5. Балаболкин М.И. Патогенез и механизм развития ангиопатий при сахарном диабете / М.И. Балаболкин // Кардиология.-2000.-№10.-С.74-87.

6. Балацкий Е.Р. Возможности ампутаций и экзартикуляций на уровне стопы у больных сахарным діабетом и облетерирующим атеросклерозом / Е.Р. Балацкий // Вісник Української медичної стоматологічної академії.-2007.-Т.7,№1-2.-С.194-197.

7. Бенсман В.М. Дискуссионные вопросы классификации синдрома диабетической стопы / В.М. Бенсман, К.Г. Триандафилов / / Хирургия. Журнал им.Н.И Пирогова.- 2009.-№4.-С.37-41.

8. Брискин Б.С. Лечения осложнений «диабетической стопи» / Б.С. Брискин, Е.А. Тарковский, Н.А. Гвоздев // Хирургия.-2006.-№10.-С.53-56.

9. Василюк С.М. Класифікація та хірургічне лікування синдрому діабетичної стопи / С.М. Василюк // Шпитальна хірургія.-2006.-№1.-С.32-35.

10. Василюк С.М. Хірургічне лікування хворх з синдромом діабетичної стопи / С.М. Василюк, М.Д. Василюк, А.Г. Шевчук // Клінічна хірургія.-2006.-№11-12.-С.76-77.

11. Галстян Г.Р. Заболевания артерий нижних конечностей у пациентов с сахарным диабетом: состояния проблемы и перспективы лечения / Г.Р. Галстян, А.Ю. Токмакова, О.Н. Бондаренко // Сахарный диабет.-2011.-№1.- С.74-79.

12. Гандзюк В.М. Досвід лікування синдрому діабетичної стопи / В.М. Гандзюк, В.В. Дундич, Л.В. Бажан // Клінічна хірургія.-2006.-№11-12.-С.77-78.

13. Герасимчук П.О. Результати хірургічного лікування ішемічно-гангренозної форми синдрому діабетичної стопи / П.О. Герасимчук / / Клін. хірургія.-2002.-№9.-С.44-46.

14. Заремба В.С. Алгоритми діагностики, прогностичної оцінки та лікування синдрому діабетичної стопи / В.С. Заремба // Хірургія України.-2009.-№2.-С.39-43.

15. Кокобелян А.Р. Синдром диабетической стопы и атеросклероз артерий нижних конечностей / А.Р. Кокобелян, Ю.М. Зигмантович // Вестник хирургии.-2006.- №3.- С.74-78.

16. Маркевич Ю.О. Сучасний підхід до класифікації, діагностики і комплексного лікування діабетичної стопи / Ю.О. Маркевич Н.І. Бойко, М.П. Павловський // М.П. AML XI.-2005.-№4.-С.105-109.

17. Митиш В.А. Возможности комплексного хирургического лечения гнойно-некротических поражений нейроишемической формы синдрома диабетической стопы / В.А. Митиш, И.А. Ерошкин, Р.Г. Галстян // Сахарный диабет.- 2009.-№1.- С.8-13.

18. Мота М. Факторы риска, ведущие к ампутации у больных сахарним діабетом / М. Мота, А. Василе, Н. Митрой // Международний эндокринологический журнал.-2005.-№1.-С.11-17.

19. Подтряпов С.Є. Загоєння ран стопи у хворих на цукровий діабет / С.Є. Подтряпов, Ю.М Гупало,О.Є. Швед // Клінічна хірургія.-2004.-№11-12.-С.83-84.

20. Роговський В.М. Комплексне лікування хворих з діабетичною ангіопатією нижніх кінцівок / В.М. Роговський, О.М. Бурківець, С.М. Віхляєв // Клінічна хірургія.-2007.-№2-3.- С.118-120.

21. Руднев Н.Е. Методи направленой терапии в комплексном лечении диабетической ангиопатии нижних конечностей / Н.Е. Руднев // Ангиология и сосудистая хірургія.-2005.-№4.-С.126-129.

22. Тараканова О.Е. Новая классификация синдрома диабетической стопы / О.Е. Тараканова, А.С. Мухин, М.Н. Кудыкин / / Нижегородский медицинский журнал.-2008.-№4.-С.155-159.

23. Токмакова А.Ю. Современная концепция диагностики и лечения хронических ран у больных с синдромом диабетической стопы / А.Ю. Токмакова // Сахарный диабет.-2009.-№1.- С.14-17.

24. Удовиченко О.В. Диабетическая стопа / О.В. Удовиченко, Н.М. Грекова.-М.:Практическая медицина,2010.-51-55 с.

25. Ульянова И.Н. Диабетическая остеоартропатия: современные методы терапии / И.Н. Ульянова, А.Ю. Токмакова, М.В. Ярославцева // Сахарный диабет.-2010.-№4.-С.70-75.

26. Ульянова И.Н. Остеопатия при синдроме диабетической стопы / И.Н. Ульянова, А.Ю. Токмакова, П.В. Юшков // Архив патологии.-2004.-Т.66,№1.-С.10-13.

