## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**ОСАДЕЦЬ Віталій Степанович**

УДК 616.366-002+616.366-003.7

**КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО КОЛОМІХУРОВИМ ІНФІЛЬТРАТОМ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ

дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Харків -2008

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Івано-Франківському державному медичному університеті МОЗ України.

**Науковий керівник:** Заслужений діяч науки і техніки України, доктор ме­дичних наук, професор **Василюк Михайло Дмитрович**, Івано-Франківський державний медичний уні­вер­ситет МОЗ України, професор кафедри факультетської хірургії.

**Опоненти:**

доктор медичних наук, професор Мамчич Володимир Іванович, Національна медична академія післядипломної освіти ім.. П.Л.Шупика МОЗ України, завідувач кафедри хірургії та проктології

доктор медичних наук, професор Бойко Валерій Володимирович, Харківський національний медичний уні­вер­ситет МОЗ України, завідувач кафедри госпітальної хірургії, директор ДУ “ Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України ”

Захист відбудеться \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2008 року о\_\_\_\_\_ на засіданні спеціалізованої вченої ради Д64.600.02 при Харківському національному медичному університеті МОЗ України (61022, м.Харків, пр.Леніна,4)

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Харківського національного медичного університету ( 61022, м.Харків, пр.Леніна,4)

Автореферат розісланий \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2008 р.

Учений секретар спеціалізованої

вченої ради, к.мед.н.,доцент А.І.Ягнюк

# ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Гострий калькульозний холецистит ускладнений коломіхуровим інфільтратом зустрічається досить часто, причому частіше хворіють люди у віці 45-60 років. Сформований інфільтрат створює значні труднощі при виконанні лапароскопічної холецистектомії і часто є причиною конверсії (М.П.Павловський та співавт., 2005; В.Г.Мішалов та співавт., 2005;). Саме у хворих з коломіхуровим інфільтратом під час лапароскопії ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних протоків, судин гепатодуоденальної зв’язки чи воріт печінки зустрічається найбільш часто (І.Я.Дзюбановський та співавт., 2004; М.Ю.Ничитайло та співавт., 2004; 2005).

Отож актуальним є удосконалення діагностики цього ускладнення гострого калькульозного холециститу на доопераційному етапі, та вибір оптимального методу операційного втручання. На сьогодні немає чітко визначених термінів вибору методу операції, хоча всі дослідники погоджуються з тим, що результати лікування часто залежать від цього показника. Деякі хірурги – прихильники консервативної тактики ведення гострого калькульозного холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом, вважають за доцільне виконувати операцію тільки після затихання запального процесу, аргументуючи це високою післяопераційною летальністю у прооперованих ургентно хворих (Д.В.Андрющенко, 2006;). В певній мірі це пов’язане з літнім і старечим віком пацієнтів, що вимагає виважених підходів та індивідуального вибору вибору лікувальної тактики (В.И.Лупальцов и соавт., 2003; І.Я.Дзюбановський та співавт., 2004). Крім того, обмежений інфільтратом гнійно-деструктивний процес у жовчному міхурі призводить до значного функціонального ураження гепатоцитів, порушення функції печінки та імунологічної реактивності організму (Б.О.Мільков та співавт., 2002).

Однак під впливом антибактеріальної терапії коломіхуровий інфільтрат ущільнюється, що значно затруднює технічне виконання лапароскопічної холецистектомії. Рання операція забезпечує швидке усунення гнійно-деструктивного вогнища та виконується в умовах пухкого інфільтрату, який можна легко розділити (П.Г.Кондратенко та співавт., 2004; 2006; М.Ю.Ничитайло та співавт., 2004; 2005).

Невизначеність у тактиці хірургічного лікування призводить до того, що летальність серед хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом залишається високою і досягає 6,8 % (Б.О.Мільков та співавтори 2002) .

Вивченню наведених питань присвячена дана робота.

**Зв`язок роботи з науковими програмами, планами, темами**. Дисертаційна робота є фрагментом комплексної роботи кафедри факультетської хірургії ІФДМУ «Комплексне хірургічне лікування гнійно-септичних ускладнень в абдомінальній хірургії і при діабетичній стопі» (№ держреєстрації 0104U4005477), в якій дисертант є співвиконавцем. Тема дисертації затверджена на засіданні Республіканської проблемної комісії «Хірургія» (протокол № 8 від 26. 05. 2005 р.) і на засіданні Вченої Ради Івано-Франківської державної медичної академії протокол (№ 8 від 17. 06. 2005 р.).

**Мета дослідження**. Вивчити клінічний перебіг захворювання, гістоморфологічні зміни жовчного міхура та метаболічні порушення організму у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом і в залежності від отриманих даних досліджень, розробити хірургічну тактику спрямовану на покращення результатів лікування.

**Основні завдання дослідження**: 1. Вивчити результати комплексного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, який ускладнився коломіхуровим інфільтратом за даними оперативних втручань клініки.

2.Встановити глибину змін місцевого імунітету ділянки шийки жовчного міхура та гістоморфологічної структури тканин даної анатомічної ділянки, як патогенетичних чинників виникнення коломіхурового інфільтрату.

3. Вивчити функціональний стан печінки (білковий обмін, зміни органоспецифічних ферментів), стан перекисного окислення ліпідів і рівень системи антиоксидантного захисту, стан клітинного і гуморального імунітету та виявити вплив їх на виникнення і формування навколоміхурового інфільтрату при гострому калькульозному холециститі.

4.Розробити і впровадити нові технологічні прийоми розділення навколоміхурового інфільтрату та візуалізації елементів шийки жовчного міхура при виконанні лапароскопічної холецистектомії.

5. Апробувати та впровадити в хірургічну практику розроблену методику комплексного хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом.

