

логії, порівняно з традиційною холецистектомією, дозволяє знизити частоту виникнення гнійно-запальних ускладнень з боку рани і черевної порожнини, смертності, зменшити тривалість перебування пацієнтів у стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Лапароскопические технологии в диагностике и лечении экстренной абдоминальной патологии* / С. А. Касумьян, А. А. Прибыткин, А. Ю. Некрасов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 1. – С. 181–183.
2. *Laparoscopic cholecystectomy in obese patients* / A. Cotirlet, A. Gavril, D. Nedelcu [et al.] // 14th World Congress of Endoscopic Surgery, Paris, France, 25–28 June 2014. – Paris, 2014. – P. 495.
3. *Нестандартные лапароскопические операции при технически сложных холецистэктомиях* / В. В. Грубник, А. И. Ткаченко, М. В. Прикупенко [и др.] // Шпитальна хірургія. – 2013. – № 1. – С. 32–35.
4. *Использование веерообразного лапаролифта при лапароскопической холецистэктомии у пациентов пожилого возраста* / А. Ю. Некрасов, С. А. Касумьян, В. В. Зубарев [и др.] // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 1. – С. 22–25.

ческой холецистэктомии у пациентов пожилого возраста / А. Ю. Некрасов, С. А. Касумьян, В. В. Зубарев [и др.] // Новости хирургии. – 2011. – Т. 19, № 1. – С. 22–25.

5. *Результаты лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста* / Ф. С. Курбанов, Ю. Г. Алиев, С. Ф. Аббасова [и др.] // Хирургия. – 2013. – № 10. – С. 22–24.

6. *Капшитарь А. В. Мини-доступ для холецистэктомии у больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте* / А. В. Капшитарь // Український журнал хірургії. – 2014. – Т. 24, № 1. – С. 99–102.

7. *Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis* / T. Takada, S. M. Strasberg, J. S. Solomkin [et al.] // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. – 2013. – Vol. 20, N 1. – P. 1–7.

REFERENCES

1. Kasumyan S.A., Pribytkin A.A., Nekrasov A.Yu. et al. Laparoscopic technologies in diagnosis and treatment of urgent abdominal pathology. *Endoskopicheskaya khirurgiya* 2014; 1: 181-183.

2. Cotirlet A., Gavril A., Nedelcu D., Tincu P., Popa M. Laparoscopic cholecystectomy in obese patients. 14th World Congress of Endoscopic Surgery, Paris, France, 25-28 June 2014: 495.

3. Grubnik V.V., Tkachenko A.I., Prikupenko M.V. et al. Nonstandard laparoscopic surgery for technically difficult cholecystectomies. *Shpytal'na khirurgiya* 2013; 1: 32-35.

4. Nekrasov A.Yu., Kasunyan S.A., Zubarev V.V. et al. Fan-shaped laparolift during laparoscopic cholecystectomy in elderly patients. *Novosti khirurgii* 2011; 1 (19): 22-25.

5. Kurbanov F.S., Aliev Yu.G., Abbasova S.F. et al. Laparoscopic surgery results in elderly patients. *Khirurgiya* 2013; 10: 22-24.

6. Kapshitar' A.V. Mini access for cholecystectomy in patients with acute cholecystitis in elderly and senile patients. *Ukrayins'kyi Jurnal Khirurgii* 2014; 1 (24): 99-102.

7. Takada T., Strasberg S.M., Solomkin J.S. et al. Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences* 2013; 20 (1): 1-7.

Надійшла 17.02.2015

УДК 316.364-089.85+616.366-003.7-089.879

В. І. Паламарчук, Б. В. Свиридчук¹, О. В. Іванько²

ДРЕНУВАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ЖОВЧНОЇ ПРОТОКИ ПРИ ГОСТРОМУ КАЛЬКУЛЬОЗНОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, УСКЛАДНЕНОМУ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна,

¹ Київська міська клінічна лікарня № 8, Київ, Україна,

² ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ», Київ, Україна

УДК 316.364-089.85+616.366-003.7-089.879

В. І. Паламарчук, Б. В. Свиридчук¹, А. В. Іванько²

ДРЕНИРОВАНИЕ ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛЧНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна,

¹ Київська міська клінічна лікарня № 8, Київ, Україна,

² ЧВУЗ «Київський медичний університет УАНМ», Київ, Україна

С целью улучшения качества лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом, нами разработан дренаж для наружного дренирования общего желчного протока. Применение предложенного метода дренирования позволяет сократить время на установку дренажа, предупредить осложнения в «сложных» анатомических условиях, когда обычным дренажем это сделать трудно. Кроме того, его применение способствует более быстрому снижению билирубинемии, уменьшению средней продолжительности дренирования общего желчного протока и средней продолжительности пребывания больного в стационаре.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, лечение.



