



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1 (100) 2020

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»
(Протокол № 01 від 20.01.2020 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Базилайшвілі

Підписано до друку 22.01.2020 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 25,5.
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане
у ТОВ фірма «НТМТ»
61072, м. Харків,
вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2020

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко, д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко, д. мед. н., професор

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан, д. мед. н., професор

Відповідальний секретар

С. О. Береснев, д. мед. н., голов. наук. співр.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бездетко П. А., д. мед. н., професор

Велігоцький М. М., д. мед. н., професор

Голобородько М. К., д. мед. н., професор

Давиденко В. Б., д. мед. н., професор

Даценко Б. М., д. мед. н., професор

Дуденко В. Г., д. мед. н., професор

Євтушенко Д. О., д. мед. н., професор

Іванова Ю. В., д. мед. н., професор

Караченцев Ю. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Клімова О. М., д. мед. н., професор

Лісовий В. М., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Лупальцов В. І., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Макаров В. В., д. мед. н., професор,

Малоштан О. В., д. мед. н., ст. наук. співр.

Панченко М. В., д. мед. н., професор

Пасечнікова Н. В., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ

Пеев Б. І., д. мед. н., професор

Польовий В. П., д. мед. н., професор

Прасол В. О., д. мед. н., професор

Сипітий В. І., д. мед. н., професор

Сипливий В. О., д. мед. н., професор

Стариков В. І., д. мед. н., професор

Сушков С. В., д. мед. н., професор

Флоріян А. К., д. мед. н., професор

Тищенко О. М., д. мед. н., професор

Хворостов Є. Д., д. мед. н., професор

Шевченко С. І., д. мед. н., професор

Аксендиус Калангос, M.D., PhD

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Андреещев С. А., к. мед. н., доцент (Київ)

Гринь В. К., д. мед. н., професор (Донецьк – Київ)

Дрюк М. Ф., д. мед. н., професор (Київ)

Зозуля Ю. П., д. мед. н., професор, академік НАМНУ (Київ)

Юффе І. В., д. мед. н., професор (Луганськ – Рубіжне)

Кондратенко П. Г., д. мед. н., професор (Донецьк – Краматорськ)

Кононенко М. Г., д. мед. н., професор (Суми)

Кришень В. П., д. мед. н., професор (Дніпропетровськ)

Лізіков А. М., д. мед. н., професор (Гомель, Білорусь)

Ричагов Г. П., д. мед. н., професор (Мінськ, Білорусь)

Саєнко В. Ф., д. мед. н., професор, член-кор. НАМНУ (Київ)

Сушков С. А., к. мед. н., доцент (Вітебськ, Білорусь)

Тутченко М. І., д. мед. н., професор (Київ)

Шалімов С. О., д. мед. н., професор (Київ)

Шапринський В. О., д. мед. н., професор (Вінниця)

Щастний А. Т., д. мед. н., професор, (Вітебськ, Білорусь)



Зміст

Contents

ЮВІЛЕЇ

- До спільного 90-річного ювілея
ДУ «ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України»
та професора В. Т. Зайцева: історія
та сучасність (1930-2020) 8
*В. В. Бойко, П. М. Замятін, І. А. Тарабан,
С. О. Береснєв, Л. В. Провар*

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Общий объем гепатоцитов как фактор
выживаемости при экспериментальной
обструкции внепеченочных желчных путей21
И. Н. Мамонтов

EXPERIMENTAL RESEARCHES

- Total hepatocytes volume as the survival factor
in experimental obstruction
of the biliary pathways21
I. M. Mamontov

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

- Миниинвазивное лечение
ахалазии кардии. 27
*А. М. Бабий, Б. Ф. Шевченко,
Н. В. Пролом, А. А. Галинский*

ORIGINAL RESEARCHES

- Minimally invasive treatment
for achalasia of cardia 27
*O. M. Babii, B. F. Shevchenko,
N. V. Prolom, A. A. Galinskij*

- Профілактика ранніх післяопераційних
ускладнень операцій на кишечнику
з використанням
імуномодуючої терапії.37
М. С. Тимченко

- Prevention of early postoperative
complications of intestinal
surgery using immunomodulating
therapy37
Tymchenko M.

ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ

- Порушення вуглеводного обміну
у хворих на сепсис. 46
*С. Д. Шаповал, І. Л. Савон,
О. О. Максимова, Л. А. Василевська,
М. М. Софілканіч, О. В. Трибушний*

QUESTIONS OF SURGICAL INFECTION

- Disruption of carbohydrate metabolism
in patients with sepsis 46
*S. D. Shapoval, I. L. Savon,
O. O. Maksimova, L. A. Vasilevskaja,
M. M. Sofilkanich, O. V. Tribushnoj*

- Лапароскопічний перитонеальний лаваж
в лікуванні гнійного і калового перитоніту,
як ускладнення дивертикулярної
хвороби товстої кишки.51
*М. А. Кашталян, О. В. Тимчук,
І. П. Кураченко*

- Laparoscopic peritoneal lavage
in treatment of purulent and fecal peritonitis
as complications of the colonic
diverticular disease51
*M. A. Kashtalian, O. V. Tymchuk,
I. P. Kurachenko*

- Обґрунтування ефективності застосування
ректальних супозиторіїв «Далмаксін»
(тіотриазолін) при комплексному лікуванні
гострого парапроктиту. 54
О. А. Вільцанюк, М. В. Мазур

- Justification of the effectiveness
of the use of Dalmaxin rectal suppositories
(thiotriazolin) in the complex treatment
of acute paraproctitis 54
O. A. Viltzaniuk, M. V. Mazur



Дослідження ефективності використання комбінації сорбенту та антисептика у комплексному лікуванні перитоніту 63
I. I. Білик, Б. В. Петрюк, О. В. Ротар, I. I. Дутка, I. Є. Семенюк

Research on the efficiency of the use of the sorbent combination and antiseptics in the complex treatment of peritonitis 63
I. I. Bilyk, B. V. Petriuk, O. V. Rotar, I. I. Dutka, I. E. Semeniuk

ПИТАННЯ ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

QUESTIONS OF THORACAL SURGERY

Ендобронхіальні хірургічні методи в лікуванні хронічних абсцесів легень 67
В. В. Бойко, А. А. Серенко, А. Г. Краснояружський, Д. В. Мінухін, В. Г. Грома, Д. О. Євтушенко, П. І. Корж

Endobronchial surgical methods in the treatment of chronic lung abscess 67
V. V. Boyko, A. A. Serenko, A. G. Krasnoyaruzhskiy, D. V. Minukhin, V. G. Hroma, D. O. Yevtushenko, P. I. Korzh

ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

QUESTIONS OF SURGERY OF PANCREATOBILIARY SYSTEM

Патоморфологічні зміни внутрішньопечінкових жовчних проток та холедоха у хворих на гострий та хронічний холангіт 72
О. В. Малоштан, А. О. Неклюдов, Р. М. Смачило, О. М. Тищенко, М. О. Кльосова, О. В. Волченко

Pathomorphological changes in structure of intrahepatic ducts and choledoch in patients with acute and chronic cholangitis 72
O. V. Maloshtan, A. O. Nekliudov, R. M. Smachylo, A. M. Tyschenko, M. O. Klyosova, O. V. Volchenko

Діагностика сполучених пошкоджень черевної порожнини при травмі підшлункової залози. 77
Н. М. Гончарова, С. М. Тесленко

Diagnosis of conjugated abdominal lesions in pancreatic injury 77
N. M. Honcharova, S. M. Teslenko

Реалізація концепції «fast-track surgery» при лікуванні хворих на гострий панкреатит за тактикою «step-up approach» 81
I. А. Криворучко, К. Ю. Пархоменко, А. Г. Дроздова, М. В. Супличенко

Implementation of the concept of «fast-track surgery» in the treatment of patients with acute pancreatitis according to the tactics «step-up approach» 81
I. A. Kryvoruchko, K. Yu. Parkhomenko, A. G. Drozdova, M. V. Suplichenko

Арозивні кровотечі при панкреонекрозі — тактичні підходи 85
В. В. Міщенко, П. І. Пустовойт, Р. Ю. Вододюк, В. В. Величко, В. В. Горячий

