

CONFERENCE PROCEEDINGS '2020

MODERN SCIENTIFIC IDEA





При поддержке:

Экономическая академия им.Д.А.Ценова

Белорусско-Российский университет

Московский государственный университет путей сообщения (МИИТ)

Украинская государственная академия железнодорожного транспорта

Научно-исследовательский проектно-конструкторский институт морского флота

Институт морехозяйства и предпринимательства

Луганский государственный медицинский университет

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Бельцкий Государственный Университет «Алеку Руссо»

Институт водных проблем и мелиорации Национальной академии аграрных наук

Одесский научно-исследовательский институт связи

Международное научное издание

International scientific publication

С *Modern scientific idea '2020*
Современная научная идея '2020
БОРНИК ТЕЗИСОВ

7-8 ОКТЯБРЯ 2020 года

СЕРИЯ «SWORLD-BEL CONFERENCE PROCEEDINGS»

Минск
«Ёлань»
2020

УДК 08
ББК 94
С 568

Рассмотрено и рекомендовано к изданию:

Решение Оргкомитета конференции
«Современная научная идея '2020»
№ 13 от 8 октября 2020 года

Общее научное руководство:
д.т.н., профессор А.Г. Шibaев

Ответственный исполнитель:
к.т.н. С.В. Куртиенко

С 568 Современная научная идея '2020: Сборник тезисов. – Минск: Ёлнать,
2020 – 87 с.: рис., табл.
(Серия «SWorld-Bel Conference proceedings»)

УДК 08

ББК 94

DOI: 10.30889/2708-258X.2020-13-00

© Коллектив авторов, 2020



УДК 616.366-002.1-007.232-06:616.381-002:616.94

MODERN TREATMENT OF PATIENTS WITH PERFORATION OF THE GALL BLADDER WALL AND PERITONITIS

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРФОРАЦИЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ПЕРИТОНИТА

Kravets K.V. / Кравец К.В.

postgraduate / аспирант

ORCID: 0000-0001-7721-1664

Borodaev I.E. / Бородаев И.Е.

c.med.s., as.prof. / к.мед.н., доц.

ORCID: 0000-0002-0859-2499

Muraviev P.T. / Муравьев П.Т.

c.med.s., as.prof. / к.мед.н., доц.

Zaporozhchenko B.S. / Запорожченко Б.С.

d.med.s., prof. / д.мед.н., проф.

Odessa National Medical University, Odessa, Valihovsky lane, 2, 65000

Одесский национальный медицинский университет,

Одесса, Валиховський переулок, 2, 65000

Анотация. В статье рассматриваются современные подходы к лечению перитонита, вызванного заболеваниями желчного пузыря, хирургическими вмешательствами на желчных протоках, операциями на поджелудочной железе и печени.

Авторы анализируют результаты лечения 157 больных с жёлчным перитонитом. Женщин 107. Мужчин 50. Объём операций: холецистэктомия (ХЭ) санация, дренирование брюшной полости; ХЭ, холедохотомия, внешнее дренирование холедоха; ХЭ, холедохолитотомия с трансдуоденальной папиллосфинктеротомией; пластика, устранение внутреннего жёлчного свища.

В результате оптимального использования алгоритма лечения жёлчного перитонита с использованием неинвазивных методов, своевременности выполнения релапаротомии, авторам удалось снизить послеоперационную летальность до 14,2%.

Ключевые слова: жёлчный перитонит, релапаротомия.

Abstract. The paper deals with modern approaches to the treatment of peritonitis caused by complications of gallstone disease, surgery on the bile ducts, operations on the pancreas and liver.

The authors analyze the results of treatment of 157 patients with bile peritonitis. Women 107. Men 50. Scope of operations: cholecystectomy (CE) rehabilitation, drainage of abdominal cavity; CE, choledochotomy, external choledoch drainage; CE, choledocholitotomy with transduodenal papillosphincterotomy; plastic, removal of the internal bile duct.

As a result of optimal application of the algorithm for the treatment of biliary peritonitis using non-invasive methods, timeliness of the performance of relaparotomy, the authors managed to reduce postoperative mortality to 14.2%.

Key words: bile peritonitis, relaparotomy.

Вступление.

