

градна папілосфінктеротомія, черезшкірна черезпечінкова холангіостомія) виконана при високому ризику операції у 103 пацієнтів. При радикальному оперативному лікуванні застосували три способи: ендоскопічний, хірургічний та комбінований. Операціями вибору при абсцесах печінки були: черезшкірна або лапароскопічна пункція (або під контролем УЗД) із зовнішнім дрениванням.

Важливими елементами оптимального лікування ГКХ і ГБС є: проточно - промивне дренивання внутрішньо- і позапечінкових протоків з щоденним введенням через дренажі розчинів антибіотиків, кортикостероїдів, метрогілу та ін.; раціональна антибактеріальна терапія до і після операції; інтенсивна інфузійна терапія (2-2,5 л на добу); активні методи детоксикації (лімфо- і гемосорбція, дискретний і мембранний плазмаферез, ультрафільтрація на фоні резистентної гіпергідратації, УФОК, введення сорбентів (0,5 – 1% водної суспензії “Сілікс”) через дренаж у жовчні протоки); імунотерапія (Т-активін, ендолімфатичне введення тималіну та ін.); внутрішньочеревний електрофорез лікарських препаратів; регіонарна, загальна та поєднана лазеротерапія; профілактика печінкової недостатності антиоксидантами (вітамін Е, мефоксин, цефокситин натрію, MSD); зрошування жовчних протоків розчином мефоксину в 100 мл 0,25% новокаїну протягом 5-7 діб; введення гепатопротекторів; симптоматичні засоби (вітаміни групи В, С, АТФ, кокарбоксілаза, еуфілін тощо).

За останні 4 роки в клініці розроблені і впроваджені 6 винаходів, які значно поліпшили результати лікування.

Використання комплексної терапії із застосуванням озонотерапії призводило до ліквідації клінічних ознак ГКХ і ГБС, нормалізації лабораторних показників (білірубіну, лужної фосфатази, АСТ, АЛТ, малонового діальдегіду, показників імунореактивності організму), зниження рівня бактеріального забруднення жовчі (нижче  $10^5$  мікробних тіл у 1 мл), зворотнього розвитку рентгенологічних ознак гострого холангіту (стертість, розмитість і зурація жовчних протоків), нормалізації фіброхоледоскопічної картини. Після операції померло 5 пацієнтів (4,3%) з тяжкою печінково-нирковою недостатністю на фоні холангіогенних абсцесів печінки та сепсису. До 1990 року після операційна летальність становила 27,3%.

### Висновки

Малоінвазивні хірургічні втручання із назобілярним дрениванням є радикальними і високоефективними (60,5% випадків), дозволяють ліквідувати причину обтураційної жовтяниці та хо-

лангіту при низькій кількості ускладнень та незначних термінах перебування в стаціонарі.

### Перспективи подальших досліджень

Продовжити подальші розробки схем антибактеріальної терапії із використанням сучасних препаратів.

### Література

1. Колкін Я.Г. Сучасні тенденції лікування обтураційної жовтяниці і холангіту жовчнокам'яного генезу / Я.Г. Колкін, В.В. Хацко, О.М. Дудін // Вестник неотл. и восстанов. медицины. – 2007. – Т. 8, № 3. – С. 338 – 340.
2. Ничитайло М.Ю. Ендоскопічні транспапільярні втручання у хворих на гострий холангіт, спричинений холедохолітіазом / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, А.В. Скумс // Клініч. хірургія. – 2007. – № 2 – 3. – С. 78.
3. Острый холецистит с острым обтурационным холангитом / Н.Т.Чемодуров, С.Н.Леоненко, В.И.Летюк [и др.] // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2 – 5.10.2010 р. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 222.
4. Отведение желчи при остром гнойном холангите / В.Н.Старосек, А.Е.Грин-ческу, А.К.Влахов [и др.] // Матер. XXII з'їзду хірургів України, 2 – 5.10.2010 р. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С.162 – 163.

