Содержание

I. Актуальность темы. Этиопатогенез холедохолитиа. Лабораторная диагностика. Инструментальная диагностика. Хирургическое лечение. Эндовидиохирургические вмешательства

Заключение

Список используемой литературы

I. Актуальность темы

Особенности клинической картины и трудности лечения больных с холедохолитиазом до сих пор привлекают внимание хирургов. Желчнокаменная болезнь имеет место у каждого десятого жителя планеты, а холедохолитиаз, как ее осложнение, встречается в 5-20% случаев. Уже один только этот факт свидетельствует о значимости проблемы хирургии желчевыводящих путей. Соответственно увеличению частоты желчнокаменной болезни и холедохолитиаза растет число оперативных вмешательств, в том числе с использованием новых технологий. Как следствие остается высоким процент резидуального холедохолитиаза. Его частота достаточно вариабельна - 0,5%-20%. При внутрипеченочной локализации оставленные камни встречаются значительно чаще - до 52% наблюдений. Так же часто резидуальный холедохолитиаз бывает при множественных камнях желчевыводящих путей - до 20% . При различных видах холедохолитиаза имеют место высокие показатели повторных вмешательств и летальность после них. Этиология заболевания и ряд причин его возникновения все еще требуют дальнейшего изучения. Последнее прежде всего относится к без желтушному холедохолитиазу, к редко встречающимся причинам нарушения желчевыделения, обусловленным врожденными аномалиями билиарной системы и т. д.

Не только при скрытых формах течения, но и в случаях выраженной симптоматики распознать холедохолитиаз весьма затруднительно. Современные условия диктуют необходимость широкого использования специальных диагностических методов. Поэтому наряду с оценкой клинической картины заболевания важное значение приобретает ряд лабораторных, лучевых, эндоскопических и других методов исследования желчных путей. Лечение холедохолитиаза на настоящем этапе развития хирургии многовариантно. У каждого способа устранения холедохолитиаза имеются как достоинства, так и свои недостатки, поэтому требуются рациональные тактические подходы и технические приемы как оперативного, так и неоперативного удаления конкрементов желчевыводящих путей. В связи с этим возникает и важнейшая задача - выбор показаний к необходимому способу лечения, рекомендации применения хирургической или неоперативной методики.

II. Этиопатогенез холедохолитиаза

Холедох - это общий желчный проток, который образуется путем слияния общего печеночного и пузырного протока. Холедох направляется в 12-перстную кишку, где в фатеровом сосочке сливается с протоком поджелудочной железы. В сосочке располагается сфинктер Одди. Он контролирует поступление в 12-перстную кишку желчи и сока поджелудочной железы. В норме диаметр холедоха в разных отделах - от 2 до 8 миллиметров, не превышая данные показатели.

Под холедохолитиазом подразумеваются камни, находящиеся не только в холедохе, но и в выше лежащих отделах внутри- и внепеченочных желчных протоков. Это связано с тем, что данные конкременты, особенно мелкие, способны к миграции как из внутрипеченочных протоков во внепеченочные, так и в обратном направлении. Хотя, формально, термин условен. Выделяют первичные и вторичные протоковые конкременты. Принципиально эти два вида холедохолитиаза не одинаковы. Их диагностика имеет важное практическое значение, и лечение требует разного подхода. Поэтому важно различать вид холедохолитиаза в каждом конкретном случае. Этот вопрос легко не решается, так как отсутствуют четкие критерии дифференциальной диагностики. Временной фактор после операции на желчных путях в определении первичности конкрементов не имеет определяющего значения, так как клинические проявления холедохолитиаза разнообразны, вплоть до их отсутствия.

Первичные протоковые конкременты - это камни, которые изначально образовались в желчном пузыре и затем мигрировали в общий желчный проток, или сформировались непосредственно в самих желчевыводящих протоках. Резидуальный холедохолитиаз, по нашему мнению, необходимо относить к первичным конкрементам.

Под вторичными - понимают камни, вновь сформировавшиеся в желчных протоках вследствие какого-то патологического процесса, явившегося причиной их образования. Чаще всего вторичные камни образуются после хирургических вмешательств на желчных путях.

