

Умер 21 (50 %) пострадавший. Из них трое с тяжелой сочетанной травмой скончались на операционном столе от некупированных геморрагического и травматического шока.

Таким образом, открытые и закрытые повреждения двенадцатиперстной кишки относятся к наиболее тяжелым травмам и сопровождаются высокой летальностью. Диагностика разрывов органа при закрытых повреждениях трудна, требует тщательной оценки объективной симптоматики и данных дополнительных методов исследования. Летальность среди пострадавших, оперированных позже 6 часов с момента травмы, в 2 раза выше, чем среди оперированных в более поздние сроки.

**А.Б. Мальцев**, Е.А. Чижова, Е.Э. Тюрюмина, Р.Р. Гумеров

## **ДЕСТРУКТИВНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ: ВЫБОР МЕТОДА ДЕКОМПРЕССИИ И СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (г. Иркутск)*

При остром холецистите у пациентов группы пожилого и старческого возраста послеоперационная летальность составляет до 6 – 15 %. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) относительно недавно стала «золотым стандартом» в лечении и острого холецистита. Однако конверсия ЛХЭ увеличивается с выраженностью внутрипузырной гипертензии (ВПГ), перивезикальных осложнений и адгезивного процесса. Ультразвуковая визуализация (УСГ) оптимальна для декомпрессии желчного пузыря (ЖП) и устранения ВПГ, как известно, степень которой отчетливо коррелирует с тяжестью холецистита.

С 1999 по 2006 гг. под нашим наблюдением находилось 130 пациентов с деструктивным холециститом (ДХ), которым под контролем УСГ (Aloka SSD 4000 (Япония), Logic 700 pro (GE, США)) были выполнены лечебные миниинвазивные процедуры. Средний возраст 56 (56,9 ± 6,0 %) мужчин и 74 (43,1 ± 6,0 %) женщин составил 64,4 ± 1,03 лет. Возраст и сопутствующая патология обуславливали повышенный операционно-анестезиологический риск. Объем ЖП, который характеризует ВПГ, составил в среднем 129,9 ± 6,4 см<sup>3</sup>. Перивезикальные абсцессы при ДХ выявлены в 8 наблюдениях, эмпиема ЖП у 25 больных. Пункционное лечение осуществлено 96 больным, из них у 8 (8,5 %) пациентов понадобилась повторная пункция, которая окончательно и устранила ВПГ. Микрохолецистэктомия (дренажами типа «pig tail» (диаметр 2,2 мм) по методике «стиллет-катетер») наложена 34 пациентам, при этом у 11 из них после предварительной пункции при выраженных деструктивных изменениях (эмпиема ЖП, перивезикальный абсцесс). В 1 случае редренирование из-за дислокации дренажа. При микрохолецистэктомии в среднем эвакуировано 173,1 ± 17,3 мл (80 – 700 мл) гнойного содержимого, путем пункции 112 ± 4,5 мл (5 – 250 мл). Декомпрессия признавалась адекватной, если надежно купировался болевой синдром и устранялась ВПГ. Однократная пункция оказалась достаточной у 73,8 % наблюдений. Отмечено одно осложнение – подтекание желчи, потребовавшее проведение срочной операции (0,7%). Выбор открытой или ЛХЭ осуществлялся с учетом сроков сокращения ЖП и редукции перивезикальных осложнений. В течение недели, кому выполнена декомпрессия и санация ЖП, проведена ЛХЭ (37 пациентов – 28,5%). Из 20 больных (15,4%), оперированных лапароскопически в сроки позже 2 недель, 5 подверглись конверсии доступа вследствие интраоперационных технических сложностей. В 15 других случаях (11,5%) – более двух недель после декомпрессии, пациенты выписывались из стационара, и им предлагалась плановая операция в отдаленном «холодном» периоде. После купирования ДХ в сроки позже 2 месяцев достигается адекватная перивезикальная редукция воспалительного и адгезивного процесса – это позволяет успешно осуществить ЛХЭ (конверсии доступа в этой группе пациентов не было) и, что особенно важно, реализуется возможность проведения коррекции сопутствующей патологии. Безусловно, такая тактика лечения ДХ не распространяется на больных с клиникой перитонита, которые оперируются по экстренным показаниям (1 больной). Открытая холецистэктомия выполнена 51 пациенту (39,2%), большинство из этих наблюдений пришлось на начало разработки и освоения предлагаемой тактики. Оставшимся 7 больным (5,4%) декомпрессия и санация ЖП под УСГ контролем послужила окончательным способом лечения ДХ без оперативного удаления ЖП. Послеоперационной летальности при остром холецистите не было. Избранная тактика позволяет в абсолютном большинстве наблюдений избежать выполнения открытых экстренных операций, снизить частоту конверсий доступа при ЛХЭ, минимизировать вероятность неблагоприятных исходов и существенно улучшить результаты лечения ДХ.