

Melvin J. Open tibial shaft fractures: Evaluation and initial wound management /J.Melvin, S.Kovach, S.Mehta //Journal of the Academy of Orthopedic Surgeons. - 2010. - Vol.18 (1). - P. 9-10.

Open tibia fractures: timely debridement leaves injury severity as the only determinant of poor outcome / N.Enninghorst, D.McDougall, J.J.Hunt, Z.J.Balogs //Journal of Trauma: injury infection & critical care. - 2011. - Vol.70,

Issue 2. - P. 352-357.

Wagner C. Posttraumatic osteomyelitis: analysis of inflammatory cells recruited into the site of infection /C.Wagner, K.Kondella, T.Bernschneider //Shock. - 2003. - Vol.20(6). - P. 503-510.

Шимон В.М., Сливка Р.М., Ковач В.В., Филип С.С., Шерегий А.А., Скрипинец Ю.П.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВЫСОКОИНТЕНСИВНОГО ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ДЛЯ САНАЦИИ ОСТЕОМИЕЛИТИЧЕСКОЙ РАНЫ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЙОДОДЕФИЦИТА

Резюме. Работа посвящена актуальной проблеме - улучшению результатов лечения посттравматических остеомиелитов нижних конечностей. Клинический материал основан на обследовании и лечении 26 больных с посттравматическим остеомиелитом нижних конечностей на фоне хронического йододефицита, у 11 из которых в лечении использованы пролонгированные регионарные внутриартериальные инфузии и высокоинтенсивные лазерные технологии. Доказана высокая эффективность предложенной методики лечения, позволяющей отказаться в большинстве случаев от инвалидизирующих операций, сохранить основные функции нижних конечностей.

Ключевые слова: остеомиелит, лазер, йододефицит.

Shimon V., Slyvka R., Kovach V., Filip S., Sheregiy A., Skripinets Y.

EXPERIENCE OF USING HIGH-INTENSITY LASER FOR SANATION OSTEOMYELITIS WOUND WITH CHRONICAL DEFICIENCY OF IODINE

Summary. The work is devoted to actual problem - improvement of the results of the treatment of posttraumatic osteomyelitis of lower extremities. The clinical material is based on inspection and treatment of 26 patients with posttraumatic osteomyelitis of lower extremities with chronic deficiency of iodine, in 11 cases of which the prolonged regional endarterial infusion and high-intensity laser technologies were used in treatment. The high efficiency of the offered method of treatment allows to abandon in the most cases incapacitating operations and to save the basic functions of lower extremities, is proved.

Key words: osteomyelitis, laser, deficiency of iodine.

Стаття надійшла до друку 26.11.2013 р.

Шимон Василь Михайлович - д.м.н., проф., завідувач кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 61-62-90; kaftravm@rambler.ru

Сливка Рудольф Михайлович - к.м.н., доцент кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 69-34-41; slyvkarudolf@gmail.com

Ковач Віталій Володимирович - аспірант кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 61-62-90

Філіп Степан Степанович - д.м.н., проф. кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 69-34-41; filip.uz.@i.ua.

Шерегий Андрій Андрійович - к.м.н., доц. кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 61-62-90; kaftravm@rambler.ru

Скрипинець Юрій Петрович - к.м.н., доцент кафедри загальної хірургії з курсами оперативної хірургії, травматології ортопедії і судової медицини медичного факультету ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; +38 0312 69-34-41

© Иващенко В.В., Иващенко А.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мл.)

УДК: 616.366-002-036.11:616.36-008.61]-072.1-089.85

Иващенко В.В., Иващенко А.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К.(мл.)

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, кафедра общей хирургии (пр. Ильича, 16, г. Донецк, Украина, 83003)

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ФОНЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ В СВЕТЕ 20-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. В работе на основании 20-летнего опыта лапароскопической хирургии (1993-2013) у 1278 больных с острым холециститом, протекающем на фоне гипербилирубинемии, обосновываются преимущества этапной тактики лечения с выполнением на первом этапе лапароскопической холецистэктомии (устранение очага поражения) с окончательной коррекцией протоковой гипертензии на втором.

Ключевые слова: лапароскопическая хирургия, острый холецистит, гипербилирубинемия, этапность лечения.

