

Литература

1. Бижанов А.Б. Видеоторакоакустика в лечении больных деструктивным туберкулезом легких: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / А.Б. Бижанов.– М., 2009. - 26 с.
2. Винник Л. А. Современная газовая коллапсотерапия туберкулеза легких /Л.А.Винник. - Астрахань: Астраханская гос. мед. академия,1999. – 38с.
3. Гиллер Д.Б. Хирургическая коррекция искусственного пневмоторакса, используемая для лечения туберкулеза легких / Д.Б. Гиллер, А.Б. Бижанов, И.И. Мартель // Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009. - № 4. - С. 3-7.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Шило Р.С., Батвинков Н.И., Кулага А.В., Аверук П.Ю.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В последние десятилетия значительно увеличилось количество пациентов с желчнокаменной болезнью, одним из осложнений которой является острый холангит [1,2]. В зависимости от патоморфологических изменений он может быть катаральный или гнойный. При катаральном воспалении отмечается отек и гиперемия слизистой желчных протоков. В процессе прогрессирования заболевания в их просвете образуется мутное гнойное содержимое, что свидетельствует о развитии гнойного холангита. Указанное заболевание возникает при попадании микрофлоры (кишечной палочки, протей, неклостридиальной анаэробной инфекции) в желчные пути на фоне холестаза, причиной которого могут быть желчные конкременты, стеноз большого дуоденального сосочка, рубцовые стриктуры желчных протоков. Особенно усугубляется ситуация в случаях развития холангиогенных абсцессов печени, как осложнения гнойного холангита, послеоперационная летальность при которых достигает 60% [3]. Существуют различные точки зрения в отношении сроков оперативного вмешательства при остром холангите, приоритетности малоинвазивных и традиционных операций, целесообразности двухэтапных методов хирургического лечения.

Цель. Изучить результаты хирургического лечения пациентов с острым холангитом, осложнившим желчнокаменную болезнь.

Методы исследования. Оперативному вмешательству подвергнуто 45 пациентов, среди которых было 32 женщины и 13 мужчин. Возраст их колебался от 23 до 74 лет. У 8 из них ранее были сформированы билиодигестивные анастомозы. С целью уточнения причины холестаза применялись следующие методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ, ЭРХПГ, фистулохолангиография, лапароскопическая холецистохолангиография, фиброгастро-дуоденоскопия. В более редких случаях выполнялась селективная ангиография.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина острого холангита отличалась большим разнообразием симптомов - от типичной триады Шарко (высокая температура тела с ознобом, желту-

ха, боль в правом подреберье), до слабо выраженных симптомов заболевания, что зависело от формы холангита (катаральный, гнойный, рецидивирующий гнойный, хронический гнойный). Пентады Рейнолдса, когда присоединяется нарушение сознания и шок, среди наших пациентов не наблюдалось. Различной степени выраженности механическая желтуха имела место у 26 пациентов, иногда она сопровождалась зудом, нарушением сна, тошнотой и рвотой. В случаях резко нарастающей интоксикации были диагностированы абсцессы печени, которые, согласно принятой классификации, у 12 пациентов были солитарными, у 8- множественными и у 3 – милиарными.

При проведении дуоденографии отмечался газ во внутривнутрипеченочных желчных протоках, а также задержка контрастного вещества в них, что свидетельствовало о ранее перенесенной реконструктивной операции на печеночных протоках. При фиброгастродуоденоскопии у первично оперированных пациентов определялись гиперемия большого дуоденального сосочка и выделение гнойного содержимого с желчью.

Всем пациентам до хирургического вмешательства проводилась интенсивная дезинтоксикационная терапия, направленная на профилактику сепсиса, острой почечной и печеночной недостаточности, а в условиях реанимационного отделения пациенты получали экстракорпоральные методы дезинтоксикации.

Примером могут быть следующие наблюдения. Пациент К. 50 лет, поступил в клинику с постхолецистэктомическим синдромом. Диагностированы стеноз холедоходуоденоанастомоза, гнойный холангит, солитарный абсцесс левой доли печени. Диагноз во время операции подтвердился. Проведена санация желчевыводящих путей, наружное дренирование абсцесса, реконструкция билиодигестивного анастомоза на дренаже по Прадеру. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пациентка С. 46 лет, поступила в клинику с гнойным холангитом. В анамнезе у нее - холецистэктомия с повреждением желчных протоков и наружным дренированием холедоха. В последующем сформировался наружный полный желчный свищ, цирроз печени. В связи с тяжелой сопутствующей патологией была выполнена операция: подкожное формирование фистулоэнтероанастомоза. После продолжительного консервативного лечения пациентка поступила в клинику для повторной операции, во время которой было установлено: гнойник в области ворот печени, расширение общего желчного протока, в его полости множество конкрементов и гной. Произведено снятие фистулоэнтероанастомоза, санирование полости абсцесса, наложение бигепатикоюноанастомоза. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Таким образом, сам факт наличия гнойного холангита не исключает возможности формирования билиодигестивного соустья. Все зависит от состояния стенок желчных протоков. Если они позволяют надежно накладывать швы, то необходимо первично применить реконструктивную операцию.

Среди малоинвазивных вмешательств использовались ЭПСТ с литоэкстракцией, эндоскопическая дилатация и бужирование стриктур билиодигестивных анастомозов с санацией наданастомозных сегментов желчных протоков.

Открытому хирургическому вмешательству подверглось 32 пациента, среди которых у 18 наряду с холецистэктомией выполняли холедохолитотомию и трансдуоденальную папиллосфинктеротомию с наружным дренированием и санацией желчных протоков. Билиодигестивный анастомоз наложен в 11 случаях. У 3 пациентов операция закончилась двойным внутренним дренированием желчных протоков. В двух наблюдениях ранее наложенный билиодигестивный анастомоз врос в ткань печени, что потребовало трансэнтэральной дилатации его на фоне гнойного холангита.

После малоинвазивных вмешательств летальных исходов не было. После открытых операций умерло два пациента, что было обусловлено миллиарными абсцессами печени.

Выводы. При наличии острого гнойного холангита в качестве первого этапа необходимо применять малоинвазивные вмешательства, направленные на декомпрессию желчных протоков. При необходимости второго этапа выполняется реконструктивная операция, преимущественно в специализированных клиниках.

Литература

1. Абдеев Р.Р. Комплексное лечение гнойного холангита: Автореф. дис. канд. мед. наук. Уфа, 2003.
2. Саморуков Ю.Н., Автореферат к кандидатской диссертации на тему: Современные принципы комплексной терапии острого холангита неопухолевого генеза, Москва, 2005. – С.66-69
3. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза // Хирургия. 1999. № 10. С. 24–28.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СПОСОБОВ ФИКСАЦИИ СЕТЧАТОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Шило Р.С., Визгалов С.А., Карпович В.Е., Янковская А.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. В лечении паховых грыж все чаще операцией выбора становится лапароскопическая герниопластика, т.к. она сопровождается незначительным болевым синдромом, ранними сроками реабилитации и быстрым возвращением оперированных больных к трудовой деятельности, по сравнению с «традиционными» грыжесечениями [1,2]. Совершенствование лапароскопической тех-