

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ М.І.ПИРОГОВА**

**ВІСНИК ВІННИЦЬКОГО
НАЦІОНАЛЬНОГО
МЕДИЧНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ**

**НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ
№1, Ч.1 (Т. 18) 2014**

Борота А.В., Гринцов А.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А. Критерии эффективности электрической сварки мягких тканей в гемостазе при лапароскопических операциях	189
Герич І.Д., Огурцов О.В., Федоров В.Ю., Семань Т.Е. Анатоμο-топографічні обставини, як чинник ризику інтраопераційних ускладнень при лапароскопічній холецистектомії	192
Гур'єв С.О., Соловійов О.С., Танасієнко П.В. ВІЛ - позитивні постраждали з політравмою: діагностика інфекційних ускладнень	195
Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А., Дворник И.А. Пути профилактики гнойных осложнений у больных раком ободочной кишки	198
Шевченко В.Г., Запорожченко Б.С., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Зубков О.Б. Эффективность эндолaparоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы по результатам отдаленного периода	201
Годлевський А.І., Саволук С.І. Сучасні аспекти післяопераційного знеболення хворих з obtураційною жовтяницею непухлинної етіології	205
Годлевський А.І., Саволук С.І., Томашевський Я.В. Оптимізація лікувально-діагностичних та тактичних принципів курації гострого панкреатиту біліарної етіології у хворих з цукровим діабетом	210
Петрушенко В.В., Стойка В.І. Аргоплазмова коагуляція у лікуванні кіст печінки	214

МЕТОДИКИ

Андрющенко В.П., Куновський В.В. Кредитно-модульний принцип викладання дисципліни "Загальна хірургія": шляхи оптимізації в світлі досвіду роботи кафедри	218
Борота А.В., Кухто А.П., Герасименко Е.А., Базиян-Кухто Н.К., Мендзяк Р.М., Кондратенко А.П. Студенческий научный кружок: проблемы организации и перспективы развития в условиях кредитно-модульной системы	220
Булат Л.М., Лисунець О.В., Дідик Н.В., Шінкарук-Диковицька М.М. Інтерактивні технології навчання та формування клінічного мислення у студентів молодших курсів медичного вишу	222
Задорожний В.В., Мунтян С.О., Баранник С.І., Лященко П.В. Сучасні аспекти викладання дисципліни "Загальна хірургія" за кредитно-модульною системою	225
Каніковський О.Е., Сандер С.В., Бабійчук Ю.В., Павлик І.В., Жупанов О.А. Методика використання тестових завдань у навчальному процесі	228
Кришень В.П., Гузенко Б.В., Нор Н.М. Особливості викладання курсу "Перша долікарська допомога" на кафедрі загальної хірургії іноземним студентам, що навчаються за фахом "фармація"	230
Кулигіна В.М., Гаджула Н.Г. Застосування інтерактивних технологій кооперативного навчання на заняттях терапевтичної стоматології у студентів медичного вузу	232
Лупальцов В.І., Ворошук Р.С., Ягнюк А.І., Дехтярук І.А. Рефлексивний підхід при модульному навчанні хірургії студентів медичних вузів	235
Петренко Д.Г., Сипливый В.А., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Петюнин А.Г., Менкус Б.В. Интегральная оценка ультразвукового исследования в диагностике и хирургическом лечении вентральных грыж	238
Сандер С.В. Оцінка перспективи збереження стопи при передгангренозному стані і гангрені пальців	241
Філіп С.С., Скрипинець Ю.П., Шимон В.М., Сливка Р.М. Case-study метод при викладанні загальної хірургії	243
Борота А.В., Герасименко Е.А., Борота А.А. Особенности преподавания общей хирургии на английском языке студентам международного факультета	246
Форманчук Т.В. Створення та використання лапароскопічного тренажера для покращення практичних навиків з хірургії	248
Герич І.Д., Фусс Ю.О. Модифікація проби Мінора як тесту оцінки спроможності локальної антиінфекційної резистентності шкіри	252
Бондарев Р.В., Орехов А.А. Особенности лапароскопического адгезиолизиса в нижнем этаже брюшной полости	255
Василіук С.М., Гудивок В.І., Біцька І.В., Осадець В.С., Лаб'як І.Р., Дмитрук О.М., Іванина В.В., Павлюк Н.М. Особливості технічного виконання лапароскопічної апендектомії	258
Дробков О.Л., Давидов Д.М., Кадочников В.С., Шаповалов В.Ю., Герасименко О.С. Підвищення ефективності навчання на кафедрі загальної хірургії в умовах кредитно-модульної системи	261
Петрушенко В.В., Гребенюк Д.І. Оптимізація ендоскопічних втручань у разі "проблемної" локалізації об'єкту маніпуляції	263
Лупальцов В.И., Котовщиков М.С. Выбор метода хирургической коррекции механической желтухи, осложненной холангитом	267
Запорожченко Б.С., Колодий В.В., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т., Зубков О.Б. Новая лифтинговая система в лапароскопической хирургии острого холецистита у лиц с высоким индексом полиморбидности	269

© Лупальцов В.И., Котовщikov М.С.