Введение

В настоящее время уже нет необходимости доказывать преимущества лапароскопической холецистэк-

томии (ЛХЭ) перед открытой операцией. Но если при хроническом калькулезном холецистите (ХКХ) в веду-

щих клиниках к 2005 году выполнялось лапароскопически до 90% операций [Борисов и др., 2004; Нечитайло и др., 2004], то отношение к видеолапароскопической холецистэктомии при остром холецистите (ОХ), особенно при его осложненных формах, оставалось несколько сдержанным. Нередко больные с острым обтурационным холециститом поступают в стационар в поздние сроки от начала заболевания (свыше 3-х суток). Как правило, к этому времени формируется паравезикальный инфильтрат, особенно выраженный в области шейки пузыря и гепатодуоденальной связки. Консервативное лечение таких больных не эффективно, а попытки выполнения ЛХЭ могут привести к опасным осложнениям. Это заставляет хирургов или отказываться от ее выполнения в пользу "открытой холецистэктомии", или искать новые подходы к лечению осложненных форм острого холецистита [Ермолов и др., 1995]. Тем не менее, на сегодняшний день сдержанное отношение к лапароскопической хирургии даже большинства осложненных форм ОХ заменилось золотым стандартом миниинвазивных вмешательств - более широкого применения многоэтапной, чаще всего двухэтапной тактики лечения, трактуемой как активно-избирательная тактика [Лапкин и др., 1996].

Целесообразность такого подхода аргументируется высоким операционным риском у целого ряда больных:

- 1) тяжелой сопутствующей патологией у пациентов пожилого и старческого возраста;
- 2) наличием осложнений, которые чрезвычайно трудно и опасно корригировать в один этап (холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка и холедоха, гнойный холангит, желтуха);
- 3) наличием сонографических признаков перивезикальной инфильтрации или абсцесса;
- 4) большой давностью заболевания [Кондратенко и др., 1996, 2001; Ульянов и др., 2002; Безин и др., 2004; Смирнов, 2013; Тотиков и др., 2013].

В то же время идут постоянные дискуссии, связанные с различными тактическими подходами, с последовательностью использования различных этапов миниинвазивной хирургии, касаясь даже целесообразности их использования в пользу одноэтапных методов, характера и эффективности их применения при тех или иных осложненных формах ОХ. Например, С.Х.Шорох и Г.П.Шорох [2004] из городской клинической больницы г. Минска только в течение 2000-2003г.г. у больных с осложненными формами ОХ, как первый этап радикального хирургического лечения, использовали декомпрессионную микрохолецистостомию у 122 больных, а эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСФТ) у 149. Авторы считают, что эндохирургические технологии позволяют перевести процесс ОХ в разряд управляемого, то-есть, купировать воспалительный процесс в стенке пузыря и снять желчную гипертензию. А наличие микрохолецистостомы позволяет провести динамическое исследование желчевыводящей системы,

подтвердить уровень непроходимости желчных протоков, что исключает необходимость интраоперационной холангиографии в ходе радикальной операции. Информационная ценность при этом фистулохолангиографии и ретроградной холангиопанкреатографии [ЭРХПГ] достигает 97%! Такого же мнения придерживаются и многие другие авторы [Алтыев и др., 1998; Ветшев, 1999; Васильев, 2003; Дьяченко и др., 2004; Козлов и др., 2004; Красильников и др., 2004; Баулина и др., 2013]. А ряд авторов В.Н.Малашенко и др. [2004] у пациентов с высоким операционным риском на фоне желтухи и холангита с успехом используют даже трехэтапные методы лечения: на первом этапе выполняют чрезкожную чрезпеченочную микрохолецистостомию под контролем ультразвукового исследования, вторым этапом - ЭПСФТ с литотрипсией, либо литоэкстракцией, а заключительным этапом - ЛХЭ. Мало того, появляются работы с более категоричными мнениями, как например, О.И.Охотникова и С.В.Иванова [2004] из г. Курска. Авторы, обобщив 10-летний опыт лечения осложненных форм ОХ 2-х-этапным методом, считают, что принимая во внимание высокую лечебную эффективность диапневтических манипуляций (чрезкожной чрезпеченочной микрохолецистостомии и одномоментной экосанации желчного пузыря) при их очевидной безопасности, полагают возможным использовать их не в качестве вынужденного этапа, этапа "отчаяния" при неэффективности традиционной консервативной терапии у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском, а применять эти методики как основной элемент патогенетической терапии ОХ у всех категорий больных на первом этапе, непосредственно после установления диагноза острого обтурационного холецистита". Не случайно, появляются работы о возможности использования билиарной декомпрессии, как окончательного метода лечения ОХ, у крайне тяжелых больных [Гостищев и др., 2004], вплоть до применения операции - мукоклазии желчного пузыря - чрезкожной чрезпеченочной электрокоагуляционной обструкции пузырного протока и шейки пузыря [Каримов и др., 2004; Mc Gahan, Lindforst, 1989].