*Хацко В.В., Кузьменко А.Е., Межаков С.В., Карпыш В.А., Фоминов В.М.*

### Комплексное лечение острого калькулезного холангита

**Резюме.** Проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 152 больных с ГКХ. Предложены оптимальные принципы пред- и послеоперационного лечения. При радикальном оперативном лечении применяли три способа: эндоскопический, хирургический и комбинированный. В результате лечения послеоперационная летальность снизилась с 27,3% до 4,3%.

**Ключевые слова:** острый калькулезный холангит, диагностика, лечение.

*Khatsko V.V., Kuzmenko A.E., Mejakov S.V., Karapysh V.A., Fominov V.M.*

### Treatment of Acute Calculous Cholangitis

**Summary.** The results of diagnostics and surgical treatment of 152 patients with acute biliary cholangitis at a choledocholithiasis. The optimal principles pre- and postoperative treatment new methods of treatment of an acute cholangitis. At radical operative treatment applied three means: endoscopic, surgical and combined. As a result of the advanced treatment the postoperative lethality has decreased from 27,3 % up to 4.3 %.

**Key words:** acute calculosis cholangitis, diagnostics, treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.366 – 003.7:616 – 089

*Шевченко Б.Ф., Бабий А.М., Поляк Н.В.*

### Миниинвазивные органосохраняющие операции при желчнокаменной болезни

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», Днепропетровск

**Резюме.** На основании операций у 59 пациентов, выявлено, что выполнение миниинвазивной органосохраняющей операции – ХЛТ при неосложненном ОХЛ сохраняет физиологию пищеварения, ликвидирует вероятность появления постхолецистэктомического синдрома.

**Ключевые слова:** миниинвазивные органосохраняющие операции, холецистит.

**Постановка проблемы и анализ последних исследований.** Попытки выполнения органосохраняющих операций при холецистолитиазе (ХЛ), в частности применение холецистолитотомии (ХЛТ), выполнялись часто, однако, поддавались критике и не приживались в связи с рецидивом камнеобразования (до 40%), обусловленного сохраняющимися после операции основными звеньями патогенеза ХЛ [1,4,5]. В последнее время все большего значения набирает научно-дифференцированный

подход к выбору метода лечения ХЛ – удаление желчного пузыря (ЖП) или удаление конкрементов с сохранением ЖП [2,3,6,7]. Однако, по сей день остаются нерешенными вопросы показаний к органосохраняющим операциям, технике их выполнения и проведения противорецидивного лечения.

**Цель исследования:** уточнить показания, усовершенствовать технику органосохраняющих операций при хирургическом лечении одиночного холецистолитиаза (ОХЛ) и разработать реабилитационную программу после холецистолитотомии.

### Материал и методы исследования

Обследованы 253 больных с ОХЛ. У 112 диагностирован неосложненный ОХЛ, среди которых – 101 женщина и 11 мужчин. В ходе проведенного рандомизированного исследования ХЛТ выполнена у 59 пациентов. Возраст 21-70 (34,8±11,5) лет. Средняя длительность

заболевания – 3,1±1,2 года.

В порциях «В», «С» интраоперационной желчи определяли холестеринный (ХХК) и фосфолипидно-холестеринный (ФХК) коэффициенты по методу И.И. Шелекетиной (1990). Моторно-эвакуаторную функцию (МЭФ) ЖП оценивали по методике З.А. Лемешко (1995) и Р.А. Иванченковой (2005). После ХЛТ для восстановления МЭФ ЖП выполняли электромиостимуляцию (ЭМС) ЖП аппаратом «GYMFORM 4» в течение 20 мин, силой тока – от 5 до 30 мА, режимом работы – прерывистый, с серией модулированных колебаний и паузой 0,2-1,0 с, 2-3 раза в день 7 дней каждого месяца в сочетании с приемом препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК), (10 мг/кг), 3-6 мес.

### Результаты исследований и их обсуждение

В ходе исследования были разработаны и уточнены показания для проведения ХЛТ:

- Желание пациента, при его полной информированности о возможности рецидива камнеобразования, согласие пациента на проведение профилактических мероприятий в послеоперационном периоде.