Анализируя причины, которые могут вести к возникновению желчных камней в результате оперативных вмешательств, можно выделить следующие группы факторов:

) патологические состояния, в результате которых нарушается отток желчи, в том числе стриктуры, возникающие после оперативных вмешательств, следствием которых является стаз желчи, хронический воспалительный процесс и последующее образование преимущественно пигментных желчных камней;

) избыточно большая культя пузырного протока;

) наличие инородных тел в протоках (не рассасывающегося шовного материала, дренажей, резидуальных конкрементов, паразитов и т.д.).

Таким образом, к вторичным камням относятся рецидивные и лигатурные конкременты. К ним же принадлежат камни, сформировавшиеся на дренажах и возникшие выше оставленных конкрементов или стриктур желчевыводящих протоков. Причины и условия возникновения конкрементов протоковой системы, их химический состав различны и на настоящий момент полностью не изучены.

В этиопатогенезе происхождения и формирования протоковых камней и желчного пузыря много общего. Объединяющими факторами являются застой желчи, инфекция и, как следствие ее, воспаление, нарушение процессов метаболизма и функций гепатобилиарной системы. Ведущую роль приобретает и то обстоятельство, что в подавляющем большинстве случаев камни желчных протоков имеют пузырное происхождение. Как известно, возникновение холедохолитиаза обусловлено разнообразными причинами и их сочетаниями. Среди обстоятельств, способствующих его возникновению и развитию, следует иметь в виду пол, возраст, конституцию, наследственность, географические и этнографические условия, количественный и качественный пищевой рацион, стрессовые состояния, аллергию и др. К факторам риска относят ожирение, беременность, запоры, малоподвижный образ жизни, аномалии желчного пузыря и желчных протоков, иммунологические нарушения, дисбактериоз и пр.

В различных классификациях выделяют от 2 до 14 видов камней. Наиболее полной представляется классификация Г.Г. Устинова и Я.Н. Шойхета (1997). Авторы выделяют восемь наиболее часто встречающихся морфологических типов желчных камней.

Фасетчатые камни (I тип). Состоят из пигментного центра, окруженного радиально-лучистой зоной выраженного кристаллического строения с мелкозернистой слоистой оболочкой.

Гранулированные камни (тип II). Состоят из двух зон: пигментного центра и кристаллической радиально-лучистой зоны. Внешняя оболочка содержит от 3 до 8 выступающих полусфер, каждая из которых имеет дополнительный центр кристаллизации.

Слоистые камни (тип III). Состоят из отдельных центров мелкодисперсного вещества. Каждый из центров распадается на более тонкие слои.

Аморфно-слоистые камни (тип IV). Состоят из аморфного пигментного вещества угольно-черного цвета, местами вдающегося в периферическую слоистую зону.

Сростковые камни (тип V). Подразделяются на две подгруппы. Первая - холестериновые камни, образующиеся в результате конгломерации камней первого типа.

Они состоят из маленького пигментного центра окруженного радиально-лучистой зоной и периферической зоны, содержащей пигментные центры и радиально-лучистые сростания конгломерировавшихся камней, окруженных одной общей тонкой оболочкой.

Вторая подгруппа - пигментные камни, состоящие из кристаллического вещества ярко-коричневого цвета. Камни на поверхности имеют перетяжки. На разломе камня перетяжке соответствуют поперечные линзоподобные полости.

Шлакоподобные камни (тип VI). Неправильной формы. Напоминают куски угольного шлака. Состоят из аморфного или слабо кристаллического вещества черного цвета.

Группы редко встречающихся камней. Шиловидные круглые камни (тип VII), на поверхности которых находится множество шипов со сглаженными верхушками. Камни состоят из двух слоев: более темного, очень твердого кристаллического вещества в центре и более светлой тонкой кристаллической оболочки.

Сросшиеся в виде кактуса камни (тип VIII). Состоят из тонкокристаллического вещества ярко-коричневого цвета, имеющие единую оболочку. Характерно наличие линзоподобных полостей в местах расположения на поверхности камня перетяжек.

Известно, что для развития желчнокаменной болезни необходим тройной дефект физиологии желчевыделения: перенасыщение желчи холестерином, стаз желчевыделения вследствие затрудненного оттока из желчных путей на различных уровнях, дисбаланс между ингибиторами и промоторами (ускорителями), участвующими в формировании кристаллов холестерина.

Клинические проявления холедохолитиаза включают боль в верхних отделах живота, больше справа, с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту, симптомы механической желтухи.

