentation cystoplasty // *Campbell's Urology. Philadelphia, 1998. P. 3167–3178.*

Поступила в редакцию 10.02.2009.

SURGICAL TREATMENT FOR COMPLICATED URINARY SYSTEM TUBERCULOSIS IN THE FORM OF CONTRACTED BLADDER

S.A. Belov, A.A. Gavrilov, R.S. Stepanov
Primorsky Regional TB dispensary (2 Pyatnadsataya St. Vladivostok 690000 Russia)

Summary – This paper summarises practice of three surgeries for complicated urinary system tuberculosis with microcystis. The authors have pioneered in Primorye to apply cystoplasty method combined with creation of a reservoir made of detubulated sigmoid colon with the use of surgical stapling instrument. Three months later, the bladder volume was 200–300 ml, the miction was every 2 hours. The authors come to a conclusion that creating a reservoir made of detubulated sigmoid colon and its orthotopic positioning with urination via urethra is the most physiological and reliable method of restoring urine outflow under tuberculosis-affected urinary bladder diseases.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, microcystis, auto-sigmoid cystoplasty.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 2, p. 93–94.

УДК 616.367-003.7-06:616.36-008.5-053.9]-089.5

И.В. Дудакова¹, А.А. Сысолятин¹, В.Г. Смолин²

¹Амурская государственная медицинская академия (675000 г. Благовещенск, ул. Горького, 95), ²Городская клиническая больница (675000 г. Благовещенск, пер. Уралова, 1)

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ, ОСЛОЖНЕННОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Ключевые слова: холедохолитиаз, возраст, хирургическая тактика.

Около 50% больных желчно-каменной болезнью составляют лица пожилого и старческого возраста. Изучены результаты лечения 148 пациентов 60–89 лет, страдавших желчно-каменной болезнью с различными клиническими проявлениями холедохолитиаза. Выбор метода лечения проходил индивидуально с учетом течения основной и сопутствующей соматической патологии. Для снижения инвазивности хирургического вмешательства в некоторых случаях операции носили комбинированный характер и были разделены на 2–4 этапа. Летальность на собственном материале составила 10,8%, что почти в 2 раза меньше по сравнению с летальностью прошлых лет (19,7%), когда в лечении холедохолитиаза, осложненного механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста в основном использовались традиционные хирургические методики.

Холедохолитиаз при желчно-каменной болезни (ЖКБ) регистрируется в 8,1–21,8% случаев [4, 5, 9].

Дудакова Ирина Владимировна – ассистент кафедры факультетской хирургии АГМА; тел. 8 (4162) 52-84-88; e-mail: coffewoman@yandex.ru.

Механическая желтуха в анамнезе или при поступлении как проявление холедохолитиаза отмечена у 80–85% больных, а в 40% наблюдений она нуждается в экстренном оперативном лечении [2, 7, 12]. Увеличение числа пациентов с ЖКБ привело за последние годы к значительному росту случаев холедохолитиаза среди лиц пожилого и старческого возраста [3, 6, 8, 10, 11]. В группе больных старше 60 лет частота холедохолитиаза достигает 28,1% [2]. Сопутствующие заболевания, обуславливающие высокий риск операций, регистрируются у 80–100% таких больных, при этом каждый 3-й пациент имеет от 2 до 5 сопутствующих заболеваний [6]. Вышеуказанная патология не только усугубляет общее состояние, но и служит причиной более раннего перехода имеющих нарушения в стадию декомпенсации [1].

Целью настоящей работы явился выбор оптимального щадящего метода лечения холедохолитиаза у пациентов пожилого и старческого возраста

Таблица 1

Сопутствующая патология у пациентов с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой

Сопутствующая патология	Кол-во больных	
	абс.	%
Ишемическая болезнь сердца II–III ФК	148	100,0
в т.ч. с мерцательной аритмией	30	20,3
в т.ч. с постинфарктным кардиосклерозом	20	13,5
Гипертоническая болезнь	72	48,6
в т.ч. с инсультом в анамнезе	8	5,5
Бронхиальная астма	4	2,7
Сахарный диабет	10	6,8
Хронический пиелонефрит	3	2,0
Ожирение II–III степени	22	14,8

Таблица 2

Клинические группы в зависимости от состояния больных

Состояние больных	Кол-во больных	
	абс.	%
Субкомпенсированное	60	40,5
Декомпенсированное	88	59,4
в т.ч. за счет сопутствующей патологии	36	24,3
в т.ч. за счет механической желтухи	52	35,1