- По данным клинико-лабораторного исследования: возраст больного от 21 до 70 лет; бессимптомный и неосложненный симптомный ОХЛ; отсутствие в биохимическом анализе крови признаков холестаза и цитолиза.

- По данным УЗИ: отсутствие признаков острого воспаления ЖП; одиночные конкременты, которые легко смещаются в полости ЖП, отсутствие осадка или сладжа; размер конкремента до 25-30 мм; сохраненное желчеотделение при определении МЭФ ЖП.

- По данным дуоденального зондирования: наличие пузырной желчи (порция «В»); микроскопически отсутствие в ней признаков воспаления.

- По данным ФЭГДС и рентгеноскопии желудка и ДПК: отсутствие органической патологии большого сосочка ДПК и дуоденостаза.

- По интраоперационным данным: отсутствие макроскопических признаков острого воспаления ЖП; отсутствие выраженного перипроцесса с рубцовой деформацией и перетяжками ЖП; отсутствие аномалий развития ЖП; целостность слизистой оболочки ЖП.

Показатели МЭФ ЖП: нормотония установлена – у 56,6 %, гипотония – у 43,4 %. Показатели ХХК и ФХК свидетельствовали о литогенной желчи у всех больных. На этапе освоения органосохраняющих операций при ОХЛ применяли способ комбинированной ХЛТ (n=16) (сочетание лапароскопии из мини-доступа в правом подреберье длиной до 3-4 см). По мере освоения операции начали применять способы лапароскопической ХЛТ (ЛХЛТ) через дно ЖП (n=36) и через печеночную поверхность ЖП (n=7). Операцию начинали с пункции полости ЖП через дно или переходную складку с ЖП на печень. Использовали пункционно-дренирующую иглу с проводником (G-18, F-8). Полость промывали раствором фурацилина или NaCl до чистых вод. На заполненном ЖП проводили разрез его стенки в безсосудистой зоне на длину, которая равнялась диаметру конкремента по данным УЗИ. Ревизию полости ЖП проводили с помощью эндоскопа фирмы “Olympus” или лапароскопа, а литэкстракцию – зажимом Беккоа или корзинкой Дормиа. Разрез ЖП ушивали интракорпорально прецизионным наложением однорядного непрерывного серозно-мышечного вворачивающегося шва (Vicryl или Monocryl 3/0, 4/0). Конкремент помещали в эндоконтейнер и удаляли через эпигастральный порт. Обязательным было дренирование над- и подпеченочного пространств. После ХЛТ, с 3 суток, проводили ЭМС ЖП и назначали УДХК. После курсовой ЭМС ЖП отмечалось максимальное увеличение МЭФ с (31,0±2,05) % до (59,34±4,11) %, (p<0,001). Симптоматически при появлении болевого синдрома назначали селективные спазмолитики (препараты мебеверина), при обстипационном – пребиотики (препараты лактулозы). Достоверной разницы между длительностью выполнения ЛХЛТ (55,28±3,16) мин., КХЛТ (44,12±5,24) мин. и ЛХЭ (43,83±4,03) мин. не отмечалось (p>0,05). В раннем послеоперационном периоде в 3 случаях (5,1 %) отмечали желчеистечение, которое

прекратилось самопроизвольно на 2 сутки. Отдаленные результаты изучили у 43 (72,8 %) пациентов в сроки до 4,5 лет. Резидуальный холецистолитиаз отмечен в 2 (3,4 %), а сладж и/или взвесь – в 5 (8,5 %) случаях. В 1 (2,5 %) случае рецидив ХЛТ был связан с кровотечением и образованием сгустка в полости ЖП после наложения интракорпорального шва. После ХЛТ по данным УЗИ МЭФ увеличилась до (43,82±2,12) %. Нормотония ЖП возросла до 75,7 %, гипотония оставалась у 24,3 % (p<0,05). Применение УДХК приводило к повышению ХХК и ФХК в порции «В» в 2,5-2,6 раз, а в «С» – в 1,5-1,7 раз соответственно (p<0,01). В отдаленном периоде при появлении сладжа и/или взвеси в ЖП применяли слепые и/или дуоденальные зондирования с сорбитом и повторяли курс ЭМС ЖП и УДХК по разработанной методике.