Arrosive bleeding with pancreatic necrosis — tactical approaches 85
V. V. Mishchenko, P. I. Pustovoit, R. Yu. Vododyuk, V. V. Velichko, V. V. Goryachy

Классификация, диагностика и современные подходы хирургической коррекции синдрома Мириizzi 89
Е. Д. Хворостов, В. В. Дериколенко, С. А. Бычков, А. И. Цивенко, Р. Н. Гринёв

Classification, diagnosis and modern approaches to the surgical correction of Mirizzy syndrome 89
Y. D. Khvorostov, V. V. Derykolenko, S. A. Bychkov, O. I. Tsivenko, R. N. Hrynov

Доопераційна діагностика протипоказань до лапароскопічного доступу при оперативному лікуванні гострого холецистити 94
В. І. Лупальцов, К. О. Вандер, А. І. Ягнюк, С. С. Кітченко

Preoperative diagnostics of contraindications to laparoscopic approach at operative treatment of acute cholecystitis 94
V. I. Lupaltsov, K. A. Vander, A. I. Yagnyuk, S. S. Kitchenko



ЧЕТЫРЕ СЛАВНЫХ ЮБИЛЕЯ

Дорогие читатели!

У нас с Вами Праздник! Любой Юбилей — это замечательное событие, а четыре Праздника круглых дат — это уникальное совпадение. Как Вы могли увидеть на обложке номера, ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины имени В. Т. Зайцева» исполняется 90 лет со дня основания. Столько же лет прошло со дня рождения его многолетнего директора Владимира Терентьевича Зайцева, имя которого с гордостью носит Институт. Кроме того, нашему журналу «Харьковская хирургическая школа» исполняется 20 лет и Вы держите в руках его 100-й номер! Согласитесь, во всем этом есть особый символический смысл.

Когда-то мы сравнивали юбилейные номера журнала с выросшим ребенком, в которого Редакция вкладывает свой труд и частичку сердца. За прошедшее двадцатилетие ЖУРНАЛ не просто вырос, но и преобразился в солидное и зрелое издание, признанное украинской научной общественностью.

В 100 его номерах опубликовано более 5000 различных научных публикаций, связанных с хирургической тематикой. Целые поколения врачей различных специальностей выросли за это время — многие молодые хирурги, авторы наших номеров стали зрелыми специалистами — кандидатами и докторами наук, старшими научными сотрудниками, доцентами и профессорами, а число их читателей измеряется многими сотнями.

Журнал прочно продолжает занимать свое почетное место в плеяде общепризнанных медицинских журналов Украины, изменяя формы донесения информации до читателей, но не меняя своей главной доктрины — быть маяком современной хирургической науки.

Мы поздравляем всех наших авторов, коллег, друзей, и единомышленников, с этими Славными Юбилеями! Благодарим за внимание и поддержку, и надеемся на дальнейшее плодотворное сотрудничество!

Редакция журнала

В. І. Лупальцов,
К. О. Вандер, А. І. Ягнюк,
С. С. Кітченко

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ДООПЕРАЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРОТИПОКАЗАНЬ ДО ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Резюме. Гострий холецистит залишається однією з найчастіших ургентних патологій — до 10–15 %.

Мета дослідження — поліпшити результати лікування хворих літнього і старечого віку з гострим холециститом шляхом оптимізації вибору типу оперативного втручання на основі критеріїв ультразвукового дослідження паравезикального інфільтрату.

Матеріали і методи. Проведено клінічне дослідження і аналіз результатів хірургічного лікування гострого холециститу у 147 хворих. У усіх випадках причиною гострого холециститу була желчекаменна хвороба. Диференціальні критерії вибору типу операції формувалися до операції за допомогою УЗД гепатопанкреатодуоденальної зони і доплерівським кольоровим картированием кровотоку в стінці жовчного міхура. Залежно від щільності і поширеності, було виділено три типи інфільтрату: рихлий інфільтрат, щільний інфільтрат з чіткою візуалізацією контурів жовчного міхура і щільний інфільтрат з розмитістю контурів жовчного міхура і холедоха.