Холедохолитиаз может длительное время протекать бессимптомно. Даже при множественных конкрементах в общем печеночном и общем желчном протоках нарушения пассажа желчи возникают далеко не всегда. Желчь как бы обтекает конкременты, находящиеся в терминальном отделе общего желчного протока, она свободно поступает в двенадцатиперстную кишку. При миграции конкрементов в наиболее узкие отделы зоны общего печеночного и общего желчного протоков его терминальный отдел и в ампулу большого сосочка двенадцатиперстной кишки возникает препятствие оттоку желчи в кишечник, что клинически проявляется обтурационной желтухой.

III. Лабораторная диагностика

Лабораторная диагностика обязательна для всех больных холедохолитиазом. При оценке результатов лабораторных исследований крови отмечено, что 29% больных имели анемию различной степени. Лейкоцитоз выявляемый у 26% пациентов был связан с сопутствующими холедохолитиазу воспалительными заболеваниями желчного пузыря или поджелудочной железы, а также холангитом. Изменения биохимических показателей крови носят более определяющий характер. Повышение уровня билирубина, в большинстве случаев за счет его прямой фракции позволяет подтвердить механическую желтуху, а также является критерием для дифференциальной диагностики желтух.

Повышение активности печеночных ферментов, амилазы - важный диагностический признак холедохолитиаза. Увеличение уровня аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (ACT), щелочной фосфатазы (ЩФ) указывают на изменение функции печени, вызванное нарушением желчеоттока.

IV. Инструментальная диагностика

Инструментальную диагностику можно подразделить на дооперационную, интраоперационную и послеоперационную.

Дооперационная диагностика

· УЗИ - скриннинг-метод, чувствительность его на предмет выявления расширения общего жёлчного протока составляет до 90%.

Диаметр холедоха при УЗИ у больных с первичным холедохолитиазом по различным данным колеблется от 4 мм до 25 мм. У 38,1% больных с протоковыми камнями ширина холедоха не превышала 8 мм, в 7,9% случаев была 15 мм и более.

У больных с резидуальным холедохолитиазом средняя ширина холедоха составляет 11,1 мм с наружным дренажом, причем в 31,8% случаев она не превышает 8 мм. У больных без наружного дренажа 12,6 мм.

· Эндоскопическое УЗИ через двенадцатиперстную кишку - эффективность 85-100%.

· MPT -- точность до 97%.

· ЭРХПГ (Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) - стандартный способ диагностики холедохолитиаза, в руках опытного эндоскописта эффективен в 90--95% случаев

Интраоперационная диагностика

· Холангиография

· Холедохоскопия через пузырный проток или холедохотомное отверстие

Наиболее простым и информативным способом интраоперационного исследования является холангиография. Для этого через культю пузырного протока в общий желчный проток вводят специальную канюлю или полиэтиленовый катетер, через которые вводят контрастное вещество (верографин и т. п.). До операции под туловище больного подкладывают специальный плоский ящик с рентгеновской кассетой. После введения в просвет желчных путей контрастного вещества выполняют снимок с помощью передвижного рентгеновского аппарата (рис.3). На снимке можно определить диаметр желчного протока (в норме до 8--10 мм), дефекты наполнения, прохождения контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. При холедохолитиазе обнаруживают расширение просвета общего желчного протока, округлые или полигональные дефекты наполнения контрастного вещества в его просвете. При вклинении камня в области ампулы большого сосочка двенадцатиперстной кишки или его рубцовой стриктуре поступление контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку затруднено или вовсе отсутствует. Желчные протоки обычно расширены. В этих случаях нельзя ограничиться только холецистэктомией, необходимо вмешательство на внепеченочных желчных путях.

Интраоперационное ультразвуковое сканирование печени, желчных протоков, поджелудочной железы.

Этот метод проще и безопаснее, чем рентгенологическое исследование, а по достоверности и полноте информации он превосходит их, так как позволяет визуалировать не только желчные ходы и конкременты, но и рядом расположенные сосуды, кисты, опухоли и т. п.

Послеоперационная диагностика

· Фистулохолангиография (в том числе через Т-образный дренаж общего жёлчного протока)

· Холедохоскопия через дренаж

· ЭРХПГ

Как только при ЭРХПГ выявлен холедохолитиаз, исследование перестаёт быть диагностическим и становится лечебным за счёт выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии, литотрипсии, литоэкстракции. Мелкие камни могут быть удалены без повреждения большого дуоденального сосочка, но в большинстве случаев необходима эндоскопическая папиллосфинктеротомия перед тем как камни удалят или они спонтанно отойдут.