в зависимости от его проявлений и степени компенсации сопутствующей патологии.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 148 пациентов (96 женщин и 52 мужчины) в возрасте от 60 до 89 лет, страдавших ЖКБ с различными клиническими проявлениями холедохолитиаза, которые находились на лечении с 1999 по 2007 г. в хирургическом отделении 3-й муниципальной больницы г. Благовещенска. Пожилых больных (60–74 лет) было 58% (86 человек), старческого возраста (75–89 лет) – 42% (62 человека). Все пациенты поступили с проявлениями механической желтухи. Желтуха на фоне острого калькулезного холецистита выявлена в 71, на фоне хронического калькулезного холецистита – в 55, резидуального холедохолитиаза – в 22 наблюдениях. В 40% случаев желтушность кожных покровов и склер развивалась на фоне болевого приступа. У 81 больного уровень билирубинемии превысил 100 ммоль/л, у 45 колебался в пределах 80–100 ммоль/л и у 22 – в пределах 50–80 ммоль/л. В 53 случаях механическая желтуха осложнилась острым холангитом, в 7 – билиарным сепсисом. При ультразвуковом исследовании расширение холедоха до 1 см выявлено у 61, более 1 см – у 87 пациентов. Во всех наблюдениях зарегистрирована сопутствующая патология (табл. 1). Сочетание двух сопутствующих заболеваний отмечено у всех, трех – у 15 больных. В зависимости от общего состояния, степени билиарной гипертензии, печеночной недостаточности и наличия гнойного холангита всех пациентов условно разделили на 2 группы: пациенты в субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии (табл. 2).

Степень операционно-анестезиологического риска определялась по шкале МНОАР. Основные мето-

ды в постановке диагноза – ультразвуковое исследование гепатобилиарно-панкреатодуоденальной зоны, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. В 10 случаях, сложных для диагностики, использовался метод магнитно-резонансной холангиопанкреатографии.

Результаты и исследования. Выбор метода лечения проходил индивидуально с учетом тяжести основной и сопутствующей патологии. При этом в качестве оперативных методик применялись как традиционные, так и миниинвазивные хирургические методы лечения. Для снижения травматичности вмешательства, у некоторых больных операции носили комбинированный характер и были разделены на 2–4 этапа.

Каждому больному в день поступления после ультразвукового исследования выполнялась фиброгастродуоденоскопия. Ее задачами были выявление изменений в желудке и 12-перстной кишке, определение характера изменений и проходимости большого дуоденального сосочка, оценка технических возможностей для диагностических и лечебных манипуляций.

Всем пациентам декомпенсированной группы с первых часов пребывания в стационаре проводилась дезинтоксикационная и противовоспалительная терапия, а также лечение сопутствующей патологии. У 52 человек с симптомами гнойного холангита в течение первых суток выполнена декомпрессия желчных путей. Для этого 15 больным с ущемленным конкрементом в области большого дуоденального сосочка была выполнена эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия. На 3–4-й день у 13 из них отмечена нормализация температуры тела, уменьшение симптомов интоксикации, снижение уровня билирубинемии. На 5–6-й день этим больным повторно выполнялась фиброгастродуоденоскопия с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. У 6 человек из этой группы повторная фиброгастродуоденоскопия была проведена на 2–3-й день после холедоходуоденостомии в связи с нарастанием желтухи и появлением симптомов билиарного сепсиса. Причиной недостаточной декомпрессии желчных путей в этих случаях явился блок холедоходуоденостомы конкрементом холедоха. Четверем больным дополнительно проведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с одновременной литоэкстракцией, двум потребовалась лапаротомия и холецистэктомия с одновременной холедохолитотомией и установкой дренажа.

Улучшение общего состояния после декомпрессии желчного дерева, снижение уровня билирубинемии до нормальных показателей у 46 человек с гнойным холангитом позволили перейти ко второму этапу лечения. В среднем через 8–10 дней с момента поступления 39 пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в 9 случаях из-за наличия крупных конкрементов – холецистэктомия лапаротомным доступом с дополнительной санацией желчного дерева.

Несмотря на эндоскопическую декомпрессию желчных путей, у 15 человек в связи с прогрессированием

острого холецистита на фоне тяжелого соматического состояния под местной анестезией выполнена холецистостомия из мини-доступа с использованием силиконовой трубки диаметром 0,8–1 см. В последующем достаточно широкое отверстие холецистостомы использовалось для удаления конкрементов из полости пузыря. Холецистэктомия в этой группе больных не проводилась по причине высокого операционно-анестезиологического риска (V степень по шкале МНОАР). Летальность составила 2,7%. Причиной смерти послужила ранее сопутствующая патология на фоне снижения симптомов желчной интоксикации после декомпрессивных мероприятий.

В 60 наблюдениях («субкомпенсированная» группа), когда механическая желтуха протекала без проявлений холангита (табл. 2), тактика была несколько иной. Учитывая невыраженный интоксикационный синдром, связанный с холестазами, декомпрессивные манипуляции выполнялись на 2–3-и сутки. Предшествовавшее декомпрессии время посвящалось активной симптоматической и дезинтоксикационной терапии. В качестве 1-го этапа лечения проводилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Посредством торцевого папиллотомы прожигалась «крыша» над фатеровым сосочком и выполнялась папиллотомия. С применением бокового папиллотомы сделано 38, торцевого папиллотомы – 12 папиллосфинктеротомий. При невозможности выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (10 случаев) переходили к традиционному хирургическому лечению.

