

Включение в комплексную терапию острого деструктивного панкреатита иммуномодулятора ронколейкина позволило уменьшить число осложнений на 19,3%, а число летальных исходов сократилось в 2 раза, поэтому ронколейкин может быть рекомендован к широкому применению для лечения выраженной вторичной иммунной недостаточности при остром деструктивном панкреатите.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Винник Ю. Г., Черданцев Д. В., Первова О. В. и др. Новый способ коррекции иммунологических нарушений у больных деструктивным панкреатитом // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 2. – С. 55–59.
2. Егорова В. Н., Смирнов М. Н. Использование ронколейкина в комплексном лечении острого панкреатита. МВФ (медицина, ветеринария, фармация). – 2000. – № 9. – С. 126.
3. Роменская В. А., Антипенко С. Г., Нестерова И. В. Вторичная иммунная недостаточность и её коррекция при остром деструктивном панкреатите. Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии: Материалы XV Международной конференции. Украина, Ялта – Гурзуф. – 2000. – С. 284–286.

4. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 260 с.
5. Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Острый панкреатит: Профиль. – 2007. – 336 с.
6. Толстой А. Д., Панов В. Б., Краснорогов В. Б. и др. Паранепанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение. – СПб: Ясный свет, 2003. – 256 с.
7. Толстой А. Д., Попович А. М. Иммунные нарушения и методы иммуноориентированной терапии при остром деструктивном панкреатите. – Terra Medica, 2003. – № 3 4. – С. 28–31.
8. Шаповальянц С. Г., Михайлулов С. В. Острый панкреатит // В кн.: Неотложная абдоминальная хирургия: Руководство для врачей / Под ред. А. А. Гринберга. – Москва: Триада-Х, 2010. – С. 181–226.
9. Яценко В. И. Показатели клеточного иммунитета у больных гнойными воспалительными заболеваниями верхнего этажа брюшной полости на фоне NO-терапии // Инфекции в хирургии. Приложение к журналу РАСХИ. Сб. юбилейной конф. 16–18 ноября 2005. – Москва, 2005. – С. 100.

Поступила 10.02.2013

*И. В. АКСЕНОВ<sup>1</sup>, А. В. ОНОПРИЕВ<sup>1</sup>, Н. С. ШЕЙРАНОВ<sup>2</sup>*

## ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

<sup>1</sup>*Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. 88612902020. E-mail: aksenovi@inbox.ru;*  
<sup>2</sup>*ГБУЗ Ставропольского края «Эссентукская центральная городская больница», Россия, 357635, Ставропольский край, г. Эссентуки, ул. Октябрьская, 464. Тел. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: secretar@esscgb.esstel.ru*

В статье представлены результаты выполнения эндоскопической холецистэктомии у 246 больных пожилого и старческого возраста при остром калькулезном холецистите. Описывается методика выполнения операции. Делается вывод о возможности выполнения эндоскопической холецистэктомии в ранние сроки с момента заболевания.

*Ключевые слова:* острый холецистит, эндоскопическая холецистэктомия.

*I. V. AKSENOV<sup>1</sup>, A. V. ONOPRIEV<sup>1</sup>, N. S. SHEYRANOV<sup>2</sup>*

## ENDOSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

<sup>1</sup>*Department of surgery № 1 FPC and PPP GBOU VPO KubGMU Russian ministry of health, Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedin, 4. Tel. 88612902020. E-mail: aksenovi@inbox.ru;*  
<sup>2</sup>*the state budgetary institution of public health of the Stavropol territory «Essentuki central city hospital», Russia, 357635, Stavropol territory, Essentuki, Oktyabrskaya street, 464. Tel. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: secretar@esscgb.esstel.ru*

The results of endoscopic cholecystectomy in 246 patients in elderly with acute calculous cholecystitis. Describes how to perform the operation. The conclusion about the possibility of endoscopic cholecystectomy in the early stages of becoming sick.