27. Ярославцева М.В. Система остеопрогестерин-лиганд рецептора-активатора ядерного фактора каппа-В у пациентов с сахарным диабетом, медиакальцинозом и облитерующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / М.В. Ярославцева, И.Н. Ульянова, Г.Р. Галстян // Сахарный диабет.- 2009.- №1.- С.25-28.

28. Calcification in major vessel beds relates to vascular brain disease / D.Bos, M.A. Ikram, S.E. Elias-Smale [et.al]. //Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol.-2011.-Vol.31.-P.2331-2337.

29. Currie C.J. The epeidemiology and cost of inpatient care for peripheral vascular disease, infection, neuropathy, and ulceration in diabetes / C.J. Currie, C.L. Morgan, J.R. Peters // Diabetes Care.-2008.-Vol.21.-P.42-48.

30. Dinh T.L. A review of the mechanisms implicated in the pathogenesis of the diabetic foot / T.L. Dinh, A.A. Veves // Int. J. Low.Extrem.Wounds.-2007.-Vol.4.-P. 154-159.

31. Drueke T.B. Arterial intima and media calcification: distinct entities with different pathogenesis or all the same?/ T.B. Drueke//Clin. J.Am.Soc. Nephrol.-2008.-V.3.-P.1583-1584.

32. Frykberg R.G. Diabetic foot ulcers: pathogenesis and management / R.G. Frykberg // Am. Fam. Phyiansian.-2002.-Vol.66.-P.1655-1662.

Михалойко И.Я., Сабадош Р.В.

Склероз Менкеберга как одно из патогенетических звеньев развития синдрома диабетической стопы

Резюме. В обзоре изложены современные данные отечественных и зарубежных источников литературы об этиологии, патогенезе, клинике, диагностике и лечении склероза Менкеберга.

Ключевые слова: синдром диабетической стопы, склероз Менкеберга, диагностика, лечение.

Mykhaloyko I.Y., Sabadosh R.V.

Menkeberg's Sclerosis as Pathogenic Component of Diabetic Foot Syndrome

Summary. The review contains the latest data on domestic and foreign sources of literature on aetiology, pathogenesis, clinical picture, diagnostics and treatment of Menkeberg's sclerosis.

Keywords: diabetic foot syndrome, Menkeberg's sclerosis, diagnosis, treatment.

Надійшла 29.10.2012 року.

УДК 616-089+616.366-002+616-003.2

Осадець В.С.

Проблемні питання хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом

Кафедра хірургії №1 (зав. каф. – проф. С.М.Василюк)
Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Висвітлено основні аспекти лікування хворих із гострим калькульозним холециститом, ускладненим паравезикальним інфільтратом. Залишаються дискусійні питання щодо чітких рекомендованих термінів проведення оперативних втручань у даної категорії хворих. Діагностика даної патології і вибір методу оперативного втручання базується на даних клінічної картини, лабораторних досліджень, інструментальних і в першу чергу – ультразвукового. Лапароскопічна холецистектомія залишається золотим стандартом лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом, однак вимагає уніфікування тактичних підходів щодо термінів проведення та техніки виконання.

Ключові слова: гострий холецистит, паравезикальний інфільтрат, лапароскопічна холецистектомія.

Гострий холецистит займає друге місце в структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини. У більше, ніж 90% спостережень, гострий холецистит розвивається на фоні жовчнокам'яної хвороби, а інші патогенетичні форми (інфекційний, ферментативний, первинно-судинний), складають менше 10% [2,25].

Серед ургентних хворих, що поступають у стаціонар, гострий холецистит займає друге місце після гострого апендициту. При цьому більше 65% пацієнтів знаходяться у віці від 60 до 80 років та мають супутню серцево-судинну патологію [14,22,28]

Часто деструктивні форми гострого холециститу ускладнюються паравезикальним інфільтратом. Ця проблема набула особливих труднощів із впровадженням в клінічну практику лапароскопічної холецистектомії, оскільки інфільтрат викликає технічні труднощі під час операції і часто є причиною пошкодження позапечінкових жовчних шляхів, а також проведення конверсії [5,32].

Серед різних форм і клінічних варіантів гострого калькульозного холециститу найбільшу загрозу інтраабдомінальних ускладнень становлять гнійно-деструктивні форми (флегмонозний холецистит, емпієма жовчного міхура, гангренозний холецистит). Подальша допомога цим пацієнтам неможлива без ранньої діагностики й активізації хірургічної тактики лікування [4,29].

Вважають, що виникнення паравезикального інфільтрату при гострому калькульозному холециститі спричинене реакцією тканин і органів. які оточують жовчний міхур на жовч та мікрофлору жовчного міхура. Зазвичай у формуванні паравезикального інфільтрату беруть участь органи, що близько розміщуються до запально зміненого жовчного міхура: великий чепець, дванадцятипала кишка, шлунок, печінковий кут поперечно обвідної кишки та ін. [32,40].

