

ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ім. М. ГОРЬКОГО
АСОЦІАЦІЯ ХІРУРГІВ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ

Український Журнал Хірургії
Украинский Журнал Хирургии
Ukrainian Journal of Surgery

Науково-практичний журнал

Виходить шість разів на рік
Заснований у квітні 2008 року

№ 2 (11), 2011

Донецьк
Асоціація хірургів Донецької області
2011

УДК 617(477)(051.2)

Головний редактор: П.Г. Кондратенко

Заступник головного редактора: О.І. Міміношвілі

Заступник головного редактора: М.В. Конькова

Відповідальний секретар: М.Л. Смирнов

Редакційна рада:

В.П. Андрущенко (Львів)	Л.Я. Ковальчук (Тернопіль)
О.Є. Бобров (Київ)	Я.Г. Колкін (Донецьк)
В.В. Бойко (Харків)	В.М. Копчак (Київ)
Г.В. Бондар (Донецьк)	Ф.Г. Кулачек (Чернівці)
В.І. Бондарєв (Луганськ)	О.В. Лігоненко (Полтава)
С.М. Василюк (Івано-Франківськ)	В.М. Лобас (Донецьк)
І.Є. Верхулецький (Донецьк)	В.І. Лупальцов (Харків)
С.В. Веселий (Донецьк)	В.І. Мамчич (Київ)
В.О. Вишневецький (Москва)	Б.О. Матвійчук (Львів)
О.Ф. Возіанов (Київ)	М.М. Милиця (Запоріжжя)
І.Д. Герич (Львів)	С.О. Мунтян (Дніпропетровськ)
С.О. Гешелін (Одеса)	В.Г. Мішалов (Київ)
В.М. Грона (Донецьк)	М.Ю. Ничитайло (Київ)
В.В. Грубнік (Одеса)	О.С. Ніконенко (Запоріжжя)
Ф.І. Гюльмамєдов (Донецьк)	М.П. Павловський (Львів)
В.К. Денисов (Донецьк)	Ю.В. Поляченко (Київ)
В.І. Десятерик (Кривий Ріг)	М.П. Попик (Львів)
І.Я. Дзюбановський (Тернопіль)	В.І. Русин (Ужгород)
І.М. Дикан (Київ)	Ю.С. Семенюк (Рівне)
О.І. Дронов (Київ)	Ю.П. Серняк (Донецьк)
Ю.В. Думанський (Донецьк)	І.Є. Сєдаков (Донецьк)
О.А. Єпіфанцев (Донецьк)	В.О. Сипливий (Харків)
І.П. Журило (Донецьк)	Т.І. Тамм (Харків)
Б.С. Запорожченко (Одеса)	М.І. Тутченко (Київ)
М.П. Захараш (Київ)	П.Д. Фомін (Київ)
Н.В. Кабанова (Донецьк)	О.Ч. Хаджиєв (Сімферополь)
В.М. Казаков (Донецьк)	В.І. Черній (Донецьк)
О.Є. Каніковський (Вінниця)	В.О. Шапринський (Вінниця)
А.М. Кардаш (Донецьк)	С.Д. Шаповал (Запоріжжя)
В.Й. Кімакович (Львів)	І.М. Шевчук (Івано-Франківськ)
В.М. Клименко (Запоріжжя)	І.В. Ярема (Москва)
	В.Г. Ярешко (Запоріжжя)

Журнал внесено в перелік наукових фахових видань України

Рішення Президії ВАК України від 27.05.2009 № 1-05/2

Матеріали публікуються українською, російською, англійською мовами.
Усі статті рецензуються.

Рекомендовано до видання Вченою радою Донецького національного медичного університету ім. М.Горького (протокол № 3 від 15.04.2011)

Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається лише з письмового дозволу редакції та з посиланням на джерело. Відповідальність за добір та викладання фактів у статтях несуть автори, а за зміст рекламних матеріалів – рекламодавці.

