172.Эндоскопические технологии при лечении острого холецистита, осложненного механической желтухой и панкреатитом

И.А.Криворучко(1), А.В.Сивожелезов(1), С.Н.Тесленко (1), Гербали О.Ю. (2)

1)Харьков,2)Симферополь

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Острый холецистит (ОХ) занимает значительное место в структуре ургентной хирургической патологии органов брюшной полости. Лечебная тактика при холелитиазе и осложненном ОХ представляется наиболее спорной проблемой в желчной хирургии. Часто разногласия возникают при обсуждении вопросов целесообразности и допустимых сроков консервативной терапии у этой категории больных, а так же определения показаний к оперативному вмешательству, способу его выполнения и объему. Цель исследования – анализ результатов использования эндоскопических методов при лечении ОХ, осложненного механической желтухой и острым панкреатитом (ОП). Материалы и методы. Проанализированы результаты лапароскопических вмешательств, выполненных у 1968 больных ОХ обоего пола в возрасте от 19 до 87 лет. Из них острый простой холецистит имел место у 123 (6,3%), флегмонозный – у 1830 (93%), гангренозный – 15 (0,7%) больных. Механическая желтуха и ОП выявлены у 146 (7,5%) пациентов. Отечный ОП отмечен у 97 (4,9%), панкреонекроз – у 29 (1,5%) пациентов: до 30% – у 22, 30-50% – у 5 и более 50% – у 2 (по данным контрастно-усиленной КТ). Результаты. Комплексное лечение зависело от тяжести патологического процесса, выраженности обструктивной желтухи и/или острого холангита, данных неинвазивных и инвазивных методов до- и интраоперационной визуализации. Существующие разногласия о необходимости выполнения интраоперационной холангиографии (ИОХГ) позволили нам сгруппировать показания к ее выполнению: 1) группа без холедохолитиаза (46 больных) с ОП различной степени тяжести – ИОХГ не показана; 2) группа сомнительного холедохолитиаза (42 больных): умеренное расширение общего желчного протока (не более 1,0-1,2 см по данным УЗИ), уровень показателей общего билирубина не более 60 мкмоль/л, а степень снижения его в течение 48 час не менее 20% от первоначального значения при консервативной терапии, у которых в силу определенных обстоятельств ЭРХПГ выполнить не удавалось – ИОХГ показана; 3) группа достоверного холедохолитиаза (58 больных) по данным выполненной до операции ЭРХПГ – ИОХГ не показана. В первой группе производили лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), сроки выполнения которой определялись морфологическими формой ОХ и ассоциированного ОП. Во второй группе выполнялась ЛХЭ с ИОХГ и наружным дренированием холедоха. Только в 7 случаях выявлен холедохолитиаз – в различные сроки после ЛХЭ этим больным была выполнена ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией. В третьей группе выполняли ЛХЭ с наружным дренированием холедоха, а эндоскопическую сфинктеротомию производили у большинства больных в отдаленные сроки после операции, что определялось динамикой течения патологического процесса. Известно, что существует риск развития инфицирования стерильного пери- и панкреатического некроза во время проведения эндоскопической сфинктеротомии, хотя сообщений в литературе по этому поводу недостаточно. При таких обстоятельствах мы дожидаемся полного разрешения некроза после ЛХЭ и наружного дренирования холедоха до проведения эндоскопической сфинктеротомии (уровень рекомендаций B). Повторные вмешательства были произведены у 21 из 146 больных (14,8%): пункционные и пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ в связи с острыми нагноившимися жидкостными скоплениями у 11, видеолапароскопическая некрозэктомия в связи с развившемся инфицированным некрозом у 4, некрозэктомия с дренированием клетчаточных образований из мини-доступа – у 3 и формирование оментобурстостомы с использованием поперечной лапаротомии – у 3 пациентов. Осложнения, возникшие после оперативных вмешательств у 12 больных (8,2%), были ликвидированы консервативными методами; летальность составила 1,4%.