

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Мосиенко Н.И., Пономарев В.Г., Шаров В.И., Жарахович И.А., Данилов М.В., Гарелик П.В. // Хирургия. 1993. № 10. С. 4.
2. Шалимов С.А., Земсков В.С. и др. // Клиническая хирургия. 1982. № 5. С. 3

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ «КРУПНОГО» ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

Карпачев А.А., Прокофьева А.В.  
*Белгородская областная клиническая больница  
 им. Святителя Иоасафа  
 г. Белгород, Россия*

Анализируется опыт лечения 1179 больных с «крупным» холедохолитиазом, полученный на базе Межтерриториального Центра хирургии печени и поджелудочной железы в период с 2000 по 2005 гг. Предпринята успешная попытка систематизировать различные подходы к лечению данной категории пациентов. На основе значительного фактического материала сформулирована этапная тактика лечения больных с холедохолитиазом и стенозом большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), предложен и подробно описан новый способ ассоциированной с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) на мочеточниковом стенте.

Актуальность темы. Под «крупным» холелитиазом мы понимаем холелитиаз, который не может быть устранен одной ЭПСТ ввиду несоответствия размера конкремента и диаметра интрапанкреатической части холедоха. Трудности лечения данной патологии обусловлены преобладанием пациентов пожилого и старческого возрастов, проблемами точной диагностики и множественностью хирургического лечения [1]. Хирургические операции при холедохолитиазе, особенно выполняемые в экстренном порядке у больного пожилого возраста, сопровождаются большим числом осложнений, а летальность достигает 15-30% (Родионов В.В. и соавт., 1986; Беляев А.А. и соавт., 1988; Мовчун А.А. и соавт., 1991; Classen M. et al., 1988).

Целью исследования является изучение возможности малоинвазивных методов лечения ЖКБ, осложненной «крупным» холелитиазом.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ лечения 1179 больных с осложненными формами ЖКБ с 2000 по 2005 гг., средний возраст составил  $67 \pm 2,5$  года. Среди этих больных ЭПСТ в моноварианте было выполнена у 721 пациента. «Крупный» холелитиаз был у 270 больных. С 2000 г. в лечении данной категории больных стали широко применяться малоинвазивные методы лечения: ЭПСТ в различных вариантах, ЛХЭ с вмешательством на желчных протоках и без. Мы придерживаемся тактики этапного лечения больных с холедохолитиазом и

стенозом БДС: I этап – ЭРХПГ, ЭПСТ (при необходимости с предварительной чрескожной холецистостомией (ЧЧХС) под лапароскопическим или ультразвуковым контролем) и II этап – ЛХЭ, лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ). С 2002г. при невозможном выполнении на первом этапе эндоскопического вмешательства мы стали использовать методику ассоциированной с ЭПСТ ЛХЭ на антеградно проведенном через культю пузырного протока мочеточниковом стенте БСН. Данная методика была использована при лечении 12 пациентов, при дооперационном обследовании которых были выявлены нарушения желчеотока и конкременты холедоха. Эндоскопические способы разрешения данной ситуации были безуспешны в связи с отсутствием визуализации БСДК у 3 больных, невозможностью канюляции из-за палилостеноза у 4 больных и опасностью выполнения атипичной ЭПСТ при точечной форме соска у 5 больных [2]. Метод заключается в том, что при выполнении ЛХЭ интраоперационно через культю пузырного протока вводится мочеточниковый стент 6 СН с находящимся в его просвете ригидным проводником. После выполнения интраоперационной холангиографии (у 8 больных диагностировались конкременты в общем желчном протоке, у 4 - папиллостеноз), стент проводится по холедоху через БСДК в двенадцатиперстную кишку, куда уже введен дуоденоскоп с находящемся в инструментальном канале игольчатым папиллотомом. После визуализации БСДК, последний рассекается на стенте игольчатым папиллотомом. При необходимости полученное отверстие расширялось стандартным папиллотомом, а подтянутый в холедох мочеточниковый стент после извлечения проводника оставлялся для дренирования холедоха и фиксировался в культе пузырного протока двумя клипсами. При использовании данной методики наблюдалось развитие в 1 случае панкреонекроза. Кровотечений, перфораций кишки не наблюдалось. Выполнение ЭПСТ предложенным способом дает:

- возможность визуализации и рассечения БСДК при его различных анатомических вариантах строения и расположения посредством антеградного введения мочеточникового катетера.

- возможность проведения ЭПСТ без предварительной классической канюляции атипичным способом, так как в некоторых случаях проведение классической канюляции БСДК невозможно ввиду анатомических особенностей или стеноза БСДК [3].

- защиту не только двенадцатиперстной кишки от возможной ретродуоденальной перфорации при выполнении папиллотомии, но и вирсунгова протока от дистантного воздействия диатермических токов благодаря нахождению в БСДК ригидного мочеточникового катетера.

