

ЛИТОТРИПСИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ОПЕРАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА

Р. В. Бухов

Кафедра госпитальной хирургии лечебного факультета МГМСУ, Москва

Lithotripsy in Multimodality Treatment for Cholelithiasis in Patients at a High Surgical and Anesthesiological Risk

R. V. Bukhov

Department of Hospital Surgery, Faculty of Therapy, Moscow State Medical Stomatological University, Moscow

Цель исследования. Применена экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия, как метод органосохраняющего и менее травматичного лечения у 123 больных желчнокаменной болезнью с тяжелыми сопутствующими заболеваниями. **Материал и методы.** Итоги клинического обследования и лечения 123 соматически отягощенных больных, находящихся на лечении по поводу различных форм желчнокаменной болезни, отягощенной сопутствующей патологией, методом экстракорпоральной ударно-волновой литотрипсии со стимуляцией желчеобразования и желчеоттока. **Результаты.** Всем больным было выполнено 99 эндоскопических вмешательств, 123 больным произведена ударно-волновая литотрипсия. При данной методике у 79% пациентов желчные протоки были полностью освобождены от камней. Усиление желчеобразования при адекватном оттоке желчи в 12-перстную кишку привело к эвакуации частей конкрементов и позволило 24 больным полностью избавиться от камней после литотрипсии в течение 1 недели. У 14% пациентов наблюдались остаточные фрагменты. У 7% пациентов дробление камней не было достигнуто даже после более чем 3000 лазерных импульсов; поэтому к ним были применены другие методы лечения (ультразвуковая литотрипсия, эндоскопическое механическое извлечение камней). **Заключение.** Существует реальная возможность лечения больных с желчнокаменной болезнью с тяжелыми сопутствующими заболеваниями без проведения открытки оперативных вмешательств в условиях общей эндотрахеальной анестезии. При неэффективности консервативных методов лечения и нарастании клинических проявлений желчно-каменной болезни показано у соматически отягощенных больных хирургическое лечение открытым способом (лапаротомия).

Objective: to use extracorporeal shock-wave lithotripsy as an organ-saving and less traumatic treatment in patients with cholelithiasis concurrent with significant pathology. **Materials and methods:** the results of clinical examination and treatment in 123 somatically ill patients treated for different forms of cholelithiasis aggravated by comorbidity by extracorporeal shock-wave lithotripsy with stimulation of bile production and outflow. **Results.** Ninety-nine endoscopic interventions were made in all the patients, 123 patients underwent shock-wave lithotripsy. The latter could fully clear the biliary tract from stones in 79% of the patients. Enhanced biligenesis, by maintaining the adequate outflow of bile into the duodenum, resulted in the promptest evacuation of calculous parts and allowed 24 patients to get rid of stones after lithotripsy within a week. In the remaining 7% of the patients, the crushing of stones was not attained even after using more than 3000 laser impulses; so other treatments were applied to them. **Conclusion.** The possibility exists of treating patients with cholelithiasis and significant comorbidity without performing surgical interventions under endotracheal anesthesia. It is expedient to perform surgical treatment in somatically ill patients with cholelithiasis if medical treatments are ineffective and the clinical manifestations of the disease progress.

Данные о частоте желчнокаменной болезни в различных группах населения свидетельствуют о ее широкой распространенности. За последние годы число больных с различными воспалительными заболеваниями желчных путей увеличилось, особенно в пожилом и старческом возрасте. Среди больных старше 60 лет воспалительные заболевания желчевыводящих путей составляют 30–45% [1].

Наиболее эффективным методом лечения желчнокаменной болезни остается хирургический, однако он небезопасен для целого ряда пациентов, страдающих различными сопутствующими заболеваниями [2, 3].