Тем не менее, П.П.Кошелев и др. [2004], обобщив опыт хирургического лечения 653 больных с острым деструктивным холециститом за 4 года, из которых 508 пациентов были пожилого и старческого возраста, и оперировав всех пациентов в первые 48 часов от момента поступления больных, использовав при этом лапароскопическую технику (конверсии лишь 3,8% наблюдений), достигли отсутствия летальности - умерло лишь 2 пациента после перехода к конверсии. Авторы считают, что ни старческий возраст, ни тяжелые сопутствующие заболевания не должны служить поводом для длительной консервативной терапии и откладывания радикального хирургического вмешательства на основе лапароскопических технологий. А А.М.Шулутко и В.Г.Агаджанов [2004] из Москвы, накопив опыт хи-

рургического лечения ОХ у пожилых и старых больных с помощью методики мини-лапаротомии с использованием комплекса инструментов "Мини-ассистент", выполнили программу операций малых доступов в 98,8% наблюдений с минимальным числом осложнений и летальных исходов. Авторы делают вывод, что значительное снижение числа послеоперационных осложнений, низкая летальность, хорошая переносимость операции пациентами пожилого и старческого возраста позволили практически отказаться от двухэтапного метода лечения в "угрожающей группе пациентов". А по мнению С.В.Лохвицкого и А.Б.Баширова [2004], систематическое выполнение ЛХЭ при ОХ, не зависимо от срока заболевания и наличия таких осложнений как местный и диффузный перитонит, перивезикальный абсцесс, после накопления значительного опыта операций при неосложненных формах ОХ позволило активные подходы к лечению ввести в систему работы клиники. Даже появились работы, указывающие на пересмотр собственной, уже сложившейся двухэтапной тактики в лечении холедохолитиаза [Андреев и др., 1998]. Причинами подобных изменений являются - длительный дооперационный период, в ряде случаев, выполнение ЭРХГ и папиллотомии при нормальном состоянии желчных протоков (несмотря на тщательный отбор больных на эту процедуру), нередко выявление конкрементов в желчных протоках с помощью интраоперационной холангиографии (у больных без механической желтухи или панкреатита в анамнезе при узком холедохе и отсутствии желчной гипертензии, большое число 2-х и 3-х-этапных ЭПСТ, высокий процент неудачных эндоскопических ретроградных холангиографий и папиллосфинктеротомий, разрушение сфинктерного аппарата большого дуоденального сосочка во время этих процедур.

Поэтому неслучайно в настоящее время наметилось три стратегических тактических направления в лечении осложненного ОХ, связанных с этапностью использования мининвазивных методик: коррекция нарушенного желчеоттока (протоковой гипертензии) на первом этапе с удалением желчного пузыря на втором (наиболее распространенная тактика); удаление желчного пузыря на первом этапе с дренированием общего желчного протока через культю пузырного протока с окончательной коррекцией желчеоттока на втором этапе или стремление к одноэтапному выполнению всех необходимых вмешательств.

Материалы и методы

Нами обобщен 20-летний опыт (1993-2013) лапароскопической хирургии в лечении желчнокаменной болезни(ЖКБ) и выполнено за этот период времени 2885 лапароскопических и 124 традиционных холецистэктомий (из них у 36 оперативное вмешательство начато с лапароскопии с переходом к конверсии) у больных с различными формами острого холецистита.

За этот период времени выполнено всего 12490 холецистэктомий при различных формах (ЖКБ), из них лапароскопическим методом - 12046 (96,4%) (соотношение плановых к экстренным операциям составило 3,9:1) с послеоперационной летальностью 0,11%. На основании накопленного опыта мы хотели представить свое видение наиболее рациональной тактики лечения ОХ при его осложненных формах - у пациентов повышенного риска (пожилой и старческий возраст, больные, у которых воспалительный процесс в желчном пузыре протекал с одновременным поражением общего желчного протока (калькулез, гипербилирубинемия, стеноз фатерова сосочка, тубулярный стеноз холедоха, перипузырные инфильтраты, абсцессы, перихоледохеальные лимфадениты и т.д.). Следует отметить, что в эту группу не вошли 820 пациентов, прооперированных лапароскопическим методом по поводу осложненных форм хронического калькулезного холецистита (водянки желчного пузыря, хронической эмпиемы пузыря, сморщенного пузыря), которые некоторые авторы включают в группу больных с ОХ [Хитарьян и др., 1996], а также 180 пациентов с острым холецистопанкреатитом, у которых была отмечена гипербилирубинемия с клиническими проявлениями желтухи у 50% из них. Острый холецистопанкреатит мы рассматриваем как отдельную нозологическую форму, характеризующуюся одновременным проявлением воспалительных изменений как в желчном пузыре, так и в поджелудочной железе, желтуха при которых носит также полиэтиологический характер [Иващенко и др., 2003]. Учитывая выраженную полиморфность клинической картины у подобных больных и различную степень нарушенного гомеостаза для объективизации поставленных задач мы решили провести сравнительную оценку эффективности трех вышеперечисленных тактических направлений, использованных в группе больных с ОХ, протекающим на фоне гипербилирубинемии (1278 пациентов -42,5% от общего числа оперированных больных с ОХ). Целесообразность подобного подхода обусловлена тем, что именно гипербилирубинемия в различной степени выраженности может присутствовать во всех вариантах осложненного течения ОХ.