**Об’єкт дослідження:** Гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом.

**Предмет дослідження:** Комплексне хірургічне лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом.

**Методи дослідження:** Фізикальне обстеження хворих, лабораторне вивчення загальноклінічних обстежень, біохімічне обстеження, вивчення спектру сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі, вивчення антиоксидантного захисту та перекисного окислення ліпідів, імунологічні вивчення факторів клітинного та гуморального імунітету, інструментальні (ультразвукове дослідження, езофагогастродуоденофібро­скопія), хірургічні (вибір тактики хірургічного лікування гострого холециститу ускладненим коломіхуровим інфільтратом), статистичні (використан­ня всіх цифрових показників).

**Наукова новизна одержаних результатів.** Вперше встановлено роль гістоморфологічних змін стінки жовчного міхура та реакції місцевого імунітету у формуванні коломіхурового інфільтрату. Встановлено, що у хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим коломіхуровим інфільтратом у вогнищі запалення виявляється виражена лімфо-плазмоцитарна інфільтрація та дисбаланс лімфоцитів різної величини, на тлі активації загальної імунної відповіді за Т-клітинним цитотоксичним типом з її переорієнтацією на гуморальну імунну відповідь, з фіксацією імунних комплексів IgG, IgA, IgM в стінці інфільтрату яка у свою чергу, приводить до автоімуноагресії.

Вперше у хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим коломіхуровим інфільтратом вивчено порушення стану білковосинтезуючої функції печінки методом диск-електрофорезу в поліакриламідному гелі, окремих гострофазних білків, стану пероксидного окислення ліпідів та системи антиоксидантного захисту, які сприяють розвитку коломіхурового інфільтрату і мають вплив на клінічний перебіг захворювання.

Вперше встановлено підвищення активності моноспецифічних ферментів печінки аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, аргінази, сорбітолдегідрогенази, орнітинкарбомоїлтрансферази, лактат­дегідрогенази та зменшення активності холінестерази, що свідчить про порушення функції гепатоцитів у хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим коломіхуровим інфільтратом.

Вперше при проведенні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, розділення інфільтрату починають від п’ятки жовчного міхура, опускаючи запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв’язки, що дозволяє попередити пошкодження загальної жовчної протоки (патент України №29384 від 10.01.2008. Бюл. 2008, №1).

**Практичне значення одержаних результатів**. При комплексному хірургічному лікуванні хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом слід враховувати метаболічні та гомеостатичні зміни організму як при проведенні передопераційної підготовки та післяопераційному веденню хворих.

Встановлено, що операцією вибору при розвитку коломіхурового інфільтрату в перші доби його виникнення є лапароскопічна холецистектомія, з застосуванням розробленої нами оригінальної методики верифікації елементів шийки жовчного міхура, яка дозволяє попередити інтраопераційні ятрогенні пошкодження позапечінкових жовчних протоків.

Встановлено, що у випадку наявності щільного інфільтрату, показана лапаротомна холецистектомія від дна жовчного міхура, з метою попередження травмування загальної жовчної протоки та інших елементів гепатодуоденальної зв’язки.

Результати дослідження впроваджено в лікувальний процес в хірургічному відділенні міської клінічної лікарні № 1 , центральній міській клінічній лікарні, обласної клінічної лікарні м. Івано-Франківська, Тлумацька центральна районна лікарня та використовуються в навчальному процесі хірургічних кафедр Івано-Франківського державного медичного університету.

**Особистий внесок пошукача в розробку основних положень наукової роботи**. Дисертантом самостійно проаналізовано дані літератури з питань етіопатогенезу та принципів сучасного оперативного лікування хворих з гострим калькульозним холециститом, ускладненим коломіхуровим інфільтратом. Провідним є внесок автора у проведення клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження. Морфологічні дослідження та мікрофотографування проведено разом з патоморфологами університету. У пацієнтів з гострим калькульозним холециститом, ускладненим коломіхуровим інфільтратом самостійно проводив передопераційну підготовку, оперував та асистував на операціях, проводив лікування в післяопераційному періоді. Автором розроблена карта обстеження хворих, проведено статистичний аналіз отриманих результатів та їх науковий аналіз. Узагальнення отриманих результатів, обґрунтування висновків та розробка практичних рекомендацій проведено з науковим керівником.

**Апробація результатів наукової роботи**. Основні положення дисертації оприлюднені і відображені в доповідях на Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії» (м. Львів, 2004), Х Конгресі Світової Федерації українських лікарських товариств (м. Чернівці, 2004), V Українській конференції молодих вчених (м. Київ, 2004), Всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні підходи до лікування ургентної хірургічної патології» (м. Тернопіль, 2004), ХХІ з’їзді хірургів України (м. Запоріжжя, 2005), науково-практичній конференції «Актуальні питання клінічної хірургії» (м. Трускавець, 2005), науково-практичній конференції «Сучасні методи діагностики та лікування хронічних гепатитів , цирозів, портальних гастропатій та енцефалопатій у клініці внутрішніх та хірургічних хворіб» (м. Ужгород, 2005), Ювілейному VІІІ з’їзді ВУЛТ (м. Івано-Франківськ, 2005), IX з’їзд ВУЛТ (м. Вінниця, 2007), на засіданнях Асоціації хірургів Прикарпаття (2004, 2006).

**Публікації результатів дослідження**. За матеріалами дисертації опубліковано 9 наукових робіт, серед них 5 – у виданнях, рекомендованих ВАК України. Отримано 1 патент України.

**Структура і об’єм дисертації.** Дисертаційна робота викладена на 148 сторінках машинописного тексту. Робота складається із вступу, огляду літератури, розділу описання об'єкту і методів дослідження, 3 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, додатків. Дисертація містить 14 таблиць та 28 рисунки. Список використаної літератури включає 225 джерел (164 – кирилицею та 61 – латиною). Робота написана літературною українською мовою.

# ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали та методи дослідження.** Ми провели комплексне обстеження і лікування 164 хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, прооперованих в клініці факультетської хірургії Івано-Франківського державного медичного університету. Серед обстежених хворих чоловіків було 41, жінок – 123. Найбільш часто гострий калькульозний холецистит ускладнювався інфільтратом у пацієнтів, старших 51 року. Ці хворі склали 63,4 % від всіх обстежених.