УДК: 616.36-008.5-06:616.361-002]-089.15

Лупальцов В.И., Котовщikov М.С.

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3 (пр. Ленина 4, г. Харьков, Украина, 61022)

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ХОЛАНГИТОМ

Резюме. Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 103 больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) без второго этапа хирургического лечения была выполнена 42 (40,8%) больным. У 29 (28,2%) больных была произведена ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией. У 32 больных выполнить декомпрессию внепеченочных желчных путей при помощи ЭПСТ не удалось. Холецистэктомия лапаротомным доступом была выполнена 31 больному, в одном случае наложена контактная холецистостома. Осложнения после ЭПСТ развились у 6 (5,8%) больных. После двухэтапного хирургического лечения в послеоперационном периоде осложнения отмечены у 8 (7,8%) больных. Летальность составила 1,9%.

Ключевые слова: желчекаменная болезнь, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Введение

В последние годы неуклонно увеличивается количество больных с механической желтухой обусловленной холедохолитиазом, которым необходимо хирургическое лечение [Кондратенко и др., 2005]. Это связано как с увеличением числа больных пожилого и старческого возраста с нарушениями обмена веществ, так и с внедрением новых диагностических методик - таких как, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), эндоскопическая ретроградная холецистопанкреатография (ЭРХПГ) [Кондратенко и др., 2005]. Соответственно увеличилось количество хирургических вмешательств при данной патологии [Нестеренко и др., 1999; Тищенко и др., 1999].

В резолюции VII конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Смоленск, 1999 г.) указано на необходимость широкого внедрения современных малотравматических методов, позволяющих добиться значительного улучшения результатов лечения больных с механической желтухой.

Метод эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) в этом аспекте выглядит наиболее приемлемым для решения основной задачи - создания условий для свободного оттока желчи. Даже у пожилых больных ЭПСТ считается безопасной - частота осложнений после неё составляет 7,5 - 16%, а летальность 1,5% [Клименко, Клименко, 1999; Нестеренко и др., 1999; Майстренко, Стукалов, 2000]. В большинстве отечественных клиник ЭПСТ с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) является ведущей методикой [Майстренко, Стукалов, 2000], которая сводит к минимуму количество повторных операций на холедохе и снижает летальность. Применение обеих эндоскопических методов теоретически позволяют с помощью малоинвазивных технологий лечить все формы ЖКБ [Тищенко и др., 1999].

Цель исследования - улучшить результаты лечения больных с желчнокаменной болезнью осложненной холангитом.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 103 больных с механической желтухой осложненной холангитом. Мужчин было 30 (29,1%), женщин 73 (70,9%). По возрасту больные распределились следующим образом: 21 - 30 лет - 6 больных (5,8%), 31 - 40 лет - 5 (4,9%), 41 - 50 лет - 17 (16,5%), 51 - 60 лет - 20 (19,4%), 61 - 70 лет - 28 (27,1%), 71 - 80 лет - 22 (21,4%) и 81 год и старше - 5 больных (4,9%). Пациентов трудоспособного возраста (до 65 лет) было 61 человек (59,2%).

Клиническими проявлениями осложнённых форм холедохолитиаза были кожный зуд, желтушность кожных покровов, иктеричность склер, потемнение мочи, боли в правом подреберье, иррадиирующие в левую лопатку и поясничную область справа, сопровождавшиеся ознобами и гипертермией до 39 - 40,0С. В клинико-лабораторных показателях у больных отмечалось повышение общего билирубина от 44 мкмоль/л до 384,6 мкмоль/л, повышение уровня активности трансаминаз (АсАТ, АлАТ) до 1,36 мкмоль/ч.л и 5,2 мкмоль/ч.л соответственно, лейкоцитоз до 20,8?10⁹/л, увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) до 4,5 - 4,8, повышение уровня мочевины до 14,5 ммоль/л и креатинина до 0,189 ммоль/л. В лейкограмме отмечались признаки выраженной воспалительной реакции.

Обязательным методом исследования у всех больных было выполнение в предоперационном периоде ультразвукового исследования, что позволяло определить диаметр холедоха, наличие или отсутствие в нем конкрементов и влияло на выбор объема оперативного лечения. Во время оперативного вмешательства методом ЭРХПГ осуществлялась диагностика холедохолитиаза и стриктур терминального отдела холедоха.

