

открытым или полуоткрытым дренированием. В последующем санации сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости проводились в программируемом режиме. Традиционная лапаротомия применена в 42% случаев после первичной лапароскопической санации и была эффективна в 63%. Срок госпитализации больных с инфицированным панкреонекрозом составил от 34 до 52 дней. Летальность составила 26,3% - 7 пациентов погибли в первую фазу заболевания, 3 пациента от массивных аррозивных кровотечений, 5 пациентов в фазу гнойных осложнений. Частые санации наряду с удалением секвестров нередко способствовали возникновению свищей ободочной кишки. При малых отграниченных перфорациях применялась аспирационная система, что позволило добиться закрытия свища у 4 больных. Двум пациентам выполнена левосторонняя гемиколэктомия. Комплексный подход к диагностике осложнений панкреонекроза и лечению системных нарушений, осложненных декомпенсированным эндотоксикозом с использованием малоинвазивных методов санации и дренирования, эфферентных методов детоксикации, позволяют улучшить прогноз заболевания, снизить частоту гнойных осложнений и послеоперационную летальность.

135. Проблемные вопросы диагностики и лечения холедохолитиаза в эпоху широкого внедрения малоинвазивной хирургии

*Гарипов Р.М., Сагитов Р.Б., Тимербулатов Ш.В.,
Сибяев В.М.*

Уфа

ГБУЗ МЗ РБ "Больница Скорой медицинской помощи г.Уфы"

Диагностика и лечение холедохолитиаза (ХДЛ) являются актуальной проблемой хирургии. Несмотря на успехи в эпоху широкого использования эндоскопической и малоинвазивной хирургии, в этой хирургической проблеме имеется много нерешенных вопросов касающихся методов диагностики и рациональных способов лечения. Целью исследования является изучение

оптимальных методов диагностики, направленных на выявление ХДЛ, его сочетания с сопутствующей патологией гепатопанкреатобилиарной системы и возможностей использования малоинвазивных технологий в лечении. Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ лечения 158 больных холедохолитиазом с 2013 по 2017 гг. в хирургических отделениях ГБУЗ МЗ РБ «Больница скорой помощи г.Уфы». Основную массу больных составили пациенты женского пола, соотношение мужчин и женщин было 1: 2,7, средний возраст больных составил 58,7±2,4. Средний срок от момента заболевания до госпитализации составил 4,1±1,3 дня. В структуру анализируемых больных ХДЛ включали: сочетание холе-цисто- и ХДЛ – 98 (62,0%); изолированный ХДЛ – 60 (39%); сочетание изолированного ХДЛ с патологией терминального отдела холедоха – 8 (13,3%); синдром Мирризи -5 (3,2%). Количество резидуального ХДЛ из числа изолированного составило 12 (7,6%) пациентов, рецидивного – 14 (8,7%). Больных с одиночными конкрементами в холедохе было в 61 (38,6%), с множественными – 97 (61,4%), с развитием желтухи - у 103 (65,3%). Основную патологию больных ХДЛ у 62,8% отягачали сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца - 21,7%, гипертоническая болезнь – 25,4%, сахарный диабет – 14,2%, морбидное ожирение – 8,1%, патология бронхо-легочной системы – 9,4%, спаячная болезнь брюшины – 3,4%, у 46,9% - сочетание заболеваний. Полученные результаты и обсуждение. Диагностика ХДЛ основывалась на клинико-лабораторных, инструментальных и интероперационных данных. Среди анамнестических факторов риска выделяли частые приступы печеночных коликов, эпизоды механической желтухи, холангита, острого билиарного панкреатита. Наиболее типичным для ХДЛ является механическая желтуха с болевым синдромом. Отсутствие желтухи у 55 (34,7%) пациентов при наличии болевого синдрома и ЖКБ в анамнезе значительно затрудняло диагностический этап ХДЛ. Классическое сочетание болевого синдрома с последующим развитием желтухи при наличии анамнеза ЖКБ позволяло с уверенностью говорить о наличии ХДЛ. Разнообразные изменения в биохимическом анализе крови характеризуют различные патофизиологические процессы. В практике наибольшее значение придавали определению уровня билирубина и его фракций, активности аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ), амилазы, показателей коагулограммы, общего белка и альбуминов. Инструментальные методы исследования,