Желтуха при ОХ приблизительно у 1/3 больных является обтурационной и обусловлена чаще вклиненным либо фиксированным камнем терминального отдела холедоха, у других - она в своей сущности паренхиматозная, так как является следствием токсического воздействия продуктов воспалительной деструкции на гепатоциты или же на систему желчеотделения, то же происходит и при холангите [Гринев и Расс, 1989]. Существуют еще экстрахоледохеальные причины механической желтухи и холангита при ОХ, такие как перихоледохеальный лимфаденит, воспалительный перивезикальный инфильтрат, синдром Mirizzi, острый панкреатит, камни пузырного протока, которые в структуре этиологических факторов механической желтухи

занимают около 24,1% [Макар, Андрющенко, 1987]. До-операционная диагностика причины гипербилирубинемии бывает затруднительна, а при такой патологии как перихоледохеальный лимфаденит, синдром Mirizzi практически невозможна в условиях экстренной ситуации, ибо достоверный диагноз в большинстве своем интраоперационный.

Из обсуждаемых 1278 с ОХ у 1042 гипербилирубинемия носила общетоксический характер, у 118 - развилась вследствие калькулеза общего желчного протока, у 42 - диагностирован стеноз сфинктера Одди, у 35 - тубулярный стеноз холедоха, у 41 - экстрахоледохеальные причины: синдром Миризи - 5, перихоледохеальный лимфаденит - 15, воспалительный перивезикулярный инфильтрат со сдавлением общего желчного протока - 21 - синдром колена. Из общего числа этих больных мужчины составили 18%, женщины - 82% в возрасте от 19 до 94 лет (средний возраст $56 \pm 9,2$ лет). Катаральная форма процесса отмечена у 26% больных, флегмонозная - у 62% и гангренозная - 12%.

Результаты. Обсуждение

Использование различных тактических подходов у пациентов с ОХ, протекающим на фоне гипербилирубинемии, принесло следующие результаты:

1. Ликвидация протокой гипертензии на первом этапе с последующей лапароскопической холецистэктомией на втором выполнена 2,6% больным. Послеоперационная летальность составила 5,8% (2 больных), количество послеоперационных осложнений - 32,3%;

2. Одномоментная коррекция протоковой гипертензии и лапароскопическая холецистэктомия, в том числе и холецистэктомия после лапароскопии и вынужденной конверсии выполнена 3,7% больным (48 больных). Послеоперационная летальность - 6,2% (3 больных), количество осложнений - 20,8%;

3. Лапароскопическая холецистэктомия с дренированием общего желчного протока на первом этапе с окончательной коррекцией желчеоттока на втором этапе. Выполнено - 93,7% больных. Послеоперационной летальности не было. Количество послеоперационных осложнений - 1,2%.

10 крайне тяжелым больным пожилого и старческого возраста с декомпенсацией ряда сопутствующих заболеваний проводили на первом этапе декомпрессию желчного пузыря с помощью микрохолецистостомии под контролем лапароскопа, либо ультразвукового аппарата. После купирования острых явлений, коррекции сопутствующей патологии и дополнительного обследования, включающего фистулохолангиографию, в среднем, на 7-10 сутки от исходной декомпрессионной операции, решали вопрос об объеме и сроках окончательного санлирующего этапа оперативного лечения. У 2-х больных она оказалась не эффективной - невзирая на функционирующую стому, смерть наступила от нарастающей печеночной недостаточности. Пяти боль-

ным после ликвидации гипербилирубинемии выполнена ЛХЭ. Следует отметить, что оперативное вмешательство (удаление желчного пузыря) после наложения холецистостомы было связано с большими техническими трудностями и травматизацией тканей. В послеоперационном периоде у большинства больных отмечены послеоперационные осложнения - у 2-х эвентрация, у 2-х межпечельные абсцессы, у 2-х нагноение в ране. У 2-х пациентов выявлен папиллостеноз и мелкие конкременты в дистальной части холедоха. Через две недели выполнена успешная папиллосфинктеротомия. Чрезкожная чрезпеченочная холангиостомия у больных с холестазом на фоне выраженных воспалительных изменений панкреатодуоденальной зоны, по нашему мнению, вряд ли приемлема. Эндоскопические методы временной деривации желчи часто невозможны ввиду особенностей патологического процесса, вызвавшего желтуху, и опасности усугубления уже существующих панкреатита и холангита. Мы также против применения холецистостомии как окончательного метода лечения острого калькулезного холецистита. Следует также помнить, что далеко не всегда при холецистостомии достигается билиарная декомпрессия. При наружном дренировании желчи в сочетании с острым обтурационным холециститом с вклиненным в шейку камнем холецистостомия не решает проблемы.

