

- / В.П. Польовий, Ф.Г. Кулачек, Ю.М. Соловей // Український Журнал Хірургії. - 2009. - № 1. - С. 108-111.
4. Сыкал Н. А. Программированная лапароскопия в лечении перитонита / Н.А. Сыкал // Медицина неотложных состояний. - 2013. - № 8(55). - С. 26-28.
5. Чурпій І. К. Зміни клітинної ланки імунітету у хворих оперованих з приводу перитоніту / І.К. Чурпій, О.В. Пиптюк, І.О. Якубовська // Клінічна хірургія. - 2014. - № 3. - С.10-11.
6. Шуркалин Б. К. Хирургические аспекты лечения распространенного перитонита / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2007. - № 2. - С. 24-28.

Саволюк С.И., Гудзь М.А.

ВЛИЯНИЕ ОТКРЫТЫХ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ САНАЦИЙ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ НА СОСТОЯНИЕ ИММУННОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Исследовано влияние открытых и видеолaparоскопических методик повторных санаций брюшной полости на состояние иммунного профиля у 126 больных гнойным перитонитом. Все больные разделены на контрольную (65 больных) и основную группы (61 больной). У 14 (21,5%) больных контрольной группы было проведено 17 традиционных РЛ по "требованию" и в программном режиме. В 12 (19,6%) больных основной группы было проведено 5 (8,1%) открытых РЛ по "требованию" и 12 (19,6%) ВЛС, из которых 5 были выполнены у больных с терминальной стадией перитонита перед открытой РЛ, проведение санации сочеталось с направленной локальной иммунокоррекцией циклофероном и липином. У больных основной группы выполнялось только по одной открытой РЛ, 2 и больше не выполнено ни у одного больного. Использование ВЛС в сочетании с локальной направленной иммунокоррекцией позволило ускорить восстановление нормального иммунного статуса у больных основной группы (наблюдалась нормализация уровней CD3, CD4, CD16, CD25, IgG, IgM, IgA, снижение CD19, CD95), сократить срок госпитализации больных и уменьшить послеоперационную летальность.

Ключевые слова: гнойный перитонит, видеолaparоскопическая санация, иммунный профиль.

Savolyuk S.I., Gudz M.A.

THE IMPACT OF OPEN AND VIDEOLAPAROSCOPIC ABDOMINAL SANITATION ON THE IMMUNE PROFILE OF PATIENTS WITH PURULENT PERITONITIS

Summary. The effect of open and techniques videolaparoscopic repeated abdominal drainage on the immune profile in 126 patients with purulent peritonitis. All patients divided into control (65 patients) and the study group (61 patients). In 14 (21,5%) patients in the control group were did 17 traditional relaparotomy "on-demand" and "programmed" mode. In 12 (19,6%) patients of the study group was performed 5 (8,1%) open relaparotomy "on demand", and 12 (19,6%) laparoscopy, 5 of which were performed in patients with end-stage of peritonitis was combined with directed local immune therapy cycloferon and lipin. Patients of the main group was carried out only one open relaparotomy, 2 and more never performed in any patient. Using of videolaparoscopy in conjunction with a local directed immune therapy allowed to speed up the restoration of normal immune status of patients the main group (observed normalization of CD3, CD4, CD16, CD25, IgG, IgM, IgA, reducing CD19, CD95), shorten hospitalization and reduce postoperative mortality.

Key words: purulent peritonitis, videolaparoscopic sanitation, immune profile.

Рецензент - д.мед.н., проф. Годлевський А.І.

Стаття надійшла до редакції 02.11.2015 р.

Саволюк Сергій Іванович - д.мед.н., доц., зав. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика; +38 067 989-42-83; savoluk@meta.ua

Гудзь Максим Анатолійович - асистент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету; +38 067 430-53-94; doc-gudz@inbox.ru

© Ткаченко А.И., Мищенко В.В., Кошель Ю.М., Койчев Е.А., Шаповалова К.И.

