

Из 43 пациентов с механической желтухой чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем УЗИ проводилась у 32 больных, а у 11 – холангиостома.

У 23 пациентов холецистостомия выполнялась троакарным методом с применением разработанного в клинике дренажа. В 9 случаях операция производилась по методике Сельдингера с использованием стандартных дренажей. Обязательным условием безопасности этой манипуляции является проведение дренажа через ложе желчного пузыря. Холангиостома в 6 случаях формировалась с правым долевым желчным протоком, у 5 больных – с левым печеночным протоком в связи с наличием высокой (в воротах печени) обтурационной желтухой опухолевого генеза.

У 12 из 43 больных вмешательство стало первым и окончательным этапом лечения в связи с наличием противопоказаний к радикальной операции. У 3 больных после вмешательств под рентгенологическим контролем в послеоперационном периоде отмечено развитие острого панкреатита, купированного консервативно. В 5 случаях после УЗИ-контролируемых вмешательств отмечена миграция дренажа, у 3 больных после чрескожной чреспеченочной холангиостомии и в 2 – после чрескожной чреспеченочной холецистостомии. Оперированы 2 больных в связи с истечением желчи в брюшную полость.

Таким образом, миниинвазивные оперативные вмешательства в условиях специализированных хирургических отделений позволяют провести дифференциальную диагностику механической желтухи с установлением ее причины, восстановить проходимость билиарных протоков, позволяют подготовить больных к радикальным операциям, а в некоторых случаях являются окончательным методом лечения.

Dovnar I.S., Marmysh G.G., Pakulnevich Y.F., Giber V.M.

DECOMPRESSION METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF MECHANICAL CHOLESTASIS

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Mechanical cholestasis remains one of the most actual problems of the surgery, especially in old patients with severe associated pathology. We analyze the results of surgical treatment of the mechanical cholestasis with minimum invasive approaches in this article. These methods are notable for minimum injury, opportunity of wide use in patients of high operative hazard and decrease of lethality and of the rate of early and delayed postoperative complications in old patient with severe associated pathology, appreciable decrease of the period of hospitalization.

Довнар И.С., Пакульневич Ю.Ф., Гришкевич В.П., Карасев Р.Ю.

ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ЖЕЛЧИ ПРИ ПУНКЦИОННОЙ ДЕКОМПРЕССИИ ХОЛЕСТАЗА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ **Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь**

Актуальность. Основными факторами развития острого деструктивного холецистита являются застой желчи и наличие в нем инфекции. Общая и послеоперационная летальность у больных с острым холециститом старших возрастных групп составляет, соответственно, 2–8% и 6–33%, а при наличии сопутствующей патологии внепеченочных желчных путей возрастает до 43%, в 5–10 раз превышая аналогичные показатели для пациентов молодого возраста. В то же время, консервативная терапия и длительное наблюдение за пациентами старших возрастных групп чревато возможностью быстрого развития осложнений.

Индикатором современной тенденции более активного использования миниинвазивных оперативных вмешательств является предложение применять метод чрескожной чреспеченочной пункции желчного пузыря (ЧЧПЖП) под контролем УЗИ, с целью билиарной декомпрессии и введения антибиотиков в место воспаления. Операцию можно выполнить у пациентов любого возраста, независимо от наличия или отсутствия сопутствующей патологии, имея ввиду формирование паравезикального инфильтрата,

трансформирующегося к исходу первой недели в плотный, что сопряжено с известными опасностями при холецистэктомии на этом фоне.

В ряде случаев ЧЧПЖП рассматривается как этап, предшествующий чрескожной чреспеченочной холецистостомии. К чреспеченочному дренированию прибегают при клинико-сонографическом рецидиве внутрипузырной гипертензии через сутки после первичной ЧЧПЖП.

В литературе не нашел должного освещения вопрос о выборе антибиотиков для введения в полость желчного пузыря и прогнозируемости течения воспалительного процесса в желчном пузыре на фоне ЧЧПЖП, а имеющиеся критерии эффективности пункции (клинические, рентгенологические и лабораторные) достаточно субъективны.

Этиологические аспекты хирургической инфекции при деструктивном холецистите характеризуются наличием широкого спектра возбудителей и их изменчивостью, что нередко определяет особенности клинических проявлений хирургической инфекции на современном этапе. Антибактериальная терапия деструктивного холецистита до операции в большинстве своем проводится без микробиологического исследования и назначается эмпирически.

Цель. Изучить микрофлору желчного пузыря при деструктивных холециститах для обоснования назначения антибактериальных препаратов данным пациентам, включая этап пункции желчного пузыря.

Материалы и методы. Были исследованы 13 больных острым калькулезным холециститом, поступивших в хирургический стационар УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» в период с 2000 по 2010 год, которым под контролем УЗИ выполнялась пункция желчного пузыря и проводилось микробиологическое исследование желчи. Из них 7 мужчин и 6 женщин, средний возраст которых составил 70 лет. У данных пациентов из-за сопутствующей патологии воздерживались от сложных хирургических вмешательств. ЧЧПЖП под контролем УЗИ выполнялась в среднем на 2–3 сутки стационарного лечения. Из 13 пунктируемых больных микрофлора в желчном пузыре была выявлена в 10 случаях, что составило 77%. При анализе этиологии у 70% больных была выявлена грамотрицательная микрофлора семейства энтеробактерий, у 30% – грамположительная микрофлора, представленная стафилококками и стрептококками.

При микробиологическом исследовании проводилось исследование на чувствительность и устойчивость микроорганизмов к 12 антибиотикам. В 60% случаев выявленные микроорганизмы были наиболее чувствительны к ципрофлоксацину, а в 30% – к гентамицину. В то же время по данным микробиологического исследования к гентамицину была выявлена устойчивость в 42,8 % случаев. По антибиотикограмме грамотрицательные микроорганизмы были наиболее устойчивы к фурадонину, а грамположительные – к доксициклину.

Заключение. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что в качестве антибактериальной терапии острого калькулезного холецистита этиологически наиболее обосновано назначение ципрофлоксацина до получения результатов микробиологического исследования, а также данный антибиотик наиболее целесообразно вводить в полость желчного пузыря при его однократной санационной пункции.

**Dovnar I.S., Pakulnevich Y.F., Grishkevich V.P., Karasiov R.Y.
MICROBIOLOGICAL INVESTIGATION OF BILE IN PUNCTURE
DECOMPRESSION OF GALLBLADDER CHOLESTASIS**

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Results of microbiological investigation of bile in 13 patients with cholestasis of gallbladder were analyzed. The algorithm of the emergency surgery in acute destructive cholecystitis in patients of middle age with severe concomitant diseases was proposed in the work. High lethality at the pathology requires to reconsider questions of treatment policy and to include actively in the system of treatment transcutaneous transhepatic cholecystostomy under ultrasonic control with the purpose of reduction of inflammation and prophylaxis of purulent complications.