24 пациентам на первом этапе после ЭРХПГ с целью декомпрессии была выполнена ЭПСФТ с последующей десекцией у 7 пациентов и назобилиарным дренированием холедоха у 3-х. Как было отмечено выше, диагностика при гипербилирубинемии на фоне ОХ часто бывает затруднена ввиду полиэтиологичности ее характера. Достаточно отметить, например, что в основе расширения холедоха могут лежать такие факторы как компенсаторная его дилатация, вследствие отключения желчного пузыря (при обтурационном холецистите дисфункция системы желчеотделения наступает как в результате рефлекторного воздействия воспаленного желчного пузыря, так и непосредственного инфекционно-токсического и резорбтивного влияния факторов его острого воспаления на гепатоциты [Гринев и Расс, 1989]. Кроме этого, при ультразвуковом исследовании воспалительно измененной панкреатодуоденальной зоны печеночный проток и супрадуоденальный отдел общего желчного протока можно проследить в 75-80% наблюдений, ретродуоденальный же, панкреатический и ампулярный отделы - лишь в 10 - 15% наблюдений. Тем более, что конкременты в ампулярной части ОЖП могут имитировать картину новообразования, а мелкие камни во внепеченочных протоках вообще могут не определяться на холангиограммах [Борисов и др., 2004]. У 4-х пациентов после ЭРХПГ развились явления панкреатита, а у 2-х появились признаки холангита, еще у 3-х пациентов после ЭПСФТ также развились явления панкреатита. Поэтому мы присоединяемся к мнению Б.К. Алтыева и др. [1998], Е.А.Ба-

улиной и др. [2013], что показания к ЭРХПГ при ОХ и холедохолитиазе, при которых всегда существует возможность латентно текущего холангита, необходимо ставить с большой осторожностью. Поэтому акценты в диагностике механической желтухи мы смещаем в пользу интраоперационной холангиографии, которая была выполнена 52% больных и показала свою высокую информативность и безопасность. Тем более, что невзирая на высокую информативность и эффективность ЭРХПГ и ЭПСФТ при заболеваниях панкреатодуоденальной системы, выполнение их может быть неудачным у 5 - 35% больных (безуспешные попытки канюляции большого дуоденального сосочка, анатомические изменения БДС и ДПК, плохая визуализация отверстия, наличие парафателлярных дивертикулов) [Гальперин, Ветшев, 1999; Башилов и др., 2005; Баулина и др., 2013], а также опасность осложнений при этих манипуляциях (при ЭРХПГ - 0,6 - 3,6%; при ЭПСФТ - 13%) и летальностью соответственно от 0,2 до 3% [Шкроб и др., 1998; Савельев, 2008; Varon et al., 2008]. Большинство авторов, проводя принципы двухэтапного лечения крайне тяжелых больных с ОХ, выполняя на первом этапе хирургического лечения ЭПСФТ не указывают на динамику воспалительного процесса при деструктивных изменениях в желчном пузыре! Поэтому оптимизация хирургической тактики у подобных больных с помощью малоинвазивных технологий представляется весьма перспективной [Чарчян и др., 2013; Штофин и др., 2013].

Группу пациентов с одномоментной ликвидацией протоковой гипертензии и очага поражения составили 48 пациентов. Из них 12 пациентам произведена одномоментная лапароскопическая холецистэктомия и ЭПСФТ. Следует отметить, что у 5 пациентов ЭПСФТ оказалась малоэффективной (в последующем, в отдаленном послеоперационном периоде, пришлось выполнять повторные ЭПСФТ - у 3-х из них она оказалась неполной, у 2-х выполнялась на фоне парафателлярных дивертикулов, у 2-х развился в послеоперационном периоде острый панкреатит. Основную группу пациентов составили больные, у которых оперативное вмешательство начиналось с лапароскопии и в результате выявленных изменений пришлось перейти на традиционное вмешательство, во время которого была осуществлена одномоментная коррекция всей хирургической патологии желчевыводящей системы (наличие воспалительного инфильтрата, не позволяющего идентифицировать анатомические структуры треугольника Кало, крупный холедохолитиаз, перивезикальные

причины гипербилирубинемии - синдром Mirizzi, перихоледохеальный лимфаденит, синдром Колена, тубулярный стеноз холедоха). Двенадцати пациентам произведена лапароскопия, конверсия, холецистэктомия, холедохолитотомия, холедоходуоденостомия; у 12 - тоже вмешательство, но без холедоходуоденостомии, еще у 12 больных операция заключалась в лапароскопии, конверсии, холецистэктомии, холедохостомии. Трое пациентов умерли в результате несостоятельности холедоходуоденостомии, 2 - от осложнений сердечно-сосудистых заболеваний. Послеоперационные осложнения (эвентрация, нагноение послеоперационной раны, межпетельные абсцессы, пневмонии) возникли у 8 больных.