У хворих, проводили необхідний комплекс обстежень: загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (загальний білірубін та його фракції, АсТ, АлТ, сечовина, креатинін, загальний білок), показники коагулограми, визначали спектр фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в поліакриламідному гелі, кількісний і якісний вміст Ig G, Ig A, Ig M в цих фракціях, показники ПОЛ і АОЗ, активність органоспецифічних ферментів печінки, гістологічне дослідження тканин коломіхурового інфільтрату, ультразвукове обстеження органів черевної порожнини та езофагогастродуоденофібро­ско­пію та інші .

Двадцять чотири хворих (14,6 %) відмічали в анамнезі наявність конкрементів у жовчному міхурі до одного року, 81 хворих (49,4 %) – впродовж 2-5 років та 57 пацієнтів (34,8 %) – більше 5 років. У 2 хворих конкременти були виявлені вперше, при проведенні в клініці ультразвукового дослідження з метою уточнення діагнозу та визначення подальшої лікувально-діагностичної тактики.

Всі хворі пов’язували початок приступів печінкової кольки з вживанням жирної і смаженої іжі, часто – в поєднанні з алкоголем.

В ургентному порядку в клініку поступило 129 хворих (78,7 %), в плановому – 35 (21,3 %). Шістдесят один хворий (37,2 %) був госпіталізований в перші дві доби від початку приступу, через 72 години – 50 хворих (30,4 %). Через чотири і більше діб поступили на лікування 53 пацієнти (32,3 %). Нами відмічено, що цю категорію склали хворі старших вікових груп (61 і більше років), що, ймовірно, пов`язано з атиповим і прихованим клінічним перебігом захворювання та наявністю супутніх захворювань, які часто маскували перебіг гострого холециститу.

При об’єктивному огляді, нами встановлено, що найбільш характерним симптомом гострого холециститу був біль, який найчастіше іррадіював в праву половину грудної клітки, або мав оперізуючий характер, що розцінювалось нами, як прояви біліарного панкреатиту.

Шість хворих (3,6 %) при поступленні скаржилися на біль за грудиною. В цих пацієнтів на електрокардіограмі не було відмічено ознак гострої чи хронічної ішемії міокарда, що свідчило про функціональний генез кардіалгії. У 16 хворих (9,8 %) біль локалізувався в епігастральній ділянці. Нудота і блювання були характерними ознаками гострого холециститу і спостерігались відповідно у 71,3 % і 53,1 % хворих. Майже всі хворі відмічали відчуття сухості і гіркоти в роті або зригування гірким.

У літніх хворих загальна клінічна картина гострого холециститу мала свої особливості. Отож, серед 62 пацієнтів, вік яких перевищував 61 рік, тільки у 12 (19,4 %) спостерігався інтенсивний приступоподібний біль у правій підреберній ділянці. У 50 хворих (80,6 %) спостерігався постійний ниючий біль, який посилювався при вживанні їжі і локалізувався в епігастральній та правій підреберній ділянках. Загальний стан цих хворих був задовільний. У 6 з них (9,7 %) спостерігалося підвищення температури тіла. При пальпації черевної стінки у 16 хворих (25,8 %) спостерігалася виражена болючість в правому підребер’ї та позитивний симптом Ортнера. У решти хворих пальпація була малоболючою, симптоми, характерні для гострого холециститу не визначалися. У 5 пацієнтів в правому підребер’ї пальпувався щільний болючий інфільтрат. Поряд з цим, варто відмітити, що всі 62 хворих відмічали втрату апетиту і відчуття спраги.

Наші спостереження показують, що діагностувати коломіхуровий інфільтрат на основі клінічної картини дуже тяжко. Більш повні діагностичні дані дозволяло отримати проведення сонографічного дослідження панкреатогепатобіліарної зони. Отож, потовщення та інфільтрація стінки жовчного міхура а також двохконтурність стінки, як ознаки інфільтрату стінки жовчного міхура та деструктивних форм гострого холециститу зустрічалися у 80,5% та 39,6 % випадків, відповідно.

У 133 хворих (81,1 %) було діагностовано гострий калькульозний флегмонозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом і у 31 (18,9 %) гострий гангренозний калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом .

Згідно результатів патоморфологічного дослідження видаленого жовчного міхура видно, що у хворих до 40 років гострий гангренозний калькульозний холецистит не зустрічався. Серед них у 24 (14,6 %) хворих було діагностовано гострий флегмонозний калькульозний холецистит. Коломіхуровий інфільтрат у цієї категорії хворих був пухким, легко роз’єднувався тупим способом і не викликав технічних труднощів при виконанні лапароскопічної операції

У хворих 41-60 років переважав флегмонозний калькульозний холецистит. Деструктивні гангренозні форми найчастіше виникали у хворих старших вікових груп. Так, серед 62 хворих старших 61 року у 45(27,4%) спостерігався гострий флегмонозний і у 17(10,4%) – гострий гангренозний калькульозний холецистит. У цих пацієнтів коломіхуровий інфільтрат часто був щільним, тяжко піддавався роз’єднанню, в його склад крім запальних тканин і великого чепця часто входили петлі тонкого чи товстого кишечника.

Як показав аналіз у хворих на деструктивні форми гострого калькульозного холециститу, поряд з коломіхуровим інфільтратом зустрічалися інші ускладнення (таб.1).