V. Хирургическое лечение

Оптимальное решение проблемы холедохолитиаза у больных ЖКБ - его ликвидация путём эндоскопического пособия с последующим выполнением холецистэктомии. Между тем, не всегда холедохолитиаз поддаётся эндоскопической коррекции. Холедохотомия - единственно надежная возможность удаления камня, даже если конкремент может быть извлечен через пузырный проток. Показания к диагностической холедохотомии сейчас сводятся к случаям неуверенности соответствия дооперационных данных результатам интраоперационного обследования желчных протоков. Более того, если до операции УЗИ или ЭРХПГ не выполнялись и нет возможности для интраоперационной холангиографии, показания к диагностической холедохотомии можно свести к следующим:

желтуха на момент операции или в анамнезе, связанная с болевым синдромом при печеночной колике или холецистите;

расширение общего желчного протока более 10 мм;

мелкие камни в желчном пузыре при проходимом пузырном протоке;

признаки холангита и тем более выделение гноя при пересечении пузырного протока;

наличие внутренних свищей общего желчного протока с кишкой или с желчным пузырем (синдром Мириззи).

Операция заключается в холедохотомии, извлечении камней из просвета протока и завершается наружным (Т-образное дренирование общего жёлчного протока) или внутренним (холедоходуоденостомия, холедохоеюностомия) дренированием. При серьезных подозрениях на холедохолитиаз выполняют диагностическую супрадуоденальную холедохотомию на протяжении 1--1,5 см. Иногда не определяемые пальпаторно до холедохотомии конкременты общего желчного протока хорошо ощущаются на зонде, введенном в его просвет. С помощью специального набора зондов различного диаметра можно установить проходимость терминального отдела общего желчного протока и большого сосочка двенадцатиперстной кишки. Свободное прохождение зонда №4--5 (номер зонда соответствует диаметру его сливы в миллиметрах) подтверждает отсутствие стриктуры терминального отдела общего желчного протока.

Наибольшая степень достоверности выявления конкрементов зоны общего печеночного и общего желчного протоков может быть достигнута при фиброхоледохоскопии. Для этого через холедохотомическое отверстие вводят специальный гибкий оптический прибор - фиброхоледохоскоп и осматривают просвет желчевыводящих путей на фоне введения в их просвет стерильного изотонического раствора хлорида натрия. С помощью этого прибора можно осмотреть правый и левый печеночный протоки, общий печеночный и общий желчный протоки, включая и большой сосочек двенадцатиперстной кишки. Кроме конкрементов и стриктур общего желчного протока, можно выявить макроскопические признаки холангита: гиперемию, отечность, фибринозные налеты или изъязвления слизистой оболочки протоков в зависимости от характера воспалительных изменений (катаральный, гнойный холангит).

При холедохолитиазе производят супрадуоденальную холедохотомию, удаление конкрементов специальными щипчиками, окончатыми зажимами или зондом Фогарти. После их удаления производят холангиографию, холангиоскопию или холедохоскопию для выявления неудаленных конкрементов. Если хирург уверен, что все конкременты удалены, проходимость желчных путей сохранена и отсутствует холангит, то оперативное пособие можно завершить «глухим» швом общего желчного протока. Однако при этом сохраняется возможность подтекания желчи между швами. Поэтому более целесообразно операцию закончить временным дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока или через холедохотомическое отверстие Т-образным дренажем. Этот дренаж обеспечивает надежную декомпрессию желчных путей, хорошо фиксируется в просвете общего желчного протока.

Если в просвет большого сосочка двенадцатиперстной кишки вклинен конкремент, то удаление его через холедохотомическое отверстие, как правило, невозможно. В этом случае прибегают к дуоденотомии и рассечению большого сосочка двенадцатиперстной кишки, что позволяет извлечь конкремент. Вклинение его часто сочетается со стриктурой сосочка и терминального отдела общего желчного протока. При небольших ограниченных стриктурах оптимальной операцией является папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой. Для этого большой сосочек двенадцатиперстной кишки рассекают по его верхнему контуру (во избежание повреждения протока поджелудочной железы) на протяжении 0,8--1,5 см. Затем отдельными швами сшивают слизистую оболочку передней стенки общего желчного протока со слизистой оболочкой задней стенки двенадцатиперстной кишки

