

Батюк В. И., Дундаров З. А., Анджум В. З.

Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»,

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Холедохолитиаз, как осложнение желчекаменной болезни, встречается у 8–23 % пациентов. Частота резидуального холедохолитиаза варьирует от 0,5 до 20 %, а рецидивного — до 6 %. В 80–85 % осложняющим течение холедохолитиаза является механическая желтуха, которая непосредственно ухудшает состояние пациентов и результаты лечения. Послеоперационная летальность пациентов, оперированных без предварительной билиарной декомпрессии, достигает 0,3–25,5 %. Причем, у пациентов старше 60 лет на каждое последующее десятилетие жизни существует прогноз увеличения летальности в 2–3 раза. В связи с этим, большую актуальность приобрели малоинвазивные способы лечения, позволяющие добиться максимального результата при минимальной операционно-анестезиологической агрессии. Многочисленные исследования ближайших и отдаленных результатов применения рентгеноэндоскопических лечебно-диагностических вмешательств указывают, что именно они являются «золотым стандартом» лечения холедохолитиаза. В последнее время все большей признательностью пользуется двухэтапный подход к лечению холедохолитиаза, осложненного механической желтухой и гнойным холангитом, включающий декомпрессию желчевыводящих путей с помощью малоинвазивных способов лечения на первом этапе. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) большинством авторов признана оптимальным способом декомпрессии.

Холецистэктомия и операции на желчевыводящих путях, как окончательный этап лечения желчекаменной болезни осложненной холедохолитиазом, проводится после купирования механической желтухи, а так же, после безуспешно проведенных попыток рентгенэндоскопических методов литоэкстракции или при возникновении осложнений после их вмешательств.

Цель

Изучить эффективность эндоскопических методов лечения пациентов с холедохолитиазом в УГОКБ.

Материал и методы исследования

Проведен анализ результатов лечения пациентов с желчекаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом, находившихся на лечении в 1 и 2 хирургическом отделении УГОКБ за период 2013–2017 гг. Общее количество пациентов составило 182 человека. Среди них 129 (70,8 %) пациентов были женщины и 53 (29,2 %) — мужчины. Возраст пациентов находился в пределах от 23 до 94 лет, причем 65,4 % составляли пациенты старше 60 лет. Диагноз был установлен на основании: клинико-anamнестических, лабораторных и инструментальных данных (УЗИ, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), фистулография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография ЭРХПГ).

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что из 182 пациентов у 38 (20,8 %) имелся изолированный холедохолитиаз, у 144 (79,1 %) — вторичный (сочетание холецистолитиаза с холедохолитиазом). Из 144 пациентов с вторичным холедохолитиазом у 21 (14,5 %) имелся острый калькулезный холецистит. У 136 (74,7 %) пациентов холедохолитиаз сопровождался механической желтухой. ЭПСТ из 182 пациентов удалось выполнить 156 (85,7 %) пациентам. В 76 (48,7 %) случаях эндоскопические вмешательства выполнялись как первый этап двухэтапного лечения холедохолитиаза, у 18 (11,5 %) пациентов — выполняли ЭПСТ интраоперационно, у 15 (9,6 %) — послеоперационно. В 47 (30,1 %) случаях, в связи с тяжелой сопутствующей патологией, пациентам выполняли ЭПСТ как самостоятельный и окончательный метод лечения.

Техническая невозможность выполнить ЭПСТ связана с парапапиллярным дивертикуллом (28,6 %), стриктурой терминального отдела холедоха 2–3 степени (28,6 %), аденомой БДС (28,1 %), предшествующей операцией Бильрот 2 (7,4 %), стеноз БДС (7,3 %). Указанным пациентам были проведены классические открытые операции, включающие холецистэктомию, холедохолитотомию с наложением билиодигестивного анастомоза. Основными критериями эффективности ЭПСТ являлись: достоверное постоянное снижение уровня билирубина в крови относительно исходного показателя, уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры тела. Осложнения ЭПСТ наблюдали в 7 % случаев: у 3 пациентов развился постманипуляционный панкреатит, у 7 пациентов развилось кровотечение из папиллотомной раны, которое было остановлено эндоскопическим методом, в 1 случае образовалась парапапиллярная язва.

Выводы

1. Эффективность эндоскопических транспапиллярных методов декомпрессии билиарной системы и купирования механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом, составила 85,7 %.

2. Для 30,1 % пациентов, ЭПСТ стала эффективным, самостоятельным и окончательным методом лечения холедохолитиаза.

3. Учитывая то, что основную группу пациентов с данной патологией составляют пациенты старше 60 лет (65,4 %), имеющие тяжелую сопутствующую патологию и высокую степень операционного риска при полостной операции, эндоскопические транспапиллярные методы лечения являются операцией выбора.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки / А. Е. Борисов [и др.] // *Анн. хир. гепатол.* — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 22–30.
2. Возможности современных методов диагностики и обоснование лечебной тактики при механической желтухе / П. С. Ветшев [и др.] // *Вестн. хир. гастроэнтерол.* — 2008. — № 2. — С. 24–32.
3. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани [и др.]. — М., 2000. — С. 92–105.
4. Гепатобилиарная хирургия / В. П. Еременко [и др.]. — СПб., 1999. — С. 113–171.

УДК 616.24-002.5-053.2-036.1

ОСОБЕННОСТИ ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

*Белогорцева О. И., Доценко Я. И., Панасюкова О. Р.,
Сиваченко О. Е., Садловская М. А.*

Государственное учреждение

**«Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф. Г. Яновского
Национальной академии медицинских наук Украины»
г. Киев, Украина**

Введение

Туберкулез (ТБ) — инфекционное заболевание, которое вызывается микобактериями туберкулеза (МБТ). Основным механизмом передачи инфекции — аэрогенный (воздушно-капельный) [1]. Инфицированные дети образуют многочисленную группу риска для реактивации туберкулезного процесса в будущем. Если для взрослого человека риск заболевания после инфицирования МБТ составляет 5–10 %, то для ребенка 5 лет — 25 %, а для детей, которые контактировали с инфекцией на первом году жизни, вероятность развития ТБ достигает 100 %! ТБ может проявляться у детей в любом возрасте, но в странах с высоким уровнем ТБ чаще всего в 1–4 и 15–17 лет. ТБ органов дыхания является наиболее распространенной формой ТБ у детей [2, 3].

Таким образом, в условиях неблагоприятной эпидемической обстановки, качество методов диагностики заболевания ТБ, остается важным вопросом, особенно в детском возрасте,