

В.В. Міщенко, П.І. Пустовойт\*, О.В. Осипенко\*, Р.Ю. Вододюк\*

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ЗА ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Одеський державний медичний університет,

\*Одеська обласна клінічна лікарня, Одеса

### ВСТУП

У хворих на цукровий діабет гострий холецистит (ГХ) перебігає тяжко, зі швидким розвитком декомпенсації діабету, ацидозу, гіперкаліємії, деструктивного процесу та тяжких ускладнень — перитоніту, сепсису, печінкової недостатності [2].

Оперативні втручання у хворих на гострий калькульозний холецистит на тлі цукрового діабету вимагають виваженого підходу та ретельної передопераційної підготовки, спрямованої на стабілізацію діяльності основних життєво важливих функцій організму [1, 3].

Мета роботи — визначення хірургічної тактики за гострого калькульозного холециститу у хворих із цукровим діабетом (ЦД).

### МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 156 хворих, оперованих з приводу гострого калькульозного холециститу на тлі ЦД. Серед прооперованих переважали жінки — 97, чоловіків було 59, середній вік склав  $58,2 \pm 2$  року. 136 (87,2%) хворих мали ЦД 2-го типу, 20 (13,8%) — 1-го. Декомпенсованим ЦД був у 15 (9,6%) пацієнтів, субкомпенсованим — у 101 (64,7%), компенсовану форму ЦД діагностовано у 40 (25,6%) пацієнтів. Від жовчнокам'яної хвороби страждали протягом 1 року 13, до трьох років — 17, до п'яти років — 64, понад п'ять років — 62 пацієнти. 12 хворих поступили з клінічною картиною механічної жовтяниці. Крім клініко-лабораторних та інструментальних досліджень, обов'язковим в алгоритмі обстеження було виконання передопераційної фіброезофагогастродуоденоскопії.

У всіх хворих були ознаки ускладнень ЦД: діабетична ангіопатія судин нижніх кінцівок, ретинопатія, нефропатія, енцефалопатія з різним ступенем клінічних проявів і супутні захворювання: гіпертонія, ішемічна хвороба серця — у 65 хворих, виразка дванадцятипалої кишки та шлунка — у 10, хронічний бронхіт й емфізема легенів — у 9 пацієнтів. Ожиріння I ступеня виявлено у 31 хворого, II — у 26, III — у 19. У зв'язку з цим у хворих виникав "синдром взаємного обтяження" (СВО) I (легкий), II (середній), III (тяжкий) ступеня. За СВО I ступеня за-

гальний стан хворого задовільний, температура тіла субфебрильна, відзначається незначна місцева болючість, рівень глюкози у крові не перевищує 8,0-9,0 ммоль/л, кетонурія відсутня, запальний процес у жовчному міхурі у більшості випадків має катаральний, інколи флегмонозний характер.

За СВО II ступеня загальний стан хворих середньої тяжкості, спостерігається ригідність черевних м'язів, позитивні симптоми подразнення очеревини, температура тіла підвищується до 38-38,5°C, вміст глюкози зростає до 12,0-14,0 ммоль/л, з'являється кетонурія, у сечі визначається цукор, загальний процес у міхурі носить флегмонозний або гангренозний характер.

За СВО III ступеня загальний стан хворих тяжкий, спостерігаються симптоми загальної інтоксикації як наслідку деструктивного запального процесу в міхурі, ознаки перитоніту. Глікемія перевищує 15,0 ммоль/л, реакція на ацетон різко позитивна, у сечі кількість цукру перевищує 1 г/л, ці хворі перебувають у стані діабетичної передкоми.

За ступенем тяжкості СВО хворі на ГХ розподілялися таким чином: I — 45, II — 65, III — 46 пацієнтів. За СВО I ступеня у хворих на ГХ дотримували активно очікувальної тактики. Критеріями контролю стану хворих вважали місцеві симптоми, показники лейкоцитарної формули, температуру тіла, рівень глюкози в крові, глюкозурію, показники кислотно-лужного обміну. Таких хворих, як правило, оперували на 6-8-му добу. Наявність СВО II-III ступеня вважали показанням до операції. Загальний процес у жовчному міхурі на тлі суб- і декомпенсованого діабету розповсюджувався швидко, у більшості випадків жовчний міхур був деструктивний і з перфорацією. Хворі з СВО II-III ступеня потребують короточасної передопераційної підготовки протягом 4-6 годин для виведення зі стану кетоацидозу та нормалізації вуглеводного обміну.