Висновки. Дослідження виявило найбільш характерні ознаки ультразвукового картирования, на підставі яких вже до операції можна ідентифікувати протипоказання до лапароскопічного доступу. Оптимізація вибору хірургічного доступу дозволяє підвищити безпеку операції і поліпшити безпосередні її результати.

Ключові слова: гострий холецистит, УЗД-діагностика, лапароскопічна операція, протипоказання.

Вступ

Гострий холецистит нині залишається ургентною хірургічною патологією, що найчастіше зустрічається. Питома вага його серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини впродовж ряду років залишається досить високим — 10-15 %.

Лапароскопічна холецистектомія стала стандартним оперативним втручанням в лікуванні гострого холециститу, проте також не позбавлена ряду недоліків, міра яких залежить від правильності дій хірурга. Помилки, що допускаються на діагностичному етапі у осіб літнього і старечого віку, створюють не лише небезпеку при її виконанні, але і призводять до розвитку ускладнень [4-6].

На думку міжнародних експертів (Токуо Guidelines 2018 (TG18) [7]), у разі технічних труднощів при виконанні лапароскопічної холецистектомії, обумовлених перивезикальним інфільтратом, немає необхідності в конверсії, а цілком допустима резекція жовчного міхура замість його повного видалення.

Такий підхід неминує викликає низку запитань:

- який оптимальний об'єм резекції жовчного міхура або який допустимий об'єм тканин, що залишаються;
- яка частота формування жовчних свищів у ранньому післяопераційному періоді і які методи їх попередження;
- яка частота постхолецистектомічного синдрому в найближчі і віддалені терміни після такої операції;
- у яких випадках показана повторна операція і в які терміни.

На жаль, однозначної відповіді на ці питання в рекомендаціях немає.

Мета дослідження — поліпшити результати лікування хворих літнього і старечого віку з гострим холециститом шляхом оптимізації вибору типу оперативного втручання на основі критеріїв ультразвукового дослідження паравезикального інфільтрату.

Матеріали та методи досліджень

Проведений аналіз результатів хірургічного лікування гострого холециститу у 147 хворих. У усіх випадках причиною гострого холециститу була жовчнокам'яна хвороба. Вік пацієнтів



був в діапазоні 65-85 років (чоловіки – 45, жінки – 102). Своєчасно (до 6 годин від початку захворювання) госпіталізовано 39 хворих, до 12 ч – 51, до 24 ч – 42, і пізніше 24 ч – 15 хворих.

В усіх пацієнтів була виявлена супутня патологія (у більшості – два і більше захворювань).

Диференціальні критерії вибору типу операції формувалися до операції за допомогою УЗД гепатопанкреатодуоденальної зони [1, 2, 3] і доплерівським кольоровим картування кровотоку в стінці жовчного міхура (апарат Ultima Pro 30 (Радмир, Україна) з датчиком 3,5 МГц).

Результати досліджень та їх обговорення

Залежно від щільності і поширеності, ми виділяємо три типи інфільтрату.

Перший тип – рихлий інфільтрат, для якого характерна зона помірно підвищеною луногенністю з нечітким контуром і зниженням чіткості васкуляризації гепатодуоденальної зв'язки зі збереженою візуалізацією трубчастих структур.

Другий тип – щільний інфільтрат, який характеризується зоною високої луногенності з розмитим неоднорідним контуром і структурою у вигляді щільних луно-включень, розташованих по зовнішньому контуру жовчного міхура, ближче до його шийки, яка чітко візуалізується.

Третій тип характеризується ще більше вираженою щільністю з гіперлуногенними включеннями у вигляді невеликих смуг розмірами від 0,5 до 1,0 см, розташованих в проекції жовчного міхура і воріт печінки. Візуалізація шийки жовчного міхура і холедоха погана або відсутній, відзначається укорочення видимої частини холедоха.

Виявлені ультразвукові зміни дозволили нам оптимізувати вибір способу оперативного втручання і розподілити хворих на дві групи. Перша група – 120 хворих, яким при виборі оперативного доступу враховували результати УЗД з характеристикою паравезикального інфільтрату. Друга група – 27 хворих, у яких цей чинник не враховувався.