THE DRAINAGE OF THE COMMON BILE DUCT IN ACUTE BILIARY CHOLECYSTITIS, COMPLICATED WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS*National Medical Academy of Postgraduate Education named after P. L. Shupyk, Kyiv, Ukraine,*¹ *Kyiv City Clinical Hospital N 8, Kyiv, Ukraine,*² *Kyiv Medical University of UAFM, Kyiv, Ukraine*

Aim. The aim of the study was to improve the quality of treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis.

Materials and methods. We have developed a drainage for external drainage of the common bile duct in the presence of hypertension in it or cholangitis, which should provide technical simplicity, reliability, handling and reduce the chance of expanding the scope of operations (choledochotomy). We studied 137 patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis during 2008–2014. In the I group study (control) 74 patients was performed drainage of the common bile duct by Halsted Pikovsky by a conventional drainage, and in the study group II (basic) 63 — by drainage of own design.

Results. Patients who were operated on laparoscopically, using the proposed drainage allowed in comparison with the conventional drain much faster to reduce the level of bilirubinemia, the size of the common bile duct, which consequently reduced the average duration term of the common bile duct drainage and hospital stay ($p < 0.05$).

Conclusions. The use of the proposed method drainage allows to reduce time to install drainage, prevent complications at the “difficult” anatomical conditions where conventional drainage is difficult to make. In addition, its use contributes to a more rapid decrease of bilirubinemia, a decrease in the average duration of the common bile duct drainage, and the average length of hospital stay.

Key words: acute cholecystitis, choledocholithiasis, treatment.

Сьогодні гострий холецистит є одним з найпоширеніших гострих хірургічних захворювань і посідає друге місце серед захворювань черевної порожнини [1].

У більшості випадків причиною гострого холециститу є жовчнокам'яна хвороба [2]. Щороку у світі виконується близько 1,5 млн холецистектомій, багато з яких проведені за невідкладними показаннями [3]. При цьому часто виникає потреба в дрениванні загальної жовчної протоки. Нині є дані про безпечність і високу ефективність лапароскопічного дренивання загальної жовчної протоки при гострому холециститі, ускладненому холедохолітіазом [4].

Найчастіше дренивання загальної жовчної протоки проводиться за Холстедом — Піковським. Однією з причин ускладнень дренивання загальної жовчної протоки за методом Холстеда — Піковського є технічні труднощі проведення дренажу через куку міхурової протоки. Це зумовлено її малим діаметром, наявністю клапанного апарату, варіантами впадіння міхурової протоки в загальну печінкову тощо.

Дренажі для зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки та способи їх фіксації

в міхуровій протоці відомі. Найчастіше застосовується дренаж у вигляді тонкої еластичної поліхлорвінілової трубки, кінець якої має скошений зріз і додаткові отвори в стінці. Дренування загальної жовчної протоки здійснюють так: вводять трубку через міхурову протоку, закріплюють її за допомогою лігатури, яка розсмоктується, навколо міхурової протоки і зав'язують на дренажі.

Недоліком відомого способу є технічна складність введення дренажу в міхурову протоку, що зумовлено еластичністю дренажу й особливістю внутрішнього просвіту міхурової протоки (при малому діаметрі, частковому стенозі або облітерації просвіту, вираженому клапанному апараті). У деяких варіантах впадіння міхурової протоки це призводить до збільшення часу маніпуляції, а інколи до виконання холедохотомії для введення дренажу.

Мета дослідження — покращання якості лікування хворих на гострий холецистит, ускладнений холедохолітіазом.

Матеріали та методи дослідження

Нами було розроблено дренаж для зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки за наявності жовчної гіпертензії

або холангіту, який повинен забезпечити технічну простоту, надійність маніпуляції та зменшити ймовірність розширення обсягу операції (холедохотомії).

Дренаж було виконано у вигляді еластичної трубки з полівінілхлориду завдовжки 25–30 см, діаметром 2–3 мм (залежно від діаметра протоки жовчного міхура), проксимальний (внутрішній) кінець звужений до 1,5–2 мм, на проксимальному кінці дренажу є круглі бокові отвори; на відстані 2,5–3 см прив'язана кетгуттова або вікрилова (3/0 або 4/0) нитка з голкою для фіксації дренажу до протоки жовчного міхура.

Провідник було виконано з більш щільного полімеру та на 4 см довшим за дренаж, діаметром 1–1,5 мм, дистальний кінець якого закінчувався потовщенням (обмежувачем) 2–4 мм, що виключає міграцію дренажу. Проксимальний кінець було заокруглено, що запобігало можливому ушкодженню стінки жовчних проток і перфорції. Провідник містив мітки на 2, 3 та 4 см від кінця, що дозволяло контролювати глибину його введення.

