

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕДОХОДУОДЕНОСТОМИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ (первый клинический опыт)

*И. С. Малков, Р. Ш. Шаймарданов, Р. М. Минабутдинов,  
В. Н. Коробков*

*Кафедра общей и неотложной хирургии (зав.— доц. Р. Ш. Шаймарданов)  
Казанской государственной медицинской академии последипломного образования*

Лапароскопическая холецистэктомия в настоящее время получила широкое распространение в большинстве развитых стран, являясь операцией выбора при лечении желчнокаменной болезни. Исключение представляют осложненные формы острого холецистита [1, 2, 4, 6, 7]. Так, холедохолитиаз и протяженные стриктуры терминального отдела общего желчного протока, которые не могут быть устранены эндоскопически, служат одним из противопоказаний к лапароскопической холецистэктомии [2, 3]. Если указанные осложнения желчнокаменной болезни выявляются интраоперационно (во время лапароскопической холангиографии), то это обосновывает переход к открытой операции [5].

В 1994 г. лапароскопическая холецистэктомия была выполнена в нашей клинике у 86 больных с калькулезным холециститом, что составило 41% от всех случаев хирургического лечения данной патологии. В 5 (5,8%) случаях мы были вынуждены перейти на лапаротомию в связи с техническими трудностями (2) и холедохолитиазом с протяженной структурой общего желчного протока (у 3), выявленным интраоперационно. Поиски оптимального метода лечения осложненных форм холецистита привели к разработке лапароскопической холедоходуоденостомии, которая была выполнена в нашей клинике.

Приводим выписку из истории болезни. Ф., 23 лет, поступила в клинику 30.01.1995 г. в экстренном порядке с жалобами на резкие боли в эпигастрии, иррадирующие в спину, и на тошноту. Больна в течение 2 суток. Подобные болевые приступы, но меньшей интенсивности отмечала и ранее после погрешности в диете.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые иктеричные. Частота пульса — 104 уд. в 1 мин, АД — 12,1/7,7 кПа. Язык

чистый, влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптомы Ортенера и Кера положительные.

Лабораторные анализы крови выявили лейкоцитоз ( $17,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ), п. — 5%, с — 79%, мон. — 1%, лимф. — 15%, повышение уровня общего билирубина до 101,6 мкмоль/л (прямой — 81,6 мкмоль/л, непрямой — 20,0 мкмоль/л).

Данные УЗИ: печень — паренхима не изменена, изоэхогенная, не увеличена. Желчный пузырь (32·10 мм) — стенки гиперэхогенные, утолщенные с двойным контуром; содержимое неомогенное, имеются конкременты диаметром до 4 мм. Диаметр общего желчного протока — 9 мм. Поджелудочная железа — границы четкие, контуры ровные, эхоструктура однородная, гиперэхогенная; размер головки — 23 мм.

Диагноз: острый калькулезный холецистопанкреатит; механическая желтуха.

После проведенной консервативной терапии достигнут положительный эффект, уменьшились боли, а также проявления желтухи. При фибродуоденоскопии в просвете двенадцатиперстной кишки выявлена желчь. Провести ЭРХПГ не удалось в связи с деформацией БСДК. Контрольное УЗИ от 14.02.1995 г. установило отсутствие инфильтративных изменений в шейке желчного пузыря. Диаметр общего желчного протока — 10 мм.

Релаксационная дуоденография: дуоденит.

Биохимические анализы крови: содержание общего билирубина — 10,0 мкмоль/л, активность амилазы — 20,0 г/л.

15.02.1995 г. проведены лапароскопическая холецистэктомия, холедохотомия, холедоходуоденостомия по

Юрашу. Брюшная полость дренирована. Под эндотрахеальным обезболиванием выполнена лапароскопия, на которой установлено, что желчный пузырь спаян с большим салынком в области дна, стенка его утолщена. После введения инструментов через дополнительные троакары спайки были рассечены, выделен пузырный проток, через который произведена холангиография. Диаметр общего желчного протока — 15 мм, в терминальном отделе стриктура достигает 20 мм. Проходимость контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку сохранена. Выполнены мобилизация ретроуденальной части протока, супрауденальная холедохотомия с наложением холедоходуоденоанастомоза по Юрашу. Желчный пузырь удален субсерозно от шейки. Операция закончена дренированием правого подпеченочного пространства и малого таза, трансанальной интубацией двенадцатиперстной кишки.

Макропрепарат: размеры желчного пузыря —  $50 \times 15$  мм, стенки его утолщены, в просвете — множественные мелкие конкременты диаметром до 4 мм.

Патогистологический диагноз: хронический холецистит в стадии обострения.

Послеоперационное течение гладкое. Дренажи удалены на 3-и сутки. УЗИ показало удовлетворительную функцию анастомоза и отсутствие билиарной гипертензии. Больную выписали на 8-е сутки после операции. Осмотрена через 3 недели. На контрольном

УЗИ диаметр общего желчного протока — 6 мм, на фибродуоденоскопии диаметр анастомоза — 5 мм, функция его удовлетворительна.

Данное наблюдение подтверждает целесообразность проведения подобных эндохирургических вмешательств при осложненных формах желчнокаменной болезни и диагностическую ценность лапароскопической холангиографии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Галлингер Ю. И., Тимошин А. Д. Лапароскопическая холецистэктомия. — М., 1992.
2. Галлингер Ю. И., Тимошин А. Д., Цацаниди А. К. // Хирургия. — 1993. — № 6. — С. 34—39.
3. Стрекаловский В. П., Старков Ю. Г., Гришин Н. А. и соавт. // Хирургия. — 1993. — № 3. — С. 68—73.
4. Graber J. // J. Laparoendosc. Surg. — 1990. — Vol. 1. — P. 57.
5. Litvin D. E., Girotti M. I., Poulin E. C. et al. // Can. J. Surg. — 1992. — Vol. 35. — P. 291—296.
6. Meyers W. C. // N. Engl. J. Med. — 1991. — Vol. 324. — P. 1072—1078.
7. Saper N., Barteau J., Clayman R. // Surg. Gynecol. Obstetr. — 1992. — Vol. 174. — P. 114—118.

Поступила 05.04.95.

#### LAPAROSCOPIC CHOLEDOCHODUODENOSTOMY IN COMPLICATED CHOLECYSTITIS

I. S. Malkov, R. Sh. Shaimardanov,  
R. I. Minabutdinov, V. N. Korobkov

#### Summary

The advisability of endosurgical interventions in complicated forms of the cholelithic disease and the diagnostic value of laparoscopic cholangiography are shown.

УДК 616.61—073.27—07

### КОМПЬЮТЕРНЫЕ ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

И. Ш. Мухаметзянов, В. М. Ермоленко

Центр внепочечных методов очищения организма (руководитель — канд. мед. наук Ш. А. Мухаметзянов) на базе городской клинической больницы № 6 (главрач — В. И. Зайцев) г. Казани, кафедра нефрологии и гемодиализа (зав. — проф. В. М. Ермоленко) Российской медицинской академии последипломного образования врачей МЗ России, г. Москва

Гемодиализ, используемый при лечении пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности (ХПН), имеет достаточно высокую стоимость. Поэтому первым требованием, выдвигаемым к этому виду лечения, является уменьшение

диализного времени при сохранении его адекватности. Последнее клинически подтверждается стабильностью удовлетворительного состояния больного, его стойкой психологической реабилитацией и сохранением активного образа жизни. — Обоснованное