При першому типі паравезикального інфільтрату (рихлий інфільтрат і збережений кровотік в стінці жовчного міхура; 45 хворих (37,5 %) виконувалася лапароскопічна холецистектомія. Лише у одному випадку проведена конверсія доступу із-за атипичного анатомічного розташування міхурної протоки.

За наявності другого типу паравезикального інфільтрату (щільний зі збереженою візуалізацією холедоха; 47 хворих (39,2 %) виконана холецистектомія з міні доступу з дрениванням підпечінкового простору. Конверсія була виконана в 2 випадках.

У хворих з третім типом паравезикального інфільтрату (щільний без чіткої візуалізації хо-

ледоха з відсутністю кровотоку в стінці жовчного міхура; 28 хворих (23,3 %) виконувалася холецистектомія з лапаротомного доступу. У час і після операції ускладнень не спостерігалось.

При розширенні холедоха більше 11 мм виконували інтраопераційну холангіографію і, за свідченнями, дренивання холедоха.

У 2-й групі усі втручання починалися з лапароскопічного доступу, і були вдалими в 81,4 % хворих. У 4 випадках при оглядовій лапароскопії констатовані труднощі як з візуалізації трубчастих утворень трикутника Калло, так і наявність щільного інфільтрату, що привело до конверсії у 5 хворих. Ще у 2 хворих цієї групи під час лапароскопічної холецистектомії виникла кровотеча з міхурної артерії, що також зажадало конверсії. У післяопераційному періоді ускладнення спостерігалися у 4 (14,8 %). Більшість ускладнень були гнійно-септичного характеру. Всього померло 3 хворих (1 – в першій групі, 2 – в другій), усі вони були з важкою супутньою патологією.

Золотий стандарт хірургічного лікування гострого холецистити – лапароскопічна холецистектомія, на жаль, може бути реалізована не в усіх випадках у зв'язку з високим ризиком ятрогенних травм. Аналогічна ситуація можлива і при виконанні операції з міні доступу. Найбільш значимою причиною таких клінічних ситуацій є інфільтрат в області жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки.

У таких випадках запропоновано два рішення: конверсія або продовження лапароскопічної операції, але замість холецистектомії виконати резекція жовчного міхура.

Це дослідження пропонує третій варіант – вже до операції визначити протипоказання для лапароскопічного і міні доступів.

Сучасний, розширений варіант ультразвукового дослідження дозволяє виявити об'єктивні ознаки течії запального процесу, які формують технічні труднощі, травматичність, що підвищують, і небезпека холецистектомії з лапароскопічного або міні доступів.

Це дослідження виявило найбільш характерні ознаки ультразвукового картування:

- наявність поширених зон підвищеної луногенності в паравезикальному просторі;
- слабка або відсутня візуалізація шийки жовчного міхура;
- укорочення видимої частини холедоха;
- симптом «суцільної акустичної тіні»;
- динаміка васкуляризації стінки жовчного міхура – відсутність кровотоку при гангренозній формі холецистити або її гіперваскуляризація.

Таким чином, УЗД-об'єктивізація форми запальних змін тканин при гострому холециститі дозволяє вже до операції виявити протипока-

зання для успішного виконання малоінвазивного втручання у осіб літнього і старечого віку.

Висновки

1. Ультразвукове дослідження з доплерівським кольоровим картуванням кровотоку в стінці жовчного міхура дозволяє виявити критерії вибору оптимального типу хірургічного доступу у хворих літнього і старечого віку з гострим калькульозним холециститом.

2. З метою профілактики інтра- і післяопераційних ускладнень показання до малоінвазивних операцій повинні встановлюватися з урахуванням УЗД-даних про щільність перивезикального інфільтрату і стану гепатодуоденальної зв'язки.

