МИНИИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЖЁЛЧНО-КАМЕННОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Кулиш В.А., Коровин А.Я., Нарсия В.В., Ралка Б.В., Лопастейский Д.С.

Кафедра факультетской хирургии
с курсом анестезиологии и реаниматологии
ГБОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития России, Краснодар

Введение. Жёлчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость (ЖКОТН) встречается у 3% всех больных, оперированных по поводу острой кишечной непроходимости или 0,2-0,6% от всех оперированных по поводу жёлчнокаменной болезни и представляет собой сложную диагностическую и хирургическую проблему [1,2,6]. Имеются различные тактические подходы к лечению билиарного илеуса. Большинство авторов склоняются к двухэтапному лечению: на первом этапе предлагается устранять кишечную непроходимость, а при благоприятном исходе и отсутствии противопоказаний выполнять холецистэктомию с ликвидацией билиодигистивного свища или ограничиваться энтеролитотомией [1,6].Однако имеется точка зрения предполагающая радикальное лечение - одномоментное устранение кишечной непроходимости и билиодигестивного свища. M.E.Franklin и др.1994 [5] впервые выполнили лапароскопическую одномоментную операцию при билиарном илеусе, подобные операции редки до настоящего времени.Немногим чаще выполняются и лапароскопически ассистированные энтеролитотомии [4], в Medline есть сведения всего о 30 подобных операциях из 400 при билиарном илеусе [3]. Вопросы миниинвазивного лечения данной категории пациентов детально не исследованы, и имеется необходимость проведения начальных исследований по оценке возможностей лапароскопических методов хирургического лечения больных с ЖКОТН. Цель работы. Оценить возможности миниинвазивного хирургического лечения жёлчнокаменной тонкокишечной непроходимости. Материал и методы. ЖКОТН встретилась у 48 пациентов, поступивших в хирургические клиники КубГМУ на базе БСМП г. Краснодара. Диагностика: обзорная рентгенография живота, ультрасонография, компьютерная томография, ФГДС, видеолапароскопия. Результаты и обсуждение. Высокая непроходимость диагностирована у 37 больных (77,1%): на уровне двенадцатиперстной кишки у 3 пациентов (6,3%), с обтурацией в 50-150 см дистальнее двенадцатиперстно-тощекишечного изгиба выявлена у 34 пациентов (70,8%); низкая непроходимость (на уровне терминального отдела подвздошной кишки) выявлена у 11 больных (22,9%). Диагностировать ЖКОТН до операции удалось только у 26 больных (54,2%); у остальных 22 пациентов причина обтурационной непроходимости определена интраоперационно.

Разобщение патологического билиодигестивного соустья, дуоденорафия, холецистэктомия с ревизией желчных протоков, энтеролитотомия выполнены у 39 пациентов (81,3%). В четырех случаях потребовалась резекция тонкой кишки, а у пяти пациентов удалось выполнить полный объем оперативного пособия эндохирургическим способом. У 9 больных полный радикальный объем операции не был выполнен ввиду наличия у них тяжелой сопутствующей соматической патологии - операция ограничена лишь энтеролитотомией (по жизненным показаниям для устранения тонкокишечной непроходимости). У 4-х из этих пациентов в послеоперационном периоде выявлен холедохолитиаз, который устранен эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией. Умерло трое больных от экстраабдоминальных причин – летальность 6,3%, что является вполне удовлетворительным результатом, с учётом того, что у подавляющего большинства больных с ЖКОТН хирургическое пособие выполнено радикально.Заключение. Миниинвазивные методы хирургического лечения желчнокаменной кишечной непроходимости выполнимы как в двухэтапном, так и в одноэтапном вариантах, что более предпочтительно. Получены хорошие результаты миниивазивного лечения этой редкой и сложной патологии. Предложенный нами тактический алгоритм выбора способов операции требует проведения дальнейших клинических исследований в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1.Дибиров М.Д., Федоров В.П., Мартиросян Н.К. и др. Особенности тече-ния, диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости // Хирургия 2007; 5: 17-21.

2.Кургузов О.П. Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость // Хирургия 2007; 6: 13-19

3.Behrens C, Amson B. Laparoscopic management of multiple gallstone ileus. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2010 Apr;20(2): 64-5.

4.Currò G, Iapichino G, Barberio F, et al. Gallstone ileus: report of a case successfully treated by a laparoscopically-assisted enterolithotomy. Ann Ital Chir. 2005 Mar-Apr;76(2):203-5; discussion 205.

5.Franklin ME Jr, Dorman JP, Schuessler WW. Laparoscopic treatment of gallstone ileus: a case report and review of the literature. J Laparoendosc Surg. 1994 Aug;4(4):265-72.

6.Gasparrini M, Liverani A, Catracchia V, et al. Gallstone ileus: a case report and review of the literature. Chir Ital. 2008 Sep-Oct;60(5):755