После эндоскопической декомпрессии желчного дерева решался вопрос об удалении желчного пузыря лапаротомным и лапароскопическим доступом. Если до 1993 г. в нашей клинике таким пациентам в основном выполняли лапаротомию (98%), при этом послеоперационная летальность составляла 19,7%, то в настоящее время мы придерживаемся избирательной тактики. При отсутствии признаков выраженной легочно-сердечной недостаточности, операций на органах верхнего отдела брюшной полости в анамнезе, выраженного паравезикального инфильтрата и ожирения IV степени вмешательство начинаем с лапароскопического доступа.

Обсуждение полученных данных. Из 148 больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, эндоскопическая папиллосфинктеролитотомия с последующей лапароскопической холецистэктомией выполнена 64 пациентам (43,2%), из них 16 (10,8%) – на фоне острого калькулезного холецистита, 48 (32,4%) – на фоне хронического калькулезного холецистита. У 6 человек (8,6%) попытка лапароскопической холецистэктомии закончилась переходом на лапаротомную холецистэктомию по причине парапузырного абсцесса (1), парапузырного инфильтрата (3), пролежня передней стенки холедоха (2). При интраоперационной холангиографии у 10 больных выявлены фиксированные в большом дуоденальном сосочке конкременты. Для их удаления с 2003 г. нами использовалась интраопера-

ционная эндоскопическая папиллосфинктеротомия. При этом 6 пациентам при лапаротомном доступе произведена антеградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (папиллотом проводился через культю пузырного протока и под контролем фибродуоденоскопа рассекался фатеров сосочек с последующей литоэкстракцией). В 4 случаях ретроградной интраоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомии фатеров сосочек визуализировался путем выпячивания с помощью зонда, который вводился в холедох через культю пузырного протока.

Летальность на собственном материале составила 10,8%, что почти в 2 раза меньше по сравнению с летальностью прошлых лет (19,7%), когда в лечении холедохолитиаза, осложненного механической желтухой у лиц пожилого и старческого возраста, в основном использовались традиционные хирургические методики.

Таким образом, снижение летальности у больных пожилого и старческого возраста, страдающих осложненной холедохолитиазом ЖКБ, может быть достигнуто путем уменьшения степени хирургической агрессии за счет многоэтапных миниинвазивных методов. У пациентов в крайне тяжелом состоянии не следует стремиться к радикальному оперативному вмешательству, достаточной для сохранения их жизни может быть декомпрессия желчных протоков и желчного пузыря.

Литература

1. Алиев М.А., Сексенбаев Д.С., Доскалиев Ж.А. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при калькулезном холецистите у больных с сопутствующими заболеваниями // *Эндоскопическая хирургия*. 1999. № 1. С. 39–41.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л. и др. Малоинвазивные технологии в лечении желчно-каменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки // *Анналы хирургической гепатологии*. 2004. Т. 9, № 2. С. 22–30.
3. Кузнецов Н.А. Факторы операционного риска: возраст? // *Хирургия*. 1986. № 5. С. 74–80.
4. Милонов О.Б., Кадошук Т.А., Андросов С.И. Диагностика и хирургическое лечение атипичных форм холедохолитиаза // *Хирургия*. 1988. № 5. С. 69–76.
5. Нечай А.И. Рецидивный и резидуальный холедохолитиаз // *Хирургия*. 1998. № 9. С. 37–41.
6. Панфилов Б.К. Сердечно-сосудистые факторы риска в хирургии холецистита // *Хирургия*. 1996. № 3. С. 41–45.
7. Савельев В.С., Ревякин В.И., Василенко Ю.В. и др. Тактика лечения калькулезного холецистита, осложненного холедохолитиазом // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. № 1, прил. С. 107.
8. Сотниченко Б.А., Гончаров К.В., Перерва О.В. и др. Факторы операционного риска у больных холедохолитиазом пожилого и старческого возраста // *Анналы хирургической гепатологии*. 2002. Т. 7, № 2. С. 64–69.
9. Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., Григорян Р.С. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при холедохолитиазе и стриктуре терминального отдела общего желчного протока // *Хирургия*. 2000. № 9. С. 4–7.
10. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одицов В.В. // *Эндоскопическая хирургия*. М.: ГЭОТАР-Мед. 1998. 352 с.
11. Chopra, Kapil B., Peters et al. Randomised study of endoscopic biliary endoprosthesis versus duct clearance for bile duct stones in high-risk patients // *The Lancet*. 1996. Vol. 348, No. 9030. P. 791–793.