

1. Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической деятельности человека/Под ред. И. А. Полищука, А. Е. Вндренко.—Киев, 1980.

2. Авруцкая И. Г. Динамика осложненных форм интеллектуальной недостаточности у детей в процессе медикаментозной терапии: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—М., 1983.

3. Брезе Б. Активизация ослабленного интеллекта при обучении во вспомогательных школах.—М., 1981.

4. Новинская Н. Л. Клинико-психологический анализ мнестических нарушений у детей с пограничной интеллектуальной недостаточностью: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—М., 1985.

5. Хафизьянова Р. Х. Церебропротекторные свойства малотоксичных неантихолинэстеразных соединений: Автореф. дисс. ...докт. мед. наук.—Казань, 1991.

Поступила 30.06.93.

DYNAMICS OF INTELLECTUAL AND EMOTIONAL-VOLITIONAL DISORDERS IN THE TREATMENT OF CHILDREN WITH COMPLICATED FORMS OF INTELLECTUAL DEFICIENCY

S. A. Akberova, I. A. Studentsova,
D. M. Mendelevich, R. Kh. Khafizyanova

Summary

The comparison of results of the influence of dimethosphone and nootropile on the intellectual functions of brain in children in complicated forms of intellectual deficiency (hypo- and hyperdynamic variants) has revealed the nootropic effect of dimethosphone. The pronounced improvement in children with boundary intellectual deficiency, largely dysontogenetic and encephalopathic forms of the arrest of psychic development is revealed after 3 courses of treatment with dimethosphone and 6 courses with nootropile. The advantages of dimethosphone over nootropile are expressed not only in more efficiency of the drug, the lack of negative effect on psychomotor disinhibition syndrome but in the reduction of the treatment as well.

ОБЗОР

УДК 616.366—072.1—089.87

ПРОБЛЕМА ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В СВЕТЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Л. Е. Славин

Кафедра хирургии (зав.—проф. В. А. Кузнецов) Казанского
института усовершенствования врачей

В настоящее время в большинстве развитых стран операцией выбора по поводу желчнокаменной болезни (ЖКБ) является лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [2, 14, 20]. Однако у больных с осложненными формами ЖКБ его успешное проведение зависело от решения ряда вопросов, связанных с дооперационной диагностикой и тактикой лечения. Лапароскопические операции отличаются непривычной для хирурга экспозицией, невозможностью пальпации зоны вмешательства и, наконец, возникающими техническими трудностями при проведении дополнительных манипуляций в нестандартных ситуациях. В частности, холедохолитиаз представляет собой серьезную проблему при выполнении ЛХЭ и вынуждает в числе других основных причин переходить от лапароскопической операции к открытой [18]. Поэтому диагностика холедо-

холитиаза и тактика лечения при ЛХЭ требуют особого внимания.

Диагностика холедохолитиаза при ЛХЭ

Частота холедохолитиаза при ЖКБ составляет 8—18% [3, 9]. На практике диагностика холедохолитиаза осуществляется до ЛХЭ, во время и после нее. Оптимальна дооперационная диагностика этого проявления ЖКБ — она позволяет хирургу заранее определить адекватную и наименее опасную тактику лечения. Диагностика холедохолитиаза в предоперационном периоде включает следующие традиционные обязательные исследования.

1. Клиническое обследование, которое может выявить при поступлении или в анамнезе желтуху, холангит или приступ желчнокаменного панкреатита. Если клиника желтухи или

холангита достаточно ясна, то дифференциальная диагностика различных форм панкреатита сопряжена с определенными трудностями [5, 22]. О билиарном характере панкреатита свидетельствуют, помимо конкрементов в желчном пузыре, повышение уровня щелочной фосфатазы свыше 300 ед. л, возраст старше 50 лет, женский пол, увеличение активности АЛТ и α -амилазы. По отсутствию или наличию одного из этих факторов в 90% случаев можно констатировать то, что приступ панкреатита не связан с миграцией конкрементов и, наоборот, при трех и более признаках в 87% случаев речь идет о желчнокаменном панкреатите [8].

2. Биохимические анализы. Значимым для диагностики холедохолитиаза является повышение уровня билирубина, АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы на 10% и более.

3. УЗИ. Известно, что при проведении стандартного УЗИ брюшной полости холедохолитиаз определяется в 20 — 40% случаев [18]. В связи с важностью оценки состояния внепеченочных желчных протоков для успешного выполнения ЛХЭ предъявляются более жесткие требования к такому параметру, как диаметр холедоха. Допустимым считается диаметр от 6 до 8 мм.

4. Внутривенная холангиография. Это обследование, к сожалению, не всегда выполнимо и недостаточно информативно. Более того, как показали недавние исследования, во всех случаях получения позитивных в отношении холедохолитиаза холангиограмм имели место и изменения биохимических параметров [15].

5. Ретроградная эндоскопическая холецистопанкреатография (РХПГ). Для проведения РХПГ существуют следующие показания: а) желтуха при поступлении или в анамнезе; б) холангит при поступлении или в анамнезе; в) повышение показателей биохимических проб печени более чем на 10%; г) желчнокаменный панкреатит; д) диаметр гепатикохоледоха (по данным УЗИ) больше 6 — 8 мм. Однако при отсутствии перечисленных выше показаний к РХПГ холедохолитиаз, тем не менее, определяется у 2 — 3% больных [17].