включающие в себя лучевые, эндоскопические, пред- и интраоперационные, являлись заключительным этапом выявления патологических изменений гепатикохоледоха. Сравнительная оценка инструментальных методов в диагностике ХДЛ в определении чувствительности и специфичности показала: УЗИ (чувствительность - 59,4%, специфичность- 97,0%), КТ (71,4%, 94,1%), МРТ (92,3%, 95,1%), ЭРХГ (92,4%, 97,3%), интраоперационная холангиография (95,2%, 98,3%), интраоперационная холедохоскопия (97,2%, 98,3%), интраоперационное УЗИ (84,7%, 99,1%). Разработан алгоритм диагностики и лечения сочетания холецисто- и холедохолитиаза с использованием малоинвазивных технологий. ЭПСТ при установленном диагнозе ХДЛ произведена у 148 (93,7%) больных, из них как самостоятельный метод лечения – у 48 пациентов. При дистальном расположении камня не более 10 мм при ЭПСТ в 31 случае конкремент самостоятельно отошел в момент исследования и в раннем послеоперационном периоде, у 17 больных после ЭПСТ успешно произведена литоэкстракция. Наш клинический опыт показал, что конкременты самостоятельно отходят на 1-3 сутки после ЭПСТ. При множественных конкрементах холедоха (от 2 и более) и конкрементах, расположенных в проксимальной части холедоха у больных перенесших холецистэктомию ранее, выполнялась ЭПСТ и литоэкстракция под рентгенконтролем с использованием С-дуги General Electric OEC 9900 Elite. Конкременты извлекались корзинкой Olympus FD-422 или баллонным экстрактором. Противопоказаниями для проведения данного вмешательства являлись расположение конкрементов в ряд в виде цепочки, что не давало раскрыться корзинке, вклинение камней в интрамуральной части холедоха и крупные камни, превышающие размеров петли. Максимальное количество извлеченных конкрементов составило 6 камней от 5 до 9 мм. У больных с механической желтухой ЭПСТ выполняли с целью первоначальной декомпрессии. Конверсия при эндохирургических вмешательствах при холедохолитиазе с переходом на минилапаротомный доступ составил 18,6%, при минилапаротомном доступе - на широкий доступ – 3,2%. Выбор оперативного вмешательства с использованием малоинвазивных технологий при ХДЛ основывалась на классификацию Y.C.Chang (2005г.) и на методические рекомендации, разработанных проф. Тимебулатовым В.М. Разработанный нами алгоритм диагностики и лечения ХДЛ позволял уменьшить количества интраоперационных осложнений и конверсий. Из числа оперированных больных, у которых в

предоперационном периоде диагностировались тяжелое общее состояние, сопутствующие заболевания, наличие выраженного рубцового процесса в зоне треугольника Calot и билио-билиарных свищей, оперативные вмешательства преимущественно выполнены минилапаротомным доступом, исключающего наложения карбоксиперитонеума. Конверсия была связана со сложностями выделения элементов треугольника Calot и зоны Moosman на фоне выраженного рубцово-спаечного процесса, наличия билио-билиарных свищей, развитием интраоперационных осложнений в виде кровотечений. Летальность в 3 случаях у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и осложнениями длительно протекающего ХДЛ отмечена в раннем послеоперационном периоде. У двоих больных летальный исход наступил в результате развития острой сердечно-легочной недостаточности на фоне длительно протекающей холемии и холангита. Выводы 1. Разработанный алгоритм обследования больных ХДЛ, основанный на принципе «от более простых и менее травматичных исследований к более сложным и инвазивным методам», позволяет рационально использовать различные инструментальные методы исследования, достоверно выявлять ХДЛ, сокращать сроки обследования больных, определять оптимальную тактику выбора лечения. 2. Результатом разработки и использования алгоритма выбора адекватного малоинвазивного метода оперативного лечения в зависимости от данных обследования больных с патологией гепатобилиарной зоны и сопутствующих заболеваний явилось снижение количества конверсий при минидоступе до 3,2% и использовании эндохирургической технологии – до 2,2%, летальности – до 3,2%. 3. Минидоступ при ХДЛ показал преимущество перед эндохирургическими вмешательствами у тяжелой категории больных, которым противопоказано наложение карбоксиперитонеума, позволял более полноценно производить интраоперационные методы исследования, ревизию холедоха, холедохолитотомию, наложение билиодигестивных анастомозов.