Таблиця 1

Частота ускладнень гострого калькульозного холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ускладнення | Стать | Кількість | Всього | |
| Гострий калькульозний флегмонозний холецистит + емпієма жовчного міхура | Ж | 29 (17,7 %) | 49 (29,9 %) | |
| Ч | 20 (12,2 %) |
| Гострий флегмонозний калькульозний холецистит + біліарний панкреатит | Ж | 28 (17,1%) | 37  (22,6 %) | |
| Ч | 9 (5,5 %) |
| Гострий калькульозний флегмонозний холецистит + холедохолітіаз + гнійний холангіт | Ж | 10 (6,1 %) | 15 (9,2 %) | |
| Ч | 5 (3,1 %) |
| Гострий гангренозний калькульозний холецистит + ферментативний перитоніт | Ж | 4 (2,4 %) | 7 (4,2 %) | |
| Ч | 3 (1,8 %) |
| Гострий гангренозний калькульозний перфоративний холецистит + місцевий або дифузний перитоніт | Ж | 6 (3,7 %) | 8 (4,9 %) | |
| Ч | 2 (1,2 %) |
| Всього |  | 116 | | 70,7% |

Так, у 49 (29,9 %) хворих гострий калькульозний холецистит був ускладнений емпіємою жовчного міхура. У 37 (22,6%) хворих, окрім гострого флегмонозного холециститу, зустрічався біліарний панкреатит, а у 15 (9,2,%) холедохолітіаз та холангіт. У 7 (4,3 %) пацієнтів був встановлений діагноз жовчного перитоніту інтраопераційно у них нами не було встановлено перфоративного отвору в жовчному міхурі, що дозволяло думати про ферментативний генез перитоніту. У 8(4,9%) наступила перфорація жовчного міхура з розвитком місцевого перитоніту.

У 135 хворих (82,3%) були виявлені супутні захворювання, які вимагали передопераційної підготовки і ускладнювали перебіг післяопераційного періоду. Отож, у 53,1 % хворих була діагностована супутня гіпертензія, у 47,6 % - атеросклероз різної локалізації. У 43 (26,2 %) пацієнтів відмітили захворювання вен нижніх кінцівок, що поряд з літнім віком та впливом карбоксиперитонеуму під час лапароскопічної операції дозволяло віднести їх до групи підвищеного ризику виникнення тромботичних ускладнень і вимагало проведення профілактичних заходів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У 32 хворих був проведений детальний аналіз показників фракцій сироваткового білка у взаємозв`язку з клінічними проявами захворювання, патоморфологічними змінами в жовчному міхурі і позапечінкових жовчних шляхах. Було встановлено, що як кількісні, так і якісні зрушення в показниках фракцій сироваткового білка мали прямий зв`язок з тяжкістю патологічного процесу і глибиною ураження гепатоцитів. Нами встановлено, що у всіх обстежених хворих спостерігались виражені порушення білоксинтезувальної функції печінки, які проявлялися гіпопротеїнемією 65,4±2,55г/л, диспротеїнемією, гіпоальбумінемією 36,25±2,71(%) та збільшення кількості β-ліпопротеїдів 4,25±0,40(%), постальбумінів 4 фракції 4,75±0,30(%) та 5 фракції 3,65±0,40 (%), церулоплазміну 2,65±0,35 (%), трансферину 12,82±0,44(%). Ці зміни були наслідком тяжкого морфологічного і функціонального ураження гепатоцитів, глибина якого тісно пов`язана з важкістю і тривалістю патологічного процесу, вираженою інтоксикацією організму і ураженням жовчновидільної системи. Порушення функціонального стану печінки відбувалося внаслідок підвищення проникливості мембран гепатоцитів, що підтверджує аналіз результатів активності органоспецифічних ферментів печінки: аспартатамінотрансферази 0,51±0,08 ммоль/л, аланінамінотранс­фера­зи 0,48±0,04 ммоль/л, лактатдегідрогеназа 2,26±0,06 мкг кат/л.

Безумовно, ці зміни не могли відбуватися без розладів процесів ПОЛ та АОЗ. У 36 обстежених хворих був виявлений дисбаланс окисно-відновних процесів, що характеризувався зміною вмісту ДК – 2,91±0,31 Е/мл та МА – 6,663±0,132 н/моль/мл, який був пов’язаний з наявністю гнійно-деструктивного вогнища. Нормалізація процесів ПОЛ та АОЗ проходила досить повільно, що вимагало комплексної хірургічної корекції і мало значення для розробки хірургічної тактики і вибору термінів та методу операційного лікування у хворих на гострий калькульозний холецистит. Посилення ПОЛ відігравало ведучу роль в пошкодженні мембран гепатоцитів, а надмірне накопичення його продуктів призводиво до поглиблення інтоксикації та апоптозу гепатоцитів.

При вивченні гістологічних препаратів стінки жовчного міхура з ділянки кишені Гартмана у 34 хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом прослідковувалися ознаки некротичного васкуліту, що було причиною порушення кровопостачання запально змінених тканин жовчного міхура, а ознаки деструкції всіх шарів тканин в ділянці кишені Гартмана, безумовно становили загрозу перфорації стінки жовчного міхура в цій зоні. Виходячи з цього, формування інфільтрату в ділянці кишені Гартмана ми розглядаємо як компенсаторний захисний механізм, спрямований на обмеження запального процесу, попередження перфорації жовчного міхура та розвитку дифузного чи розлитого перитоніту.

Для повноти характеристики реакції організму пацієнтів з гострим калькульозним холециститом, ускладненим коломіхуровим інфільтратом, ми проаналізували клітинну та гуморальну імунну відповідь у 24 хворих. Активація імунної відповіді у цієї категорії пацієнтів розвивалася за Т-клітинним цитотоксичним типом CD3 – 70,30±8,66 (%), а підвищення рівня Т-хелперів CD4 – 35,41±1,12(%) в динаміці лікування свідчило про її переорієнтацію на гуморальну імунну відповідь. Поряд з цим, варто відмітити, що у хворих, які поступили в стаціонар через кілька діб від початку захворювання ці процеси були більш сповільненими і не мали тенденції до нормалізації.

Результати кількісного і якісного вивчення вмісту Ig G(10,28±1,45 г/л), у фракціях диск-електрофорегнрами сироваткового білка в ПААГ вказували на те, що гуморальна імунна відповідь у цих пацієнтів розвивалася за типом хронізації з явищами автоімуноагресії. Підтвердженням цього була наявність імунних комплексів антиген-антитіло Ig G, фіксованих на мембранах клітин стінки жовчного міхура в зоні формування інфільтрату, що свідчило про виражені місцеві автоімунні реакції.