*Key words:* acute cholecystitis, endoscopic cholecystectomy.

### Введение

Острый холецистит в пожилом и старческом возрасте представляет серьезную проблему, так как именно у больных этого возраста осложненные формы заболевания встречаются наиболее часто [1, 3, 4]. При этом необходимо учитывать не только тяжесть самого

заболевания, но и то, что эти осложнения наблюдаются у пациентов с возрастными изменениями, чаще всего на фоне различных сопутствующих заболеваний. Клиническая картина у этих больных может быть стертой. Отмечается несоответствие между тяжестью деструктивных изменений стенки желчного пузыря и

выраженностью клинических проявлений заболевания. До сих пор нет единой тактики лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом. В последнее время эндоскопическая холецистэктомия становится методом выбора при оперативном лечении желчно-каменной болезни [5, 6]. Некоторые хирурги альтернативой эндоскопическим технологиям считают применение мини-лапаротомных доступов [2]. В то же время большинство исследователей подчеркивают необходимость выполнения операции в ранние сроки (до 96 часов с момента заболевания), до развития воспалительного инфильтрата [7, 8, 9].

### Материалы и методы исследования

В наших клиниках за период с 2000 до 2010 г. находилось на лечении по поводу острого холецистита 2893 больных. Из них лица пожилого и старческого возраста составили 16,1% – 724 человека. Мужчин – 202 (27,9%), женщин – 522 (72,1%). Возраст больных колебался от 61 до 94 лет, в том числе: от 61 до 70 лет – 236 человек (45,1%), от 71 до 80 лет – 320 человек (44,2%), старше 80 лет – 78 больных (10,7%).

Тактику лечения у лиц пожилого и старческого возраста определяли возраст, общее состояние больных, наличие сопутствующих заболеваний. В срочном порядке оперировались только больные, поступившие в клинику с явлениями перитонита и интоксикации. В эту группу вошло 57 человек в возрасте от 61 до 82 лет. У остальных 667 больных первоначально проводилась консервативная терапия. Большинство больных имели тяжелые сопутствующие заболевания. Наиболее часто сердечно-сосудистой системы – у 680 человек. Хронические неспецифические заболевания легких имелись у 62 человек. Сахарный диабет различной степени тяжести отмечен у 72 больных. Ожирение имелось у 504 человек. Кроме того, наблюдались язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания толстого кишечника, грыжи передней брюшной стенки, варикозная болезнь. Таким образом, почти у всех больных имелись сопутствующие заболевания, часто 2–3 и более одновременно. Это заставило воздержаться от экстренных оперативных вмешательств в случае эффективности проводимой консервативной терапии у 124 больных.

При отсутствии эффекта при консервативном лечении и высоком операционном риске 42 больным на первом этапе под УЗ-контролем выполнялась чрескожная, чреспеченочная микрохолецистостомия, что позволило избежать неотложных оперативных вмешательств, купировать клинические проявления заболевания и выполнить второй этап хирургического лечения после стихания воспалительных изменений в стенке желчного пузыря. 255 больным была выполнена холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа в связи с наличием воспалительных инфильтратов, околопузырных абсцессов, панкреонекроза.

Эндоскопическая холецистэктомия произведена 246 больным. Возраст больных – 61 до 82 лет. Мужчин – 56. Женщин – 190. Ожирение различной степени отмечено у 73,1% больных. Заболевания сердечно-сосудистой системы – у 23,9%. Спаечная болезнь – у 2,8%. Все больные госпитализированы в сроки от 1 до 3 суток с момента заболевания. Оперативные вмешательства выполнены в течение первых суток с момента поступления. Острый флегмонозный холецистит был у 184 больных, гангренозный – у 62. Все оперативные вмешательства выполнялись под общим обезболиванием.