При протяженных тубулярных стриктурах терминального отдела общего желчного протока папиллосфинктеротомия невыполнима, поэтому для обеспечения адекватного оттока желчи накладывают супрадуоденальный холедрходуоденоанастомоз. Эта операция менее физиологична, чем папиллосфинктеропластика, так как ниже анастомоза образуется «слепой мешок», в котором застаиваются желчь, пища, слизь, что может привести к развитию камней и холангита. Вследствие неустраненного препятствия оттоку панкреатического сока сохраняются или появляются симптомы хронического панкреатита. В этих случаях сочетание холедоходуоденостомии и папиллосфинктеропластики позволяет значительно улучшить функциональные результаты операции.

VI. Эндовидиохирургические вмешательства

Целесообразно более подробно остановиться на использовании эндо-видеохирургических методик в устранении холедохолитиаза. Последние находят все больше приверженцев, которые представляют убедительные данные о высокой результативности лапароскопических операций при холедохолитиазе, хотя совсем недавно это являлось противопоказанием для эндовидеохирургического вмешательства.

С совершенствованием методик, появлением новых инструментов для лапароскопической ревизии холедоха, накоплением опыта показания были расширены. Имеется опыт, в том числе собственный, чреспузырной ревизии общего желчного протока во время лапароскопической операции, разработана техника холедохотомии, шва холедоха, способов дренирования желчевыводящей системы, прецизионные методы выполнения билиодигестивных анастомозов. На сегодняшний день в лечении больных с ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, применяются сочетание лапароскопической холецистостомии или холецистэктомии с до- или послеоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомией.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия. с удалением конкрементов холедоха и последующей лапароскопической холецистэктомией, являются исторически первой и наиболее распространенной тактической схемой лечения холедохолитиаза. Из материалов 2-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии (Москва, 1997) следует, что этот принцип лечения в нашей стране является ведущим. Успешная эндоскопическая папиллосфинктеротомия с удалением камней баллоном или корзинкой Дормиа возможна у 75-90% больных. Для облегчения литэкстракции конкрементов больших размеров предлагается использование литотрипсии. Так механическая литотрипсия позволяет в 97% случаев добиться успеха. Экстракорпоральное ультразвуковое дробление камней эффективно более чем в 60% случаев. При применении интракорпоральных методов разрушения конкрементов (ультразвукового, электрогидравлического или лазерного) положительный эффект получен в 90-96% случаев. Широкое применение литотрипсии конкрементов гепатикохоледоха позволяет не выполнять значительного рассечения большого дуоденального соска при эндоскопической папиллосфинктеротомии и сохранять большую часть сфинктерного аппарата. Эти методики при совместном применении эффективны в 98-99% случаев, но вместе с тем суммируются их осложнения и летальность.

Транспузырное удаление камней холедоха во время лапароскопических операций привлекает к себе особое внимание в силу малой травматичности и радикальности. Во многих зарубежных клиниках эта методика считается ведущей и используется большинством авторов с величиной успеха от 68% до 94%.Среди причин, приведших к неудаче, отмечаются крупные конкременты, недоступные литотрипсии; узкий и тонкостенный пузырный проток; аномальное впадение пузырного протока в холедох; множественный и внутрипеченочныи холедохолитиаз; воспалительные или рубцовые изменения в зоне печеночнодвенадцатиперстной связки; повреждение в ходе операции пузырного протока. Если размеры камня не позволяют удалить его через пузырный проток, то может быть применена интракорпоральная электрогидравлическая или лазерная литотрипсия. При наличии множественных осколков после литотрипсии, которые не удается удалить транспузырным способом из-за их смещения в проксимальные отделы холедоха, вмешательство дополняют интраоперационной эндоскопической папиллосфинктеротомией. Однако, широкому внедрению транспузырного устранения холедохолитиаза в клиническую практику препятствует необходимость большого спектра дорогостоящей аппаратуры и инструментария.

Баллонная дилатапия Фатерова соска, в отличие от эндоскопической папиллосфинктеротомии, позволяет в последующем сохранить замыкательную функцию сфинктера. Ее применение возможно при размерах конкрементов менее 8 мм.