Актуальный в течение последних десятилетий интерес хирургов к проблеме лечения больных с жёлчным перитонитом обусловлен целым рядом обстоятельств, прежде всего, тяжестью состояния больных, высокой летальностью при развитии перитонита после операций на печени, желчных протоках, поджелудочной железе (1,2,3,4,5,6). Летальность при данной патологии является очень высокой и составляет от 20,6% до 37,4%. Мы в своей работе придерживались классификации перитонита по В.С. Савельев, М.И. Филимоновим, Б.Р. Гельфандом, 2000.



Среди незначительного количества классификаций желчного перитонита заслуживает внимания классификация Т.А.Малюгиной (1973), которая различает прорывной и пропотной жёлчный перитонит, в свою очередь, которые делятся на ограниченный и разлитой (распространённый по последней классификации). Разлитой и ограниченный перитониты имеют этапное развитие: острый, подострый и хроническую стадию.

Цель исследования

- определение рациональной хирургической тактики в ситуациях жёлчного перитонита.

Материалы и методы исследования

Нами изучены особенности клинического течения, усложнений, результат хирургического лечения в 157 больных с желчным перитонитом, которые находились в Одесском областном клиническом медицинском центре в период 2013-2020 гг.

На сегодняшний день в диагностике жёлчного перитонита значительная роль уделяется динамическим УЗИ, лапароскопии, КТ брюшной полости с контрастным усилением. Женщин было 107 (66,5%), мужчин 50 (33,5%). Возраст больных колебался от 20 до 80 лет, 57 хворих (36,1%) составили лица пожилого и старческого возраста. В экстренном порядке поступило 136 (86,1%) больных, 22 (13,9%) госпитализированы в плановом порядке. Экстренные больные по срокам доставки в стационар распределились следующим образом: до 24 ч поступило 38 (24%), после 24 ч-120 (76%), что, конечно же, отразилось на сроках и под конец лечения. Перитонит, как осложнение холецистита, наблюдался в 150 случаях (94,9%), как результат травмы печени и желчных протоков у 5 (3,2%), при панкреонекрозе в 3 (1,9%). Калькулёзный холецистит был у 146 (92,4%) больных, у 12 (7,6%) безкаменный. Желтуха с холангитом развилась при жёлчном перитоните у 47 больных (29,7%). Показатели билирубина колебались от 25 до 200 мкмоль / л. В комплекс лечения включалась интенсивная противовоспалительная терапия (цефалоспорины 4-го поколения, карбапенемы, метронидазол внутривенно), дезинтоксикационная, плазмаферез, ГБО.

По характеру воспалительного процесса больные распределены следующим образом: хронический калькулёзный холецистит у 22, флегмонозный холецистит у 79, гангренозный у 57 больных. По распространению перитонита: местный у 116 больных (73,4%) (ограниченный 103 (88,8%), неограниченный 13 (11,2%), распространённый у 42 больных (26,6%), по характеру экссудата: жёлчный у 24 больных, серозно-жёлчный у 78 гнойный в 56 больных. Основными причинами желчеистечения, скопление крови и развитие послеоперационного желчного перитонита (ПЖП) у наших больных были: 1) недостаточная герметизация раны желчного протока или ткани печени, недостаточный гемостаз; 2) недостаточность лигатуры, прорезывания; 3) операционная травма внепеченочных желчных протоков; 4) недостаточность швов печени и расхождение швов билиодигестивного анастомоза; 5) выпадение дренажа из просвета протока; 6) длительный перитонит; 7) недостаток учёта вариантов анатомического развития желчных



протоков, пути Люшка и т.д.; 8) наличие сопутствующих патологий: калёзно-пенетрирующие язвы ДПК, развитие панкреонекроза.

Клиника ПЖП специфическая, в отличие от гнойного перитонита, так как лейкоцитоз и сдвиг формулы влево у наших больных развились через 1-2 суток после развития перитонита. В диагностике ПЖП помогает выделение желчи из дренажей брюшной полости, у 15 больных на УЗИ диагностировано наличие свободной жидкости в брюшной полости. В 3 случаях диагноз установлен по КТ брюшной полости. При постановке диагноза ПЖП проводилась срочная релапаротомия. Повторная операция в данном случае должна быть минимальной и ограничиваться в основном релапаротомией и тампонадой с дренированием брюшной полости.