**Український
Журнал
Хірургії**

Засновники:

Донецький національний
медичний університет
ім. М.Горького,
Асоціація хірургів Донецької
області

**Свідоцтво про державну
реєстрацію:**

КВ № 14759–3730ПР від 17.12.2008

Видавець:

Асоціація хірургів Донецької
області

Адреса редакції і видавця:

83047, м. Донецьк,
вул. Багратіона, 19,
кафедра хірургії
Донецького національного
медичного університету
ім. М.Горького,
Асоціація хірургів Донецької
області

Адреса для кореспонденції:

83047, м. Донецьк, а/с 2236
e-mail: ujs@dsmu.edu.ua
www: http://www.uj.s.dsmu.edu.ua
тел.: (062) 221-57-64

Друк:

«Норд Комп'ютер»,
83003, Україна, м. Донецьк,
вул. Разенкова, 6;
тел.: (062) 389-73-82
Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи А00 № 737160 від 04.11.1998
Тираж 500 прим.
Замовлення № 831

УДК [616.366-002.1+616.381-002]-089-06

*М.В. Безручко, С.В. Малик, С.П. Кравченко, О.С. Осінов, О.М. Кузьменко***ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ З МІСЦЕВИМ ПЕРИТОНІТОМ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКИМ ЗАГАЛЬНИМ СТАНОМ***ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава*

В структурі гострого холециститу пацієнти з тяжким загальним станом складають 15-20%, а результати їх лікування є незадовільними. Метою дослідження було розробити малоінвазивний спосіб лікування даної патології у пацієнтів цієї групи та знизити відсоток післяопераційних ускладнень та летальності. Проаналізовано результати лікування 16 пацієнтів (контрольна група), яким виконано холецистектомію відкритим або лапароскопічним доступом, та 11 пацієнтам (основна група) яким виконано мікрохолецистостомія під ультразвуковим контролем з мукоклазією та дренивання підпечінкового простору за методикою розробленою в клініці. У контрольній групі відмічено поглиблення тяжкості стану пацієнтів після операції. Післяопераційні ускладнення розвинулися в 56,3% пацієнтів, летальність – 18,7%. У основній групі після проведеного лікування, в першу добу, відмічено зменшення тяжкості стану пацієнтів. Післяопераційні ускладнення розвинулися 27,3% пацієнтів, летальність склала 9,1%. Отже застосування традиційних радикальних операцій у таких пацієнтів супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю, а запропонований спосіб дозволив ефективно лікувати цих пацієнтів і зменшити відсоток післяопераційних ускладнень та летальності.

Ключові слова: гострий холецистит, перитоніт, хірургічне лікування, мікрохолецистостомія, мукоклазія.

В структурі гострої хірургічної патології органів черевної порожнини, гострий холецистит (ГХ) займає третє місце. Незважаючи на значні успіхи в біліарній хірургії, широке впровадження відеоендоскопічних технологій в планову хірургію хронічного калькульозного холециститу, частка ГХ не зменшується, а в його структурі пацієнти з тяжким загальним станом складають 15-20%. Лікування таких хворих залишається актуальною проблемою. Частота післяопераційних ускладнень в цій групі, після традиційних видів хірургічних втручань, незважаючи на досягнення сучасної анестезіології, залишається досить високою, а післяопераційна летальність за даними деяких авторів сягає 30% [1, 6].

Тому пошук оптимального методу хірургічного лікування даної категорії пацієнтів залишається актуальним.

При встановленні діагнозу «гострий холецистит» пацієнту зазвичай проводять консервативну терапію, а за відсутності ефекту виконують операцію [6, 7].

Холецистектомія є найбільш ефективним способом лікування ГХ. Але у хворих похилого та старечого віку, які мають тяжку супутню патологію з декомпенсацією основних систем життєзабезпечення, виконання холецистектомії супроводжується високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику. Тому

таким хворим виконують мінімальні за обсягом втручання, спрямовані на зняття гіпертензії в жовчному міхурі (ЖМ) [3, 5].

Відомо багато способів лікування таких пацієнтів, наприклад: відкрита холецистостомія, відеолапароскопічно контрольоване черезшкірне дренивання ЖМ, черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія під ультрасонографічним контролем та інші [1, 2, 4, 6, 8].