Наибольшую группу 1196 пациентов составили больные, которым на первом этапе выполнена ЛХЭ с дренированием общего желчного протока по Халстеду-Пиковскому, по показаниям интраоперационная холангиография. В среднем на 8±2 день послеоперационного периода проводились операции второго этапа - (в большинстве своем ЭПСФТ - 52 пациента, в том числе у 10 больных на 28±1 сутки выполнили традиционную холедоходуоденостомию), направленные на коррекцию предполагаемой до операции и подтвержденной во время операции, в том числе результатами интраоперационной холангиографии, патологии желчевыводящих путей. Следует отметить, что ни в одном наблюдении мы не отметили осложнений после ИХГ. Как было указано выше, летальности в этой группе больных не отмечено, послеоперационные осложнения отмечены лишь у 1,2% больных.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Проблема деструктивных изменений в желчном пузыре является первой и более важной в сравнении с гипербилирубинемией при осложненных формах ОХ, что требует незамедлительного устранения очага воспаления, ибо оставление очага деструкции и гнойного воспаления может иметь значительные отрицательные последствия в плане увеличения частоты послеоперационных осложнений и летальности [Баулина и др., 2013].

Поэтому считаем более целесообразным у больных с осложненным ОХ, особенно с гипербилирубинемией, выполнять лапароскопическую холецистэктомию и дренирование ОЖП, а затем при необходимости, на втором этапе производить другие малоинвазивные вмешательства.

Список литературы

- Алтыев Б.К. Комплексное лечение гнойного холангита у больных с внепеченочной обструкцией внепеченочных желчных протоков /Б.К.Алтыев, Ф.Г.Назаров, М.Х.Ваккасов, Х.Т.Садыков //Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - №3. - С. 80.
- Андреев А.А. Лапароскопическая хирургия холедохолитиаза. Опыт лечения 165 пациентов /А.А.Андреев, Е.П.Рыбин, Е.Г.Учваткин [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - №3. - С. 30-31.
- Баулина Е.А. Возможная хирургическая тактика у больных с холециститом, сопровождающимся гипербилирубинемией при недостаточности обеспечения /Е.А.Баулина, О.А.Николашин, В.А.Ерющин [и др.] //Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №1. -