6. Эндоскопическое УЗИ. В 1984 г. для диагностики холедохолитиаза

было предложено [28] использовать эндоскопическое УЗИ. Для выполнения этой процедуры применяются специальные эндоскопы с секторными ультразвуковыми датчиками, работающими на частоте 7,5 и 12 мГц. Показания для его проведения те же, что и для РХПГ. Чувствительность эндоскопического УЗИ составляет 88 — 100% [10, 12, 21]. Его преимуществом является меньшая инвазивность по сравнению с таковой при РХПГ [30].

7. Холангиография путем чрескожной чреспеченочной пункции (ЧЧП). Необходимость в этом методе исследования возникает в случае невозможности выполнения РХПГ или эндоскопического УЗИ при наличии соответствующих показаний [23].

Как и при открытой холецистэктомии, при ЛХЭ основным способом интраоперационной диагностики холедохолитиаза является рентгенологическое исследование внепеченочных желчных путей. Холангиография при ЛХЭ может быть успешно выполнена у 70 — 95% пациентов [6]. Однако большинство оперирующих хирургов считают проведение обязательной интраоперационной холангиографии неоправданным, поскольку эта процедура небезразлична для больного. Основными недостатками интраоперационной холангиографии являются высокая стоимость (299 долларов США), облучение пациента, наконец, значительное число ложноположительных результатов, частота которых колеблется от 10 до 20% [13]. Кроме того, описаны случаи повреждения внепеченочных желчных путей в ходе интраоперационной холангиографии при ЛХЭ [2, 13]. Поэтому рекомендуется применять этот метод диагностики селективно. Показания для интраоперационной холангиографии следующие: 1) трудности препаровки в области треугольника Калло; 2) изменения анатомии внепеченочных желчных путей вследствие воспаления; 3) расширение гепатикохоледоха; 4) невозможность при наличии соответствующих показаний дооперационного применения РХПГ. Таким образом, частота выполнения интраоперационной холангиографии при ЛХЭ составляет около 13% [18, 29].

При неудачах до- и интраоперационной диагностики холедохолитиаза

в ряде случаев выявляется только в послеоперационном периоде. Такая ситуация наблюдалась у 4 из 475 больных, перенесших ЛХЭ [25]. Во всех случаях холедохолитиаз проявлял себя клинически: в виде желтухи — у 3 больных, холангита — у одного. Диагноз был подтвержден при выполнении в послеоперационном периоде РХПГ. При невозможности его проведения в послеоперационном периоде предпочтение отдается ЧЧП в сочетании с эндоскопической папиллотомией [3, 4, 23].

Лечение холедохолитиаза при ЛХЭ

На сегодняшний день оптимальным способом коррекции холедохолитиаза при ЛХЭ считают дооперационную эндоскопическую папилосфинктеротомию (ЭПСТ). Этот метод имеет существенные преимущества по сравнению с вариантом перехода к открытой операции, холедохотомии с извлечением камней или наложением холедоходуоденанастомоза. В частности, частота осложнений и летальность при РХПГ в сочетании с ЭПСТ составляет менее 5% и 1%, а при открытой холедохотомии — соответственно 16% и 3,8% [24]. К наиболее серьезным осложнениям РХПГ и ЭПСТ относятся кровотечение (1,4%), панкреатит (0,9%) и перфорации двенадцатиперстной кишки (0,5%) [16, 26]. Важное значение придать срокам выполнения РХПГ и ЭПСТ — оптимальным считают их использование в течение 24 часов до операции, поскольку при этом до минимума снижается вероятность миграции новых конкрементов из желчного пузыря в протоки [7].

Переход к открытой холецистэктомии показан в тех ситуациях, когда при наличии холедохолитиаза РХПГ и ЭПСТ невыполнимы. Чаще всего необходимость перехода становится очевидной после интраоперационной холангиографии, данные которой свидетельствуют о наличии холедохолитиаза. В настоящее время предпринимаются попытки извлечения конкрементов из протоков непосредственно в ходе ЛХЭ. Одним из способов является лапароскопическая холедохотомия, которая чаще всего осуществляется путем баллонной дилата-

ции пузырного протока с последующим введением в него достаточно широкого дренажа, через который и осуществляют ревизию и освобождение гепатикохоледоха. Однако эта процедура технически трудна и пока не может быть рекомендована для повседневной практики [11, 19]. Интраоперационная РХПГ в сочетании с ЭПСТ и процедурой извлечения конкрементов также используется в ряде клиник при ЛХЭ на операционном столе. Выполнить ее эндоскописту во время лапароскопической операции весьма сложно, поэтому она также не нашла пока широкого распространения.

Для облегчения извлечения конкрементов из протоков во время ЛХЭ предложено интраоперационное применение экстракорпоральной литотрипсии в сочетании с лапароскопической холедохотомией [18].