Недоліками цих способів є: висока частота неспроможності холецистостоми, рецидив клініки ГХ після видалення дренажа, необхідність ендотрахеального наркозу та накладання карбоксиперитонеуму, що є небажаним у таких пацієнтів, небезпека пошкодження обох стінок ЖМ, підтікання жовчі з проколу стінки ЖМ, перивезикальних ускладнень, контролю підтікання жовчі чи крові з місця дренивання, а основним недоліком є неможливість застосування цих методик при появі місцевих перитонеальних явищ [2, 4, 6].

Метою дослідження було розробити малоінвазивний спосіб хірургічного лікування, який би дозволив ефективно лікувати гострий деструктивний холецистит з місцевим перитонітом у пацієнтів з тяжким загальним станом та знизити відсоток післяопераційних ускладнень та летальності в даній категорії пацієнтів.

Матеріал та методи

В 2010 році під нашим спостереженням знаходилось 27 пацієнтів з гострим деструктивним холециститом, місцевим перитонітом та тяжкою супутньою патологією. Ступінь тяжкості за шкалою APACHE II склав $27 \pm 3,5$ балів. Усі пацієнти за видом оперативного лікування були розподілені на 2 групи. До I групи увійшло 16 (59,3%) пацієнтів яким під ендотрахеальним наркозом виконана холецистектомія відкритим доступом – 9 пацієнтів та лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) – 7 пацієнтів. До II групи увійшло 11 (40,7%) пацієнтів яким виконана мікрохолецистостомія під ультразвуковим контролем з мукоклазією та дренування підпечінкового простору за методикою розробленою в клініці (Патент України на корисну модель №51713). Мініінвазивні маніпуляції проводилися з використанням ультразвукового апарату «Алока» та хірургічного набору «міні-асистент».

За віком, статтю, структурою та тяжкістю супутньої патології морфологічними змінами в ЖМ, строками госпіталізації досліджувані групи були співставимі. Середній вік хворих становив $69 \pm 5,6$ роки. Усі пацієнти були обстежені клінічно, лабораторно та інструментально в достатньому обсязі.

В структурі супутньої патології домінуючою була серцево-судинна патологія, в I групі вона зафіксована у 15 (93,8%) пацієнтів, а в II групі – в усіх пацієнтів; патологія системи дихання виявлена у 6 (37,5%) та у 4 (36,4%) випадків відповідно; цукровий діабет та ожиріння спостерігалось у 5 (31,3%) пацієнтів I групи та 3 (27,3%) – II; інша патологія виявлялася у 2 (12,5%) пацієнтів I та стількох же (18,2%) пацієнтів II групи. Майже у всіх хворих спостерігалася комбінація двох і більше супутніх захворювань кількість яких збільшувалася прямопропорційно до збільшення віку пацієнтів.

В доопераційному періоді всім пацієнтам проводили консервативну терапію з корекцією гемодинаміки та супутньої патології, антибактеріальною, спазмолітичною терапією яка по суті являлася передопераційною підготовкою.

Результати та обговорення

В I групі інтраопераційно флегмонозний холецистит встановлено у 10 (62,5%) пацієнтів, гангренозний – у 6 (37,5%) пацієнтів. Тяж-

кість загального стану у всіх пацієнтів цієї групи після операції поглибилася в середньому на $3 \pm 0,5$ бали за шкалою APACHE II. Післяопераційні ускладнення розвинулися в 9 (56,3%) пацієнтів, в їх структурі домінували порушення з боку систем життєзабезпечення (пневмонія, тромбоемболія легеневої артерії, енцелопація, інфаркт міокарда, гостра печінкова та ниркова недостатність, кровотечі з гострих виразок шлунково-кишкового тракту та ін.). Післяопераційна летальність склала 18,7% (померло 3 хворих). Середня тривалість перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі склала $15 \pm 2,5$ діб.