### Выводы

Выполнение мининвазивной органосохраняющей операции – ХЛТ при неосложненном ОХЛ сохраняет физиологию пищеварения, ликвидирует вероятность появления постхолецистэктомического синдрома.

Применение разработанной реабилитационной программы после ХЛТ препятствует рецидиву холецистолитиаза.

### Перспективы дальнейших исследований

Усовершенствование способов ЛХЛТ путем применения высокотехнологичной аппаратуры

### Литература

1. Калужских В. В. Отдаленные результаты органосохраняющей операции при хроническом калькулезном холецистите / В. В. Калужских // Хирургия. – 1994. – № 1. – С. 18-20.
2. Кулиш П. А. Возможность органосохраняющих операций в хирургии желчнокаменной болезни / П. А. Кулиш, А. М. Мануйлов / Перитонит: материалы Всерос. науч. конф. с международным участием. – СПб., 2009. – С. 247-249.
3. Малоинвазивная видеоассистированная холецистолитотомия / А. Г. Бебуришвили, С. С. Нестеров, Н. Ш. Бурчуладзе, Р. Н. Аглиулов // Материалы XIV Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – М., 2011. – С. 34.
4. Отдаленные результаты лапароскопической холецистолитотомии у больных желчнокаменной болезнью / И. Д. Прудков, Т. Г. Ренева, В. В. Ходаков [и др.] // Физиология и патология гепатобилиарной системы: всесоюз. симпозиум: тезисы докл. – Томск, 1980. – С. 134-135.
5. Gallstone recurrence after successful percutaneous cholecystolithotomy: a 10-year follow-up of 439 cases / Y. P. Zou, J. D. Du, W. M. Li [et al.] // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. – 2007. – Apr., Vol. 6 (2). – P. 199-203.
6. Gas-free single-port transumbilical laparoscopic cholecystolithotomy: preliminary report on eight cases / H. Hu, A. Huang, W. Zhang [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2011. – Vol. 21, №3. – P. 221-225.
7. The analysis of follow-up results of 612 cases of cholecystolithiasis treated with the minimal invasive operation with gallbladder preserved via choledochoscopy / J. S. Liu, J. Z. Li, Q. K. Zhao [et al.] // Zhonghua Wai Ke Zhi. – 2009. – Feb., Vol. 47 (4). – P. 279-281.

Шевченко Б.Ф., Бабій О.М., Поляк Н.В.

### Мініінвазивні органозберігаючі операції при жовчнокам'яній хворобі

**Резюме.** Обстежено 253 хворих з поодиноким холецистолітіазом (ПХЛ). За критеріями відбору відібрано 112 (44,3%) з яких холецистолітіазом (ХЛТ) виконана у 59 (52,7 %), лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) - 53 (47,3 %), і вони склали групу порівняння. Розроблені способи ХЛТ, виконані у 72,8 % лапароскопічним та у 27,2 випадків комбінованим способом. У ранньому післяопераційному періоді відмічено жовчевитікання в 3 випадках (5,1 %). Віддалені результати вивчені у 43 (72,8 %) пацієнтів в терміни до 4,5 років, резидуальний холецистолітіаз виявлений в 2 (3,4 %) випадках.

**Ключові слова:** поодинокий холецистолітіаз, холецистолітіаз, профілактика рецидивів.

Shevchenko B.F., Babiy O.M., Polyak N.V.

### Miniinvasive Organ-Saving Operations in Case of Biliary Calculosis

**Summary.** There were examined 253 patients with single cholecystolithiasis (SCL). Using criteria there were chosen 112 (44,3 %) patients for organ-saving operation – cholecystolithotomy (CLT), this operation was

performed in 59 (52,7 %) patients. In the rest of patients – 53 (47,3 %) patients there were performed laparoscopic cholecystectomy (LCE) – comparing group. CLT was performed in 72,8 % by laparoscopic way and in 27,2 % by combinative way.