Следует отметить, что общее количество операций, которые начинались с эндоскопического этапа, – 269. Переход к мини-лапаротомному доступу потребовался у 23 больных (8,6%) и был связан с наличием воспалительных инфильтратов, трудностями в дифференцировке тканей, невозможностью захвата утолщенной стенки желчного пузыря. Разделение сращений производили с применением крючка с электрокоагуляцией. В некоторых случаях, при наличии крупных сосудов, производилось их клипирование. Для препаровки в области шейки желчного пузыря использовали тупферы и диссекторы, добываясь широкого её обнажения. Клипировались пузырный проток и артерия. В некоторых случаях, при наличии воспалительной инфильтрации окружающих тканей, использовалась электрокоагуляция пузырной артерии на протяжении. Выделение желчного пузыря производили с помощью крючка и электрокоагуляции. Выполнение операций при остром холецистите занимало больше времени и требовало использования повышенной мощности электрокоагулятора. Удаление желчного пузыря производили в основном через разрез в эпигастрии после введения троакара диаметром 20 мм. В последнее время широко используем предварительное погружение желчного пузыря в полиэтиленовый мешок. Оперативные вмешательства заканчивали санацией подпеченочного пространства водным раствором хлоргексидина и его дренированием. Целесообразно использование на этом этапе ультразвуковой кавитации. При необходимости дренировали раны, через которые происходило извлечение желчного пузыря.

### Результаты

Выполнение эндоскопической холецистэктомии значительно уменьшало сроки стационарного лечения ( $5 \pm 1$  койко-день) по сравнению с пациентами, которым холецистэктомия выполнялась из лапаротомного доступа ( $10 \pm 1$  койко-день). При этом следует отметить, что традиционные оперативные вмешательства выполнялись пациентам с более тяжелым течением основного и сопутствующих заболеваний и их осложнений. После эндоскопических операций у 4 пациентов имелось нагноение ран в области пупка при их использовании для извлечения желчного пузыря. У больных, которым удаление пузыря производилось через разрез в эпигастрии, осложнений не было. У 3 больных в послеоперационном периоде отмечалось возникновение инфильтратов в ложе желчного пузыря, излеченных консервативно.

В группе больных, которым проводилась консервативная терапия, летальных исходов не было. Однако она не может являться альтернативой оперативному лечению, так как не приводит к полному излечению больных от желчно-каменной болезни, а является вынужденной мерой у больных пожилого и старческого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, успешное лечение больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом возможно только в условиях своевременной диагностики сопутствующих заболеваний. При лечении пациентов с высоким риском оперативного вмешательства, в поздние сроки с момента заболевания целесообразно на первом этапе выполнять микрохолецистостомию под УЗ-контролем. Пожилой возраст больных не должен являться единственным противопоказанием к оперативному лечению желчно-каменной болезни в плановом порядке.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аббасова С. Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп // Хирургия. – 2011. – № 9. – С. 83–86.
2. Баранов Г. А., Бронтвейн А. Т., Борушко М. В., Харламов Б. В. Применение малоинвазивных операций при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 1. – С. 19–20.
3. Бронтвейн А. Т., Баранов Г. А., Ульянов В. И., Решетников Е. А., Зыков А. С., Харламов Б. В. О современных тенденциях в лечении острого холецистита у больных старших возрастных групп // Кремлевская медицина. – 2007. – № 3. – С. 50–53.
4. Ермолов А. С., Гуляев А. А. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 16–18.
5. Сажин В. П., Юрицев В. А., Климов Д. Е. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – № 2. – С. 117–118.
6. Токин А. Н., Чистяков А. А., Мамалыгина Л. А., Желябин Д. Г., Осокин Г. Ю. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 26–30.
7. Biswas S. K., Saha J. C., Rahman M. M., Rahman M. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis-experience at district level hospital // Faridpur med. col. j. – 2010. – Vol. 5. № 1. – P. 3–7.
8. Kolla S. B., Aggarwal S., Kumar A., Kumar R., Chumber S., Parshad R., Seenu V. Early vs delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A prospective randomized trial // Surg. endosc. – 2004. – Vol. 18. № 12. – P. 1323–1327.
9. Zhu B., Zhang Z., Wang Y., Gong K., Lu Y., Zhang N. Comparison of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis within and beyond 72 h of symptom onset during emergency admissions // World j. surg. – 2012. – Vol. 36. № 11. – P. 2654–2658.