УДК: 616.367-089.85-072

Ткаченко А.И., Мищенко В.В., Кошель Ю.М., Койчев Е.А., Шаповалова К.И.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №1 с последипломной подготовкой (ул. Заболотного, 26, г. Одесса, Украина, 65117)

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКАХ ПРИ ОСЛОЖНЕНИИ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Резюме. В нашей клинике за последнее 10 лет лапароскопические оперативные вмешательства на желчных протоках при осложнениях желчекаменной болезни (ЖКБ) выполнены у 378 больных, из них 183 (48,6%) пациентов оперированы по ургентным показаниям. Механическая желтуха на фоне острого калькулезного холецистита была у 78 больных, острый билиарный панкреатит был у 64 больных, холедохолитиаз с холангитом - у 29 пациентов. Полученные результаты исследования свидетельствуют о перспективности применения лапароскопических вмешательств на желчных протоках при осложненной ЖКБ.

Ключевые слова: лапароскопия, холедохолитиаз, холедохотомия, холедохоекстрактор.

Вступ

Механическая желтуха является серьезным осложнением желчекаменной болезни и билиарного панкреатита. Быстрое развитие печеночной недостаточности у данных больных требует раннего хирургического

го вмешательства. В литературе дискутируется вопрос о выборе оптимального метода лечения механической желтухи [1, 5, 6]. До недавнего времени основными хирургическими методами лечения этого осложнения являлись лапаротомия и открытые вмешательства на желчных протоках, а также эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и эндоскопическое удаление конкрементов [1, 4]. В последнее годы появились сообщения о лапароскопических вмешательствах на желчных протоках, которые по мнению целого ряда хирургов [5, 6], имеют определенные преимущества по сравнению с открытыми операциями. В большинстве опубликованных работ описываются результаты плановых лапароскопических вмешательств на желчных протоках.

Целью настоящего исследования был анализ результатов лапароскопических вмешательств на желчных протоках у больных, оперированных в связи развитием осложнений желчекаменной болезни механической желтухой.

Материалы и методы

За последние 10 лет, в нашей клинике, лапароскопические вмешательства на желчных протоках произведены у 378 больных, из них у 183 (48,6%) пациентов установлены urgentные показания. Механическая желтуха на фоне острого калькулезного холецистита была у 78 пациентов, острый билиарный панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы был у 64 пациентов. У 29 больных холедохолитиаз осложнился желтухой, тяжелым холангитом и печеночной недостаточностью. У 91 больного, лапароскопические операции были выполнены после эндоскопической папиллотомии с безуспешными попытками удаления конкрементов из холедоха. В исследуемой группе (n-183) преобладали женщины, их было 117. Возраст больных колебался от 26 до 84 лет, средний возраст составил 57 ± 14 лет. По данным лабораторных анализов уровень билирубина был ниже 50 мкмоль/л у 91 больных, от 50 до 100 мкмоль/л - у 37, от 100 до 200 мкмоль/л - у 28, свыше 200 мкмоль/л - у 27. У всех больных были повышены по сравнению с нормой показатели АСТ, АЛТ, ЩФ.

Интраоперационная холангиография была произведена у 41 (29,7%) больного. Введение катетера для выполнения интраоперационной холангиографии мы производили с помощью специального зажима Olsen. Для осмотра холедоха через пузырный проток использовали холедохоскопы диаметром 3 мм фирмы "Storz" и "Cykon".

При выполнении лапароскопической холедохотомии для осмотра протоков использовали 5 мм фиброхоледохоскоп "Olympus". Для удаления конкрементов использовали баллонные катетеры типа Фогарти, корзинки типа Дормиа, а также специальный холедохэкстрактор [3]. При холангите и признаках желчной

гипертензии операцию заканчивали наружным дренированием холедоха. При чрезпузырнопротоковом доступе холедох дренирован через пузырный проток по Пиковскому с использованием специальных отечественных дренажей с муфтой для фиксации. При выполнении лапароскопической холедохолитотомии использован Т-образный дренаж Кера. Для билиарной декомпрессии и внутреннего дренирования использовались специальные стенты.

Результаты. Обсуждение

Удалить конкременты из холедоха через пузырный проток удалось у 98 (53,5%) пациентов. Как правило, у этих больных были единичные конкременты небольших размеров (не более 5-6 мм), холедох был незначительно расширен до 10-11 мм.

