

Спосіб відноситься до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використаний для хірургічного лікування хворих на гострий холецистит.

Відомий спосіб лікування гострого холециститу, що включає клінічне дослідження і проведення операції, причому при клінічному дослідженні проводять сонографічне сканування жовчного міхура, при якому визначають об'єм та товщину стінки жовчного міхура і за даними сканування з урахуванням супутніх патологій визначають термін проведення операції [1].

Недоліком відомого способу є значна невідповідність клінічних даних динаміці морфологічних змін у стінці жовчного міхура та неврахування оцінки фізичного стану пацієнта, що приводить до затягуванням доопераційної підготовки і призводить до виконання пізніх операцій на деструктивно зміненому жовчному міхурі, важкого перебігу раннього поопераційного періоду, високої частоти післяопераційних ускладнень та летальності у хворих літнього та старечого віку з супутньою патологією.

В основу винаходу поставлено завдання удосконалити спосіб лікування гострого холециститу, в якому шляхом визначення додаткового параметра при сонографічному скануванні жовчного міхура встановлюють ступінь та динаміку морфологічних змін стінки жовчного міхура в поєднанні із оцінкою фізичного стану пацієнта і тільки з урахуванням цих даних визначають строки оперативного втручання.

Поставлене завдання вирішують тим, що запропонований спосіб лікування гострого холециститу, що включає клінічне дослідження і проведення операції, причому при клінічному дослідженні проводять сонографічне сканування жовчного міхура, при якому визначають об'єм та товщину стінки жовчного міхура і за даними сканування з урахуванням супутніх патологій визначають термін проведення операції, у якому, згідно з винаходом, при сонографічному скануванні додатково визначають ехошільність стінки жовчного міхура і ехошільність його вмісту в динаміці, щонайменш два рази з інтервалом в 12 годин і в разі виявлення погіршень показників уточнюють термін проведення операції.

При розгляді технічного завдання було взято до уваги те, що кількісне динамічне сонографічне дослідження зрізу стінки жовчного міхура та зміни ехошільності жовчі повністю відповідає морфологічній стадії запального процесу, оцінка фізичного стану пацієнта дозволяє визначити тривалість доопераційної підготовки, що при комплексному застосуванні дозволяє визначити оптимальні строки операції, а отже - досягти вилікування пацієнта з мінімальною небезпекою.

Конкретно спосіб здійснюють таким чином: у положенні хворого на спині з припіднятим головним кінцем виконують сонографічне сканування з кількісним аналізом зрізу та зміни ехошільності стінки жовчного міхура і жовчі через 12, 24 та 48 годин, визначають функціональну здатність життєво важливих органів та систем. Після чого співставляючи дані про фізичний стан пацієнта із результатами кількісної характеристики динаміки морфологічних змін встановлюють строки операції. Холецистектомію від дна виконують відомим способом.

Приклад 1.

Хвора М., 72 роки, хворіє жовчнокам'яну хворобу 20 років. При поступленні артеріальний тиск (АТ) 140/90 мм.рт.ст., частота серцевих скорочень (ЧСС) - 100/хв, центральний венозний тиск (ЦВТ) - 60 мм.вод.ст. При екстреній сонографії виявлено - гострий обтураційний калькульозний холецистит. Розпочато консервативну протизапальну, спазмолітичну інфузійну терапію з метою ліквідації гострих запально-деструктивних явищ та розблокування жовчного міхура. Після проведеної консервативної терапії хвора відмітила суттєве покращання. Однак на контрольній сонографії через 12 годин - відмічено наростання ознак деструкції стінки жовчного міхура, що проявлялося наростанням ехошільності та неоднорідності жовчі та стінки жовчного міхура у 3-4 рази.

Загальний аналіз крові при поступленні: еритроцити (Er) - 3,4Т/л; гемоглобін (Hb) - 108,0г/л; кольоровий показник (Кп) - 0,9; гематокрит (Ht) - 0,32; біохімічний аналіз крові: глюкоза - 4,5 ммоль/л; білок - 68,2г/л; сечовина - 6,9 ммоль/л; креатинін - 106,7 ммоль/л; Na⁺ - 139,5 ммоль/л, K⁺ - 3,5 ммоль/л.

Супутня патологія - ішемічна хвороба серця, постінфарктний кардіосклероз, постійна форма миготливої тахіаритмії, недостатність кровообігу Іст. Хронічний обструктивний бронхіт у фазі ремісії, емфізема легень, легенева недостатність Іст.

У хворої діагностовано ЖКХ. Гострий деструктивний калькульозний холецистит, неефективність консервативної терапії, та значний операційно-анестезіологічний ризик через важку супутню патологію.

Під час сонографічного дослідження на момент поступлення, ехошільність стінки жовчного міхура складала 64 децибел, а вмісту жовчного міхура - 15 децибел. Через 12 годин ехошільність стінки жовчного міхура складала 50, а вмісту жовчного міхура - 15 децибел, що свідчило про наявність прогресування запально-деструктивних змін і незважаючи на "уявне" покращання хвора взята в операційну в екстреному порядку. Виконана класична холецистектомія від дна.

В післяопераційному періоді проводилась підтримуюча посиндромна терапія, спрямована на корекцію серцевого ритму, під контролем центрального венозного тиску, серцевого ритму, діурезу. Перистальтика та пасаж по кишківнику відновились на 2 добу післяопераційного періоду, прогресування серцево-легеневої недостатності та легеневих чи гнійно-септичних ускладнень не виявлено. На 7 добу післяопераційного періоду хвора з видужанням виписана.

Запропонований нами спосіб операційного доступу для холецистектомії застосували у 34 хворих на жовчнокам'яну хворобу з важкою супутньою серцево-легеневою патологією.

В усіх хворих відмічено сприятливе протікання поопераційного періоду через ранню, вчасну ліквідацію "вогнища інфекції", що і зумовило відсутність гнійно-септичних, легеневих ускладнень, прогресування серцевої недостатності, порушень ритму та провідності у всіх оперованих за нашою методикою хворих.

Таким чином, запропонований спосіб холецистектомії забезпечує істотне зниження ризику операції за рахунок вибору оптимального терміну операції, що реалізується покращанням перебігу післяопераційного періоду, зменшенням кількості поопераційних гнійно-септичних ускладнень у хворих на гострий холецистит з важкою супутньою патологією, що в свою чергу зменшує ризик летальності у зазначених хворих.

Джерела, які слід взяти до уваги.

1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей // Київ, Здоров'я, 1993. -508с.