Для успішного використання в клінічній практиці малоінвазивних, в тому числі і лапароскопічних, технологій хірургічних втручань у хворих із гострим холециститом необхідна якісна доопераційна ідентифікація клініко- морфологічної форми захворювання. Це пов'язано з тим, що деякі автори вважають, що холецистектомія, будучи адекватною операцією при ізольованих ураженнях жовчного міхура, неадекватна при позаміхурових ускладненнях, в тому числі при гострому деструктивному біліарному панкреатиті [1,26].

Незважаючи на досягнення в діагностиці та лікуванні гострого холециститу, пошук ранніх предикторів виникнення післяопераційних ускладнень – актуальна проблема хірургії, оскільки до операції загальноприйняті лабораторні та інструментальні методи недостатньо інформативні у визначенні ступеня тяжкості місцевих змін у жовчному міхурі та оточуючих його тканинах, тоді як саме вони є вирішальними у виникненні багатьох гнійно-запальних ускладнень гострого холециститу, в тому числі післяопераційних [8,23].

Існують характерні гістологічні зміни великого чепця, який бере участь у формуванні паравезикального інфільтрату. Спочатку виникає набряк, гіперемія та випіт, а в подальшому потовщення сальника та утворення злук [20,34].

Морфологічні зміни при гострому холециститі в початкових стадіях ексудативного запалення характеризуються великим скопиченням нейтрофільних, еозинофільних лейкоцитів в набряклій, гіперемійованій оболонці, особливо в оточенні ходів Люшка та субсерозному шарі. Запалення розповсюджується лімфатичним шляхом та по ходах Рокитанського-Ашофа. У хворих старших вікових груп процес запалення переходить через стадію інфільтрації у флегмонозний холецистит або емпієму жовчного міхура [11,15,30].

Важливу роль в діагностиці гострого калькульозного холециститу, ускладненого паравезикальним інфільтратом, відіграє ультразвуковий метод дослідження [35]. Завдяки його простоті та безпечності виникає можливість багаторазового обстеження хворого, незалежно від важкості його стану. При обстеженні хворих на гострий деструктивний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом, за допомогою ультразвукового методу обстеження виявляють ознаки наявності конкрементів, ехогенної жовчі, потовщення та подвійного контуру стінок жовчного міхура [13,37]. Ознакою паравезикального інфільтрату є об'ємне утворення по зовнішньому контуру жовчного міхура, ехопозитивне періміхурове утворення по вісцеральній поверхні жовчного міхура, підвищення ехогенності і зменшення чіткості візуалізації ділянки воріт печінки та початкових відділів загальної жовчної протоки, гепатодуоденальної зв'язки, зниження ехогенності печінки у вигляді півмісяця по всьому периметру прилягання жовчного міхура [35,37].

У хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим паравезикальним інфільтратом, деякі автори рекомендують починати оперативне втручання з відділення великого чепця від печінки. Великий чепець і поперечно ободову кишку доцільно відділяти від жовчного міхура одним блоком [13].

Деякі автори вважають, що при гострому холециститі під час екстреної або термінової операції великий чепець легко від'єднується навіть до шийки жовчного міхура та міхурової протоки, а якщо операцію проводять після деякого періоду очікування інфільтрат набуває щільної консистенції і важко розділяється [17,27].

В Україні тривалий час в лікуванні гострого холециститу зберігається тактика, прийнята до впровадження малоінвазивних хірургічних методів. При цьому вибір лікувальної тактики визначається формою гострого холециститу, наявністю його ускладнень, ефектом консервативної терапії і віком пацієнта. Практично всі автори відзначають залежність числа післяопераційних ускладнень і летальності від часу, що пройшов з моменту початку захворювання до надходження пацієнтів у стаціонар. У середньому хворі поступають у відділення через 3-5 діб з моменту початку захворювання [5,38].

Не заперечується необхідність екстреної операції при гострому холециститі, ускладненому розповсюдженим жовчним перитонітом [3,39]. Не викликає серйозних заперечень необхідність термінової операції у хворих із діагностованим гангренозним холециститом. В інших випадках звичайне лікування гострого холециститу починається з консервативних заходів, при неефективності яких виконується хірургічне втручання. Прийнято вважати, що термінову операцію в найближчі 2 – 3 доби з моменту надходження хворих у відділення необхідно виконувати при відсутності ефекту від консервативної терапії, збереженні симптомів інтоксикації і місцевих перитонеальних явищ. При відсутності ознак інтоксикації і перитоніту звичайно рекомендують продовжувати консервативну терапію. У 27% хворих тривала вичікувальна тактика призводить до нового етапу гострого запалення. Хірургічні втручання в цей період більш складні через виразність рубцево-інфільтративних процесів [7,41].

Із впровадженням у клінічну практику нових хірургічних технологій хірурги щораз віддають превагу активній діагностичній і лікувальній тактиці при гострому холециститі з диференційованим використанням сучасних малоінвазивних хірургічних втручань і етапних операцій [20,36].