Дренивання загальної жовчної протоки проводили так:

1) вводили провідник у міхурову протоку крізь розріз у її стінці або після її пересічення



або безпосередньо в загальну жовчну протоку, контролюючи при цьому глибину введення за допомогою міток;

2) по провіднику вводили дренаж із фіксованою лігатурою з голкою, якою прошивали стінку кукси протоки жовчного міхура (або загальної жовчної протоки) з подальшою фіксацією дренажу до протоки за допомогою інтракорпоральних швів;

3) зовнішній кінець дренажу виводили на передню черевну стінку без натягу.

Видалення дренажу виконували відомими прийомами після контрольної холангіографії та за відсутності ознак жовчної гіпертензії.

Протягом 2008–2014 рр. нами було досліджено 137 хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітазом. Усі хворі прооперовані за екстремними показаннями, обсяг операції — холецистектомія, зовнішнє дренування холедоха. Холедохолітотомію не проводили через виражені інфільтративно-запальні зміни у ділянці гепатодуоденальної зв'язки.

У I групі дослідження (контрольній) 74 пацієнтам було виконано дренування загальної жовчної протоки за Холстедом — Піковським за допомогою звичайного дренажу, а у II групі дослідження (основній) — 63 хворим за допомогою дренажу власної конструкції. Середній вік пацієнтів становив (58,3±6,4) року. Чоловіків було 38 (27,7 %), жінок — 99 (72,3 %). У I групі 35 пацієнтам дренаж встановлено під час лапароскопічної операції, 39 — під час відкритої; у II групі 31 — під час лапароскопічної, 32 — під час відкритої.

Результати дослідження та їх обговорення

Середня тривалість відкритої операції у I групі хворих становила (107,5±14,2) хв, лапароскопічної — (119,4±11,6) хв, що на 9,3 (8,7 %) та 13,1 (10,9 %) хв відповідно триваліше, ніж у пацієнтів II групи (табл. 1). Час, який було витра-

чено на встановлення дренажу під час відкритої операції, у I групі становив (26,9±4,3) хв, під час лапароскопічної — (29,2±5,1) хв. Використання способу, запропонованого нами, у пацієнтів II групи зменшило час відповідно до (18,4±3,8) та (21,7±4,6) хв ($p<0,05$).

У контрольній групі 9 хворим (4 оперованих лапароскопічно та 5 — відкритим способом) з метою дренування холедоха виконана холедохотомія.

Під час дренування в I групі у 3 хворих, яких прооперовано лапароскопічно, нам знадобилася конверсія внаслідок неможливості введення стандартного дренажу, а виконання лапароскопічної холедохотомії могло призвести до ускладнень, через інфільтративно-запальні зміни у ділянці гепатодуоденальної зв'язки (конверсія за розсудом), а в 1 хворого виконана конверсія на вимогу у зв'язку з кровотечею з дрібних судин у ділянці гепатодуоденальної зв'язки при виділенні холедоха, а лапароскопічне припинення могло призвести до ятрогенії.

У післяопераційному періоді у 2 хворих I групи, яких було прооперовано (1 оперований лапароскопічно та 1 відкритим способом) виникло ускладнення: жовчовитікання, що зумовлене негерметичністю швів холедоха на фоні його обтурації конкрементами та жовчної гіпертензії, яка й утворила жовчну норицю. Жовчовитікання припинилося на 5-ту та 7-му добу після виконання ендоско-

пічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ).

В основній групі у 11 хворих (5 оперованих лапароскопічно та 6 відкритим способом) з метою дренування холедоха виконана холедохотомія, зумовлена малим діаметром протоки жовчного міхура та гострим кутом впадіння його в загальну жовчну протоку. В 1 випадку під час лапароскопічної холецистектомії виконана конверсія за розсудом.

Жовчовитікання спостерігалось у 1 хворого, якому виконана лапароскопічна холедохотомія, — припинилося воно на 5-ту добу після виконання ЕПСТ.

Порівняння тривалості дренування та розміру загальної жовчної протоки у хворих, яких прооперовано відкритим способом, залежно від виду дренажу достовірної різниці не виявило. Проте у пацієнтів, яких було прооперовано лапароскопічно, використання запропонованого дренажу дозволило, порівняно з традиційним, значно швидше зменшити рівень білірубінемії, розмір загальної жовчної протоки (табл. 2), що відповідно привело до скорочення середньої тривалості дренування холедоха та перебування пацієнта в стаціонарі ($p<0,05$).