Для оптимизации удаления мелких конкрементов чрезпузырнопротоковым доступом производилась баллонная дилатация сфинктера большого дуоденального сосочка (БДС), что позволяло легко вымывать конкременты в просвет двенадцатиперстной кишки. Для уменьшения травматичности баллонной дилатации пациентам за 10-15 минут до дилатации вводили внутривенно 0,1 - 0,15 мл 0,1% раствора изокета [2]. После выполнения контрольной холедохоскопии наружное дренирование выполнялось только в случаях холангита или сужении интрапанкреатической части холедоха. Наружное дренирование холедоха выполнено у 147 (80,3%) больных. У 36 больных было выполнено антеградное стентирование холедоха специальными стентами диаметром 5 Fr. и 7 Fr., которое позволило снизить желчную гипертензию и воздержаться от наружного дренирования.

Наибольшую проблему для лапароскопического вмешательства на желчных протоках составили 13 больных с вклиненными в большой дуоденальный сосочек конкрементами. Удалить такие конкременты через пузырный проток удалось только у 3 больных с помощью специального экстрактора [3] и корзинок. У остальных больных была выполнена лапароскопическая холедохотомия, однако через этот доступ удалось удалить конкременты только у 4 больных. Конверсия выполнена 4 пациентам. При лапаротомной операции удалось удалить вклиненный конкремент у 2 больных. Попытки удаления вклиненных конкрементов при лапаротомных операциях, пальпация головки поджелудочной железы привели к развитию достаточно тяжелых послеоперационных панкреатитов у 3 больных. Они оперированы и выписаны в удовлетворительном состоянии из стационара. Санация желчных протоков и ликвидация желчной гипертензии, к сожалению, не всегда приводят к выздоровлению при билиарном панкреатите. Из 64 пациентов, поступивших в клинику с билиарным панкреатитом, у 6 пациентов выполнены повторные лапаротомии при этом одна больная умерла от прогрессирующего панкреонекроза.

При наличии расширения холедоха (свыше 11 мм), выполняли холедохотомию. Из 85 больных, которым выполнялась лапароскопическая холедохотомия, полное удаление конкрементов было выполнено у 79 (93%). У 3 больных с вклиненными конкрементами в БДС и у одной больной с внутривенным литиазом полного удаления конкрементов из протоков добиться не удалось. Им произведено наружное дренирование холедоха, а в дальнейшем была выполнена эндоскопическая папиллотомия с удалением оставшихся конкрементов.

Для наружного дренирования холедоха после лапароскопической холедохолитотомии у 68 пациентов использован Т-образный дренаж Кера, у 79 пациентов холедох дренирован через пузырный проток по Пиковскому. Наружное дренирование производилось при наличии холангита, печеночной недостаточности и тяжёлого билиарного панкреатита. При полном удалении конкрементов у 36 пациентов и хорошей проходимости желчных протоков и БДС произведено "глухое" ушивание холедохотомической раны. Антеградное стентирование холедоха специальными стентами диаметром 5 Fr и 7 Fr., позволило снизить желчную гипертензию и воздержаться от наружного дренирования.

Умеренное подтекание жёлчи в течение 2 суток наблюдалось у 4 больных.

В группе больных, которым выполнялась лапароскопическая холедохолитотомия, следует отметить следующие осложнения: незначительное подтекание крови из ложа желчного пузыря - у 2 больных, подпеченочный абсцесс - у 2 пациентов, невозможность удалить все конкременты из протоков у 4 больных, "забытые" конкременты - у 2 больных. Умерло 2 больных, которые поступили в клинику с тяжелой желтухой, холангитом и билиарным панкреатитом. Летальность у больных, которым производились лапароскопические операции по ургентным показаниям, составила 1%.