During the early postoperative period there was bile leaking in 3 (5,1%) cases. The remote results were studied in 43 (72,8 %) patients during 4,5

years. Residual cholecystolithiasis was in 2 (3,4 %) cases.

**Key words:** *single cholecystolithiasis, cholecystolithotomy, prevention recurrence, remote results.*

Поступила 25.06.2012 года.

*Шепетько Є.М., Заплавський А.В., Єфремов В.В., Лобода С.С., Остафійчук В.В.*

## **Еволюція хірургічної тактики та методів лікування гострих виразкових гастроуденальних кровотеч**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

**Резюме.** Розроблена і впроваджена концепція сучасного хірургічного лікування гострокровоточивих гастроуденальних виразок, з наступними положеннями: 1) ендоскопічний гемостаз (комбінований ін'єкційний + капрофер, аргоноплазменна коагуляція, лазерна фотокоагуляція) езомеразол 2) внутрішньовенні ППП (омепразол, пантопрозол, езомеразол) із рН-моніторингом, 3) активно-індивідуалізованої тактика з математичним прогнозуванням РПК; 4) ерадикаційна (антихеликобактерна) терапія згідно Маастрихтських консенсусів, 5) пілорозберігаючий напрямок в хірургії гостро кровоточивих гастроуденальних виразок; 6) апаратні методи, ультразвуковий скальпель, зварювальний апарат, гемопоетичні стовбурові клітини.

**Ключові слова:** *гострокровоточиві гастроуденальні виразки, сучасне хірургічне лікування.*

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** Лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч є актуальним питанням у зв'язку з тим, що їх частота із кожним роком зростає. За даними різних авторів, летальність при шлунково-кишкових кровотечах коливається від 8,1% до 30% [1,2,3,4,5,6,7]. Кількість пацієнтів з виразковими кровотечами в Україні з 1995 по 2007 р. виросло з 196,1 до 200,4 на 10000 хворих з гастроуденальними виразками [8,9]. Тому актуальним залишається вдосконалення тактики лікування хворих з гастроуденальними кровотечами на основі впровадження нових ендоскопічних технологій і сучасних схем медикаментозної терапії [2,5,9].

### **Матеріал і методи дослідження**

За період з 1982 р. по 2011 р. проліковано 31831 хворих в Київському центрі шлунково-кишкових кровотеч, розподіл структури ГШКК із причин була таким: 1) виразкова хвороба - 53,1%, 2) ерозивний гастроуденіт - 14,3%, 3) пухлинні кровотечі - 10,1 %, 4) синдром Меллорі-Вейса - 7,5%, 5) цироз печінки - 7,2%, 6) інші захворювання - 7,8%.

Порівнюючи динаміку структури кровотеч за 1-й і 2-й періоди (1982-2006р. і 2007-2011р.), відносна кількість пацієнтів з виразковими кровотечами незначно зменшилася з 53,7% до 49,7%, разом з тим збільшилася кількість кровотеч із флєбектазій страховоходу при цирозі печінки в 2,2 рази (з 6,1% до 13,4%), а також збільшилася кількість випадків кровотеч при синдромі Меллорі-Вейса в 1,2 рази (з 7,3% до 8,7%), пухлинні кровотечі знизилися з 10,5% до 7,5%, а кількість випадків кровотеч при інших захворюваннях практично залишилися на одному рівні (6,8% і 6,5%). У дослідження включено два періоди спостережень за пацієнтами з ГШКК: I період (2006-2008р.) - 1696 пацієнтів (виразка шлунка - 646 (38,1%), виразка дванадцятипалої кишки - 1050 (61,9%)); II період (2009-2011р.) - 1321 пацієнт (виразка шлунка - 425 (32,2%), виразка дванадцятипалої кишки - 896 (67,8%).

### **Результати дослідження та їх обговорення**

При порівнянні вікової структури хворих за два періоди досліджень (2006-2008р.) і (2009-2011р.) Слід зазначити, що в другому періоді зменшилася в 1,55 рази кількість жінок у середній віковій групі (30-60 років), у той час у старшій віковій категорії (старше 60 років) відносна кількість жінок збільшилася в 1,64 рази (з 34,8% до 57,1%) (p < 0,05).

