

Столин А.В.

ОТКРЫТАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*Уральская государственная медицинская академия
г. Екатеринбург*

Цель работы - показать возможности хирургического лечения гнойно-деструктивных форм острого калькулезного холецистита с использованием технологии «открытой» лапароскопии.

Материал исследования - отобранные «слепым» методом 400 пациентов с острым калькулезным холециститом из оперированных в клинике в 2004- 2005 гг.

Результаты исследования. Тактика лечения больных с ургентными осложнениями ЖКБ - оперативное лечение в экстренном порядке. Операция выбора - холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа. По результатам операции катаральный холецистит имел место у 96(24%) пациентов, флегмонозный - у 258(64,5%), гангренозный — 44(11%). Диагноз был подтвержден гистологически. В 168(37%) случаях острый холецистит сопровождался местным перитонитом или инфильтратом.

У 37 больных при операции не было обтурации на уровне пузырного протока, но данные интраоперационной холеграфии, позволили выявить холедохолитиаз, который и явился причиной билиарной гипертензии и вторичного необтурационного острого калькулезного холецистита. Операция была дополнена холедохолитотомией, литоэкстракцией, дренированием холедоха по Керу у 23(61,1%) больных,

у 14(33,3%) больных с патологией холедоха, но диаметром внепеченочных желчных путей менее 6 мм установлен дренаж Холстеда-Пиковского. Частота послеоперационных осложнений у 400 больных составила 4,5%(19 наблюдения), летальность – 0,5%(2 пациента).

Заключение - технология «открытой» лапароскопии позволяет в полном объеме оказать неотложную помощь пациентам с гнойно-деструктивными формами острого калькулезного холецистита, в том числе при сопутствующей патологии гепатикохоледоха.

ционное ультразвуковое исследование (УЗИ). Диагностическая информативность ультразвукового исследования в выявлении паразитарных поражений печени по нашим данным составила 88%. Полученные результаты: Радикальные операции нами выполнены у 61 больного, что составило 98,3%. У 1 больного операция носила паллиативный характер в связи с тяжестью состояния, заключалась в наружном дренировании нагноившейся паразитарной кисты.

Характер радикальных операций зависел от величины кист, их месторасположения, инфицирования, кальцинирования фиброзной капсулы. У 12 (24%) больных операция заключалась в закрытой эхинококкэктомии - в полость кисты устанавливали дренажную трубку диаметром 0,5 - 0,8 см, через которую вводили паразитицидное вещество (2% раствор формалина с экспозицией до 10 минут), затем содержимое кисты аспирировали с удалением хитиновой оболочки, иногда с частичным иссечением фиброзной капсулы. Полость кисты ушивали вворачивающимися швами, в некоторых случаях с тампонированием сальником.

2 больным выполнены типичные резекции печени: правосторонняя гемигепатэктомия. У одного больного отмечено поражение правой доли печени эхинококкозом и первичным раком, у другого больного имела место гигантская альвеококковая киста печени (до 2,0 л жидкого содержимого с крошковидными распадающимися массами). Оба больных поправились. 9 больным с краевым расположением кист выполнены атипичные резекции печени.

12 больным с кальцинированной фиброзной капсулой была выполнена тотальная перикистэктомия, т.е. удаление кисты с фиброзной капсулой. Операция трудоемкая, так как производится раздельная перевязка или разделение трубчатых структур печени, прилегающих к капсуле кисты. По данным литературы среди хирургов-гепатологов данная операция считается наиболее радикальной. С 1996 г. мы практически отказались от закрытых эхинококкэктомий с оставлением фиброзной капсулы, и перешли к выполнению перикистэктомий. До настоящего времени нами выполнено 28 этих операций.

Ликвидация остаточных полостей после цистэктомии является одной из важных проблем окончания операции. У 6 (12%) больных нам удалось устранить остаточную полость путем сближения ее стенок блоковидными швами печени. Лишь у 3 (6%) больных с нагноившимися кистами печени полость была дренирована путем марсупиализации. В остальных случаях облитерацию остаточных полостей выполняли большим сальником на питающей ножке с фиксацией его к стенкам и краям полости. В послеоперационном периоде контроль за течением заживления остаточных полостей осуществляли ультразвуковой эхолакацией.

3 (4,4%) больным с обтурацией желчных путей дочерними кистами после удаления материнской кисты выполнена санация желчного дерева, требовавшая холедохотомии.

У 1 больного с гигантской эхинококковой кистой левой доли печени, во время мобилизации ее, наступила внезапная смерть от воздушной эмболии через печеночную вену. Послеоперационная летальность составила 3,2%. Отдаленные результаты прослежены у 69% больных. Отмечено 2 рецидива развития эхинококковых кист. В одном случае рецидив диагностирован через год, в другом через 5 лет.

Заключение. Таким образом, анализируя результаты хирургической тактики эхинококкоза печени, мы пришли к заключению, что наиболее информативными методами в диагностике являются КТ, МРТ, интраоперационное УЗИ. Считаем наиболее оптимальным вариантом выбора метода операции при эхинококкозе - перикистэктомия.

Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Хожибаев А.М.,
Хашимов М.А.

**ПУТИ ЗАВЕРШЕНИЯ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ
ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИИ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**
*Республиканский Научный Центр Экстренной
Медицинской Помощи, Узбекистан*

В настоящее время эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) прочно вошла в арсенал методов лечения холедохолитиаза. Вместе с тем в литературе недостаточно освещены вопросы санации желчных протоков от конкрементов после ЭПСТ с применением различных эндоскопических инструментов и их эффективность.

Нами изучены результаты эндоскопического лечения 454 больных с холедохолитиазом, пролеченных в РНЦЭМП. Мужчин было 124 (25,7%), женщин 330 (74,3%), а возраст больных колебался от 22 до 89 лет. Все больные поступили в экстренном порядке с приступом печеночной колики. У 307 (72,6%) больных имелись признаки механической желтухи, у 129 (30,6%) - гнойного холангита и у 47 (11 %) острого панкреатита.

После ЭПСТ у 127 (27,9%) пациентов камни отошли самостоятельно. У 311 (68,5%) больного произведена литоэкстракция корзиной Dormia, что удалась у 310 больных. У 1 пациента произошло ущемление корзинки вместе конкрементом в терминальном отделе холедоха потребовавшее лапаротомии и холедохолитотомии с дренированием холедоха.

В случаях, когда размеры конкрементов холедоха оказались больше просвета терминального отдела холедоха (16 больных) прибегали к механической литотрипсии с последующей литоэкстракцией после фрагментации конкремента.

В 5 случаях в связи с невозможностью захвата конкремента в петлю механического литотриптора выполняли механическую литотрипсию не удалась. В этих случаях с целью снятия билиарной гипертензии производили эндоскопическое назобилиарное дренирование (НБД). Однако традиционный способ НБД не всегда предупреждала повторную обтурацию гепатикохоледоха. Из 5 больных после НБД у 2 отмечена атака холангита с бактериемическим шоком потребовавший экстренного вмешательства - холедохолитотомии лапаротомным доступом.

С целью предупреждения повторной обтурации конкрементом и обеспечения свободного желчеоттока при неудаляемых конкрементах, нами разработан новый способ НБД отличающийся от известного способа тем, что конец катетера имеет спиралевидную форму, тем самым предупреждает повторное вклинение камня в БДС. Применение нами данного метода у 11 больных показал его высокую эффективность выразившийся в стойком снижении би-