

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ У СОМАТИЧЕСКИ ОТЯГОЩЕННЫХ ПАЦИЕНТОВ

Запороженко Б.С., Колодий В.В., Горбунов А.А., Бондарец Д.А.

КУ Одесский областной клинический медицинский центр, Одесса, Украина

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

Частота встречаемости желчнокаменной болезни среди пациентов старших возрастных групп с повышенным операционно-анестезиологическим риском остается неизменно высокой в современном обществе. В тоже время, в выборе оптимальной тактики лечения острого холецистита и его осложнений нет однозначных рекомендаций.

Цель исследования: разработка лечебно-диагностического алгоритма для пациентов пожилого и старческого возраста с острым холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой.

Материалы и методы. Основу исследования составили 208 больных пожилого и старческого возраста с различными формами острого калькулезного холецистита и его осложнениями, которые были распределены на 3 группы. В первой группе (контрольной) 71 (34,1%) пациенту с острым холециститом и холедохолитиазом произведена открытая холецистэктомия с холедохолитотомией. Во второй группе 76 (36,6%) пациентам выполнены традиционные эндоскопические вмешательства. В третьей группе 61 (29,3%) больному эндоскопические вмешательства выполнены в безгазовом режиме с использованием разработанной в клинике лифтинговой системы по Запороженко-Колодий.

64 (90,1%) пациентам первой группы были выполнены холецистэктомия, интраоперационная холангиография (ИОХГ), холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха. Холецистэктомия, ИОХГ, наложение холедоходуоденоанастомоза произведено у 4 (5,7%) больных, холедохоеюноанастомоза у 3 (4,2%) первой группы. Умерли 2 (2,8%) больных.

Больные 2-й и 3-й групп были разделены на 3 подгруппы в зависимости от тактики хирургического лечения.

31 (40,8%) пациенту 2-й группы и 22 (36,1%) больным 3-й группы с клинической картиной острого калькулезного холецистита и отсутствием ультразвуковых признаков деструкции желчного пузыря, на фоне длительно протекающей и выраженной механической желтухи, первым этапом выполнили ЭРХПГ, ЭПСТ с литоэкстракцией. Вторым этапом выполнена ЛХЭ через 3–5 суток.

22 (28,9%) больным 2-ой группы и 24 (39,3%) 3-ей с наличием клинико-сонографической картины острого деструктивного калькулезного холецистита на первом этапе выполнена ЛХЭ с интраоперационной холангиографией (ИОХГ) и дренированием холедоха через культю пузырного протока. Эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией была сделана в послеоперационном периоде, вторым этапом, что позволило избежать конверсии на лапаротомию и выполнения холедохолитотомии в условиях воспалительной инфильтрации в зоне печеночно-двенадцатиперстной связи.

Одновременная ЛХЭ, ИОХГ с последующей лапароскопической холедохолитоэкстракцией (ЛХЛЭ), ревизией, санацией и дренированием желчных протоков выполнена у 23 (30,3%) пациентов 2-ой группы и 15 (24,6%) больных 3-ей группы. Проведение интраоперационной ЭПСТ у пациентов 2-ой группы требовало выполнения десуффляции брюшной полости с последующим восстановлением карбоксиперитонеума для дренирования желчного дерева, что провоцировало значительные колебания гемодинамического профиля, обусловившие у двух больных пароксизм мерцательной аритмии.

В группах пациентов, оперированных с применением малоинвазивных методик, летальных исходов не отмечено. Показатели длительности стационарного лечения составили 16,6 койко-дня в 1-й группе, 10,1 койко-дня во 2-й и 8,9 койко-дня в 3-й группе а частота осложнений 9,9% (7), 6,6% (5) и 3,3% (2) соответственно.

Заключение. У пациентов с острым холециститом, большими, множественными и вклиненными конкрементами холедоха методом выбора является традиционная открытая холецистэктомия, холедохолитотомия. В остальных случаях несомненным преимуществом обладает лапароскопическая холецистэктомия в сочетании с лапароскопической холедохолитоэкстракцией и эндоскопической ретроградной папиллотомией, выполняемой в до-, интра- и послеоперационном периоде. В лечении больных с выраженными системными заболеваниями, особенно со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем предпочтение следует отдавать видеоэндоскопическим операциям в «безгазовом» режиме.