Ступінь важкості кровотрати характеризувалася збільшенням помірної кровотрати в II періоді в 1,23 рази (або на 7,3%), при незначному зменшенні важкої кровотрати на 4,4% (p > 0,05). Статистично достовірної різниці між відносними по-

казниками кровотрати середньої важкості в I і II періодах не виявлено.

Порівняльна характеристика ендоскопічної кровотечі в зазначені періоди характеризувалася зменшенням питомої ваги стабільного гемостазу (F-III) в 1,65 рази (з 30,6% по 18,6%), разом з тим відзначене збільшення відносної кількості нестабільного гемостазу F-II в 1,14 разів, або на 9,1% (з 64,4% до 73,5%), з більш вираженим ростом відносної кількості ендоскопічно нестабільного гемостазу F-III і F-IV (F-IV на 0,7%; (p > 0,05); F-III на 4,3%, (p > 0,05); F-IV на 4,1%, (p > 0,05)). Це свідчить про більшу загрозу рецидиву кровотечі серед пацієнтів з нестабільним ендоскопічним гемостазом в II періоді спостережень. Привертає увагу виявлення триваючої кровотечі при ендоскопічному дослідженні, і цей факт у значній мірі характерний для II періоду спостереження, де триваюча кровотеча F-IV зустрічалася в 2 рази частіше, а показник F-IV залишився попереднім. У три рази більше зареєстрована струминна артеріальна кровотеча з виразки (F-IA) в II періоді спостережень стосовно I періоду. Все це свідчить про більш агресивне протікання гострих гастроуденальних виразок.

Розроблений алгоритм активно-індивідуальної тактики хірургічного лікування ГШКК, заснований на застосуванні невідкладних (превентивних) операцій у перші 6-12 год. (до 24 год.) при госпіталізації, нестабільному гемостазі і високому ризику РПК, з використанням системи прогнозування ризику РПК на основі покровового дискримінантного аналізу. Ризик РПК = (3x X1) + (2 x X2) + X3 + X4, де X1 - розмір виразки, X2 - ступінь гемостазу у виразці, X3 - ступінь важкості кровотечі, X4 - вік хворого [Фомін П. Д., Козлов С. Н., 1999]. При перерахуванні по бальній шкалі ризик РПК наступний: високий (89,1%) – сума балів 16, середній (34%) - сума балів 10-16, малий (5,6%) - сума балів < 10.

У хірургічному лікуванні гострокровоточивих (ГК) виразок ДПК розроблений і впроваджений пілорозберігаючий напрямок, як система заходів, заснованих на використанні всіх можливостей для збереження інтактного ворота. Порівнюючи дані за два періоди спостережень, не було виконано ні однієї резекції шлунка при ГК дуоденальних виразках, відсоток паліативних втручань зменшився в 2,7 рази (з 18,9% до 7,1%), а СВ + АЭ збільшилася в 1,3 рази (з 37,8% до 50%). При шлункових ГК виразках основною є резекція шлунка в різних модифікаціях. Впроваджуючи пілорозберігаючий напрямок у хірургічному лікуванні ГК виразок шлунка сегментарну резекцію зі збереженням ворота виконали в 19,5% пацієнтів.

Порівняння оперативних втручань за термінами їхнього виконання згідно із розробленим алгоритмом привело до позитивних результатів у вигляді значного росту кількості невідкладних (превентивних) операцій у перші 6-12 годин (до 24 годин) з моменту госпіталізації хворого при нестабільному гемостазі і високому ризику раннього рецидиву кровотечі в 3,6 рази (з 6,4% до 23,1%). Разом з тим, завдяки впровадженню активно-активно-індивідуалізованої тактики з акцентуванням уваги на невідкладні (превентивних операціях), кількість пацієнтів оперованих на висоті РПК зменшилася в 2,5 рази. Варто вважати це позитивним