Лапароскопическая холедохолитотомия стала возможной с развитием в последние годы принципов и техники эндовидеохирургических вмешательств. Показания к лапароскопической холедохолитотомии разными авторами определяются по-разному. Большинство из них применяет такой вид оперативного лечения, как альтернативу дооперационной эндоскопической папиллосфинктеротомии, у больных с конкрементами диаметром более 10 мм, а также при обнаружении камней такого же размера во время операции, при неудаче транспузырного способа удаления. Помимо завершения холедохолитотомии установкой Т-образного дренажа возможно дренирование желчных протоков через культю пузырного протока, а также после удаления единичных крупных камней - глухой шов холедоха. Извлечение камней мелкого и среднего диаметра из резко расширенного холедоха представляет чрезвычайно сложную задачу, что часто вынуждает к переходу на лапаротомию. Также сложны для удаления крупные, фиксированные конкременты, за которые не удается завести корзинку Дормиа. В такой ситуации используются механическая, электрогидравлическая, или лазерная литотрипсия. При протяженной стриктуре терминального отдела холедоха и в ряде других случаев у больных с множественными камнями холедоха и внутрипеченочных желчных протоков возможна лапароскопическая холедоходуоденостомия. Итак, при всем многообразии подходов в лечении ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, каждый из них имеет свои преимущества и недостатки. В настоящее время нет четкого обоснования к применению той или иной методики устранения холедохолитиаза. При всем многообразии выбора прослеживается тенденция большинства хирургов использовать в практике те методы, которые отработаны ими и подтвердили свою эффективность. В большинстве стационаров эндовидеохирургическое лечение ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, носит выборочный характер, что не позволяет на большом материале провести сравнительный анализ применяемых методов. Транспузырная холедохолитотомия и лапароскопическая холедохотомия лишь недавно вошли в арсенал хирургов и опыт их применения невелик. Необходимо дальнейшее накопление опыта и совершенствование данных методик, оценка ближайших и отдаленных результатов, что позволит более рационально проводить лечение больных ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, с использованием малоинвазивных эндовидеохирургических методов.

Технические особенности эндовидеохирургических вмешательств.

Выбор используемых эндовидеохирургических методик в лечении больных холедохолитиазом весьма разнообразен. В основном, они определяются арсеналом методических приемов, применяемых хирургами. Оперативные вмешательства производятся с помощью одного из комплексов для выполнения лапароскопических операций фирм: «Olympus» (Япония), «Circon» (США), «ЭФА» (Россия) и НИПК «Электрон» (Россия). Лапароскопический комплекс включает в себя стандартный набор: лапароскоп, видеокамеру, монитор, инсуфлятор, осветитель, электрокоагулятор, аквапуратор, набор инструментов. В состав операционной бригады входят два хирурга и операционная сестра. Расположение операционной бригады и аппаратуры показано на. Методика проведения операции состоит в следующем. Операционный доступ осуществляем из четырех разрезов передней брюшной стенки, через которые проводим троакары с оптической системой и инструментами. Напряженный пневмоперитонеум поддерживам на уровне 13-14 мм рт. ст. Места введения троакаров изображены на рисунке 37.

Для того, чтобы улучшить доступ к элементам гепатодуоденальной связки, операционный стол наклоняем на 15°-20° влево, а его головной конец приподнимаем на 20°-25°.

Через нижний троакар желчный пузырь зажимом фиксируем за дно и отводим вверх вместе с правой долей печени, что обеспечивает обзор подпеченочного пространства. Выделение пузырного протока начинаем у места предполагаемого перехода в шейку желчного пузыря, постепенно смещаясь вниз до полной идентификации и выделения пузырного протока. Выделяем, клипируем и пересекаем пузырную артерию. Затем накладываем клипсу на пузырный проток в области перехода в шейку. Ниже клипсы, наложенной на пузырный проток, его просвет вскрываем на небольшом протяжении (до 2 мм) и после введения катетера или корзинки Дормиа выполняем холангиоскопию. При отсутствии конкрементов в желчных протоках дистальную часть пузырного протока клипируем двумя клипсами, после чего пересекаем пузырный проток. В дальнейшем ход лапароскопической холецистэктомии ничем не отличается от таковой, проведенной при неосложненной ЖКБ, описанной во многих руководствах. При обнаружении конкрементов холедоха, в зависимости от их размеров и количества, последние устраняем либо через пузырный проток, либо после холедохотомии. Лапароскопическая холецистэктомия с холедохолитотомией выполняется по следующей методике. Расположение троакаров во время лапароскопического вмешательства типично. Пузырный проток выделяем ближе к месту слияния с гепатикохоледохом. После вскрытия пузырного протока выполняем интраоперационную рентген- холангиоскопию. Холедох выделяем с помощью тупой и острой диссекции, применяя при этом преимущественно биполярную коагуляцию. Холедохотомию производим тотчас ниже слияния пузырного протока с гепатикохоледохом. Протяженность холедохотомического отверстия определяется размерами камней и должна незначительно превышать диаметр большего камня.