Такі результати, на нашу думку, пов'язані з більш «контрольованим» установленням дренажу в загальну жовчну протоку під час лапароскопічного втручання, що унеможливорює перекриття дренажу конкрементом або стінкою за-

Таблиця 1

Тривалість операції та дренування загальної жовчної протоки

Етап операції	Час виконання, хв	
	I група, n=74	II група, n=63
Відкрите дренування загальної жовчної протоки	26,9±4,3	18,4±3,8
Лапароскопічне дренування загальної жовчної протоки	29,2±5,1	21,7±4,6
Тривалість усієї відкритої операції	107,5±14,2	98,2±11,8
Тривалість усієї лапароскопічної операції	119,4±11,6	106,3±9,7



Тривалість дренування та розмір загальної жовчної протоки у хворих, яких прооперовано лапароскопічно залежно від виду дренажу

Показник дослідження	Група дослідження	
	I, n=154	II, n=122
Середній розмір холедоха через 10 діб, мм	7,2±1,8	5,7±1,5
Середній рівень загального білірубину через 10 діб, мкмоль/л	31,7±6,8	20,3±5,2
Середня тривалість дренування загальної жовчної протоки, діб	24,8±5,1	19,7±4,6
Середній термін перебування хворого у стаціонарі, діб	16,4±5,7	12,8±5,3

гальної жовчної протоки. При відкритій операції такі переваги менш помітні, тому що у більшості хворих виконується або інструментальна ревізія холедоха, або встановлення дренажу під пальпаторним контролем.

Висновки

Запропонований спосіб дренування загальної жовчної протоки є безпечним, надійним і високоефективним. Його застосування дозволяє скоротити час на встановлення дренажу, запобігти ускладненням і здійснити дренування в «складних» анатомічних умовах, коли

звичайним дренажем це зробити вкрай важко. Крім того, використання методу, який пропонується, сприяє швидшому зниженню білірубінемії, зменшенню середньої тривалості дренування загальної жовчної протоки та середнього терміну перебування хворого у стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Gutt C. N. Acute cholecystitis: primarily conservative or operative approach? / C. N. Gutt // *Chirurg.* – 2013. – N 3. – P. 185–190.
2. Выбор метода лечения острого деструктивного холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста / В. А. Лазаренко, Н. К. Горшунова, С. Н. Григорьев [и др.] // *Вестник экспериментальной и клинической хи-*

рургии. – 2012. – № 5. – С. 273–276.

3. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение / А. Г. Бебуришвили, Е. Н. Зюбина, А. Н. Акинчиц [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – № 3. – С. 18–21.

4. Comparison of emergent versus elective laparoscopic common bile duct exploration for patients with or without nonsevere acute cholangitis complicated with common bile duct stones / B. Zhu, Y. Wang, K. Gong [et al.] // *J. Surg Res.* – 2014. – Vol. 187, N 1. – P. 72–76.

REFERENCES

1. Gutt C.N. Acute cholecystitis: primarily conservative or operative approach? *Chirurg* 2013; 3: 185-190.
2. Lazarenko V.A., Gorshunova N.K., Grigoriev S.N., Shumakov P.V., Grigoriev N.N. The choice of treatment of acute destructive cholecystitis of elderly patients. *Vestnik experimenta'noil s klinicheskoi khirurgii* 2012; 5: 273-276.
3. Beburishvili A.G., Zubin E.N., Akinchits A.N., Vedenin Y.I. Exterior bile leakage at various ways of cholecystectomy: diagnosis and treatment. *Annaly khirurgicheskoi hepatologii* 2009; 3: 18-21.
4. Zhu B., Wang Y., Gong K., Lu Y., Ren Y., Hou X., Song M., Zhang N. Comparison of emergent versus elective laparoscopic common bile duct exploration for patients with or without nonsevere acute cholangitis complicated with common bile duct stones. *J. Surg Res* 2014; 187 (1): 72-76.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616-082+616-089+616.366-003.7

Б. Ф. Шевченко, О. М. Бабій

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», Дніпропетровськ, Україна

УДК 616-082+616-089+616.366-003.7

Б. Ф. Шевченко, А. М. Бабій

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ОРГАНСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», Днепрпетровск, Украина

Представлен 23-летний опыт выполнения органосохраняющих операций в лечении желчнокаменной болезни. Под наблюдением находились 188 пациентов с неосложненным холецистолитиазом. На основании данных клинико-лабораторных и инструментальных исследований уточнены известные и дополнены новые критерии отбора пациентов для холецистолитотомии, которая выполнена в 78 (41,5 %) случаях, у остальных 110 (58,5 %) — холецистэктомия. В отда-