Відмічалися виражені кількісні і якісні зміни Ig А. Їхня кількість в сироватці крові за Manchini знижувалась на час поступлення (2,16±0,33 г/л) відносно показників контрольної групи, і в динаміці лікування поволі підвищувалася. Таке зниження загального вмісту Ig А можна пояснити масивною транслокацією його у вогнище запалення з утворенням sIg А та фіксацією комплексів «антиген-sIg A» в тканинах стінки жовчного міхура. У хворих на гангренозний калькульозний холецистит Ig A у крупнопористому гелі практично не виявлявся, що пояснювали деструкцією слизової жовчного міхура та різким зниженням продукції глікопротеїну, який приймає участь у формування sIg A. Як наслідок цього, відбувалося різке ослабленням іму­нних реакцій на слизовій, що в свою чергу призводило до неспроможності місцевого імунологічного бар’єру і погіршувало не тільки перебіг захворювання, а й загальний стан хворих.

При тривалій наявності інфільтративно-гнійного запалення в жовчному міхурі спостерігається хронізація імунного запалення і перемикання ефекторної імунної відповіді на патологічний автоімунний запальний процес. Це підтверджує наявність імунних комплексів IgG, IgA, IgM «антиген-антитіло» у інфільтрованій стінці жовчного міхура.

При виборі хірургічної тактики у обстежених хворих враховували ряд факторів, від яких залежали технічні особливості лапароскопічної операції та перебіг післяопераційного періоду: дані клінічних проявів захворювання, вік, наявність супутньої патології та її компенсації, дані додаткових методів дослідження, показники функціонального ураження печінки, стану імунологічної реактивності організму та інші фактори.

На основі цього були сформовані наступні тактичні принципи:

Хворі на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом повинні бути прооперовані тільки після проведення передопераційного інфузійного і протизапального підготування та проведення комплексу діагностичних інструментально-лабораторних обстежень, яке включає лабораторні обстеження з біохімічним аналізом крові, сонографію панкреатогепатобіліарної зони і заочеревинного простору та фіброгастродуоденоскопію.

Ймовірність зворотних змін при деструктивних формах гострого холециститу і розсмоктування інфільтрату під впливом консервативної терапії є дуже низькою. Як правило, у цих хворих інфільтрат ущільнюється, що технічно ускладнює виконання лапароскопічної холецистектомії. Тривала передопераційна медикаментозна підготовка тільки поглиблює інтоксикацію, розлади білоксинтезувальної функції печінки, дискоординацію гуморального і клітинного імунітету. Покращення загального стану хворих під впливом консервативної терапії не є протипоказом до операційного лікування.

Ургентні операції з короткочасною (до 2 годин) передопераційною підготовкою, особливо у хворих старечого віку, виконують по показам, оскільки не дозволяють в повній мірі провести діагностичні заходи і корекцію супровідної патології та стабілізувати загальний стан хворого, що призводить до тяжкого перебігу післяопераційного періоду. Крім цього, лапароскопічна холецистектомія без адекватної протизапальної підготовки має ряд інтраопераційних технічних труднощів, пов’язаних з посиленою геморагією тканин інфільтрату і стінки жовчного міхура.

У хворих старечого віку з вираженими ознаками інтоксикації та наявністю щільного болючого інфільтрату в правому підребер’ї слід виконувати лапаротомну холецистектомію. Лапароскопічна холецистектомія у 6 хворих закінчувалася конверсією.

Покращення загального стану хворого під впливом консервативної терапії і наявність у нього поряд з коломіхуровим інфільтратом інших ускладнень, які спричиняють жовчну гіпертензію вимагає першим етапом проведення декомпресії жовчновивідних шляхів шляхом ендоскопічної папілосфінктеротомії з ретроградною панкреатохолангіографією. Другим етапом проводиться лапароскопічна холецистектомія. При неефективності ендоскопічної декомпресії – лапаротомія і зовнішнє дренування холедоха.

Таким чином, виходячи з викладених вище тактичних принципів, в залежності від особливостей хірургічної тактики лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, ми поділили їх наступним чином.

Виходячи з наведених тактичних приципів, 85 (51,8 %) хворих були прооперовані в терміни до 24 годин після шпиталізації. Більшість з цих пацієнтів мали середній вік і були госпіталізовані в стаціонар впродовж 48 годин від початку захворювання. У 57 (34,8 %) хворих лапароскопічна холецистектомія була виконана до 48 годин з моменту поступлення в стаціонар. У 41 з них при проведенні сонографії діагностували супутню патологію панкреатогепатобіліарної зони. Двадцять двоє хворих (13,4 %) були прооперовані в терміни більше 48 годин від початку захворювання. Цю категорію склали хворі старшої вікової групи, в яких клінічна картина гострого холециститу та ознаки інтоксикації були виражені слабко. При об’єктивному огляді у 9 з них в правому підребер’ї пальпувався виражений щільний болючий інфільтрат, який схилив нас до виконання лапаротомії. Правильність вибору такого методу холецистектомії нами була підтверджена інтраопераційно – у цих пацієнтів спостерігався щільний хрящеподібний інфільтрат, в центрі якого знаходився жовчний міхур з перфорованою або повністю некротизованою стінкою.

В комплекс внутрішньовенної інфузійної передопераційної підготовки хворих включали рефортан 500 мл, реосорбілакт 400 мл, поляризуючу суміш, яка містила 400 мл 5 % розчину глюкози, 10-15 мл 5 % розчину аскорбінової кислоти та препарати калію.

Для корекції виявлених нами розладів функціонального стану печінки, ПОЛ, АОЗ та імунної відповіді у хворих на призначали внутрішньовенно крапельно вітчизняний гепатопротектор глутаргін в дозі 10-15 мл 40 % розчину на 0,9% розчині натрію хлориду, препарат забезпечував підвищення адаптаційних можливостей, пригнічував процеси ПОЛ та активував АОЗ. Він володіє рядом ефектів, які мають позитивний вплив на функцію гепатоцитів: підвищує резистентність мембран гепатоцитів, відновлює в них енергетичний обмін, посилює білковосинтезувальну функцію печінки, нормалізує ліпідний і пігментний обмін в печінкових клітинах. Крім того, глутаргін має здатність нормалізувати мікроциркуляцію за рахунок реалізації впливу NO, як одного з основних чинників регуляції судинного тонусу .