Лечение больных желчекаменной болезнью, осложненной механической желтухой представляет большие трудности и сопровождается значительным количеством осложнений и высокой летальностью, достигающей 5-10% [1]. В настоящее время в большинстве кли-

ник у этих больных на первом этапе выполняют ЭПСТ с экстракцией конкрементов. Данная методика имеет ряд преимуществ (не требует наркоза и т.д.), в тоже время она сопровождается тяжелыми осложнениями (кровотечения, острый панкреатит, холангиты). Технически далеко не всегда удается удалить конкремент obturating просвет холедоха, особенно когда конкремент больших размеров. Кроме того, такая тактика обрекает пациента на многократные оперативные вмешательства, что удлинит сроки лечения. В связи с развитием лапароскопической хирургии появилась возможность одновременно при выполнении лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) проводить вмешательства на желчных протоках с удалением конкрементов. Эти оперативные вмешательства могут выполняться через пузырный проток или через холедохолитотомию.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Лапароскопическая хирургия позволяет расширить спектр операций у больных с осложненной желчекаменной болезнью.

2. При наличии одиночных небольших конкрементов в холедохе оптимальным методом являются лапароскопические вмешательства, проводимые через пузырный проток.

3. При множественном холедохолитиазе, а также при наличии в холедохе конкрементов больших размеров, целесообразно их экстракцию производить через лапароскопическую холедохолитотомию.

4. При наличии холангита, тяжёлого билиарного панкреатита показано наружное дренирование холедоха.

5. Возможно ушивание холедохотомического отверстия без дренирования при установке стента или хорошей проходимости БДС.

В настоящей работе показано, что оперативные вмешательства на желчных протоках возможны у больных с механической желтухой. Все больные удовлетворительно перенесли данные операции и мы не наблюдали тяжелых послеоперационных осложнений и связанных с ними летальных исходов.

Список литературы

1. Ничитайло М. Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков : монография / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник. - К.: Здоров'я, 2005. - 424 с.
2. Пат. 2708 Україна, МПК7 А61 В17/00. Спосіб лікування холедохолітіазу / Грубник В.В., Ткаченко О.І., Герасимов Д.В., Калинин С.В. - Заявитель и патентообладатель Одесский нац. медицинский университет. - № 2004032262. Заявл. 26.03.04; опубл. 15.07.04. Бюл. №7.
3. Пат. 27639 Україна, МПК7А61В17/22. Холедохоекстрактор за Ткаченко О.І. / Ткаченко О. І. - Заявитель и патентообладатель Одесский национальный медицинский университет. - № 200707053. Заявл.: 25.06.07; опубл. 12.11.07. Бюл №18.
4. Laparoscopic common bile duct exploration and primary closure of choledochotomy after failed endoscopic sphincterotomy / Y. Zhou, X.D. Wu, R.G. Fan [et al.] // Int. J. Surg. - 2014. - Vol. 12, № 7. - P. 645-648.
5. Laparoscopic common bile duct exploration versus pre or post-operative ERCP for common bile duct stones in patients undergoing cholecystectomy: is there any difference? / R. Kenny, J. Richardson, E.R. McGlone [et al.] // Int. J. Surg. - 2014. - Vol. 12 - № 9. - P. 989-993.
6. Two-stage vs single-stage management for concomitant gallstones and common bile duct stones / J. Lu, Y. Cheng, X.Z. Xiong [et al.] // Wld. J. Gastroenterol. - 2012. - Vol. 18, № 24. - P. 3156-3166.

Ткаченко О.І., Міщенко В.В., Кошель Ю.М., Койчев Є.А., Шаповалова К.І.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ НА ЖОВЧНИХ ПРОТОКАХ ПРИ УСКЛАДНЕННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Резюме. В нашій клініці за останні 10 років лапароскопічні втручання на жовчних протоках при ускладненні жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) виконано у 378 хворих, з них 183 (48,6%) хворих оперовані за невідкладними показами. Механічна жовтяниця на фоні гострого холециститу була у 78 хворих, гострий біліарний панкреатит був у 64 хворих, холедохолітіаз з холангітом - у 29 пацієнтів. Отримані результати дослідження свідчать про перспективність використання лапароскопічних втручань на жовчних протоках при ускладненнях ЖКХ.

Ключові слова: лапароскопія, холедохолітіаз, холедохотомія, холедохоекстрактор.

Tkachenko O.I., Mischenko V.V., Koshel Yu.M., Koichev E.A., Shapovalov K.I.