Відкриту холецистектомію виконано у 52 (33,3%) хворих, лапароскопічну — у 104 (66,7%). У комплексному лікуванні ГХ нами ефективно застосовується гекодез — препарат гідроксиетилкрохмалю з плазмозамінною дією, що справляє протишоковий ефект, збільшує об'єм циркулюючої крові, ко-

регує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск, сприяє адекватній гемодилуції, а також реосорбілат — комплексний інфузійний розчин, основними фармакологічно активними речовинами якого є сорбітол і натрію лактат із реологічною, протишоковою, дезінтоксикаційною дією. Для зниження частоти гнійно-септичних ускладнень ми проводили їх профілактику та лікування перитоніту інфузійним антибіотиком лефлоцином (левофлоксацином) по 500 мг 2 рази на добу впродовж 7 днів. Для санації черевної порожнини під час операції застосовували Декасан — 0,02% розчин декаметоксину — антисептичний препарат, похідне бічетвертичних амонієвих сполук, який концентрується на цитоплазматичній мембрані мікробних клітин, сполучається з фосфатидними групами ліпідів мембрани, підвищуючи проникність цитоплазматичної мембрани мікроорганізмів.

#### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Під час введення троакарів кровотеча спостерігалася у 7 (6,7%) хворих, з ложа видаленого жовчного міхура — у 9 (5,8%) хворих, її зупиняли використанням монополярної, біполярної, аргонно-плазмової коагуляції, ультразвукового дисектора. У хворих із холедохолітіазом спочатку виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) та ендоскопічну папілотомію (ЕП), і після успішного видалення конкрементів із проток через 3-7 діб виконували лапароскопічну холецистектомію. Видалення конкрементів здійснювали під контролем фіброхоледохоскопа кошиками Дорміа. У 7 пацієнтів проведено балонну дилатацію великого дуоденального сосочка, після чого конкременти вимивалися або виштовхувалися у просвіт дванадцятипалої кишки. Поопераційна летальність склала 1,3%. Причиною смерті була серцево-легенева, судинна, печінково-ниркова недостатність на тлі некомпенсованого ЦД. Ускладнення спостерігалися у 39 (25%) хворих.

#### ВИСНОВКИ

1. Особливістю лікування гострого холецистити у хворих на ЦД є необхідність невідкладного виконання радикальних хірургічних втручань.

2. У комплексному лікуванні ГХ ефективним є застосування гекодезу, реосорбілату, лефлоцину, декасану.

Дата надходження до редакції 10.09.2008 р.

3. Спеціальні технічні прийоми та сучасна техніка дозволяють досягти досить добрих результатів хірургічного лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу на тлі ЦД.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник В.В., Ковальчук А.Л., Грубник В.Ю. и др. Лапароскопические операции у больных с калькулезным холециститом на фоне цирроза печени // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. — 2008. — Т. 144. — Ч. 1. — С. 107-109.
2. Лігоненко О.В., Гірін Л.В. Хірургічне лікування гострого холецистити у хворих на цукровий діабет // Матеріали XXII з'їзду хірургів України. — Київ, 2002. — Т. 2. — С. 408-409.
3. Гешелин С.А., Каштальян М.А., Мищенко Н.В. и др. Осложнения лапароскопической и открытой холецистэктомии в различные сроки заболевания // Харківська Хірургічна Школа. — 2008. — №2. — С. 145-146.

#### РЕЗЮМЕ

**Хирургическая тактика при остром калькулезном холецистите у больных сахарным диабетом**

**В.В. Мищенко, П.И. Пустовойт, О.В. Осипенко, Р.Ю. Вододюк**

Прооперированы 156 больных по поводу острого калькулезного холецистита на фоне сахарного диабета. Дооперационная фиброэзофагогастроуденоскопия — обязательна. При сопутствующих заболеваниях у больных возникал "синдром взаимного отягощения" (СВО) легкой, средней и тяжелой степени. При СВО I степени у больных острым холециститом придерживались активно выжидательной тактики и оперировали их на 6-8-е сутки. При СВО II-III степени больные были оперированы после краткосрочной предоперационной подготовки на протяжении 4-6 часов. Послеоперационная летальность составила 1,3%. Осложнения наблюдались у 25% больных.

**Ключевые слова:** острый калькулезный холецистит, сахарный диабет.

#### SUMMARY

**Surgical tactics in acute calculous cholecystitis in diabetes mellitus patients**

**V. Mischenko, P. Pustovoyt, O. Osipenko, R. Vododyuk**

156 patients concerning acute calculous cholecystitis on a background of the diabetes are operated. Preoperation fibroezophagogastroduodenoscopy — was obligatory. At the concomitant diseases the patients had the "syndrome of the mutual burdening" (SMB) of easy, middle and heavy degree. At the SMB I degree at patients with acute cholecystitis adhered to actively temporizing tactic and they were operated on 6-8 days. At the SMB II-III degree the patients were operated after short-term preoperation preparation during 4-6 hours. Postoperation lethality was 1,3%. The complications were observed at 25% patients.

**Key words:** acute calculus cholecystitis, diabetes mellitus.