За останнє десятиріччя значно збільшилась кількість хворих на гострий холецистит за рахунок пацієнтів похилого та старечого віку. За даними різних авторів, ця група хворих збільшилась з 25,6% до 45% і на сьогодні гострий холецистит є домінуючою проблемою геронтології. Ця проблема пов'язана з тим, що у хворих похилого і старечого віку запальний процес жовчного міхура у більшості випадків перебігає із стертою, нетиповою клінічною картиною, що зумовлює великий процент діагностичних помилок і наявність у

цих хворих на момент поступлення в стаціонар багатьох ускладнень гострого холециститу, зокрема запальної інфільтрації стінки жовчного міхура. Крім цього, до останнього часу серед хірургів не припиняється дискусія з приводу раціональної тактики лікування гострого холециститу, відсутня єдина доктрина, керуючись якою хірург зміг би вирішити питання – коли показана, і в які терміни слід виконувати операцію з максимальною користю для хворого [3,6,33].

Лікування гострого холециститу, на тлі тяжкої супутньої патології, у хворих літнього та старечого віку є однією з найбільш складних та актуальних проблем. Проаналізувавши дані літератури, важко знайти єдину стратегічну схему лікувальної тактики у даної категорії хворих. Однак до вирішальних чинників можна віднести час з моменту гострого приступу, характер його перебігу і ускладнень, а також морфологічну форму гострого холециститу на етапі доопераційного лікування [9,10,36].

Похилий та старечий вік хворих не є протипоказанням до проведення операції холецистектомії, однак такі пацієнти вимагають індивідуального підходу і ретельного вибору тактики [6,21]. Ряд хірургів є прихильниками консервативного ведення гострого періоду хвороби у цієї категорії пацієнтів, інші наполягають на необхідності розширення показань до екстрених та термінових оперативних втручань [24,29].

Кожен автор трактує показання та терміни виконання операцій по-своєму (екстрені, термінові, вимушені та ін.), через що хірургічна активність при гострому холециститі, за даними різних авторів, становить від 15-80% і в середньому становить 30% [12,41].

Стримане ставлення до активної хірургічної тактики з приводу гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку обумовлено в першу чергу зниженням у них реактивності організму і наявністю супровідної патології. Проте втрата оптимальних термінів хірургічного втручання погіршує умови його виконання, збільшує кількість інтра- та післяопераційних ускладнень [16,39].

У даний час, найбільш поширеним способом холецистектомії є лапароскопічна методика. Основними перевагами її є невисока травматичність, легкий перебіг післяопераційного періоду, скорочення термінів перебування в стаціонарі, невелика кількість післяопераційних ускладнень, добрий косметичний ефект [18,23]. Холецистектомія з лапаротомного доступу використовується набагато рідше – вибір цього методу операції часто диктується технічною неможливістю лапароскопічного видалення жовчного міхура [19,24]. Однак, в даний час більшість хірургів дотримуються думки, що при дотриманні правильної послідовності і техніки лапароскопічного оперативного втручання, він є методом вибору при гострому калькульозному холециститі в різні терміни від початку хвороби [9,26].

За умов безсумнівної високої ефективності та малотравматичності ендоскопічних втручань (порівняно з лапаротомними), численні питання застосування лапароскопічної холецистектомії залишаються дискусійними. Гострий калькульозний холецистит до недавнього часу був відносним протипоказанням до виконання лапароскопічної холецистектомії через порівняно більшу складність виконання (при відсутності достатнього досвіду), високу частоту конверсії – (до 29%), пошкоджень жовчних проток – (1,9%), та кількість післяопераційних ускладнень[7,21]. Численні варіанти анатомічної будови жовчного міхура, топографії жовчовивідних шляхів, які зазнають значних змін в умовах гострого запального процесу, не дозволяють віднести лапароскопічну холецистектомію при гострому калькульозному холециститі до категорії стандартних втручань. Важливу роль в обмеженні використання при гострому холециститі лапароскопічних операцій відіграє збільшення їхньої тривалості, порівняно з такими втручаннями при хронічному калькульозному холециститі, а також з відкритою холецистектомією, особливо на етапі освоєння методики [12,22]. Проте накопичення досвіду проведення таких операцій, удосконалення діагностичних програм, оперативної техніки значно поглиблюють значення застосування лапароскопічної холецистектомії в лікуванні гострого калькульозного холециститу [29].

Лапароскопічна холецистектомія посідає провідне місце у хірургічному лікуванні хворих на гострий калькульозний холецистит, однак збільшення кількості операцій призводить до зростання частоти ускладнень при цьому втручанні. Перш за все, це стосується пошкодження позапечінкових жовчних проток та гнійних ускладнень. Багато в чому це обумовлено тим, що виконання лапароскопічної операції при гострому та хронічному холециститі істотно відрізняється. Залишаються невирішеними питання щодо показань до операції, термінів та окремих технічних прийомів виконання лапароскопічної холецистектомії [18,25].