Методом вибору оперативного лікування хворих на коломіхуровий інфільтрат була лапароскопічна холецистектомія. Ця операція, як основний метод лікування була проведена у 123 (75,0 %) хворих і у 26 (15,8 %) – як другий етап через 24-48 годин після декомпресії жовчновивідних шляхів (таб.2).

Лапароскопічна холецистектомія у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом проводилася за «американською» методикою з двома асистентами.

Найбільш простим для технічного виконання лапароскопічної холецистектомії виявлявся інфільтрат у 85 хворих, яких оперували в перші 24 години від початку захворювання. Незважаючи на виражену інфільтрацію тканин шийки жовчного міхура, її елементи ідентифікувалися з незначними труднощами, легко виділялися і кліпувалися.

Таблиця 2.

Операційні втручання проведені у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Оперативне втручання | Прооперовані до 24 годин (n=85) | Прооперовані до 48 годин (n=57) | Прооперовані після 48 годин (n=22) |
| Лапароскопічна холецист­ектомія | 85 | 35 | 3 |
| Лапаротомна холецистектомія та конверсія | - | - | 15 |
| Ендоскопічна декомпресія жовчновивідних шляхів (1 етап) + лапароскопічна холецист­ектомія (2 етап) | - | 22 | 4 |

У 27 хворих, які були прооперовані в перші 24 години виявляли помірно щільний інфільтрат в ділянці жовчного міхура. У 13 з цих пацієнтів для ідентифікації елементів шийки застосовували відділення жовчного міхура від ложе у ділянці тіла, опускаючись таким чином ретроградно до елементів шийки жовчного міхура.

Найбільші труднощі під час виконання лапароскопічної холецистектомії зустрічалися у 57 хворих, прооперованих в терміни до 48 годин. За рахунок вираженої інфільтрації стінки жовчного міхура, реактивних запальних змін в тканинах які його оточували та щільних зрощень з великим чіпцем, спостерігалися деякі анатомічні особливості, які погіршували виконання ЛХЕ. З метою попередження пошкодження загальної жовчної протоки у таких хворих ми використовували запропоновану нами методику (Патент України № 29384 по заявці № u200710514 від 24.09.2007. Бюл.2008, №1). Починали розділення інфільтрату не в ділянці інфільтрованої шийки, а дещо вище кишені Гартмана. Розсікали інфільтровані тканини по всій окружності п’ятки. Ідентифікувавши межу між інфільтрованими тканинами і стінкою жовчного міхура, частково тупим, частково гострим шляхом опускали запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв’язки. Лівою рукою проводили тракцію жовчного міхура за п’ятку вгору і дещо до пупка. Як показують наші спостереження, у більшості випадків інфільтрат досить легко анатомічно відділявся та швидко ідентифікувалися елементи шийки. Ці ж технічні прийоми застосовували і у 7 хворих, в яких лапароскопічна холецистектомія була виконана після 48 годин. У решти 6 (3,7 %) хворих виникали ситуації, які змушували нас переходити до відкритої холецистектомії. У 9 хворих була виконана лапаротомна холецистектомія.

При аналізі операційної тактики у обстежених хворих нами відмічено, що найбільш часто щільний коломіхуровий інфільтрат був сформований в пацієнтів, в яких проводили інтенсивну протизапальну терапію 48 і більше годин. Саме в цих хворих виникала потреба в конверсії, в зв’язку з труднощами в ідентифікації елементів шийки жовчного міхура. В хворих, в яких консервативна терапія не перевищувала двох діб інфільтрат був достатньо пухким і піддавався роз’єднанню під час лапароскопії.

Серед післяопераційних ускладнень найбільш частим було підтікання через дренажі жовчі, яке тривало 3-5 діб і припинялося самостійно. У 6 (3,7 %) хворих спостерігалася післяопераційна кровотеча, яка припинилася після призначення внутрішньовенного комплексу гемостатичної терапії. У 7 хворих зустрічалися ускладнення, пов’язані безпосередньо з лапароскопією (підшкірна емфізема та реактивний випітний плеврит з доброякісним перебігом, правобічний френікус-симптом, гикавка та ін).

З метою попередження гнійних ускладнень в післяопераційному періоді всім хворим призначали інтраопераційно внутрішньовенне введення антибіотика. Звичайно обирали 1,5 г цефотаксиму або 100 мг цифрану. Антибіотикотерапія в післяопераційному періоді включала 1,5 г цефотаксиму або 100 мг цифрану двічі в добу в поєднанні з 100 мг метронідазолу через 8 годин внутрішньовенно. Крім того, в комплекс післяопераційної терапії включали 400 мл глюкози з інсуліном, препаратами калію та аскорбіновою кислотою, 200-400 мл реосорбілакту, 10 мл 40 % розчину глутаргіну на 200-400 мл 0,9 % розчину натрію хлориду. Глутаргін забезпечував підвищення адаптаційних можливостей, пригнічував процеси ПОЛ та активував АОЗ. Він володіє рядом ефектів, які мають позитивний вплив на функцію гепатоцитів: підвищує резистентність мембран гепатоцитів, відновлює в них енергетичний обмін, посилює білковосинтезувальну функцію печінки, нормалізує ліпідний і пігментний обмін в печінкових клітинах. Крім того, глутаргін має здатність нормалізувати мікроциркуляцію за рахунок реалізації впливу NO, як одного з основних чинників регуляції судинного тонусу. З метою профілактики тромботичних ускладнень всім хворим призначали підшкірно низькомолекулярні гепарини: клексан по 20 мг або фраксипарин по 0,3 мл в добу. Фізичну активізацію хворих проводили з першої післяопераційної доби. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі склала 7,5±2,5 доби. Летальності не було.

# ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі наведені теоретичні узагальнення і нове вирішення практичного завдання діагностики і нової методики хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом яке включає обґрунтування змін показників біохімічних, імунної реактивності організму, активності моноспецифічних ферментів та гістоморфологічних досліджень стінки жовчного міхура, результати яких дозволять удосконалити методи операційного лікування.

1. Коломіхуровий інфільтрат зустрічається у 10,4 % хворих на гострий калькульозний холецистит, часто поєднується з іншими ускладненнями, не має чітко визначених клінічних, інструментальних і лабораторних критеріїв діагностики, що створює труднощі у виборі тактики хірургічного лікування, виконанні операційного втручання та має високий ризик ятрогенних ускладнень.

2. У хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом в сполучнотканинних прошарках м’язової оболонки за клітинним складом переважають малі лімфоцити 12,0±0,82(%) та поодинокі гранулоцитарні лейкоцити 3,0±0,20(%) з відсутністю середніх лімфоцитів та плазмоцитів, що свідчить про виражені місцеві імунні реакції, з тенденцією до проявів імунодефіциту і аутоімуноагресії утворення комплексу антиген-антитіло Ig G, Ig A, Ig M в стінці жовчного міхура, які поглиблюються паралельно з тривалістю перебігу запалення в стінці жовчного міхура і є одним з патогенетичним фактором формування коломіхурового інфільтрату.

3. У хворих на гострий калькульозний холецистит ускладнений коломіхуровим інфільтратом спостерігається гіпопротеїнемія 65,4±2,55 г/л, гіпоальбумінемія 36,25±2,71(%), диспротеїнемія фракцій пострансферинової зони, збільшення кількості β-ліпопротеїдів 4,25±0,40(%), постальбумінів 4 фракції 4,75±0,30(%) та 5 фракції 3,65±0,40(%), церулоплазміну (2,65±0,35 %), трансферину 12,82±(0,44 %), порушення окисно-відновних процесів, активності моноспецифічних ферментів гепатоцита, та активації імунної відповіді за Т-клітинним цитотоксичним типом з ознаками дискоординації у хворих з вираженим і щільним коломіхуром інфільтратом, з її переорієнтацією на гуморальну імунну відповідь, яка, у свою чергу, розвивається з явищами аутоімуноагресії.

4. При виборі методу лапаротомної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом необхідно враховувати наступні клініко-інструментальні показники:; анамнез захворювання; наявність інфільтрату у правому підребер’ї; двохконтурність та інфільтрація стінки жовчного міхура сонографічно; підвищення рівня ферментів: АсАТ – 0,51±0,08 ммоль/л, АлАТ – 0,48±0,04 ммоль/л, лактатдегідрогенази - 2,26±0,06 мкг кат/л, трансферину – 12,82±0,44 (%), церулоплазміну – 2,95±0,38(%), підвищення рівня CD3 – 70,30±8,66 (%) , CD4 – 35,41±1,12(%); вмісту ДК – 2,91±0,31 Е/мл та МА – 6,663±0,132 н/моль/мл та інші показники.

5. При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, виділення елементів шийки жовчного міхура слід проводити за запропонованою нами методикою: розділення інфільтрату в ділянці кишені Гартмана з наступним частково тупим, частково гострим шляхом опускати запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв’язки, що дозволяє уникнути ятрогенних інтраопераційних ускладнень.

6. Запропонована тактика операційного лікування з комплексною перед- та післяопераційною консервативною терапією, з включенням вітчизняного гепатопротектора глутаргіну 40 % - 10,0 внутрішньовенно дозволяє знизити частоту післяопераційних ускладнень до 1,5 % та зменшити тривалість ліжкодня до 7,5±1,5.

# РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Рекомендовано при виборі методу оперативного втручання у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом (лапароскопія чи лапаротомія) враховувати: клініко-інструментальні показники: вік хворого; анамнез захворювання; наявність при пальпації інфільтрату у правому підребер’ї; сонографічно: двоконтурність стінки жовчного міхура, інфільтрація стінки жовчного міхура в ділянці кишені Гартмана та лабораторні.

2. Рекомендовано при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом застосовувати запропоновану нами методику: починати розділення інфільтрату не в ділянці інфільтрованої шийки, а дещо вище – в ділянці кишені Гартмана жовчного міхура, розсікати інфільтровані тканини по всій окружності ідентифікувавши межу між інфільтрованими тканинами і стінкою жовчного міхура, частково тупим, частково гострим шляхом опускати запальні тканини вниз до гепатодуоденальної зв’язки, що дозволяє попередити ятрогенне пошкодження її елементів.

3. Рекомендовано в склад перед- та післяопераційної консервативної терапії включати внутрішньовенне введення вітчизняного гепатопротектора і антиоксиданта глутаргіну у дозі 40 % - 10 мл в добу.

**СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Василюк М.Д., Василюк С.М., Шевчук А.Г, Осадець В.С. Клініка гострого холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом та його хірургічне лікування // Шпитальна хірургія. - № 4. - 2004. – С.130-132.
2. Осадець В.С. Патоморфологічні зміни в стінці жовчного міхура у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина» - № 26. – 2005. – С.41-46.
3. Василюк М.Д., Осадець В.С. Кількісні і якісні показники диск-електрофореграми сироваткового білка в поліакриламідному гелі у хворих на гострий холецистит , ускладнених коломіхуровим інфільтратом // Львівський медичний часопис. - № 4. – 2005. – С.33-35.
4. Осадець В.С. Гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, діагностика, лікувальна тактика // Клінічна хірургія. - № 11-12. – 2006. – С.32-33.
5. Патент № 29384 UA Україна А61В 1/00 А61В 1/313 А61В 17/00 Спосіб виділення елементів шийки жовчного міхура при лапароскопічній холецистектомії // Василюк.М.Д., Осадець.В.С. Опубл. 10.01.2008 бюл. № 1.
6. Осадець В.С. Хірургічна тактика при гострому калькульозному холециститі, ускладненому коломіхуровим інфільтратом // Матеріали XXI з’їзду хірургів України, м. Запоріжжя. – 2005. – С.243-246.
7. Осадець В.С Хірургічне лікування коломіхурового інфільтрату у хворих на гострий холецистит // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії, Збірник матеріалів, Львів 18-19 березня. – 2004. – С. 153.
8. Осадець В.С Стан гуморального імунітету у хворих на гострий холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом // Х Конгрес світової федерації Українських лікарських товариств. Тези доповідей, м. Чернівці. – 2004. – С. 484
9. Василюк.С.М., Осадець В.С., Кавин.В.О. Діагностика та лікування хворих літнього і старечого віку на калькульозний холецистит з використанням мініінвазивних методик // Матеріали V Української конференції молодих вчених, м. Київ. – 2004. – С.68-69.
10. Осадець В.С. Аналіз захворюваності на коломіхуровий інфільтрат за матеріалами клініки // IX з’їзд ВУЛТ. Тези доповідей, м. Вінниця. – 2007. – С. 202.