У II групі в першу добу після госпіталізації усім пацієнтам застосовано спосіб лікування розроблений в клініці, суть якого полягає в накладанні холецистостоми шляхом черезшкірно-черезпечінкового дренування ЖМ під ультразвуковим контролем стилеткатетерною системою типу «pig tail», декомпресії та санації ЖМ; ревізії, санації та дренуванні підпечінкового простору поліхлорвениловим трубчастим та напіврукавичковим гумовим дренажами з мінілапаротомного доступу в правому підребер'ї за допомогою набору «міні-асистент» з відеолапароскопічним асистуванням; проведенням протягом 4-5 діб санації порожнини ЖМ розчином антисептику, з наступним виконанням на 4-5 добу холецистостулографії та при рентгенологічному підтвердженні непрохідності міхурової протоки, без видалення конкрементів, виконували хімічну мукоклазію введенням 96% розчину етилового спирту.

В цій групі флегмонозний холецистит констатовано у 7 (63,6%) пацієнтів, гангренозний – у 4 (36,4%) пацієнтів. Тяжкість загального стану пацієнтів на першу добу, після проведеного дренування ЖМ та під печінкового простору, за шкалою APACHE II зменшувалася в середньому на $2 \pm 0,5$ бали. А в подальшому на фоні консервативної терапії з корекцією супутньої патології досягалося зменшення тяжкості загального стану на 5-7 балів за шкалою APACHE II. Дренажі з підпечінкового простору видалялися після регресу явищ місцевого перитоніту та відсутності патологічних виділень по них, в середньому на $4 \pm 1,5$ добу післяопераційного періоду. Повний регрес клініки ГХ спостерігався через 6 ± 2 діб. Склерозування ЖМ відбувалося протягом $18 \pm 3,5$

діб, контроль за цим процесом здійснювали за допомогою ультразвукової діагностики (УЗД) шляхом визначення розмірів порожнини ЖМ. Пацієнти в хірургічному відділенні перебували $10 \pm 2,5$ діб, з подальшим переводом їх в відділення терапевтичного профілю, де продовжувалося спостереження. Рецидивів ГХ за час перебування пацієнтів під спостереженням в терапевтичних стаціонарах не було. В подальшому протягом 6 місяців вдалося відстежити долю 8 пацієнтів – рецидивів ГХ не відмічено.

Післяопераційні ускладнення розвинулися у 3 (27,3%) пацієнтів: у одного – незначна кровотеча з місця пункції печінки, у 2 – незначне підтікання жовчі, які припинилися самостійно та не потребували додаткового втручання. Летальність у цій групі склала 9,1%, помер 1 пацієнт у якого на фоні гострого порушення мозкового кровообігу розвинувся ішемічний інсульт.

Санация та дренування підпечінкового простору сприяє ліквідації проявів місцевого перитоніту, дозволяє візуально оцінити стан стінки ЖМ, контролювати стан холецистостоми; введення 96% розчину етилового спирту сприяє склерозуванню стінки та облітерації порожнини жовчного міхура, що призводить до ліквідації його як органу. Це дозволяє уникнути великого оперативного втручання, в даній категорії пацієнтів, зменшити відсоток післяопераційних ускладнень та летальності і уникнути повторних нападів гострого холецистити в майбутньому.

Висновки

1. Проблема лікування ГХ з явищами місцевого перитоніту у пацієнтів з тяжким загальним станом є досить актуальною та потребує пошуку нових методів лікування.

2. Лікувальна тактика з застосуванням традиційних радикальних оперативних втручань в лікуванні даної категорії пацієнтів супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень (56,3%) та летальністю (18,7%).

3. Застосування запропонованого способу дозволило ефективно лікувати гострий деструктивний холецистит з місцевим перитонітом у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією та зменшити відсоток післяопераційних ускладнень (27,3%) та летальності (9,1%).