Деякі автори оптимальними термінами лапароскопічної холецистектомії при гострому холециститі вважають перші 2-3 доби від початку захворювання. В ці терміни ще немає вираженого запального процесу в коломіхуровій тканині, інфільтрат є пухким і добре піддається препаруванню [28,30]. Більш тривала передопераційна підготовка і консервативне лікування призводять до ущільнення паравезикального інфільтрату, що може бути причиною інтра- та післяопераційних ускладнень [27,32].

Розрізняють кілька типів паравезикального інфільтрату. При першому типі жовчний міхур легко з'єднаний з великим чепцем і легко відшаровується тупим шляхом під час операції, зустрічається у хворих, які поступили у ранні терміни від початку захворювання. При другому типі пухкий інфільтрат. складається з набряклого чіпця, петель кишечника шлунка. Це дещо ускладнює оперативне втручання і потребує обережного відділення органів. Такий інфільтрат також легко розділяти тупим шляхом. Третій тип інфільтрату - щільний конгломерат, що потребує ретельного препарування тупим та гострим шляхом, при цьому важливо не пошкодити близько розташовані органи та тканини. Великі технічні труднощі виникають під час операції при наявності інфільтрату дерев'янистої щільності, який утворюється у запущених випадках гострого холециститу. В паравезикальний інфільтрат втягуються загальна жовчна протока, підшлункова залоза, чепець та інші органи. Топографічне розміщення жовчного міхура в черевній порожнині з погляду поширення інфекції створює сприятливі умови для формування в паравезикальному просторі запального інфільтрату, до складу якого входять: великий чепець, дванадцятипала кишка, ободова кишка, шлунок [31,36].

За даними різних авторів, частота ускладнень при лапароскопічній холецистектомії складає від 1,6 до 14,8%, а конверсія – від 1,9 % до 16 % [40].

Поряд з цим, ряд хірургів вважає, що при гострому калькульозному холециститі малоінвазивне оперативне втручання не завжди виправдане, що пов'язано з тим, що лапароскопічна холецистектомія у таких хворих є технічно складною процедурою, особливо при відсутності достатнього досвіду хірурга, має високу частоту конверсії, пошкоджень жовчних протоків, велику кількість післяопераційних ускладнень [23,38]. Особливо у хворих на гострий холецистит які поступають в хірургічний стаціонар через 4 і більше діб з початку захворювання. При виконанні лапароскопічної операції у цих пацієнтів авторами відзначена висока частота конверсії (31,7 %) та післяопераційних ускладнень (13 %) [1,24]. У хірургічних стаціонарах гострий калькульозний холецистит часто поєднується із супровідною функціональною серцево-судинною патологією, яку називають холецисто-кардіальним синдромом. Цей синдром характеризується: кардіалгією, аритмією, змінами на електрокардіограмі, пригніченням скоротливої здатності міокарда лівого шлуночка. артеріальною гіпертензією. При цьому, у більшості випадків, ознаки кардіальної патології зникають після хірургічної ко-

рекції патології жовчних шляхів [9,26].

У більшості хворих із гострим калькульозним холециститом, ускладненим паравезикальним інфільтратом, наявність супровідної серцево-судинної патології приводить до дискусії у клініцистів щодо визначення критеріїв операційно-анестезіологічного ризику, вибору хірургічної тактики, методу холецистектомії. Деякі автори у хворих на холецистит із супровідною кардіальною патологією рекомендують застосовувати малий доступ при відкритій холецистектомії або знижений тиск карбоксиперітонеуму при лапароскопічній холецистектомії для кращої післяопераційної реабілітації хворих [8,37].

Найбільш гостро розглядається питання про тактику хірурга в тих випадках, коли разом з жовчним міхуром до запального процесу втягнуто оточуючі його органи та тканини. Прогнозування щодо виявлення запального процесу, його розповсюдження в черевній порожнині, ступеня втягнення оточуючих органів і тканин на доопераційному етапі залишається незадовільним, і у більшості випадків найточнішу картину хірург одержує тільки інтраопераційно [2,35]. Відсутність чітких клінічних ознак, які б дозволяли діагностувати тяжкість процесу у хворих з паравезикальним інфільтратом часто призводить до помилкового вибору способу оперативного втручання [4,29].

Виконання лапароскопічної холецистектомії при гострому гангренозному холециститі з вираженим паравезикальним інфільтратом дає найбільшу кількість інтраопераційних ускладнень і часто закінчується лапаротомією [5,34].

Численні варіанти анатомічної будови жовчного міхура і топографії жовчовивідних шляхів при запальному процесі зазнають значних змін, що не дозволяє віднести лапароскопічну холецистектомію при гострому калькульозному холециститі до категорії стандартних операцій. Однак, накопичення досвіду проведення таких операцій, удосконалення діагностичних програм, оперативної техніки значно поглиблюють значення застосування лапароскопічної холецистектомії в лікуванні гострого калькульозного холециститу [9,33].

