

купированы консервативно.

Оперативному лечению были подвергнуты 12 пациентов. Всей группе оперированных производилась холецистэктомия, ИОХГ, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллотомия с латеральной пластикой. В раннем послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Все пациенты поправились и выписаны. Средний койко-день составил 16,8 суток.

#### **Выводы:**

1. Лечение пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом механической желтухи желчнокаменного генеза остаётся актуальной проблемой.

2. Проводя анализ сопутствующей патологии в рассмотренной группе, следует отметить значительное количество пациентов с сочетанием двух и более сопутствующих заболеваний, что объясняет тяжесть состояния.

3. В предоперационном периоде необходимо проводить коррекцию сопутствующей патологии у этой категории пациентов, привлекая терапевтов к лечению.

## **НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА**

Чернышов Т. М., Радиевский И. Л., Лысюк Н. Н.,  
Гетманчук С. М., Денищик В. М., Михалькевич Р. В.,  
Ушкевич Д. Л., Гурбанова Е. В.

УЗ «Брестская областная больница», Брест, Республика Беларусь

**Введение.** Острый холангит (ОХ) – заболевание, характеризующееся местной и системной воспалительной реакцией на инфекцию билиарного тракта, летальность при котором составляет 2,7-10%. В настоящий момент применяются токийские рекомендации 2013/2018 гг. (TG 13/18) по диагностике и лечению ОХ.

**Цель:** показать опыт лечения ОХ в условиях специализированного хирургического стационара.

**Материал и методы.** За период с 2015 по июнь 2018 гг. на базе 1-го хирургического отделения УЗ «Брестская областная больница» пролечены 293 пациента с ОХ. Мужчин среди них

было 120, женщин – 173. Средний возраст пациентов составил 59 лет. Этиологией ОХ в 86 случаях (29,3%) являлись ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз; в 15 (5,1%) – ЖКБ, острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз; в 99 (33,7%) – ЖКБ, холедохолитиаз; в 1 (0,4%) – киста холедоха; с-м Мириззи – 5 (1,8%) случаев; опухоль головки поджелудочной железы – в 32 (10,9%); дистальная холангиокарцинома – 16 (5,4%); опухоль Клацкина – 14 (4,8%); хронический панкреатит – 16 (5,4%); стриктуры ранее наложенных ХДА – 2 (0,8%); стриктура гепатикоеноанастомоза на петле по Ру – 7 (2,4%) случаев. Пациентов с легкой степенью ОХ, согласно TG 13/18, было 47 (16%), среднетяжелой – 205 (70%), тяжелой – 41 (14%). Консервативное лечение проведено 15 (5,2%) пациентам, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) выполнена 96 (32,8%), лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с дренированием холедоха по Холстеду-Пиковскому и интраоперационной ЭПСТ – 31 (10,6%), ЭПСТ с последующей ЛХЭ – 12 (4%), наружное дренирование билиарного тракта – 75 (25,6%), дренирование холедоха по Керу – 2 (0,8%). Гепатикоеностомия на петле по Ру выполнялась у 36 (12,2%) пациентов, ХДА – у 26 (8,8%). Средний койко-день составил 16,9.

**Результаты и обсуждение.** Летальность составила 3,1% (9). Во всех случаях пациенты были переведены из других учреждений здравоохранения с тяжелой степенью ОХ, позднее 48 ч от начала заболевания. Острый интерстициальный панкреатит развился у 25 (8,5%) пациентов. Панкреонекроз – у 5 (1,8%). Профиль других осложнений включает: миграция дренажа, желчный перитонит – 8 (2,7%), подпеченочная гематома – 5 (1,8%), ТЭЛА – 4 (1,4%), эвентрация – 2 (0,8%). Лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости потребовалась у 9 (3,1%) пациентов.

**Выводы.** Лечение ОХ необходимо проводить строго в зависимости от степени тяжести с жестким подходом в отношении временного фактора. Своевременный перевод пациентов с осложнённой патологией гепато-билио-панкреатической зоны в специализированные хирургические центры способствует улучшению результатов лечения.