LAPAROSCOPICALLY INTERVENTION ON AT BILE DUCTS COMPLICATIONS CHOLELITHIASIS BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Summary. In our clinic for the last 10 years, laparoscopic surgery on the bile tract complications of gallstones (GS) performed at 378 patients, out of which 183 (48.6%) patients were operated on urgent indications. Mechanical jaundice was induced in these group patients (78 patients) with acute calculous cholecystitis, with acute biliary pancreatitis were 64 patients, choledocholithiasis with cholangitis - at 29 patients. Obtained results showed great feasibility of laparoscopic surgical procedures on the bile ducts in complicated gallstone disease.

Key words: Laparoscopy, choledocholithiasis, choledochotomy, extraction of common bile duct stones.

Рецензент - д.мед.н., проф. Каштальян М.А.

Статья поступила в редакцию 16.11.2015г.

Ткаченко Олександр Іванович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії №1 з післядипломною підготовкою Одеського національного медичного університету; +38 050 336-69-33; doctortkachenko@i.ua

Мищенко Василь Васильович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії № 1 Одеського національного медичного університету

Кошель Юлій Миколайович - доцент, к.мед.н. кафедри хірургії № 1 Одеського національного медичного університету; +38 048 750-01-16

Койчев Євген Анатолійович - асистент кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

Шаповалова Катерина Ігорівна - ст. лаборант кафедри хірургії №1 Одеського національного медичного університету

© Усенко О.Ю., Петрушенко В.В., Стойка В.І., Гребенюк Д.І., Стукан С.С.

УДК: 616.36-002.951.21-089

Усенко О.Ю.¹, Петрушенко В.В.², Стойка В.І.², Гребенюк Д.І.², Стукан С.С.²

¹Національний Інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова НАМН України (вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, Україна, 03680), ²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕПАЗИТАРНИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

Резюме. У статті наведено аналіз лікування непаразитарних кіст із використанням аргоноплазмової коагуляції при лапароскопічному та при загальноприйнятому хірургічному лікуванні. Продемонстровано кращі результати лікування непаразитарних кіст печінки при лапароскопічному лікуванні з використанням аргоноплазмової коагуляції на паренхіму печінки, у порівнянні із загальноприйнятим хірургічним лікуванням.

Ключові слова: вогнищеві ураження печінки, аргоноплазмова коагуляція, непаразитарні кісти печінки.

Вступ

Технологічний прогрес останніх десятиліть привів до нових відкриттів, підходів та розвитку різних підходів в сучасній медицині. Суттєвий розвиток отримала хірургічна гепатологія, де підвищилась діагностика та розширились підходи в лікуванні вогнищевих захворювань печінки з використанням новітніх технологій. Структуру вогнищевих захворювань печінки складають численні і різні за формою та стадіями розвитку процеси: паразитарні та непаразитарні кісти, злоскісні і доброякісні новоутворення [3, 7].

Діагностика та лікування вогнищевих захворювань печінки відносяться до однієї із актуальних проблем сучасної хірургічної гепатології [1, 8, 9].

Кісти печінки спостерігаються приблизно у 1,8% населення, а за даними аутопсії частота невиявлених непаразитарних кіст печінки досягає 1,86%. У жінок кісти трапляються в 3-5 разів частіше ніж у чоловіків, проявляються в період між 30 і 50 роками життя. Згідно

із сучасними патогенетичними підходами, справжні кісти в печінці виникають із аберантних жовчних ходів, тобто під час ембріонального розвитку не відбувається підключення до системи жовчних шляхів окремих внутрішньочасточкових і міжчасточкових жовчних ходів, відсутність інволюції цих ходів є причиною розвитку кіст печінки [7].

Непаразитарні кісти печінки включають гетерогенну групу захворювань, які відрізняються в етіології, поширеності та проявах, від паразитарних кіст та пухлинних утворень печінки. Іноді диференційна діагностика може стати складним завданням. З поліпшенням методів діагностики та розвитком малоінвазивних технологій, лікування печінкової кістозної хвороби продовжує розвиватися [7].

Проблема лікування кіст печінки на сьогодні далека від свого остаточного вирішення. Частота випадків захворювання на кісти печінки різного етіологічного