Незважаючи на вдосконалення і модифікацію лапароскопічних оперативних методик (мінілапароскопія, лапароскопія з трьох троакарів), на сьогодні не описано достатньо чітких критеріїв, які б вказували на доцільність виконання лапароскопічної холецистектомії або вибору лапаротомії [10,41]. У зв'язку з цим відсоток таких грізних ускладнень, як пошкодження жовчовивідної протокової системи залишається високим [20,40].

В останні роки багато авторів пропонують виконувати холецистектомію з мінілапаротомного доступу в правому підребір'ї, аргументуючи свій вибір малим проміжком часу операції та меншою частотою переходу до широкої лапаротомії. Крім того, відсутність напруженого карбоксиперитонеуму під час мінілапаротомії попереджує респіраторні і серцево-судинні порушення як під час операції, так і в післяопераційному періоді. Поряд з цим, інші хірурги вважають, що цей метод не має суттєвих переваг перед лапароскопічною операцією [17,29].

Як видно з проведеного аналізу даних літератури, проблема хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого паравезикальним інфільтратом, на даний час залишається не повністю вирішеною та потребує подальшого вивчення.

Література

1. Василюк С. М. Особливості клінічно стертого перебігу гострого калькульозного холециститу у хворих похилого та старечого віку / С. М. Василюк, В. К. Чурпій // Науковий вісник Ужгородського університету.Серія Медицина (в дар). – 2011. – № 2 (41). – С.39-41.

2. Выбор тактики и метода хирургического лечения у больных с острым калькулезным холециститом / Р. Б. Мумладзе, И. А. Энганоев, М. З. Эминов [и др.] // Анналы хирургии. – 2010. – № 6. – С.50-55.

3. Выбор тактики лечения острого холецистита у боьных повышенного операционного риска / Д. Ю. Семенов, Е. Н. Смолина, В. В. Васильев [и др.] // Вестник хирургии им.И.И.Грекова. – 2009. – т.168, № 4. – С.72-76.

4. Гончар М. Г. Інтраопераційні ускладнення під час виконання лапароскопічної холецистектомії / М. Г. Гончар, О. М. Глущук // Клінічна хірургія. – 2012. – № 2. – С.39-41.

5. Застосування малоінвазивних технологій при оперативному лікуванні хворих на гострий калькульозний холецистит,раніше оперованих на органах верхнього поверху черевної порожнини / В. О. Сипливий, Г. Д. Петренко, О. О. Брек [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2010. – № 3. – С.23-24.

6. Зміни лімфоїдної тканини стінки жовчного міхура у хворих похилого та старечого віку на гострий калькульозний холецистит / С. М. Василюк, І. О. Михайлюк, В. К. Чурпій // Шпитальна хірургія. – 2011. – № 4. – С.66-68.

7. Обгрунтування ранніх лапароскопічних операцій при гострому калькульозному холециститі / О. Б. Кутовий, А. В. Мартемянов, П. О. Гриценко [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2012. – № 3. – С.33-35.

8. Особливості клінічної симптоматики гострого калькульозного холециститу у хворих літнього і старечого віку / В. К. Чурпій, С. М. Василюк // Клінічна анатомія та оперативна хірургія(в дар). – 2011. – т.10, № 3. – С.69-71.

9. Особливості хірургічної тактики в лікуванні гострого холециститу у геріатричних хворих / О. Т. Федорчук, В. П. Драченко, І. В. Чоплак [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 2. – С.47-48.

10. Прогнозування перебігу пневмоперитонеуму та тактика хірургічного лікування хворих на гострий і хронічний холецистит із супутньою патологією серцево-судинної системи / В. М. Короткий, С. О. Солярик, А. Циганок, О. М. Сисак // Лікарська справа. – 2012. – № 1-2. – С.89-94.

11. Реабілітація хворих похилого та старечого віку з гостри холециститом у ранньому післяопераційному періоді / К. Л. Чурпій, І. К. Чурпій, В. К. Чурпій // Галицький лікарський вісник. – 2012. – т.19, № 3(ч.1). – С.146-147

12. Семенюк Ю. С. Порівняльна оцінка способів лапароскопічної холецистектомії в умовах гострого холециститу / Ю. С. Семенюк, В. А. Федорук // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 1. – С.17-24.

13. Сучасні аспекти перебігу та лікування гострого калькульозного холециститу в осіб похилого та старечого віку / Н. Я. Іваночко, М. Г. Гончар, Я. М. Кучірка // Шпитальна хірургія. – 2009. – № 1. – С.65-67.

14. Стан гепатоцитів та ендогенної інтоксикації у хворих на гострий холецистит похилого та старечого віку / Н. Я. Іваночко, М. Г. Гончар / / Науковий вісник Ужгородського університету.Серія Медицина (в дар). – 2009. – № 1(вип.36). – С.89-92.