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ХОЛЕЦИСТИТА С МЕСТНЫМ ПЕРИТОНИТОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОБЩИМ СОСТОЯНИЕМ

М.В. Безручко, С.В. Малик, С.П. Кравченко, А.С. Осипов, А.Н. Кузьменко

В структуре острого холецистита пациенты с тяжелым общим состоянием составляют 15-20%, а результаты их лечения являются неудовлетворительными. Целью исследования было разработать малоинвазивный способ лечения данной патологии у этих пациентов и снизить процент послеоперационных осложнений и летальности. Проанализированы результаты лечения 16 пациентов (контрольная группа), которым была выполнена холецистэктомия открытым или лапароскопическим доступом, и 11 пациентам (основная группа) – микрохолецистостомия под ультразвуковым контролем с мукоклазией и дренирование подпеченочного пространства по методике, разработанной в клинике. В контрольной группе отмечено усугубление тяжести состояния пациентов после операции. Послеоперационные осложнения развились в 56,3% пациентов, летальность – 18,7%. В основной группе после проведенного лечения, в первые сутки, отмечено уменьшение тяжести состояния пациентов. Послеоперационные осложнения развились 27,3% пациентов, летальность составила 9,1%. Следовательно, применение традиционных радикальных операций у таких пациентов сопровождается высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью, а предложенный способ позволил эффективно лечить этих пациентов и уменьшить процент послеоперационных осложнений и летальности.

Ключевые слова: острый холецистит, перитонит, хирургическое лечение, микрохолецистостомия, мукоклазия.

SURGICAL TREATMENT OF AN ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS WITH A LOCAL PERITONITIS AT PATIENTS WITH A SEVERE GENERAL CONDITION

M.V. Bezruchko, S.V. Malyk, S.P. Kravchenko, A.S. Osipov, A.S. Kuzmenko

In structure of acute cholecystitis patients with a severe general condition make 15-20%, and results of their treatment are unsatisfactory. A purpose of the study was to develop minimally invasive method of treatment of the given pathology at these patients and to lower percent of postoperative complications and mortality. Results of treatment of 16 patients (control group) with which the cholecystectomy opened or laparoscopic has been executed by access, and to 11 patients (main group) – a microcholecystostomy under ultrasonic control with mucoclasia and a drainage subhepatic space by a technique developed in clinic are analyzed. In the control group noted aggravation of gravity the condition of patients postoperative. Postoperative complications have developed in 56,3% of patients, a mortality – 18,7%. In the main group after provide treatment, in the first days, noted decrease of gravity a condition of patients. Postoperative complications have developed 27,3% of patients, the mortality has made 9,1%. Hence application of traditional radical operations for such patients is accompanied

by high frequency of postoperative complications and mortality, and the offered way has allowed to treat effectively these patients and to decrease percent of postoperative complications and mortality.

Key words: an acute cholecystitis, peritonitis, surgical treatment, microcholecystostomy, mucoclasia.

ЛІТЕРАТУРА

1. Чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия в лечении острого холецистита / Б.С. Брискин, А.М. Минаян, М.А. Васильева [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. – № 1. – С. 98-107.
2. Облитерация просвета желчного пузыря у больных с высоким операционным риском / А.А. Гуляев, С.Г. Шаповальянц, В.А. Бузова [и др.] // *Хирургия*. – 1998. – № 9. – С. 42-44.
3. Коваленко Б.С. Тактика лечения больных острым холециститом с высокой степенью операционно-анестезиологического риска / Б.С. Коваленко, О.В. Захаров, С.А. Колесников // *Харківська хірургічна школа*. – 2009. – № 3.1 (35). – С. 114-115.
4. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной хирургии / М.В. Конькова – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
5. Падишина Л.Г. Острый холецистит у лиц пожилого и старческого возраста / Л.Г. Падишина, А.И. Набеганов, И.С. Морозов // *Новые технологии в хирургической гепатологии: Мат. 3 конф. хирургов-гепатол.* – СПб., 1995. – С.453-456.
6. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. – М.: «Трида-Х», 2006. – 640 с.
7. Руководство по хирургии желчных путей / под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева – М.: Видар, 2006. – 560 с.
8. Braun V. Gallbladder puncture and drainage as therapy of acute cholecystitis / V. Braun, W. Blank // *Med. Klin.* – 2007. – Vol. 91, № 6. – P. 359-365.

Стаття надійшла 09.02.2011