Осложнения после оперативных вмешательств как открытых, так и лапароскопических (острое нарушение мозгового кровообращения, тромбоэмболия легочной артерии, острый ин-

Таблица 1
Сопутствующие заболевания
у наблюдаемых больных

Заболевания	Число больных
ИБС, стенокардия напряжения	76
Гипертоническая болезнь	65
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки	11
Состояние после ОНМК	13
Сахарный диабет	21
МКБ, хронический пиелонефрит	17
ХНЗЛ	7
Постинфарктный кардиосклероз	14
Всего	224

Таблица 2
Распределение больных по степени
анестезиологического риска

Степень анестезиологического риска	Число больных
3-я степень	69
4-я степень	31
5-я степень	23

фаркт миокарда, пневмония и другие) связаны не столько с проведенной операцией, сколько с наличием сопутствующих заболеваний у оперируемых больных. Эти осложнения по частоте встречаемости достаточно стабильны и не имеют тенденции к снижению [4, 5, 6]. Отсюда вытекает проблема выбора тактики хирургического вмешательства у соматически отягощенных пациентов с желчнокаменной болезнью.

Накопление значительного опыта по лечению осложненной желчнокаменной болезни у соматически отягощенных больных, диктует необходимость разработки оптимальной диагностической и лечебной программы ведения пациентов с этим заболеванием [7].

Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия стала внедряться в практику как метод органосохраняющего и менее травматичного лечения желчнокаменной болезни. Применение ударно-волновой литотрипсии сопровождается образованием большого количества осколков и песка, которые могут вызывать задержку выведения желчи в 12-перстную кишку и являться ядрами рецидивного камнеобразования. Нередко это обусловлено малым количеством образования желчи и нарушением желчеоттока, не связанным с наличием конкрементов в желчевыводящих путях [8].

Материалы и методы

В основу нашего исследования положены результаты клинического обследования и лечения 123 соматически отягощенных больных, находящихся на лечении по поводу различных форм желчнокаменной болезни.

У всех обследуемых больных отмечено 2–3 приступа желчной колики в месяц, несмотря на соблюдение строгой диеты.

Большинство пациентов имели одно или несколько сопутствующих хронических заболеваний в стадии ремиссии,

что позволяло выполнять им лечебные манипуляции (табл. 1). Основным показанием к литотрипсии служил высокий риск оперативного вмешательства (табл. 2).

Результаты и обсуждение

Всем больным было выполнено 99 эндоскопических вмешательств (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, баллонная дилатация большого дуоденального соска), 123 больным произведена ударно-волновая литотрипсия (из них у 109 экстракорпоральная и у 14 контактная).

Одна процедура экстракорпоральной литотрипсии занимает около часа (сеансов может быть несколько). Они проводятся под внутривенной анестезией (дормиком 2,5 мг, фентанил 0,1 мг), пациент находится в клинике несколько дней, сокращается послеоперационный период и уменьшается риск развития осложнений, связанных с продолжительной общей анестезией.

При наличии мегаконкрементов холедоха нами была использована контактная литотрипсия.

Эндоскопическая лазерная литотрипсия проводится только с премедикацией (промедол, атропин, димедрол) и возможна у больных с холедохолитиазом, которым невозможно удалить конкремент с помощью корзинки Дормиа или опасно проводить внутривенную общую анестезию. При применении данной методики у 79% пациентов желчные протоки были полностью освобождены от камней. У 14% пациентов наблюдались остаточные фрагменты. Для оставшихся 7% пациентов дробление камней не было достигнуто даже после более чем 3000 лазерных импульсов, поэтому к ним были применены другие методы лечения (ультразвуковая литотрипсия, эндоскопическое механическое извлечение камней).

Из осложнений у 36 пациентов была диагностирована временная макрогемобилия, которая в 90% случаев прекращалась в течение 24 часов.

62 пациента были выписаны в течение 2 дней после вмешательства, в то время как остальные 61 были выписаны в течение пяти дней.

У всех этих больных наряду с вышеуказанными методами лечения применялась пероральная химическая литотрипсия для растворения холестериновых камней желчного пузыря желчными кислотами (успешная у 70% больных), так как урсодезоксихолевая кислота тормозит ферментативный синтез холестерина в печени, что ведет к снижению его содержания в желчи. Вследствие снижения концентрации холестерина в желчи холестериновые камни постепенно растворяются. Растворение желчных камней урсодезоксихолевой кислотой наиболее перспективно у больных с нормальной функцией желчного пузыря, при наполнении желчного пузыря камнями менее чем на 50% и, если камни — рентгеногемативные (холестериновые камни, лишенные кальция).