Релапаротомия у наших больных проведена у 12 пациент (7,6%). По поводу местного жёлчного перитонита релапаротомию выполнили 6 больным, при распространенном 6 хворих. При местном перитоните у больных, перенесших операцию на жёлчном пузыре и желчных протоках, сделаны следующие операции: ушивание места жёлчного пузыря - 2, дренирование подпечёночного пространства и вскрытие абсцесса печени 1, дренирование холедоха - 2, повторная установка дренажа в общий жёлчный проток - 1. В 2-х наблюдениях распространенный перитонит возник в результате травмы печени, при закрывании той травмы живота, подпеченочной гематомы. В послеоперационном периоде в одном случае наблюдалось развитие распространенного перитонита, что потребовало релапаротомии, через несколько дней релапаротомия с резекцией желудка, гастроэнтероанастомоз касательно хронической язвы 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу и перфорацией с развитием распространенного желчного перитонита. У 4-х больных с распространенным перитонитом, который возник после операции на желчном пузыре и желчных путях, релапаротомия в одном случае в результате соскальзывания лигатуры пузыря в послеоперационном периоде, в противном случае в связи с несостоятельностью билиодигестивного анастомоза в случае рака поджелудочной железы, одна релапаротомия в связи с повторным установлением дренажа в общий желчный проток, 1 релапаротомия при перитоните, вследствие каллезной язвы 12-перстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу, развитием панкреонекроза. В послеоперационном периоде 2 больных умерли от интоксикации, прогрессирующего перитонита и полиорганной недостаточности.

При релапаротомии по поводу местного или местно распространенного желчного перитонита в первые часы и даже первые сутки, когда не определяется абдоминальный сепсис, а воспалительно-деструктивные изменения в стенке желчных протоков или в паренхиме печени не выражены и состояние больного позволяет провести расширение вмешательства, оно является безусловно оправданным и обоснованным.

При жёлчном перитоните в послеоперационном периоде умерло 23 из 157 больных, составило 14,2%. Основным способом профилактики ПЖП является рационально патогенетически обоснованная хирургическая тактика и щадящая



техника оперативного вмешательства на печени и желчных путях, необходимо придерживаться принципов анатомического выделения сосудисто-секреторных элементов печени с адекватным гемо- и желчестазом, а также беспрепятственного оттока желчи в кишечник и исключением возможности случайного нарушения целостности желчных протоков.

Таким образом жёлчный перитонит, несмотря на успехи хирургии и анестезиологии, продолжает оставаться одним из тяжелых осложнений после операций на печени, жёлчных путях, 12-перстной кишки и поджелудочной железы. С целью ранней диагностики перитонита показано проведение динамического УЗИ, лапароскопии и КТ брюшной полости. Оптимальным при релапаротомии по поводу желчного перитонита является ликвидация или отграничение источника перитонита, дренирование общего желчного протока и тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости, при необходимости программирования ревизия и санация брюшной полости.

Выводы

В условиях перитонита без признаков абдоминального сепсиса и стабильном состоянии больного показано выполнение радикальных операций.

Литература.

1. Eckmann C, Solomkin J. Ceftolozane/tazobactam for the treatment of complicated intra-abdominal infections. *Expert Opin Pharmacother.* 2015;16:271–80.
2. Montravers P, Dupont H, Leone M, Constantin JM, Mertes PM, Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar), et al. Guidelines for management of intra-abdominal infections. *Anaesth Crit Care Pain Med.* 2015; 34:117–30
3. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, Di Saverio S, Griffiths EA. Duration of antimicrobial therapy in treating complicated intra-abdominal infections: a comprehensive review. *Surg Infect (Larchmt).* 2016;17:9–12
4. Sartelli M, Weber DG, Ruppé E, Bassetti M, Wright BJ, Ansaloni L, et al. Antimicrobials: a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA). *World J Emerg Surg.* 2016;11:33.
5. Scriba MF, Laing GL, Bruce JL, Sartorius B, Clarke DL. The role of planned and on-demand relaparotomy in the developing world. *World J Surg.* 2016;40:1558–64.
6. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Ansaloni L, Bala M, Beltrán MA, Biffl WL, et al. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2015;10:35.
7. Ceresoli M, Coccolini F, Montori G, Catena F, Sartelli M, Ansaloni L. Laparoscopic lavage versus resection in perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J. Emerg Surg.* 2016;11:42.

Научный руководитель: д.мед.н. Запорожченко Б.С.

Статья отправлена: 06.10.2020 г.

© Кравець К.В.