

МИНИ-ИНВАЗИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

МАХМАДОВ Ф.И.^{1,2}, МИРБЕГИЕВ Д.Ж.², КАРИМОВ П.Ш.²

¹ ГУ Медицинский комплекс «Истиклол»

² Таджикский ГМУ им. Абуали ибн Сино, Душанбе

fmahmadov@mail.ru

Актуальность. Ранние послеоперационные внутрибрюшные осложнения представляют одну из наиболее актуальных и сложных проблем абдоминальной хирургии. Это обусловлено частотой патологии, отмечаемой у 0,3–8,6% пациентов, оперированных на органах брюшной полости, не имеющей тенденции к снижению, и сохраняющейся высокой летальностью, достигающей при тяжелых формах послеоперационного перитонита 75–83,7%.

Главной причиной неудовлетворительных результатов лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений, в частности, лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), является несвоевременная диагностика и промедление с выполнением повторного оперативного вмешательства. Трудности диагностики усугубляются как объективными причинами: использованием в раннем послеоперационном периоде анальгетических и антибактериальных препаратов, проведением многоцелевой интенсивной терапии, так и субъективными: наличием психологического негативизма к повторной операции у хирурга и пациента. До настоящего времени одним из вариантов хирургического вмешательства при этой патологии остается релапаротомия. Однако закономерно, что перспективы хирургического лечения ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений ЛХЭ связаны с применением мини-инвазивных методов.

Цель исследования. Коррекция ранних послеоперационных осложнений ЛХЭ, применением сочетанных мини-инвазивных вмешательств.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 47 больных с ранними послеоперационными внутрибрюшными осложнениями ЛХЭ, возникших у больных со спаечной болезнью в хирургических отделениях ГКБ скорой медицинской помощи и Медицинского комплекса «Истиклол» г. Душанбе за период с 2006 по 2016 годы. В первую группу включены 23 больных, которым выполнялась релапаротомия. Вторую группу составили 24 больных, хирургическое лечение осложнений у больных этой группы включало релапароскопия и различные варианты мини-инвазивных методик. В том числе у 29 (63,0%) больных имелась картина спаечной болезни, т.е. им ранее было проведено 2 и более операции на верхнем этаже брюшной полости.

Диагностика ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений у пациентов основывалась на результатах клинического и лабораторного обследования.

Результаты. Кровотечение в раннем послеоперационном периоде отмечено у 25 (53,2%), а желчеи-

стечение – у 11 (23,4%) больных. Третьим по частоте осложнений оказались подпеченочные абсцессы, они составили 14,9%, а скопление жидкости в брюшной полости – 8,5%.

Коррекция ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений ЛХЭ у пациентов первой группы проведена только с помощью лапаротомии. А больным второй группы лечение осложнений производилось с применением видеолапароскопии и миниинвазивных методик. В том числе, видеолапароскопические методы коррекции применялись у 19 (79,2%) пациентов в виде лапароскопического реклипирования а. cystica (n=3), реклипирования пузырного протока (n=4), коагуляции ложа желчного пузыря (n=10) и лапароскопической санации и дренирования брюшной полости (n=2). В 5 (20,8%) наблюдениях выполнены дренирование подпеченочных абсцессов (n=3) и скопление ограниченной жидкости в брюшной полости (n=2) под ультразвуковым контролем.

В послеоперационном периоде летальность в первой группе больных составила 13,0% и наблюдалась при всех видах ранних послеоперационных внутрибрюшных осложнений. Среди больных второй группы неблагоприятные исходы отмечены в 4,2%.

Выводы. Сочетанные мини-инвазивные методы коррекции являются эффективными, что у больных основной группы способствовали снижению послеоперационной летальности с 13,0% до 4,2%.

МУКОЦЕЛЕ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

МЕЛКОНЯН Г.Г., КАЧУРИН С.А., ШИРИНСКИЙ В.Г., ТОЛСТЫХ М.П.

ГКБ № 4, Москва

zam-hir@gkb4.ru

Актуальность. Мукоцеле червеобразного отростка – редкая патология, встречающаяся не чаще чем в 2% аппендэктомий. Основной причиной накопления слизистого содержимого является хроническая обструкция просвета отростка.

Материалы и методы. Пациентка Я., 62 года, жалобы на тупые, ноющие боли в правых отделах живота беспокоили в течение 4-х месяцев. В правой подвздошной области определяется объемное образование размером 12х6х5см, плотное, малоподвижное, умеренно болезненное при пальпации. В остальных отделах живот мягкий, безболезненный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика активная. Физиологические отправления в норме. УЗИ брюшной полости: в правой подвздошной области образование размером 14х9х5см, малоподвижное, с четкими бугристыми контурами, содержимое неоднородное, элементы кистозных полостей с гиперэхогенной взвесью, аваскулярное. Выполнены ЭГДС, колоноскопия, рентгенография грудной клетки – норма. При КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием выявлено ограниченное жидкостное скопление в правой под-