Поступила 19.02.2013

**В. М. БЕНСМАН<sup>1</sup>, Ю. П. САВЧЕНКО<sup>1</sup>, К. В. ТРИАНДАФИЛОВ<sup>1</sup>,  
И. В. ГОЛИКОВ<sup>1</sup>, С. Н. ПЯТАКОВ<sup>1</sup>, В. В. ЧАЙКИН<sup>1</sup>, А. С. СААКЯН<sup>2</sup>**

## ТАКТИКА ЗАКРЫТИЯ ЛАПАРОТОМНОЙ РАНЫ В ХИРУРГИИ РАСПРОСТРАНЁННОГО ПЕРИТОНИТА

<sup>1</sup>Кафедра общей хирургии Кубанского государственного медицинского университета,  
Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. профессора С. В. Очаповского,  
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. (861) 2528559. E-mail: Intro-2@rambler.ru;  
<sup>2</sup>Усть-Лабинская ЦРБ,

Россия, 352330, Краснодарский край, Усть-Лабинский р-н, г. Усть-Лабинск, ул. Пролетарская, 1.  
Тел. (86135) 2-34-70. E-mail: ustlabcrb@mail.kuban.ru

На материале 604 больных распространённым перитонитом показаны преимущества лечения программированными релапаротомиями с закрытием операционной раны съёмными дренирующими мышечно-апоневротическими швами (СДМАШ). При дифференцированном закрытии лапаротомной раны СДМАШ при нормальном или только кожных швах при повышенном внутрибрюшном давлении наметилась тенденция к снижению летальности. При невозможности закрытия операционного доступа швами вследствие дефекта брюшной стенки допустимо применение тканевой тензии или свободной пластики расщеплённым кожным лоскутом.

**Ключевые слова:** релапаротомия, дренирующие швы, дермопластика, тензия.

**V. M. BENSMAN<sup>1</sup>, Y. P. SAVCHENKO<sup>1</sup>, K. V. TRIANDAFILOV<sup>1</sup>, I. V. GOLIKOV<sup>1</sup>,  
S. N. PYATAKOV<sup>1</sup>, V. V. CHAYKIN<sup>1</sup>, A. S. SAAKYAN<sup>2</sup>**

## TACTICS OF LAPAROTOMY WOUND CONTRACTION IN THE SURGERY OF WIDESPREAD PERITONITIS

<sup>1</sup>Chair of general surgery of Kuban state medical university, Krasnodar regional clinical hospital № 1  
n. a. S. V. Ochapovsky,

Russia, 350063, Krasnodar, Sedina street, 4. Tel. (861) 252-85-59. E-mail: Intro-2@rambler.ru;

<sup>2</sup>Ust-Labinskaya central district hospital,

Russia, 352330, Krasnodar region, Ust-Labinsk district, Ust-Labinsk, Proletarskaya str., 1.

Tel. (86135) 2-34-70. E-mail: ustlabcrb@mail.kuban.ru

Advantages of treatment using programmed relaparotomia with incisional wound contraction by means of pull-out draining muscular aponeurotic sutures (PODMAS) were demonstrated on the data of 604 patients suffering from widespread peritonitis. Decrease of mortality was shown in the process of differential closure of laparotomia wound by PODMAS under normal abdominal pressure or by cutaneous sutures under high abdominal pressure. Tissue tension or free flap plasty of split-skin graft is allowable in the case of closure impossibility of operative approach by sutures due to the abdominal wall defect.

**Key words:** relaparotomia, draining sutures, dermanaplasty, tension.