

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ  
ПРИ ОСТРОМ КАЛЬКУЛЕЗНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ  
ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Е.Д. Хворостов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томин

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина,  
Харьков, Украина.

Проблема лечения осложненного течения желчнокаменной болезни в настоящее время, прежде всего, определяется выбором сроков выполнения и характера оперативного вмешательства, с учетом возможности малоинвазивного двухэтапного лечения патологии желчных протоков и желчного пузыря.

Целью исследования явилось изучение эффективности сочетанного двухэтапного использования фибродуоденоскопических транспапиллярных вмешательств и лапароскопической холецистэктомии при лечении острого калькулёзного холецистита, осложненного холедохолитиазом.

Проанализированы результаты лечения 67 больных с острым калькулёзным холециститом, осложненным холедохолитиазом с механической желтухой и острым гнойным холангитом. Мужчин было 23 (34,3%), женщин 44 (65,7%). Возраст пациентов находился в пределах от 28 до 74 лет. Калькулёзный холецистит у 61 (91%) имел флегмонозную форму воспаления, катаральную – у 6 (9%). Гипербилирубинемия находилась в пределах 38,4 – 215,7 мкмоль/л. Симптоматика острого гнойного холангита представлена симптомокомплексом в виде триады Шарко у 36 (53,7%) пациентов, пентады Рейнолдса – у 15 (22,3%), неполный симптомокомплекс наблюдался у 16 (23,9%) пациентов.

Диагностическая программа включала в себя выполнение в неотложном порядке клинико-лабораторных исследований, ультразвукового сканирования органов брюшной полости, эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

Лечебная программа строилась по двухэтапному принципу. Первый этап, осуществляемый в течение 24 часов от момента госпитализации, включал комплекс фибродуоденоскопических транспапиллярных вмешательств направленных на обеспечение санации и дренирования желчного дерева: эндоскопическую папиллосфинктеротомию, механическую холедохолитотрипсию, холедохолитотракцию, назобилиарное дренирование, которые выполнялись при помощи эндоскопической видеосистемы Olympus Evis Exera CV-160. Второй этап заключался в выполнении лапароскопической холецистэктомии.

В результате проведенного лечения на первом этапе достигнуто устранение нарушения пассажа желчи с ликвидацией его причины и обеспечение адекватного дренирования желчного дерева в послеоперационном периоде через назобилиарный дренаж. При этом отмечено снижение уровня гипербилирубинемии ко вторым суткам в пределах 31,4 – 47,9%, купирование имеющихся симптомов острого гнойного холангита у 43 (64,2%) больных и снижение интенсивности их выраженности у 24 (35,8%). Лапароскопическая холецистэктомия с дренированием подпеченочного пространства выполнена в качестве второго этапа лечения на третьи сутки после поступления больных. При наличии паравезикального инфильтрата его разъединение, выделение желчного пузыря и дальнейшие этапы лапароскопической холецистэктомии выполняли с помощью 5мм ультразвукового диссектора в виде ножниц (Harmonic Scalpel Ultracision, Ethicon), который обеспечивал стойкий гемостаз, устранял задымление в брюшной полости и полностью исключал дистанционное повреждение органов. Продолжительность операции находилась в пределах 32 - 96 минут. Послеоперационные осложнения распределились следующим образом: желчеистечение по дренажу подпеченочного пространства в объеме  $56 \pm 6,2$ мл, которое прекратилось самопроизвольно к третьим суткам наблюдалось у 3 (4,5%) больных; хирургическая инфекция пупочной раны наблюдалась у 4 (5,9%) больных. Средний койко-день составил  $7 \pm 1,3$  дней.

Таким образом, выполнение в неотложном порядке фибродуоденоскопических транспапиллярных вмешательств направленных на санацию гепатикохоледоха, позволяет обеспечить подготовку к проведению лапароскопической холецистэктомии в короткие сроки до развития перепузырных воспалительных осложнений.