- возможность произвести холангиографию (учитывая невозможность выполнения ЭРХПГ у данной категории больных)

- использовать введенный через культю пузырного протока мочеточниковый стент после ЭПСТ для дренирования билиарного дерева и для послеоперационного контроля за состоянием желчеоттока.

Больные выписывались на 7 сутки, дренаж холедоха удалялся на 14 сутки после контрольной фистулографии в амбулаторных условиях. Во всех случаях достигнуто полное выздоровление. Как правило, выполнение оперативного вмешательства после ЭПСТ сопровождалось техническими трудностями, связанными с развитием эмпиемы желчного пузыря, инфильтратом в области шейки желчного пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, наличием широкого и узкого пузырного протока. Очевидное преимущество этой лечебной тактики проявляется в том, что благодаря устранению неоперативным путем желчной интоксикации и застоя желчи в билиарном тракте, снимается угроза срочного оперативного вмешательства, достигается нормализация функций жизненно важных органов и систем. Т.о. отсроченные хирургические операции производятся с меньшим риском для больного и сопровождаются меньшей послеоперационной летальностью [4].

У 11 (0,93%) пациентов пожилого возраста, с высокими цифрами билирубина, холангитом и наличием тяжелой сопутствующей патологии мы выполнили ЭПСТ с назобилиарным дренированием. Назобилиарное дренирование позволяет поддерживать адекватный отток желчи при сохранённом холедохолитиазе, контролировать объём желчеотделения и проводить санацию протоков при наличии клинических и эндоскопических признаков холангита, а также подготовить пациента к повторному эндоскопическому или хирургическому вмешательству.

При явлениях гнойного холангита, требовавшего установки назобилиарного зонда, сроки до выполнения оперативного вмешательства удлинялись до 10-15 суток, что было связано с общим тяжелым состоянием больных.

Наш собственный опыт показывает, что даже при извлечении конкрементов размером менее 10-15 мм могут возникнуть существенные трудности. Это обусловлено несоответствием диаметров камня и образованного устья холедоха. С этой целью в настоящее время используются различные методы внутрипротокового разрушения камней: механическая, электрогидравлическая, лазерная, ультразвуковая и экстракорпоральная литотрипсия. Механическая литотрипсия является наиболее простой техникой, а электрогидравлическая и лазерная требуют дорогостоящего оборудования.

Основными показаниями к проведению данного вмешательства считаем:

- наличие конкремента, размеры которого превышают диаметр устья холедоха после ЭПСТ;
- холедохолитиаз при стенозе терминального отдела холедоха;

- дивертикул БСДК, ограничивающий протяженность рассечения БСДК.

Основными противопоказаниями к проведению данного вмешательства считаем:

- гигантские размеры конкремента, когда диаметр камня превышает размеры петли для литотрипсии;

- расположение конкрементов в ряд в виде цепочки, что не дает возможность раскрыться корзинке в просвете холедоха;

- вклинение конкремента в интрапакреатическую часть холедоха;

Экстрактор типа Дормиа применялся у 46 (3,9%) больных, с предварительной литотрипсией у 20 (1,6%) пациентов. Для удаления конкрементов корзина с заполненным контрастом просветом заводилась проксимальнее камня и открывалась. Затем производилось контрастирование протока. Захват конкремента производился путем маневрирования корзиной и эндоскопом. После захвата конкремента он удалялся вместе с корзиной в просвет двенадцатиперстной кишки. При выполнении литоэкстракции у 6 пациентов наблюдалось вклинение корзины. При этом корзина открывалась и сдвигалась проксимальнее, что приводило к освобождению корзины от камня и позволило избежать экстренных оперативных вмешательств.

ЛХЭ в сочетании с холедохолитотомией и дренированием холедоха в различных вариантах выполнено 21 (1,7%) больного при безуспешности или невозможности механической литотрипсии. Лапароскопическая холедохолитотомия во всех случаях сопровождалась холедоскопией и интраоперационной холангиографией, позволявших визуально оценить состояние билиарного дерева и адекватность желчеоттока. Холедохоскопия осуществляется через холедохотомическое отверстие и позволяет определить проходимость дистального отдела холедоха и папиллы, дифференцировать характер воспаления внутренней стенки желчных протоков. В послеоперационном периоде только в одном случае наблюдалось наружное желчеистечение.

За последние 5 лет прямые вмешательства выполнялись только при невозможности эндоскопически разрешить билиарную гипертензию - стенозы БСДК – 15 больных (1,2 %), крупные камни – 64 больных (5,4%), вколоченные надсочковые конкременты – 28 больных (2,3 %), грубая деформация двенадцатиперстной кишки – 5 (0,4%) больных, у больных после резекции желудка по Бильрот–II – 12 (1,0%) больных. Только технические трудности, обусловленные наличием плотного инфильтрата в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки, нарушающие анатомические ориентиры из-за выра-

женного перифокального воспаления, обуславливали необходимость конверсии, что наблюдалось у 28 больных и составило 2,3% от общего количества видеолапароскопических операций.