Извлечение камней из холедоха выполняем несколькими способами. При удалении крупных камней, располагающихся в супрадуоденальной части холедоха, применяем метод «сцеживания». Эти камни хорошо контурируются через стенку холедоха, поэтому холедохотомию производим непосредственно над конкрементом и последний выдавливаем в образовавшееся отверстие. При множественных протоковых камнях мелкого и среднего диаметра их удаление представляет более сложную задачу. После холедохотомии, извлекаем прилежащие слепки замазки и камни зажимом-ротикулятором. Конструкция зажима-ротикулятора, выпускаемого фирмой «Autosuture», дает возможность поворачивать его рабочую часть почти под прямым углом, что позволяет хорошо адаптировать инструмент для извлечения конкрементов по оси холедоха как вверх, так и вниз, в сторону двенадцатиперстной кишки. Камни к холедохотоми- ческому отверстию смещаем зондом Фогарти без холедохоскопического контроля . При этом часть камней может перемещаться в печеночные протоки или остаться в дистальной части. Оставшиеся камни извлекаем корзинкой Дормиа. После удаления крупных конкрементов проводим холедохоскопию с осмотром правого и левого печеночных протоков.

Далее холедохоскоп перемещаем в дистальную часть холедоха. Обнаруженные конкременты удаляются корзинкой Дормиа либо зондом Фогарти. Убедившись в отсутствии камней, холедох дренируем Т-образным дренажем. Дренаж вводим в брюшную полость через 10 мм эпигастральный троакар. Предвари-тельно, для предотвращения желчеистечения в брюшную полость во время фиксации дренажа, лигатурой перевязывается выходное отверстие. Внутрипротоковая часть дренажа устанавливается в просвет холедоха.

Дренажная трубка смещается зажимом в проксимальном направлении и на холедохотомическое отверстие накладывается несколько швов до плотной фиксации дренажа. Свободный конец дренажа выводится на переднюю брюшную стенку вместе с троакаром № 3 (по правой среднеключичной линии). Рядом с дренажем, через тот же прокол в брюшной стенке, вновь вводится троакар. После снятия лигатуры с выведенного конца дренажа проводится контроль герметичности ушивания холедохотомического отверстия и выполняется контрольная фистулография. В дальнейшем производится холецистэктомия. Подпеченочное пространство затем санируется и дренируется трубкой, которая выводится в месте стояния латерального троакара.

Заключение

Холедохолитиаз до настоящего времени остается основной проблемой в лечении больных желчнокаменной болезнью. Это обусловлено прежде всего тяжестью страдания, отсутствием абсолютных диагностических критериев в его распознании и неудовлетворительными результатами лечения. Внедрение новых диагностических и хирургических технологий не решило многих вопросов этой проблемы. Освоение и широкое практическое использование эндовидеохирургии требует не только знания новых технологий, но обязательного опыта. Хирургические принципы лечения больных холедохолитиазом остаются незыблемыми в течение длительного времени, они лишь совершенствуются новыми методиками оперативного и неоперативного устранения конкрементов желчевыводящих путей. Применение папиллосфинктеротомии, чрескожно-чреспеченочного дренирования, лапароскопической холедохолитотомии и других методик позволило расширить тактические подходы в лечении этой сложной группы больных, определить показания и противопоказания к их использованию с целью вмешательства, устраняющего холедохолитиаз, при условии соблюдения общепризнанных принципов желчной хирургии.

желчнокаменный болезнь холедохолитиаз

Список используемой литературы

1. Повреждение внепеченочных желчных путей хирургия

2. Эндоскопическая хирургия

. Эндоскопические транспапиллярные вмешательства в лечении больных с синдромом механической желтухи

. Эндоскопическая хирургия

. Качество жизни больных после холецистэктомии. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова

. Тактика лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова #1/2014

. Савельев B.C., Филимонов М.И., Василенко Ю.В. и др. Тактика лечения больных калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой// Хирургия.--1995.--№ 1.--С. 23-25.