3. Оптимізація вибору хірургічного доступу дозволяє підвищити безпеку операції і поліпшити безпосередні її результати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конькова М.В. Допплерографія в діагностиці гострого холециститу // Шпитальна хірургія. 2005. №2. С. 28–31.
2. Лупальцов В.І., Дехтярук І.А. Хірургічна тактика і коригувальна терапія в ранньому післяопераційному періоді у хворих похилого віку с ускладненим гострим холециститом // Клінічна хірургія. 2007. №9 (додат.). С. 76–77.
3. Лупальцов В. И., Ягнюк А. И., Дехтярук И. А. Современные подходы к тактике выбора оперативного лечения острого холецистита // Сучасні медичні технології . 2011. № 3–4. С. 211–213.
4. Осадець В. С. Гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, діагностика, лікувальна тактика // Клінічна хірургія. 2006. №11-12. С. 32–33.
5. Причины послеоперационной летальности при остром холецистите и меры по ее снижению / С.Р. Чахмачев, А.П. Уханов, А.С. Ящина, А.И. Игнатъева // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2008. Т.157, №5. С. 76–79.
6. Сочетание операции из минидоступа у больных мультифокальным атеросклерозом и желчнокаменной болезнью / Ф.Ф. Хамитов, Н.В. Верткина, А.Н. Гудков и др. // Хірургія. 2006. №9. С. 25–30.
7. Roheena Z. Panni, Steven M. Strasberg. Preoperative predictors of conversion as indicators of local inflammation in acute cholecystitis: strategies for future studies to develop quantitative predictors // J. Hepatobiliary Pancreat Sci (2018) 25:101–108.



ДООПЕРАЦИОННАЯ
ДИАГНОСТИКА
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМУ
ДОСТУПУ ПРИ
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*V. I. Lupaltsov, K. A. Vander,
A. I. Yagnyuk, S. S. Kitchenko*

Резюме. Острый холецистит остаётся одной из самых частых ургентных патологий – до 10-15 %.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом путём оптимизации выбора типа оперативного доступа на основе критериев ультразвукового исследования паравезикального инфильтрата.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование и анализ результатов хирургического лечения острого холецистита у 147 больных. Во всех случаях причиной острого холецистита была желчекаменная болезнь. Дифференциальные критерии выбора типа операции формировались до операции с помощью УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны и доплеровским цветным картированием кровотока в стенке жёлчного пузыря. В зависимости от плотности и распространённости, было выделено три типа инфильтрата: рыхлый инфильтрат, плотный инфильтрат с чёткой визуализацией контуров желчного пузыря и плотный инфильтрат с размытостью контуров желчного пузыря и холедоха.

Выводы. Исследование выявило наиболее характерные признаки ультразвукового картирования, на основании которых уже до операции можно идентифицировать противопоказания к лапароскопическому доступу. Оптимизация выбора хирургического доступа позволяет повысить безопасность операции и улучшить непосредственные её результаты.

Ключевые слова: *острый холецистит, УЗИ-диагностика, лапароскопическая операция, противопоказания.*

PREOPERATIVE
DIAGNOSTICS OF
CONTRAINDICATIONS
TO LAPAROSCOPIC
APPROACH AT OPERATIVE
TREATMENT OF ACUTE
CHOLECYSTITIS

*V. I. Lupaltsov, K. A. Vander,
A. I. Yagnyuk, S. S. Kitchenko*

Summary. Acute cholecystitis is one of the most frequent urgent pathology – about 10-15 %.

Purpose of the analysis – to improve the outcomes of the surgical treatment elderly and senile age patients with acute cholecystitis based on ultrasonic method investigation of a perivesical infiltration.

Materials and method. Clinical investigation and the analysis of results of surgical treatment of acute cholecystitis at 147 patients were carried out. In all cases, cholelithiasis was the cause of acute cholecystitis. Differential criteria of the choice of surgical approach were formed before operation with the ultrasonography of a hepatopancreatoduodenal zone and color mapping with Doppler ultrasonography of a blood-circulation in a wall of a gall bladder. Depending on tissue density and spreading of inflammation, three types of infiltrate were identified: friable infiltrate, dense infiltrate with well-defined contours of a gall bladder and dense infiltrate with blurring of contours of a gall bladder and a choledoch.

Conclusion. The research revealed the most characteristic signs of ultrasonography mapping based on which already before operation it is possible to identify contraindications to laparoscopic approach. Optimization of the choice of surgical approach allowed to increase safety of operation and to improve its results.

Key words: *acute cholecystitis, ultrasonic-investigation, laparoscopic operation, contraindications.*