- С. 85-86.
- Баулина Е.А. Ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллосфинктеротомия в новой схеме эндохирургической тактики лечения холецистита, сопровождающегося билирубинемией /Е.А.Баулина, А.В.Алленов, А.А.Баулин [и др.] //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2013. - №3. - С. 86-88.
- Башилов В.П. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитазом /В.П.Башилов, Е.И.Брехов, Ю.Я.Малов, О.Ю.Василенко //Хирургия. - 2005. - №10. - С. 40-45.
- Безин В.В. Тактические подходы к лечению больных с острым калькулезным холециститом /В.В.Безин, И.П.Шин, Н.В.Заруцкая [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 108.
- Борисов А.В. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни, осложненной поражением внепеченочных желчных путей и большого сосочка двенадцатиперстной кишки /А.В.Борисов, В.П.Земляной, В.Б.Мосягин //Анналы хирургической гепатологии. -2004. - №2. - С. 22-30.
- Васильев А.А. Обоснование выбора способа и объема оперативного вмешательства у больных с острым холециститом в зависимости от степени операционного риска : автореф. дис. на соискание уч. степени докт. мед. наук /А.А.Васильев. - Донецк, 2003. - 24 с.
- Ветшев П.С. Диагностический подход при обтурационной желтухе / П.С.Ветшев //Росс. журнал гепатологии, колопроктологии. -1999. - №3. - С. 18-24.
- Выбор способа и объема оперативного вмешательства у больных с острым холециститом /П.Г.Кондратенко, А.А.Васильев, М.В.Конькова, А.Ф.Элин //Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. - Київ, 2001. - С. 513-517.
- Выбор оптимальной тактики лечения острого холецистита, сочетающегося с механической желтухой у больных с высоким операционным риском / В.Н.Малашенко, А.Н.Хореев, А.А.Чумаков, С.В.Козлов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 136-137.
- Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей /Э.И.Гальперин, П.С.Ветшев. - М., 2006. - 362 с.
- Гринев Н.В. О патогенезе желтухи при остром холецистите /Н.В.Гринев, А.Ю.Расс //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. -1989. - №7. - С. 3-7.
- Инвазивные ультразвуковые методики в сочетании с видеолaparоскопической холецистэктомией в этапном лечении больных с острым холециститом /А.С.Ермолов, А.А.Гуляев, Н.С.Марейко [и др.] //Новые технологии в диагностике и хирургии органов гепатобилиарной зоны: тр. межд. конф. - М., 1995. - С. 126-127.
- Использование лапароскопических холецистостомий в лечении деструктивных форм острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста /В.З.Тотиков, З.В.Тотиков, В.В.Меддоев [и др.] //Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №1. - С. 112-113.
- К вопросу о классификации и тактике лечения острого холецистопанкреатита /В.В.Ивашенко, Ю.И.Журавлева, К.К.Скворцов, К.К.Скворцов (мл.) //Хирургия Украины. - 2003. - №3. - С. 35-38.
- Кондратенко П.Г. Особенности выполнения лапароскопической холецистэктомии у больных с острым холециститом /П.Г.Кондратенко, А.Ф.Элин, Ю.А.Горохов [и др.] //Малоинвазивные вмешательства в хирургии: сб. науч. трудов. - М., 1996. - С. 35-40.
- Лапкин К.В. Активная избирательная хирургическая тактика и выбор метода операции при остром холецистите /К.В.Лапкин, А.Е.Климов, В.Ю.Малюта //Малоинвазивные вмешательства в хирургии: сб. науч. трудов. - М., 1996. - С. 52.
- Лапароскопическая холецистэктомия в условиях острого холецистита /Н.Е.Нечитайло, А.В.Скумс, А.Н.Литвиненко [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 142-143.
- Лечебно-диагностическая тактика и степень операционного риска у больных острым холециститом, осложненным заболеваниями терминального отдела холедоха /В.К.Гостищев, А.С.Воротынцев, А.Кириллик [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 117-118.
- Лечение калькулезного холецистита и его осложнений /Ю.А.Нестеренко, С.В.Михайлуков, В.А.Буровец [и др.] //Хирургия. - 2003. - №10. - С. 41-44.
- Лечение деструктивных форм острого холецистита с использованием лапароскопической техники /А.Г.Хитарьян, И.Я.Ябоян, А.И.Неделько, А.В.Сапов //Малоинвазивные вмешательства в хирургии: сб. науч. трудов. - М., 1996. - С. 92-95.
- Лохвицкий С.В. Лапароскопическая холецистэктомия как современный вариант тактики лечения острого холецистита /С.В.Лохвицкий, А.Б.Баширов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 136.
- Макар Д.А. Экстрахоледохеальные причины обтурационной желтухи и холангита /Д.А.Макар, В.П.Андрющенко //Клиническая хирургия. - 1987. - №9. - С. 14-16.
- Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи / О.С.Шкроб, М.Н.Кузин, С.А.Дадавни [и др.] //Хирургия. - 1998. - №9. - С. 52-59.
- Оптимизация сроков радикального лечения острого калькулезного холецистита /С.В.Козлов, А.А.Чумаков, В.Н.Малашенко, Ю.Агапитов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 130.
- Оптимизация хирургической тактики у больных с острым холециститом / Д.М.Кроасильников, А.З.Фаррахов, И.И.Хайруллин [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 133.
- Охотников О.И. Двухэтапная тактика лечения острого холецистита / О.И.Охотников, С.В.Иванов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 143-144.
- Савельев В.С. 80 лекций по хирургии / В.С.Савельев; под ред. В.С.Савельева. - М., 2008. - 378 с.
- Смирнов Н.Л. Острый деструктивный холецистит как причина обтурационной желтухи /Н.Л.Смирнов //Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы конгресса. - Донецк, 2013. - С. 133-134.
- Современные подходы к лечению острого холецистита /Б.Н.Даценко, Т.И.Тамм, К.А.Крамаренко,Е.Б.Кутелов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 119-120.
- Способы дренирования желчевыводящих путей при остром холецистите, осложненного механической желтухой /М.И.Дьяченко, П.Я.Сандаков, В.А.Самарцев [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 122.
- Современный подход к холецистостомии в лечении больных с желчнокаменной болезнью с высоким операционным риском /Ш.И.Каримов, В.Л.Ким, Н.Ф.Кротов [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 128-129.
- Ульянов Ю.Н. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким операционным риском /Ю.Н.Ульянов, С.В.Багненко, И.Ф.Сухарев //Вестник хирургии им. И.И.Грекова. - 2002. - №6. - С. 21-25.
- Хирургическое лечение деструктивного холецистита /П.П.Кошелев, В.Н.Лейбельс, Н.Ф.Солод [и др.] //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 132-133.

