

## ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФІЧНІ ЗМІНИ ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА ТА УСКЛАДНЕННЯ ХОЛЕЦИСТИТУ

Подпрятков С.Є., Куліков В.Д., Косюк М.А., Пінчук А.С., Корчак В.П., Туманов К.В.

*Київська міська клінічна лікарня №1*

**Вступ.** Особи літнього та старечого віку з наявними хронічними дегенеративно-дистрофічними змінами хребта звикли і не акцентують увагу хірурга на них при виникненні гострого холециститу. При цьому лікування хворого здійснюється без урахування супутньої патології. Однак, вимушене положення пацієнта на операційному столі під дією м'язових релаксантів спричиняє загострення вертеброгенних больових синдромів і пов'язане із цим обмеження рухів грудної клітки. Одночасно поширення болю на черевну стінку може бути оцінене хірургом як ознака перитоніту, лікування якого вимагає виконання середньої лапаротомії. Обмеження рухів черевної стінки, яке супроводжує серединну лапаротомію, в поєднанні з наслідками вертеброгенного больового синдрому призводить до значного зменшення вентиляції легень і виникнення госпітальної пневмонії.

За наявності гострого холециститу, який вимагає хірургічного лікування, увага хірурга й хворого в першу чергу зосереджена на лікуванні цього захворювання. Пра-

вильна оцінка стану, визначення доцільного лікування у хворих літнього та старечого віку мають велике значення, зважаючи на низькі компенсаторні можливості їх організму.

**Мета роботи:** визначити особливості лікування хворих на гострий холецистит літнього та старечого віку, обтяженого супутньою вертеброгенною патологією.

**Матеріал та методи.** Проведений аналіз результатів виконання холецистектомії із приводу гострого холециститу в 91 хворого літнього та старечого віку. Операція була виконана лапароскопічним способом у 66 спостереженнях, з використанням міні-доступу – в 25.

Для виконання операції в 29 хворих застосували технологію електрозварювання тканин за допомогою апарату ЕК300-М1 та спеціальних інструментів.

**Результати та обговорення.** У 68 пацієнтів хронічні захворювання були в стадії стійкої компенсації, тому лікування гострого холециститу відбувалось відповідно до загальноприйнятої хірургічної технології

на тлі прийому раніше призначених препаратів в підтримуючій дозі.

В 23 спостереженнях, через нестійку компенсацію супутніх захворювань, довелося індивідуалізувати хірургічну тактику та способи виконання оперативного втручання. Із цих пацієнтів у 4 були хронічні дегенеративно-дистрофічні зміни грудного відділу хребта, які зумовили загострення вертеброгенної торакалгії та порушення дихальних рухів грудної клітки. В 2 спостереженнях поєднання вказаних захворювань змусило інтраопераційно змінити спосіб хірургічного лікування. Наводимо спостереження.

У хворого С., 76 років, гострий калькульозний холецистит та холедохолітіаз виникли на тлі хвороби Бехтерева. Планувалось здійснити лапароскопічну холецистектомію, холедохолітотомію. Однак, у зв'язку з вираженим кіфозом грудного відділу хребта та ригідністю грудної клітки накладення пневмоперитонеуму викликало різке підвищення інспіраторного тиску при проведенні штучної вентиляції легень, наростання гіпоксії, гіперкапнії, порушення гемодинаміки. Виконання операції лапароскопічним способом визнане неможливим. Пневмоперитонеум було знято, холецистектомія, холедохолітотомія та накладення холедоходуоденоанастомозу здійснені через малий доступ. Післяопераційний перебіг був не ускладнений.

Ще у одного хворого поєднання місцевих ускладнень гострого холециститу та супутніх захворювань викликало складності діагностики та лікування. Наводимо спостереження.

У хворого В., 84 років, за даними клінічного та ультразвукового обстеження встановлений діагноз: гострий флегмонозно-гангренозний калькульозний холецистит, перивезикулярний абсцес, стеноз устя аорти, ішемічна хвороба серця, постінфарктний кардіосклероз, недостатність кровообігу ІА ступеня, поширений остеохондроз хребта з рефлекторно-тонічними больовими проявами на всіх рівнях.

Встановлені показання до невідкладного виконання холецистектомії. Операція розпочата лапароскопічним способом. Після часткового розділення інфільтрату навколо

жовчного міхура виявилось, що його стінки зруйновані й інтенсивно кровоточать. Кров, що виливається, закриває операційне поле й не дозволяє ні здійснити гемостаз, ні продовжити розділення інфільтрату, що унеможливило проведення холецистектомії лапароскопічним способом. Здійснена мінімальна лапаротомія поперечним доступом у правому підреб'ї. З використанням електрозварювання виконана холецистектомія без виділення міхурової артерії та протоки.

На другу добу після виконання операції у хворого через дренаж виділилось 400 мл жовчі, одночасно відзначений сильний біль по всьому животу, позитивні симптоми подразнення очеревини. Здійснена серединна лапаротомія, під час якої ознаки перитоніту не виявлені. Відзначене просочування жовчі з інфільтрованої гепатодуоденальної зв'язки. Спроба виділити та перекрити міхурову протоку виявилась невдалою через високий ризик пошкодження в інфільтраті магістральних жовчних протоків. Введені дренажі в підпечінковий простір та в правий фланг черевної порожнини, черевна стінка зашита.

Післяопераційний діагноз: вертеброгенний абдомінальний вегетативно-вісцеральний синдром.

В післяопераційному періоді через неадекватність самотійного дихання хворому впродовж 4 днів проводили штучну вентиляцію легень. В подальшому самотійне дихання відновилось, однак через сильний біль у животі хворий не міг навіть повернутись у ліжку. Призначене відповідне лікування, яке виявилось малоефективним, хворий не міг рухатись у ліжку, через біль не спав. Викликане болем обмеження дихання призвело до появи пневмонії, виникнення септичного стану. Хворий помер через 27 днів після госпіталізації.

Отже, абдомінальний синдром вертеброгенної етіології став причиною помилкової діагностики перитоніту. Виконання широкої лапаротомії в поєднанні із застосуванням міорелаксантів впродовж 4 днів для здійснення штучної вентиляції легень призвело до загострення проявів хронічних дегенеративно-дистрофічних змін грудно-

го відділу хребта, унеможливило рухи хворого, обмежило вентиляцію легень, що супроводжувалось появою пневмонії, виникненням септичного стану й стало причиною смерті хворого.

Подібне загострення вертеброгенних синдромів з локалізацією гострого болю та ознаками подразнення очеревини в правій половині живота в післяопераційному періоді спостерігали ще у одного хворого. Призначення глюкокортикоїдів у великій дозі дозволило диференціювати радикальний синдром від перитоніту й уникнути небезпечної релапаротомії. Однак, тривалість лікування в стаціонарі склала понад 3 тижні, й за цей час вдалось лише зменшити вираженість больового синдрому.

### **Висновки.**

1. Під час огляду хворого на гострий холецистит літнього та старечого віку хірургу слід оцінити наявність видимих ознак деформації хребта. В разі їх виявлення запросити невролога для визначення необхідного додаткового лікування.

2. При виконанні оперативного втручання у хворого з деформацією хребта доцільно за допомогою валиків створити хворому комфортне положення на операційному столі, уникати охолодження тіла.

3. В післяопераційному періоді нечітка клінічна картина появи хірургічного ускладнення в черевній порожнині повинна служити показом для невідкладної консультації невролога з метою встановлення правильного діагнозу та лікування.