Наконец, в таких случаях, когда конкременты в холедохе обнаруживаются уже после ЛХЭ, также существует несколько способов их извлечения. Наиболее приемлемым способом считается РХПГ в сочетании с ЭПСТ и извлечением конкрементов, хотя, как показывает опыт, в большинстве случаев после папиллотомии освобождение холедоха происходит спонтанно. Для облегчения эвакуации конкрементов в кишечник рекомендуется использовать медикаментозную релаксацию сфинктера Одди с помощью нитроглицерина [20, 27].

При наличии наружного дренажа, отсутствии изменений большого дуоденального сосочка возможно смывание конкрементов в кишечник без ЭПСТ. Протоки лучше отмывать на фоне медикаментозной релаксации, для этого, кроме нитроглицерина, можно пользоваться и церукалом [1].

Таким образом, для сведения к минимуму осложнений ЛХЭ, связанных с холедохолитиазом, необходимо проведение комплексной дооперационной диагностики, направленной на выяснение состояния внепеченочных желчных путей. Использование всего арсенала технических средств и прежде всего РХПГ и ЭПСТ является альтернативой более опасной открытой холедохотомии в лечении холедохолитиаза.

1. Васильев Р. Х. Бескровные методы удаления желчных камней.—М., 1989.
2. Галлингер Ю. И., Тимошин А. Д. Лапароскопическая холецистэктомия.—М., 1992.
2. Гальперин Э. И., Волкова Н. В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии.—М., 1988.
4. Гальперин Э. И., Дедерер Ю. М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях.—М., 1987.
5. Armstrong C. P., Taylor T. V.//Ann. Surg.—1986.—Vol. 204.—P. 59.
6. Berci G., Sackier J. M., Paz-Partlow M.//Am. J. Surg.—1991.—Vol. 161.—P. 355—360.
7. Bonlay I., Schellenberg R., Brady P. G.//Am. J. Gastroenterol.—1992.—Vol. 87.—P. 837—842.
8. Carter D. S.//Am. J. Surg.—1988.—Vol. 155.—P. 10—17.
9. Cotton P. B., Baille I., Pappas T. N. et al.//Gastrointest. Endosc.—1991.—Vol. 37.—P. 94—97.
10. Dancygier H., Classen M.//Scand. J. Gastroenterol.—1986.—Vol. 21 (Suppl. 123).—P. 119—122.
11. Dion Y. M., Morin I., Dionne G. et al.//Can. J. Surg.—1992.—Vol. 35.—P. 67—74.
12. Edmundowier S. A., Aliperty G., Middleton W. D.//Endoscopy.—1992.—Vol. 24.—P. 774—778.
13. Flowers I. L., Zucker K. A., Craham S. M. et al.//Ann. Surg.—1992.—Vol. 215.—P. 209—216.
14. Grase P. A., Quereshi A. et al.//Br. J. Surg.—1991.—Vol. 78.—P. 160—162.
15. Ioyce W. P., Keane R., Burke G. I. et al.//Br. J. Surg.—1991.—Vol. 78.—P. 1174—1176.
16. Lennert K. A., Muller U.//Chirurgie.—1990.—Vol. 61.—P. 376—379.
17. Levine S. B., Lerner S. J., Leifer E. D. et al.//Ann. Surg.—1983.—Vol. 198.—P. 692—697.
18. Litvin D. E. M., Girotti M. I., Ponlin E. C. et al.//Can. J. Surg.—1992.—Vol. 3.—P. 291—296.
19. McEntee G., Grace P. T., Bouchier-Hayes D.//Br. J. Surg.—1991.—Vol. 78.—P. 385—386.
20. Meyers W. C.//N. Engl. J. Med.—Vol. 324.—P. 1072—1078.
21. Matterman C., Dancygier H.//Gastroenterology.—1991.—Vol. 100.—A. 330.
22. Neoptolemos I. P., Hall A. W., Finlay D. F. et al.//Br. J. Surg.—1984.—Vol. 71.—P. 230—233.
23. Passi R. B., Rankin R. N.//Gastrointest. Endosc.—1986.—Vol. 32.—P. 221—225.
24. Reiertsen O., Skjoto I., Jacobsen C. D. et al.//Endoscopy.—1987.—Vol. 19.—P. 1—6.
25. Roy A., McAlister V., Passi R. B.//Can. J. Surg.—1993.—Vol. 36.—P. 81—84.
26. Sherman S., Ruffolo T. A., Hawes R. H. et al.//Gastroenterology.—1991.—Vol. 101.—P. 1068—1075.
27. Staritz M., Poralla T., Dormeyer H. K., Meyer-Buschenfelde A.//Gastroenterology.—1985.—Vol. 88.—P. 1807—1811.
28. Strohm W. D., Kurtz W., Classen M.//Scand. J. Gastroenterol.—1984.—Vol. 19 (Suppl. 94).—P. 60—64.
29. Voyles C. R., Petro A. B., Meena A. L. et al.//Am. J. Surg.—1991.—Vol. 78.—P. 1174—1176.
30. Yasuda K., Nakajima M., Kawai K.//Scand. J. Gastroenterol.—1986.—Vol. 21 (Suppl. 123).—P. 143—150.

Поступила 20.12.93.