Хирургическое лечение механической желтухи у больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом /С.Г.Штофин, В.А.Бородач, М.З.Саак, А.А.Асатрян //Актуальные проблемы хирургической гепатологии: мат. конгресса. - Донецк, 2013. - С. 145-146.
 Чарчян Г.Л. Сравнительный анализ лапароскопической и открытой холецистэктомии в лечении деструктивных форм острого холецистита у больных

старших возрастных групп /Г.Л.Чарчян, А.П.Уханов, А.И.Игнатъев //Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №2. - С. 9.
 Шлутко А.М. Лечение острого калькулезного холецистита у пожилых и старых больных /А.М.Шлутко, В.Г.Агаджанов //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 165-166.
 Шорох С.Х. Этапность эндохирургического лечения острого холецистита у

больных с высоким оперативным риском /С.Х.Шорох, Г.П.Шорох //Анналы хирургической гепатологии. - 2004. - №2. - С. 165.
 Baron T.N. ERCP /T.N. Baron, R.A. Kozachek, D.I. Carilloike // MedSera. - 2008. - 524 s.
 Mc Gahan J.P., Lindforst K.K. Percutaneous cholecystostomy: an alternative to surgical cholecystostomy for acute cholecystitis? /J.P. McGahan., K.K. Lindforst // Radiology. - 1989. - №2. - P. 481-485.

Іващенко В.В., Іващенко А.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К. (мол.)

ЩОДО ПИТАННЯ РАЦІОНАЛЬНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ НА ТЛІ ГІПЕРБІЛІРУБІНЕМІЇ У СВІТЛІ 20-РІЧНОГО ДОСВІДУ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ

Резюме. В роботі на основі 20-річного досвіду лапароскопічної хірургії у 1278 хворих на гострий холецистит, що перебігає на тлі гіпербілірубінемії, обґрунтовуються переваги етапної тактики лікування з виконанням на першому етапі лапароскопічної холецистектомії (усунення осередку ураження), холедохостомії із завершальною корекцією протокової гіпертензії - на другому.

Ключові слова: лапароскопічна хірургія, гострий холецистит, гіпербілірубінемія, етапність лікування.

Ivashchenko V.V., Ivashchenko A.V., Skvortcov K.K., Skvortcov K.K. (jr.)

ABOUT THE RATIONAL SURGICAL TACTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS WHICH WERE OCCURRING ON A BACKGROUND OF HYPERBILIRUBINEMIA ACCORDING WITH 20 YEARS OF EXPERIENCE IN LAPAROSCOPIC SURGERY

Summary. The article shows the result of 20 years of experience in laparoscopic surgery in 1278 patients with acute cholecystitis which were occurring on the background of hyperbilirubinemia. The main strategy was in holding the first phase- laparoscopic cholecystectomy (removal the lesion focus), choledochostomy with the final correction of ductal hypertension on the second stage.

Key words: laparoscopic surgery, acute cholecystitis, hyperbilirubinemia, stages of treatment.

Стаття надійшла до друку 29.11.2013 р.

Іващенко Владимир Васильевич - д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии Донецкого национального медицинского университета имени М.Горького; +38 0622 66-83-56; +38 062 217-34-40; +38 062 217-26-91; +38 050 253-60-39

Іващенко Андрей Владимирович - к.м.н., доц. кафедры общей хирургии Донецкого национального медицинского университета имени М.Горького; +38 062 389-24-96; +38 062 217-34-40; +38 050 572-10-08

Скворцов Константин Константинович - зав. хирургическим отделением клиники общей хирургии; +38 062 217-34-40; +38 050 981-12-21

Скворцов Константин Константинович (мл.) - к.м.н., ординатор хирургического отделения клиники общей хирургии; +38 062 217-34-40; +38 050 326-49-58; dwarf_i@bigmir.net

© Міщенко В.В., Грубник В.В., Вододюк Р.Ю.

УДК: 616.37-002.4-022.7-089

Міщенко В.В., Грубник В.В., Вододюк Р.Ю.

Одеський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65082)

ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Опрацьовано результати лікування 143 хворих на гострий інфікований некротичний панкреатит. Інфікування зон некрозу відбувалось на 13-15 день захворювання. Показанням до оперативного лікування були неефективність консервативної терапії, ознаки перитоніту, поліорганна недостатність, гнійні запливи у параколярній, парапанкреатичній, заочеревеній клітковині. У 33(23,1%) хворих діагностовано правобічний параколіт, у 86(60,1%) - лівобічний параколіт, у 7(4,9%) - парапанкреатична флегмона, у 8(5,6%) - ознаки розлитого перитоніту, у 9(6,3%) - скупчення гною у просвіті малого чепця. Пунційні втручання під контролем УЗД з дренажуванням виконані у 107(74,8%) хворих. Лапаротомні операції проведені у 127(88,8%) випадках. Післяопераційна летальність склала 48(37,8%).

Ключові слова: лікування, гострий, деструктивний інфікований панкреатит.

Вступ

Протягом останніх років неухильно зростає частота захворюваності на гострий панкреатит (ГП) - 4,5-6,7 на 10 тис. населення [Бідюк та ін., 2012; Сипливий та ін., 2011; Beger et al., 2008]. ГП характеризується запаленням

підшлункової залози, а при прогресуванні - парапанкреатичної (ППК), параколярної (ПКК), заочеревинної клітковини (ЗК) з високою летальністю (до 60-70%). Від важких форм гострого деструктивного панкреатиту (ГДП)