После предварительной консервативной терапии, которая в urgentных случаях представляла собой и предоперационную подготовку всем 103 больным была выполнена ЭПСТ, которая производилась в максималь-

но ранние сроки от момента поступления в стационар - на 1 - 4 сутки. Без второго этапа хирургического лечения ЭПСТ была выполнена 42 (40,8%) больным. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с последующей лапароскопической холецистэктомией (ЛХЭ) произведена 29 (28,2%) пациентам. В 32 (31%) случаях ЭПСТ не дала положительного эффекта вследствие наличия крупных конкрементов в просвете холедоха или продленном стенозе терминального отдела холедоха (более 1,5 см), поэтому 31 больному из этой группы вторым этапом была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом, а в одном случае наложена контактная холецистостома.

Результаты. Обсуждение

В зависимости от выбора оперативного лечения на втором этапе все больные были распределены следующим образом: ЭПСТ без второго этапа хирургического лечения выполнено у 42 (40,8%) пациентов. В данной группе 22 пациента пожилого и старческого возраста после ликвидации желтухи, отказались от дальнейшего оперативного лечения. У 20 больных этой же группы абсолютных показаний к выполнению второго этапа оперативного лечения не было (в 8 случаях причиной механической желтухи был папиллит, у 9 больных - стеноз большого дуоденального сосочка, в 3 случаях анестезиологический риск превышал операционный). Двухэтапное хирургическое лечение - ЭПСТ с последующей ЛХЭ выполнена у 29 (28,2%) больных. У 32 (31,0%) больных ЭПСТ была неэффективна и больным была выполнена холецистэктомия лапаротомным доступом с холедохолитотомией, при этом дренирование холедоха выполнено у 23 больных, а у 8 больных операция закончена наложением холедоходуоденоанастомоза. У 1 (0,9%) больного с холангитом, находящегося в крайне тяжелом состоянии, после неудачной ЭПСТ, было решено с целью декомпрессии желчного дерева и разрешения холемии выполнить наложение контактной холецистостомы.

После ЭПСТ конкременты извлекались путем отмывания протоков "до чистых вод" или корзинкой Дормиа, у части пациентов придерживались выжидательной тактики, рассчитывая на самостоятельное отхождение конкрементов после достаточно широкого рассечения БДС и терминального отдела холедоха.

Список литературы

Выбор оптимальной тактики при различных формах острого холецистита. Материалы городской научно-практической конференции. Анализ летальности при остром холецистите / [Нестеренко Ю.А., Гринберг А.А., Шаповальянц С.Г. и др.]. - М., 1999. - С. 14-17.

Клименко Г.А. Трансдуоденальная сфинктеропластика и супрадуоденальная

холедоходуоденостомия при остром холангите / Г.А.Клименко, Р.Г.Клименко // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1999. - Т.4, №2. - 106 с.

Майстренко Н.А. Холедохолитиаз / Н.А. Майстренко, В.В.Стукалов. - Санкт-Петербург, 2000. - 285 с.

Резолюция VII конференции Ассоциации хирургов-гепатологов России и

стран СНГ (Смоленск, 1999 г.).

Современные тенденции лечения холелитиаза / Тищенко А.М., Малоштан А.В., Сарян И.В. [и др.] // *Врачебная практика*. - 1999. - №3. - С. 44-48.

Экстренная хирургия желчных путей / [Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф. и др.]. - Донецк, 2005. - 434 с.

Разрез при ЭПСТ в зависимости от анатомических и индивидуальных особенностей достигал длины от 1,0 до 1,5 см, что приводило к достаточно широкому раскрытию дистального отдела холедоха. Рассечение БДС и терминальной части холедоха осуществлялось в направлении 11 - 12 часов вдоль большой продольной складки 12-ти перстной кишки. Контроль адекватности произведенной ЭПСТ проводился путем рентгенконтрастирования холедоха сразу после сфинктеротомии.

Осложнениями, развившимися непосредственно после эндоскопической папиллосфинктеротомии, являлись: панкреатит, потребовавший целенаправленных консервативных мероприятий у 3-х (2,9%) больных, в 2-х (1,9%) случаях - кровотечение из папиллотомной раны, потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты интенсивной терапии. Умерла одна (0,9%) больная старческого возраста.

У пациентов, перенесших двухэтапное оперативное лечение, в послеоперационном периоде возникли следующие осложнения: острый панкреатит - 3 (2,9%) случая, нагноение послеоперационной раны - 2 случая (1,9%), подпеченочный абсцесс - 1 (0,9%) случай, пневмония - 2 случая (1,9%). Умерло 2 (1,9%) больных старческого возраста вследствие прогрессирования интоксикации и развития полиорганной недостаточности.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией в ближайшие 24 - 48 часов от момента поступления в клинику является оптимальной тактикой лечения холедохолитиаза осложненного холангитом.

2. Для улучшения результатов оперативного лечения этой категории больных следует в раннем послеоперационном периоде проводить профилактику острого панкреатита и осложнений воспалительного характера, с максимально возможной компенсацией состояния витальных систем организма.

В перспективе необходимо продолжать изучение результатов лечения холедохолитиаза, осложненного холангитом, для отработки оптимальной хирургической тактики, способствующей снижению количества послеоперационных осложнений.