

срединная лапаротомия, устранение кишечной непроходимости (тяжесть состояния по шкале SAPS II — $30,4 \pm 3,5$).

Результаты. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости у 6 больных (35,3%), поступивших в сроки до 24 часов от начала заболевания, патологических изменений в тонкой кишке не было выявлено, в то время как при сроках более 24 часов у 11 пациентов (64,7%) отмечались увеличенные петли тонкой кишки (более 4 см в диаметре), с маятникообразным продвижением содержимого. У 2 пациентов (11,8%) удалось выявить причину непроходимости при ультразвуковом исследовании, а именно гиперэхогенные образования (фитобезоары). Чувствительность метода составила 70%.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости у 11 пациентов (64,7%), поступивших в сроки позднее 24 часов от начала заболевания, отмечались множественные расширенные петли тонкой кишки с уровнями жидкости в них по типу «чаш» Клойбера. Чувствительность метода составила 88%. Для оценки пассажа по желудочно-кишечному тракту 11 пациентам (64,7%) было выполнено рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом (гастрографин).

У 1 пациента (5,9%) установлены экстренные показания к операции на уровне приемного отделения. 16 пациентам (94,1%) решено начать проводить консервативное лечение и наблюдение. В сроки до 12 часов от момента поступления показания к операции выставлены 7 пациентам (41,2%), в течение 12–24 часов — 8 больным (47,1 %) и позднее 24 часов 1 пациенту (5,9 %). Показаниями к лапароскопии у 6 пациентов (35,3%) являлись: ранние сроки от начала заболевания (до 24 часов), расширение петель тонкого кишечника до 4 см, отсутствие операции в анамнезе. Показания к лапаротомии у 11 больных (64,7%): более 24 часов от начала заболевания, расширенные более 4 см петли кишечника, наличие спаечной болезни брюшной полости.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства: мини-инвазивное лечение заключалось в низведении фитобезоара в толстую кишку эндохирургическим методом у одного больного, у двух больных — лапароскопическая энтеротомия, удаление механического препятствия, у двух больных — диагностическая лапароскопия, мини-лапаротомия с резекцией участка тонкой кишки и формированием анастомоза; у пациентов, оперированных из срединного доступа, аналогичные манипуляции были выполнены у 3, 3 и 5 больных соответственно.

У пациентов после миниинвазивного лечения осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. После открытых операций послеоперационные осложнения наблюдались у 3 больных: окклюзионный тромбоз икроножных вен, пролеченный консервативно (II тип по Clavien-Dindo), абсцесс брюшной полости, дренированный под УЗ наведением (IIIa тип по Clavien-Dindo) и 1 (8,3%) летальный исход (V тип по Clavien-Dindo). Умерла женщина 86 лет после лапаротомии, устранения билиарной непроходимости, причиной смерти явилась ТЭЛА.

Заключение. Таким образом, даже совместное использование УЗИ и рентгенологического метода не позволяет

установить диагноз обтурационной тонкокишечной непроходимости на ранних сроках. При этом, несмотря на небольшое количество наблюдений, не позволяющих получить статистически достоверные результаты, представляется перспективным использование лапароскопии для диагностики и лечения в данной группе больных.

ХОЛЕЦИСТОСТОМА ИЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ?

ЛУЦЕВИЧ О.Э.

Кафедра факультетской хирургии №1 МГМСУ им. А.И. Евдокимова, ЦЭЛТ, Москва
oleglutsevich@gmail.com

Актуальность: Лечение деструктивных форм острого холецистита остается одной из наиболее актуальных проблем неотложной хирургии. Получившие широкое распространение пункция или дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ имеют определенные недостатки. Сегодня эта методика используется как 1 этап радикального хирургического лечения (холецистэктомия в отсроченном периоде), реже — как окончательный (пожизненный) паллиативный метод борьбы с острым холециститом. Второй вариант в основном применяют при лечении больных пожилого и старческого возраста, отягощенных тяжелыми сопутствующими заболеваниями других органов и систем.

Материалы и методы: Мы располагаем опытом лечения 109 больных в возрасте от 53 до 90 лет с деструктивными формами холецистита, которым в различных клиниках города с 1998 по 2017 гг. при первичном обращении была наложена чрескожная чреспеченочная пункционная холецистостома под контролем УЗИ. Более половины этих пациентов обратились к нам за помощью в последние 5 лет. Из анамнеза этих больных: холецистостома была произведена в сроки от 2 до 9 суток от момента поступления (в среднем на 4–5 сутки), после достаточно длительного обследования и лечения, при этом большинство пациентов поступали в сроки от 1 до 3 суток от начала приступа. Причиной внепланового обращения больных к нам за помощью была неудовлетворенность результатами и предлагаемыми сроками лечения: наличие дренажной трубки в течение 1,5–2 месяцев, периодические осмотры и обследование в стационаре, специальный уход за холецистостомой. 3 больных с холецистостомами обратились за помощью в связи с прогрессирующим ухудшением самочувствия: у них отмечены очаговые некрозы стенки желчного пузыря с продолжающимся перипузырным воспалением и формированием перивезикальных и подпеченочных абсцессов. Все больные с ХС были подвергнуты операции (ЛХЭ) в сроки от 1,5 часов до 2 суток с момента обращения. Сроки стояния холецистостомы составили от 3 до 48 дней, в среднем 10–15 суток. Операционное время составило в среднем 35–40 мин, сроки госпитализации не превышали 3 суток. Серьезных послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено.