вздошной области с кальцинированными стенками, не накапливающее контрастное вещество. Размер — 16х6х5см, прилежит к толстой и тонкой кишке, а также к передней брюшной стенке и поясничной мышце. Четкой связи описанного образования с тонкой и толстой кишкой не выявлено. Гинеколог: данных за онкологическое заболевание не выявлено. При лабораторном исследовании в показателях клинического и биохимического анализов крови отклонений от нормы выявлено не было. Онкомаркеры СА 19–9, СА 125, АФП, РЭА — показатели в рамках референсных значений. УЗИ почек: связи описанного образования с правой почкой, расширения мочеточника не выявлено. Онколог: рекомендовано хирургическое лечение, удаление вышеописанного образования с последующей гистологической оценкой материала. Выполнена видеолaparоскопия. На операции выявлено описанное ранее образование размером 15х6х5см, плотноэластической консистенции, интимно спаянное с париетальной брюшиной правого бокового канала и висцеральной брюшиной восходящей ободочной кишки — кистозно трансформированный червеобразный отросток. Основание червеобразного отростка не изменено, диаметром до 0,7см. Без технических сложностей выполнена лапароскопическая аппендэктомия с частичной резекцией купола слепой кишки. Целостность кистозно измененного червеобразного отростка не нарушена. Извлечение червеобразного отростка выполнялось в контейнере через порт для ручного ассистирования при лапароскопических операциях.

Полученные результаты. Течение послеоперационного периода гладкое. Заживление ран передней брюшной стенки первичным натяжением. При контрольном УЗИ брюшной полости на 3 сутки послеоперационного периода — патологии со стороны брюшной полости, свободной жидкости или ограниченных скоплений не выявлено. Пациентка выписана домой на 5 сутки послеоперационного периода. При биопсии: Фрагменты стенки кисты представленной фиброзной тканью, с эпителиальной выстилкой, представленной цилиндрическим железистым тонкокишечным эпителием, содержащей в просвете следы базофильных масс. При дополнительной окраске на слизь, отмечается наличие слизистого секрета в просвете кисты, в стенке кисты встречаются редуцированные лимфоидные фолликулы. Заключение: Мукоцеле червеобразного отростка.

Выводы. Подавляющее большинство описанных случаев мукоцеле являются цистаденомами, однако, по данным некоторых авторов, от 12 до 36% выявляются цистаденокарциномы. Мукоцеле чаще всего является случайной находкой при использовании инструментальных методов диагностики или интраоперационно. В случае мукоцеле червеобразного отростка верный предоперационный диагноз особенно важен, так как позволяет хирургу планировать ход оперативного вмешательства, предотвращая развитие псевдомиксомы брюшины и ее осложнений.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

МИГУНОВА Е.В., ПОПОВА И.Е., КОКОВ Л.С., РОГАЛЬ М.Л., МАГОМЕДБЕКОВ М.М.

*НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, Москва
irinap2504@bk.ru*

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) встречается более чем у 10% населения в мире. Осложнением ЖКБ является острый калькулезный холецистит у 15–20% больных, который в 15–33% сочетается с холедохолитиазом и механической желтухой. В настоящее время нет универсального метода диагностики холедохолитиаза. Наличие в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского современной аппаратуры расширяет возможности постановки диагноза.

Цель исследования. Разработка нового диагностического алгоритма для улучшения результатов лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 139 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, находившихся на лечении в институте с 2008 по 2016 годы. Возраст пациентов — от 16 до 92 лет (61,5±2,5 года). Мужчин — 38; женщин — 101.

В диагностический алгоритм включены ультразвуковое исследование (УЗИ), гепатотобилисцинтиграфия (ГБСГ), магнитно-резонансная холангиография (МРХГ), эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и антеградная фистулография.

Результаты. Первым этапом диагностического алгоритма является клинический осмотр, сбор анамнеза, лабораторные данные и УЗИ, что позволяет в 91% случаев установить диагноз острого калькулезного холецистита, а за счет наличия билиарной гипертензии у 86% пациентов позволяет заподозрить холедохолитиаз. Однако следует учитывать, что у 9% пациентов при первичном УЗИ не был выявлен калькулезный холецистит. По клиническим данным были установлены показания к повторному УЗИ, при котором в 100% случаев диагноз острого калькулезного холецистита был установлен.

При УЗИ у 58% больных при первичном осмотре холедох не был визуализирован. Чувствительность УЗИ в выявлении холедохолитиаза составила 59%, в диагностике билиарной гипертензии — 86%.

Вторым этапом диагностического алгоритма является оценка желчевыводящих путей, которая может быть осуществлена при помощи неинвазивных методов диагностики: ГБСГ и МРХГ.

ГБСГ выполнена у 87,8% больных, чувствительность при диагностике холедохолитиаза составила 97%, специфичность 68,4%.

МРХГ выполнено у 53% пациентов. Чувствительность МРХГ в выявлении калькулезного холецистита 100%, би-