У больных, страдающих ожирением, желчные камни растворяются менее эффективно. Поэтому во время литолитической терапии мы стремились к снижению массы тела у пациента. Если этого достигнуть не удастся, ежедневную дозу урсосфалька увеличивали на 1–2 капсулы. Важное значение имело регулярное применение препарата длительностью от 3 месяцев до года в зависимости от размера и состава камней. Прерывание лечения на несколько недель ведет к тому, что литолитическую терапию необходимо начинать заново.

Рекомендуется проверять содержание трансаминаз через месяц после начала лечения, а затем каждые 2–3 месяца.

Контрольные исследования (пероральную холеграфию или УЗИ) проводили каждые 6 месяцев. После полного освобождения желчных путей от конкрементов, препарат следует применять еще в течение 3 месяцев.

Усиление желчеобразования при соблюдении адекватного оттока желчи в 12-перстную кишку привело к скорейшей эвакуации частей конкрементов и позволило у 24 больных полностью избавиться от камней после литотрипсии в течение недели.

Нарушение желчеобразования наблюдается при некоторых хронических воспалительных заболеваниях печени, затрагивающих ткани, секретирующие желчь.

На усиление желчеобразования оказывают влияние многие вещества, входящие в пищевой рацион (минеральные воды, яичные желтки). Выработку желчи усиливают соляная и другие кислоты, а также сама желчь при всасывании ее отдельных компонентов в кишечнике. В связи с

этим 8-ми больным после выполнения баллонной дилатации большого дуоденального соска или эндоскопической папиллосфинктеротомии, в холедох устанавливался назобилиарный дренаж с целью улучшения оттока желчи. Полученная по дренажу желчь, при необходимости очищалась и возвращалась в желудочно-кишечный тракт *per os* с пивом.

Стимуляторами желчеобразования являются многие вещества растительного происхождения — экстракт плодов шиповника (холосас), экстракт или настой кукурузных рылец, отвар или настой цветов бессмертника. Желчегонным действием обладают также многие вещества синтетического происхождения (сафенамид, циквалон и другие), а также препараты желчных кислот (дехолин, хологон).

В заключении следует отметить, что летальность у соматически отягощенных больных составила 3,2%. Причиной смерти явились: пневмония (1 больной), острое нарушение мозгового кровообращения (1), инфаркт миокарда (2 пациента).

Выводы

1. Существует реальная возможность лечения больных с желчнокаменной болезнью с тяжелыми сопутствующими заболеваниями без проведения открытых оперативных вмешательств в условиях общей эндотрахеальной анестезии.

2. При неэффективности консервативных методов лечения и нарастании клинических проявлений желчно-каменной болезни у соматически отягощенных больных показано хирургическое лечение открытым способом (лапаротомия).

Литература

1. Гостищев В. К., Глушко В. А. и др. В кн.: Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Тула; 1988. 81–83.
2. Виноградов В. В., Зима П. И., Брагин Ф. И., Лютфалиев Т. А. Папиллосфинктеротомия. Хирургия 1981; 10: 62–63.
3. Виноградов В. В., Зима П. И., Кочишвили В. И. Непроходимость желчных путей. М: Медицина; 1977.
4. Чазов Е. И. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь: Справочник. М: Медицина; 1988.
5. Гологорский В. А. Ошибки, опасности и осложнения общей анестезии. В кн.: Бунятян А. А. (ред.) Руководство по анестезиологии. М: Медицина; 1997. 353–366.
6. Dabels J. Pancreatitis und Hiperlipoproteinämie in ihren wechselseitigen Beziehungen. Dtsch. Z. Verdau. U. Stoffwechselkr. 1973; 415: 214–221.
7. Daou R. Cholecystectomy par mini-laparotomie. Ann. Chir. 1998; 7: 625–628.
8. Czygan P. Gallensteinauflösung mit Ursodeoxycholsäure versus einer Kombination von Urso-Cheno in reduzierter Dosis. Zeitschr. Gastroenterol. 1982; 20: 542.

Поступила 20.04.05