Выводы:

1. Холецистостомия предполагает достаточно длительный и сложный период этапного лечения, что часто оказывается неприемлемым для большинства трудоспособных пациентов.

2. Наличие очагов некроза стенки желчного пузыря (при гангренозном холецистите в перивезикальном инфильтрате) не поддается консервативному лечению, поддерживая воспаление в этой зоне и хроническую гнойную интоксикацию пациента даже на фоне функционирующей холецистостомы. Иными словами, холецистостома в подобной ситуации не решает поставленных задач. Такие больные нуждаются в экстренной операции в самые ранние сроки поступления в стационар.

3. В большинстве случаев применение холецистостомы при деструктивном холецистите нецелесообразно. Использование методики возможно в качестве паллиативной помощи у пациентов старшей возрастной группы с крайне высоким операционным риском.

4. Радикальное хирургическое вмешательство в лапароскопическом варианте в ранние (1–4 сутки от начала приступа) сроки сопровождается минимальным числом осложнений и является операцией выбора у подавляющего большинства пациентов с деструктивным холециститом.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

МАХМАДОВ Ф.И.^{1,2}, МАХМАДЁРОВ Х.Ш.², ЗОКИРОВА Р.У.¹

¹ ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

² Таджикский ГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе

fimtahmadov@gmail.com

Актуальность. Общеизвестно, что до 70% случаев неалкогольный острый и хронический панкреатит сочетается с ЖКБ и калькулезным холециститом, печеночной коликой и механической желтухой. Анатомическая и функциональная общность панкреатобилиарной системы обуславливает частое развитие острого панкреатита при ЖКБ, холедохолитиазе, при стенозе или спазме, отеке или воспалении большого дуоденального сосочка, дискинезии желчных путей различной природы.

Основной причиной гибели у 30–80% пациентов при остром панкреатите являются гнойно-септические осложнения, панкреатогенный шок и полиорганная недостаточность. На сегодня существуют противоположные мнения по поводу хирургической тактики при стерильном панкреонекрозе, тогда как при инфицированных формах панкреонекроза не вызывает сомнений необходимость вскрытия и дренирования гнойного очага, и в этом вопросе все хирурги единодушны. Это касается определения показаний к операции, сроков выполнения хирургического вмешательства, последовательности применения транскутанных, лапароскопических и лапаротомных методик. Анализ литературы позволяет утверждать, что единые подходы к лечению острого билиарного панкреатита (ОБП) отсутствуют, а необходимость применения

тех или иных препаратов и лечебных технологий остается пока дискуссионной.

Цель исследования. Изучить эффективность современных мини-инвазивных вмешательств при остром билиарном панкреатите.

Материал и методы. Изучены результаты лечения 89 пациентов с ОБП, госпитализированных в ГКБ скорой медицинской помощи и отделение абдоминальной хирургии и новых технологий Медицинского комплекса «Истиклол» г. Душанбе. Мужчин было 32 (35,9%), женщин — 57 (64,1%). Легкая форма ОБП наблюдалась у 51 (57,3%) пациента, тяжелая форма с некрозом поджелудочной железы — у 38 (42,7%). Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена в 49 (55,0%) случаях, холедохолитоэкстракция — у 29 (32,6%) пациентов. У 78 пациентов до проведения эндоскопических вмешательств при биохимическом анализе крови выявлено повышение амилазы, но клинические проявления ОБП (характерная боль в животе, тошнота и рвота, тахикардия и т.д.) наблюдались только у 54 исследуемых. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с декомпрессией внепеченочных желчных протоков проведена 23 больным. В том числе — по показаниям — дренирование полости малого сальника и брюшной полости проведено 36 (40,4%) больным.

Результаты. ЭРХПГ была выполнена в 100% наблюдений как начальный и завершающий этап эндоскопического вмешательства. При этом у пациентов были выявлены различные признаки патологических образований желче- и панкреатыводящих протоков и поджелудочной железы. При ЭРХПГ дефект наполнения общего желчного протока выявлен в 37,2%, обрыв тени холедоха — в 15,4%, расширение холедоха — в 97,4% наблюдений.

У всех пациентов после транспапиллярных вмешательств в комплексе патогенетически обоснованной консервативной терапии за трое суток уровень билирубина крови в среднем снизился на 44,0%.

При проведении ЛХЭ (n=23) у больных с ОБП были выявлены лапароскопические признаки панкреонекроза, такие как наличие бляшек стеатонекроза (35,6%), геморрагический экссудат с повышенной активностью амилазы (25,4%), инфильтрация корня брыжейки тонкой и толстой кишки (39,0%) и геморрагическая инфильтрация, или отек забрюшинной клетчатки (61,0%). В 7 наблюдениях среди больных ОБП диагностическая лапароскопия трансформировалась в лечебное хирургическое пособие. Повторное лапароскопическое вмешательство выполнено двум больным с мелкоочаговым панкреонекрозом с целью этапной санации и дополнительного дренирования брюшной полости.

Послеоперационные осложнения были отмечены у 33,3% пациентов, а послеоперационная летальность — в 22,2% случаев.

Выводы. Таким образом, современные мини-инвазивные вмешательства являются эффективным и обоснованным методом, устраняющим этиопатогенетический фактор ОБП и способствующим снижению послеоперационных осложнений и летальности.