При синдроме Мирризи (35 больных (2,9%)) во всех случаях производилось холецистэктомия с ликвидацией свища, при этом дренирование холедоха по Вишневскому проводилось в 6 случаях, по Керу - в 15 случаях, по Холстеду - в 1 случае. Наложение ХДА выполнено в 5 случаях. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия выполнена в 3 случаях.

Во всех остальных случаях, применялись малоинвазивные эндоскопические и лапароскопические методы лечения с общей летальностью 1,2%. При «крупном» холедохолитиазе используем методику этапного лечения, заключающуюся в выполнении на первом этапе достаточной ЭПСТ, при необходимости назобилиарного дренирования для купирования явлений гнойного холангита и механической желтухи [5]. На втором этапе выполняем механическую литотрипсию и литоэкстракцию корзинкой Дормиа. Следующим этапом выполняется ЛХЭ (при отсутствии противопоказаний). Данная методика использовалась у 22 больных, летальных исходов не наблюдалось.

Результаты и обсуждение.

Основным методом лечения больных с холедохолитиазом и механической желтухой является ЭПСТ, позволившей снизить летальность у больных с осложненными формами ЖКБ в 1,5 раза. При невозможном эндоскопическом разрешении билиарной гипертензии следует использовать ЛХЭ и холедохолитомию с наружным дренированием желчных путей. Лапаротомные доступы при осложненном холедохолитиазе мы в настоящее время рассматриваем как вынужденные вследствие безуспешности или невозможности выполнения эндо- или лапароскопических методов лечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Клименко Г.А. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. Т. 3. № 3. С. 4
2. Шестаков А.Л., Юрасов А.В., Мовчун В.А., Тимошин А.Д. // *Хирургия*. 1999. № 2. С. 3
3. Милонов О.Б., Кадошук Т.А., Андросов С.И. // *Хирургия*. 1988. № 5. С. 4
4. Могучее В.М., Прикупец В.Л., Митрофанова Г.М. *Интраоперационная холангиоскопия*. // *Хирургия*. 1997. №6. С. 4
5. Waters G.S., Crist D.W., Davoudi M., Gadacz T.R. // *Am Surgery*. 1996. Apr. P.

#### ДИАГНОСТИКА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СТОПЫ У ЛЕГКОАТЛЕТОВ

Лущик И.В., Гавриков К.В., Ефремова Г.В.,  
Букина Е.Н., Полеткина И.И.,  
Дзержинская Л.Б., Балуева В.А.  
*Волгоградская государственная академия  
физической культуры  
г. Волгоград, Россия*

При беге в манеже на длинные дистанции крутизна виража почти не влияет на результат, однако, на средних и, тем более, коротких дистанциях это явление весьма существенно. Результаты исследований показали, что беговая посадка при беге на вираже выше, чем при беге по прямой и может приводить к развитию продольного функционального плоскостопия. Ассоциированные с гиперпронацией стопы мышечный дисбаланс, нарушения биомеханики таза и позвоночного столба создают патогенетическую основу для возникновения хронических болей в пояснице и межпозвоночных грыж.

Следовательно, в результате гиперпронации стопы формируются стойкие болевые синдромы перегрузочного генеза по всей длине кинематической цепи. Профилактика развития этих нарушений требует создания системы мониторингового контроля морфофункционального состояния стоп у спортсменов-легкоатлетов. Для успешного разрешения этой проблемы авторским коллективом кафедры анатомии и биомеханики разработан и успешно действует аппаратно - программный комплекс «Диагностика состояния отделов стопы». Адекватность и эффективность нагрузок определяется с помощью повторных контрольных исследований в динамике. На практике это выглядит следующим образом: состояние стопы оценивается в покое – нагрузка только весом собственного тела, затем проводится оценка с дополнительным весом 20 кг, в случае необходимости проводится обследование непосредственно сразу после тренировки с выраженным бегом. Как показали результаты наших наблюдений, особую ценность представляют нагрузочные тесты, позволяющие выявлять скрытые «дефекты» рессорной функции стопы. Это позволит внести коррективы в педагогический процесс, своевременно провести курс СФП, в случае необходимости подобрать медико-реабилитационную программу.

Таким образом, при появлении болей в области голеностопного сустава, подошвенной поверхности стопы мы рекомендуем проводить компьютерное плантографическое исследование по предложенной нами методике, что позволит избежать диагностических ошибок, снизит риск развития патологии, формирования вторичных заболеваний суставов, деформации стоп и позвоночника.