

---

---

## Клиническая медицина

---

---

### ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В Г. ИВАНОВЕ. ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

Черенков С.П., Гусев А.В., Горский В.А., Мартинш Ч.Т., Гусева Е.В.

ГОУ ВПО ИвГМА Росздрава

Кафедра общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

**РЕЗЮМЕ** Проведен анализ лечения больных с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) в хирургических стационарах г. Иванова за 2003—2005 гг. Накопленный опыт позволяет в перспективе улучшить результаты лечебной деятельности и качество жизни больных с ЖКБ. Отмечен ежегодный рост оперативной активности при ЖКБ по отношению к другим вмешательствам. Сформулированы позитивные тенденции в определении тактики, диагностике и внедрении современных технологий в рассматриваемой патологии.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, традиционная холецистэктомия, современные технологии лечения.

Способы лечения ЖКБ, особенно ее осложненных форм, постоянно совершенствуются благодаря развитию инновационных технологий. Достаточно эффективных методов лечения больных с указанной патологией, альтернативных хирургическому, на сегодняшний день не существует.

Целью настоящего исследования было проведение анализа оказания медицинской помощи пациентам с ЖКБ в хирургических стационарах г. Иванова за 2003—2005 гг. для выявления имеющихся проблем, определения перспектив, внедрения современных технологий лечения.

#### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы показатели состояния и качества диагностической и лечебной помощи

больным ЖКБ в хирургических отделениях лечебно-профилактических учреждений г. Иванова в 2003—2005 гг. (табл.).

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ежегодно в хирургические стационары г. Иванова обращается примерно одинаковое число больных ЖКБ, что в среднем составляет 12,4% от всех пациентов хирургического профиля. Ежегодно отмечается рост оперативной активности при ЖКБ (в среднем на 1% в год).

Следует отметить, что после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) практически нет летальных исходов, и осложнения наблюдаются значительно реже в сравнении с традиционной холецистэктомией. На эти показатели влияет главным образом то, что ЛХЭ в

Cherenkov S.P., Gusev A.V., Gorsky V.A., Martins C.T., Guseva E.V.

#### TREATMENT FOR GALLSTONE DISEASE IN IVANOVO MUNICIPAL HOSPITALS. PROBLEMS AND PERSPECTIVES

**ABSTRACT** Treatment for gallstone disease (GD) in Ivanovo municipal hospitals since 2003-2005 is analyzed. Accumulated experience allowed to improve treatment results and quality of life in patients with GD. Main indices of GD prevalence among Ivanovo inhabitants are presented and analyzed. Annual increase of surgical interventions in GD with respect to other surgical interventions is reported. Positive tendencies in tactics, diagnosis and introduction of current technologies in concerned pathology are formulated.

**Key words:** gallstone disease, cholecystectomy, current technologies of gallstone disease treatment.

**Таблица.** Основные показатели хирургической помощи при ЖКБ

Показатель	2003 г	2004 г	2005 г	Среднее
Общее количество пролеченных больных с ЖКБ	1477	1284	1277	1346
Процентный показатель от всех больных в хирургических стационарах	13,7%	11,6%	11,9%	12,4%
Летальность среди больных с ЖКБ	32 (6,1%)	29 (5,6%)	26 (4,98%)	5,56%
Удельный вес оперативных вмешательств по поводу ЖКБ среди всех оперативных вмешательств	51,3%	52,8%	54,2%	52,8%
Количество ЛХЭ	138	177	174	163
Удельный вес ЛХЭ среди всех холецистэктомий	17,5%	21,6%	20,04%	19,7%
Продолжительность пребывания больных с ЖКБ в хирургических стационарах				
Предоперационный койко-день	3,34	3,2	2,6	3,05
Послеоперационный койко-день	11,14	10,3	10,4	10,7
Всего койко-дней	14,48	13,5	13	13,66

основном выполняется в плановом порядке. После ЛХЭ наиболее часто отмечаются следующие осложнения: кровотечения из ложа желчного пузыря (в среднем до 2%) и из культи пузырной артерии (гораздо реже), несостоятельность культи пузырного протока (в среднем до 2%), тромбоз легочной артерии (менее 1%).

Традиционная холецистэктомия в хирургических стационарах г. Иванова является приоритетной в экстренных ситуациях, что обуславливает более высокий риск развития осложнений и летальность. Причинами осложнений в основном являются диагностические ошибки, допущенные в дооперационном периоде или во время операции, тактические и технические ошибки при проведении операции, ошибки во время операции. Нами была изучена эволюция диагностики острого воспаления желчного пузыря на догоспитальном этапе и в приемных отделениях хирургических стационаров. Было установлено, что при направлении в стационар с ошибочным диагнозом в 7,65% случаев во время операции установлена деструктивная форма воспаления желчного пузыря. Нео-сложненный холецистит диагностирован у 2,7% пациентов, у которых до поступления в стационар патологии гепатобилиарной системы не выявлялось. Диагностические ошибки в приемном отделении у больных с острыми проявлениями ЖКБ составили 6,7%.

На результаты лечения острого калькулезного холецистита (особенно осложненных форм) влияет время, прошедшее с момента заболевания до оказания специализированной хирургической помощи. Анализ госпитализации больных с острым воспалением желчного пузыря за последние три года свидетельствует о стабильно высоком уровне поздней (позднее 24 часов)

госпитализации этой категории больных (2003 г. — 45,7%, 2004 г. — 49,4%, 2005 г. — 52,2%). Это связано с недостаточной медицинской грамотностью населения, низкой эффективностью профилактических мероприятий, утраченным опытом диспансеризации больных с ЖКБ.