**АНОТАЦІЯ**

**Осадець Віталій Степанович Комплексне хірургічне лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом. − Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 − хірургія − Харківський державний медичний університет МОЗ України, Харків, 2007.

Дисертація присвячена удосконаленню комплексного хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит ускладнений коломіхуровим інфільтратом .

Робота грунтується на результатах лікування 164 хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом. Вивчено порушення стану білковосинтезуючої функції печінки, гуморального імунітету (Ig G, Ig А, Ig М), ферментів цитолізу гепатоцитів, перекисного окислення ліпідів і системи антиоксидантного захисту.

Розроблено методику комплексного хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу, ускладненого коломіхуровим інфільтратом, з врахуванням клініко-інструментальних змін, гістоморфологічної структури та місцевого імунітету цих тканин та виявлених метаболічних і імунохімічних зрушень організму.

Розроблено і впроваджено нові технологічні прийоми розділення навколоміхурового інфільтрату та візуалізації елементів шийки жовчного міхура при виконанні лапароскопічної холецистектомії.

Вивчено результати комплексного хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом та дано рекомендації для впровадження методики в практику

**Ключові слова:** гострий калькульозний холецистит, коломіхуровий інфільтрат, гепато-біліарна система, хірургічне лікування.

**АННОТАЦИЯ**

**Осадец.В.С. Комплексное хирургическое лечение больных острым калькулезным холециститом, осложненным перивезикальным инфильтратом. − Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 − хирургия − Харьковский государственный медицинский университет МЗ Украины, Харьков, 2007.

Диссертация направлена на решение актуальной проблемы хирургии − усовершенствованию комплексного хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным перивезикальным инфильтратом.

Работа основывается на результатах обследования и лечения 164 больных острым калькулезным холециститом. Больным производились общеклинические исследования, изучался спектр фракций сыроваткового белка и качественный анализ иммуноглобулинов G, А, М, ферменты цитолиза гепатоцитов, показатели пероксидного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты, а также проводились гистоморфологические исследования стенки желчного пузыря .

У больных на острый калькулезный холецистит, осложненный перивезикальным инфильтратом за клеточным складом больше малых лимфоцытов и одиноких гранулоцытарных лейкоцитов з отсуствием средних лимфоцитов та плазмоцитов, що говорит о вираженых месных иммунных реакциях, з проявлением иммунодефицита и аутоиммуноагресии в стенке желчного пузиря.

У больных на острый калькулезний холецистит, осложненный перивезикальным инфильтратом изучено нарушение состояния белоксинтезирующей функции печени, отдельных острофазных белков и ферментов цитолиза гепатоцитов, пероксидного окисления липидов и системы антиоксидантной защиты.

Установлено гипопротеинемию, гипоальбуминемию, диспротеинемию фракций пострансферинової зоны, увеличение количества β-липопротеидов та уменшение α2-макроглобулина, церулоплазмина , активации имунного ответа за Т-клеточным цитотоксическим типом з переориентировкой на гуморальный иммунный ответ.

При лапароскопической холецистектомии у больных на острый калькулезный холецистит, осложненный перивезикальным инфильтратом, идентификацию елементов шейки желчного пузыря надо проводить за разроботаной методикой: начинать розделения инфильтрата в области кармана Гартмана с опусканием запальных тканей вниз до гепатодуоденальной связки, що позволяет устронить ятрогенные интраоперационные осложнения.

**Ключевые слова:** острый калькулезный холецистит, перивезикальный инфильтрат, гепато-биллиарная система, хирургическое лечение.

# ANNOTATION

**Osadets V.S. Complex Surgical Treatment of Patients with Acute Cholecystitis Complicated by Paravesical Infiltrate – Manuscript.**

Dissertation for Candidate’s Degree of Medical Sciences, specialty 14.01.03 – surgery – Kharkiv State Medical University, Ministry of Health, Ukraine, 2007.

Dissertation deals with the improvement of complex surgical treatment of patients with acute cholecystitis complicated by paravesical infiltrate.

The paper is based on the treatment results of 164 patients with acute cholecystitis complicated by paravesical infiltrate. The disorder of protein-synthesized function of liver, humoral immunity (IgG, IgA, IgM), enzymes of hepatocytes cytolisis, peroxidation of lipids and system of antioxidant defense have been investigated.

Methods of complex surgical treatment of patients with acute cholecystitis complicated by paravesical infiltrate have been developed taking into account clinical-and-instrumental changes, histomorphological structure and local immunity of these tissues and detected metabolic and homeopathic shifts of the body.

There have been developed techniques of paravesical infiltrate separation and elements of gallbladder neck visualization in laparoscopic cholecystoectomy.

The results of complex surgical treatment of patients with acute calculous cholecystitis complicated by paravesical infiltrate have been studied and recommendations to introduce the methods into practice have been given.

**Key words:** acute cholecystitis, paravesical infiltrate, hepato-biliary system, surgical treatment

# Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>