

Опубліковано:

Капшитарь А. В. Холецистэктомия из мини-доступа у больных острым холециститом, осложнённым механической желтухой / А. В. Капшитарь // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, 18–20 сент. 2013 г., г. Донецк. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский. – 2013. – С. 104–105.

Холецистэктомия из мини-доступа у больных острым холециститом, осложненным механической желтухой

Капшитарь А.В.

Запорожский государственный университет, Запорожье, Украина

Цель исследования: изучить возможности хирургической коррекции различных причин механической желтухи у пациентов с острым холециститом из мини-доступа.

Материалы и методы. В хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющейся базой кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ, с 2000 по 2012 год холецистэктомия (ХЭ) из правостороннего трансректального продольного мини-доступа выполнена у 446 пациентов. Из них у 25 (5,6 %) больных течение болезни осложнилось развитием механической желтухи различной этиологии. Мужчин было 3 (12 %), женщин — 22 (88 %), их возраст колебался от 32 до 76 лет. Средний возраст — 59,7 года. Все страдали сопутствующими заболеваниями. Доставлены СМП в разные сроки от начала заболевания (от 6 часов до 3 недель). Пациенты всесторонне обследованы (лабораторно-биохимические методы, лучевые, эндоскопические, лапароскопия). Консервативная терапия выявилась неэффективной. В связи с этим у 23 (92 %) больных показанием к операции был острый калькулезный холецистит и у 2 (8 %) — холецистопанкреатит, осложненные механической желтухой. Из них лишь у 2 (8 %) пациентов определена ее этиология — холедохолитиаз. В течение 6 часов после госпитализации оперирован 1 (4 %) больной, 6–24 часов — 6 (24 %), 1–2 суток — 15 (60 %), 3 суток — 2 (8 %) и 5 суток — 1 (4 %).

Результаты. Во время операции катаральная форма ОХ диагностирована у 8 (32 %) пациентов, флегмонозная — у 12 (48 %) и перфоративная — у 1 (4 %). Околопузырный инфильтрат выявлен у 5 (20 %) больных и абсцесс — у 2 (8 %). После дальнейшей ревизии определена этиология механической желтухи. Наиболее частыми причинами ее был холедохолитиаз — у 7 (28 %) пациентов, гнойный холангит — у 7 (28 %) и синдром Мириззи (сдавление желчным пузырем гепатикохоледоха) — у 6 (24 %). Редкими причинами механической желтухи оказались околопузырный инфильтрат при медиальном расположении желчного пузыря — у 2 (8 %) больных, панкреонекроз со сдавлением холедоха — у 2 (8 %) и папиллит — у 1 (4 %). Всем пациентам выполнена ХЭ от шейки, дренирование холедоха (по Холстеду — 23, Вишневскому — 2), дополненные холедохолитотомией у 5 чел. (25 %). Релапаротомия потребовалась 1 (4 %) больному, который самостоятельно удалил дренаж из культи пузырного

протока. Сняты швы с раны, проведены повторное дренирование холедоха по Холстеду, санация и дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде после фистулохолангиографии у 3 (12 %) пациентов диагностирован резидуальный холедохолитиаз. Выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, из них у 2 (66,7 %) больных после литоэкстракции восстановлен пассаж в двенадцатиперстную кишку, у 1 (33,3 %) — литоэкстракция не удалась из-за большого диаметра конкремента. При повторной операции осуществлена холедохолитотомия. Все выздоровели.

Выводы. У пациентов с острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой, выполняма из мини-доступа холецистэктомия с коррекцией разнообразных причин желтухи.