15. Ткачук О. Л. Динаміка показників клітинної та гуморальної ланок імунітету у хворих на хронічний калькульозний холецистит з супутнім цукровим діабетом та їх корекція імунофаном / О. Л. Ткачук, Р. П. Герич, М. В. Пюрик // Галицький лікарський вісник. – 2010. – т.17, № 4. – С.74-76.

16. Ткачук, О. Л. Доцільність імунокорекції при хірургічному лікуванні хворих на хронічний калькульозний холецистит із супутнім цукровим діабетом II типу / О. Л. Ткачук, М. Г. Гончар, М. В. Пюрик // Галицький лікарской вісник. – 2012. – т.19, № 3(ч.1). – С.139-141.

17. Ткачук О. Л. Патоморфологічні особливості стінки жовчного міхура у хворих на хронічний калькульозний холецистит із супутнім цукровим діабетом / О. Л. Ткачук, М. В. Пюрик, М. М. Багрій // Архів клінічної медицини. – 2011. – № 1. – С.59-62.

18. Холецистэктомия из малотравматических доступов в лечении острого холецистита / А. И. Черепанин, Э. А. Галлямов, А. Ю. Бирюков [и др.] // Хирургия.Журнал имени Н.И.Пирогова. – 2010. – № 12. – С.31-37.

19. Чарышкин А. Л. Способ холецистэктомии при осложненных формах острого холецистита / А. Л. Чарышкин, О. В. Мидленко // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 2. – С.56-58.

20. Юлдашев А. Х. Конверсія при лапароскопічній холецистектомії з приводу гострого калькульозного холециститу / А. Х. Юлдашев // Хірургія України. – 2011. – № 1. – С.50-53.

21. Acute cholecystitis in high surgical risk patients: percutaneous cholecystostomy or emergency cholecystectomy?

Rodrнguez-Sanjuбn JC, Arruabarrena A, Sбnchez-Moreno L, Gonzбlez-Sбnchez F, Herrera LA, Gymez-Fleitas M. Am J Surg. 2012 Jul;204(1):P.-54-59. Epub 2011 Oct 13.

22. Acute cholecystitis in the elderly: use of computed tomography and correlation with ultrasonography.McGillicuddy EA, Schuster KM, Brown E, Maxfield MW, Davis KA, Longo WE. Am J Surg. 2011 Nov;202(5):P.-524-527. Epub 2011 Sep 9

23. Acute cholecystitis. Halpin V, Gupta A. Clin Evid (Online). 2011 Dec 20;2011. doi:pii: 0411.

24. Bacteriological analysis of bile in acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines.Asai K, Watanabe M, Kusachi S, Tanaka H, Matsukiyo H, Osawa A, Saito T, Kodama H, Enomoto T, Nakamura Y, Okamoto Y, Saida Y, Nagao J.J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2012 Jul;19(4):P.-476-486.

25. Early laparoscopic cholecystectomy is the appropriate management for acute gangrenous cholecystitis. Choi SB, Han HJ, Kim CY, Kim WB, Song TJ, Suh SO, Kim YC, Choi SY. Am Surg. 2011 Apr;77(4):P.-401-406.

26. Emerging indications for percutaneous cholecystostomy for the management of acute cholecystitis -a retrospective review.

Nasim S, Khan S, Alvi R, Chaudhary M. Int J Surg. 2011;9(6):P.-456-459. Epub 2011 Jun 6.

27. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: an analysis of the risk factors. Botaitis S, Pitiakoudis M, Perente S, Tripsianis G, Polychronidis A, Simopoulos C.S Afr J Surg. 2012 Jul 11;50(3):P.-62-68.

28. Management of gallstone disease in children: a new protocol based on the experience of a single center. Tannuri AC, Leal AJ, Velhote MC, Gonbalves ME, Tannuri U. J Pediatr Surg. 2012 Nov;47(11):P.-2033-2038.

29. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo Guidelines. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2012 Sep;19(5):P.-578-585.

30. Operative timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in a Japanese institute. Ohta M, Iwashita Y, Yada K, Ogawa T, Kai S, Ishio T, Shibata K, Matsumoto T, Bandoh T, Kitano S.JSLS. 2012 Jan-Mar;16(1):P.-65-70.

31. Population-based analysis of 4113 patients with acute cholecystitis: defining the optimal time-point for laparoscopic cholecystectomy. Banz V, Gsponer T, Candinas D, Gьller U. Ann Surg. 2011 Dec;254(6):P.- 964-970.

32. Preliminary study of laparoscopic cholecystectomy in Cameroon. Ngo Nonga B, Oumarou Nana B, Assiga Ahanda YM, Farikou I, Sosso MA. Med Sante Trop. 2012 May 1;22(2):P.- 162-165.

33. Preoperative MRCP to detect choledocholithiasis in acute calculous cholecystitis.Wong HP, Chiu YL, Shiu BH, Ho LC. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2012 Jul;19(4):P.-458-464.

34. Risk factors for conversion during laparoscopic cholecystectomy - experiences from a general teaching hospital.van der Steeg HJ, Alexander S, Houterman S, Slooter GD, Roumen RM.Scand J Surg. 2011;100(3):P.-169-173.

35. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. Costantini R, Caldaralo F, Palmieri C, Napolitano L, Aceto L, Cellini C, Innocenti P.Ann Ital Chir. 2012 May-Jun;83(3):P.-245-252.

36. Single umbilical incision laparoscopic cholecystectomy: Results of the prospective trial of the Coelio Club.

Rubay R, Hauters P, Valverde A, Delaby J, Saint Marc O, Bokobza B, Malvaux P, Schramm R, Magne E, Framery D. J Visc Surg. 2012 Nov 12. doi:pii: P.-1878-7886(12).

37. Single-port versus multi-port cholecystectomy for patients with acute cholecystitis: a retrospective comparative analysis. Jacob D, Raakow R. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2011 Oct;10(5):P.-521-525

38. Surgical management of acute cholecystitis (experience of 249 cases). Teixeira JP, Ribeiro C, Pinto A, Goulart A, Maia JC, Pimenta A. Hepatogastroenterology. 2011 Mar-Apr;58(106):P.-281-284.

39. Surgical treatment of acute cholecystitis. Yamashita Y, Noritomi T, Matsuoka N, Sinya T, Sugi Y, Higa K, Kusumoto G, Nitahara K. Masui. 2012 Sep;61(9):P.-944-952. Japanese.

40. The Management of Acute Cholecystitis in Chronic Hemodialysis Patients: Percutaneous Cholecystostomy Versus Cholecystectomy. Gunay Y, Bircan HY, Emek E, Cevik H, Altaca G, Moray G. J Gastrointest Surg. 2012 Nov 7.

41. Uncomplicated acute cholecystitis: early or delayed laparoscopic cholecystectomy? Sankarankutty A, Luz LT, Campos TD, Rizoli S, Fraga GP, Nascimento Jr B.Rev Col Bras Cir. 2012 Oct;39(5): P.-436-440. English, Portuguese.

Осадец В.С.

Проблемные вопросы хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным паравезикальним инфильтратом

Резюме. Представлены основные аспекты лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным паравезикальным инфильтратом. Остаются дискуссионные вопросы четких рекомендованных сроков проведения оперативных вмешательств в данной категории больных. Диагностика данной патологии и выбор метода оперативного вмешательства базируется на данных клинической картины, лабораторных исследований, инструментальных и в первую очередь - ультразвукового. Лапароскопическая холецистэктомия остается золотым стандартом лечения больных на острый калькулезный холецистит, осложненный паравезикальним инфильтратом, однако требует унификации тактических подходов относительно сроков проведения и техники выполнения.

Ключевые слова: острый холецистит, паравезикальний инфильтрат, лапароскопическая холецистэктомия.

Osadets V.S.

Problems of Surgical Treatment of Patients with Acute Calculous Cholecystitis Complicated with Paravesical Infiltrate

Summary. The basic aspects of treatment of the patients with acute calculous cholecystitis complicated with paravesical infiltrate are presented in the article. The issues of clearly recommended timing of surgical intervention in these patients are still open to discussion. Diagnosing of the given pathology and choice of the method of surgical intervention are based on clinical picture data, laboratory research, as well as instrumental, first of all, ultrasound data. Laparoscopic cholecystectomy remains the gold standard in treatment of patients with calculous cholecystitis complicated with paravesical infiltrate but still requires the unification of tactical approaches to the timing of surgical intervention and the technique of operation performance.

Keywords: acute calculous cholecystitis, paravesical infiltrate, laparoscopic cholecystectomy.

Надійшла 21.01.2013 року.

УДК: 616.24-002.-036.17-07-085.001.5

Островський М.М., Корж Г.З., Кулинич-Міських М.О., Варунків О.І.

Фторхінолони в лікуванні інфекцій дихальних шляхів

Кафедра фтизіатрії і пульмонології з курсом професійних хвороб (зав. каф. - проф. М.М.Островський)
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Резюме. Інфекції дихальних шляхів посідають вагоме місце в структурі захворюваності та смертності дорослого населення та є важливою причиною виникнення стійкої втрати працездатності. Саме тому питання лікування даної патології із застосуванням сучасних антибактеріальних препаратів є однією з найбільш актуальних питань сьогодення.

Ключові слова: фторхінолони, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмонії, бронхоектатична хвороба.

Відкриття в 1962 р. в процесі синтезу хінолонів - налідиксової кислоти - стало відправною точкою у народженні нового класу антибактеріальних засобів. Еволюція хінолонів неодмінно супроводжувалася розширенням спектру їх антимікробної активності та переліку показань для їх клінічного використання, покращенням фармакокінетичних параметрів і профілю безпеки препаратів. Кожне з наступних десятиліть застосування хінолонів у медичній практиці було відзначено появою на фармацевтичному ринку нових представників цього класу антибіотиків [1,4,7] (табл.1).

Проте активність представників І покоління хінолонів (налідіксова кислота, оксолінова кислота) проявилась тільки