В настоящее время в городе хирургическое лечение неосложненной ЖКБ соответствует современным требованиям. Пациенты с хроническим калькулезным холециститом или бессимптомным холецистолитиазом при отсутствии противопоказаний подвергаются оперативному лечению (ЛХЭ). Однако при необходимости инверсии или наличии противопоказаний к созданию карбоксиперитонеума альтернативой ЛХЭ является традиционная холецистэктомия. Минилапаротомная холецистэктомия (МХЭ) при ее неоспоримых преимуществах практически не применяется, за исключением хирургического отделения 1-й городской клинической больницы. Следует отметить, что применение МХЭ, по данным литературы, улучшает качество жизни пациентов в отдаленном периоде в сравнении с традиционной холецистэктомией. Стоимость МХЭ ниже, чем ЛХЭ; показания к выполнению МХЭ те же, что и при ЛХЭ и традиционной холецистэктомии.

При наличии холедохолитиаза или стеноза большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) (непротяженная стриктура терминального отдела общего желчного протока) применяется как предоперационная эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), так и послеоперационная ретроградная ЭПСТ. Однако при наличии такой патологии, как парапапиллярный дивертикул, интрадивертикулярное расположение БСДПК, ЭПСТ практически не выполняется, несмотря на то что в подобных ситуациях (когда выполняма дуо-

деноскопия) имеются показания и возможность антеградной ЭПСТ (предоперационной чрескожной, чреспеченочной, послеоперационной чресфистульной или интраоперационной). Выраженная деформация пилородуоденальной зоны, резецированный по Бильрот-II желудок делают дуоденоскопию невозможной и ЭПСТ опасной. Альтернативой является эндобилиарная баллонная дилатация терминального отдела общего желчного протока и БСДПК, которая используется лишь в хирургическом отделении МУЗ «Городская клиническая больница № 7 г. Иванова» (одна из клинических баз кафедры общей хирургии, анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии; зав. кафедрой — доцент С.П. Черенков). Все варианты вмешательств на внепеченочных желчных путях (ЭПСТ, баллонная дилатация, холедохолитэкстракция, холангиография, дренирование) возможны при выполнении ЛХЭ. При МХЭ, кроме перечисленного, возможно еще и формирование холедоходуоденоанастомоза без перехода на лапаротомию. К сожалению, в г. Иванове отсутствует специализированный стационар с необходимым оснащением, что не позволяет оказывать высококвалифицированную помощь пациентам при необходимости вмешательств на общем желчном протоке.

В клинике имеется большой опыт реконструктивных операций на внепеченочных желчных путях (холедоходуоденостомии, гепатикохоледохоеюностомии на изолированной петле по Ру, вариантов транспеченочного дренирования). Разработаны и внедрены в клиническую практику модифицированные методики реконструктивных операций. Применяется гепатикоеюностомия по Ру с субпериотоперитонеальной фиксацией отключенного сегмента с рентгенопозитивной меткой, позволяющая в отдаленном послеоперационном периоде выполнять трансъеюнальные рентгенохирургические лечебно-диагностические вмешательства при развитии сужения гепатикоеюноанастомоза.

Наличие в хирургических стационарах города современных цифровых рентгенодиагностических комплексов, обладающих высокой разрешающей способностью, позволяет улучшить качество и информативность рентгеноскопических и рентгенографических данных, создать компьютерный рентгенологический архив. Имеется возможность эффективного применения чрескожных чреспеченочных, чресфистульных антеградных рентгенохирургических или ретроградных рентгеноэндо-

скопических лечебно-диагностических вмешательств при осложненных формах ЖКБ.

Позитивные тенденции:

1. Диагностика ЖКБ и ее осложнений находится на высоком уровне, что обусловлено широким внедрением как в поликлиническое, так и в стационарное звено современных методов ультразвуковой диагностики. Это позволяет в стационарных условиях не только выявлять ЖКБ, оценивать динамику патологического процесса, своевременно диагностировать осложнения, но и выполнять лапароскопические вмешательства в ургентной хирургии.
2. Накоплен большой опыт ЛХЭ, что является хорошей базой для выполнения лапароскопически ассистированных вмешательств при ЖКБ, осложненной холедохолитиазом или стенозом БСДПК.

### ВЫВОДЫ

1. Успехи в диагностике, накопленный опыт выполнения восстановительных и реконструктивных операций на желчных путях являются хорошей базой для внедрения современных высокотехнологичных методов лечения ЖКБ и ее осложнений.
2. Основными проблемами являются финансовая и организационная.
3. Перспективы развития хирургических методов лечения ЖКБ видятся в следующем. ЛХЭ и МХЭ должны стать операциями выбора не только в плановой, но и в ургентной хирургии ЖКБ. При этом своевременная конверсия от ЛХЭ к МХЭ или к традиционной холецистэктомии не является осложнением или ятрогемией. Использование миниинвазивных методов лечения ЖКБ в плановом порядке будет способствовать повышению качества жизни оперированных пациентов.
4. Имеется потенциал разработки и совершенствования методов разрешения внутрипротоковой патологии миниинвазивными способами.

В заключение необходимо отметить, что пациент имеет право на индивидуальный подход в лечении ЖКБ. При этом хирург должен иметь возможность выбора различных технологий. Лечение ЖКБ и ее осложненных форм путем ЛХЭ и МХЭ в сочетании с рентгеноэндоскопическими, рентгенохирургическими, интраоперационными и лапароскопическими вмешательствами на внепеченочных желчных путях являются приоритетными направлениями.

Поступила 15.02.2006 г.