

УДК 616.366-002-089.87:616.381-072.1
DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.6425870>

**ВИЗНАЧЕННЯ РОЛІ ТА МІСЦЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ
В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕСТРУКТИВНИХ ФОРМ
ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, ЩО УСКЛАДНЕНИЙ
ПЕРИТОНІТОМ**

Кравець К.В.

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛИ И МЕСТА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА,
ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ**

Кравец К.В.

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

**DETERMINATION OF THE ROLE AND PLACE OF LAPAROSCOPIC
INTERVENTIONS IN THE SURGICAL TREATMENT OF
DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS, WHICH IS
COMPLICATED WITH PERITONITIS**

Kravets K. V.

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

36

Summary/Резюме

Introduction: acute cholecystitis is an acute nonspecific inflammation of the gallbladder caused by impaired bile flow due to obstruction of the bladder neck and gallbladder or as a result of other factors on / in the gallbladder wall. Mortality is significantly higher in patients with gangrenous (especially emphysematous) and perforated cholecystitis, in the elderly it reaches 50-66%.

Objective: determine the criteria for choosing the optimal method of surgical treatment for patients with ADCCP, taking into account the indications and contraindications for the use of laparoscopic or traditional surgical interventions.

Materials and methods: The study was performed on the basis of departments of the Department of Surgery № 2 Odessa National Medical University during 2017-2021. The study included 128 patients with ADCCP.

Results: The main type of complications in 7.1% of patients with TCE was seroma of the postoperative wound, due to a larger, compared with LCE and LLCE, incision on the anterior abdominal wall. Two patients from the group of TCE died from the progression of severe comorbidities, on the background of intoxication and peritonitis. Analysis of delayed complications shows that after TCE, a total of 86 postoperative complications were observed in 42 operated patients, including postoperative ventral hernias, connective tissue disease, postcholecystectomy syndrome. After LLCE, as a delayed complication there is only PCES, which confirms the correctness of the chosen tactics, less traumatic minimally invasive techniques compared to TCE. The average

duration of the preoperative period was 1.5 days in all patients, the total duration of treatment in patients with the use of components, FT-surgery in LLCE with abdominal drainage - 4.5 days, in LCE with abdominal drainage - 5.5 days and total duration of treatment for TCE with drainage of the abdominal cavity - 10.5 days.

Conclusions: Developed and proposed pre- and intraoperative clinical and instrumental diagnostic algorithms in patients with ADCCP, which will optimize the list of indications and contraindications for each type of surgical treatment ("open" or laparoscopic), which will increase the performance of laparoscopic interventions for this type of pathology by using of LLCE.

Key words: acute destructive cholecystitis complicated by peritonitis, LCE, laparolifting

Вступ: Гострий холецистит — гостре неспецифічне запалення жовчного міхура, спричинене порушенням відтоку жовчі внаслідок obturaції шийки міхура та міхурової протоки або як результат дії інших чинників на/у стінці жовчного міхура. Смертність значно вища у пацієнтів з гангренозним (особливо емфізематозним) і перфоративним холециститом, у пацієнтів похилого віку вона сягає 50-66 %.

Мета: визначити критерії обрання оптимального методу оперативного лікування для хворих на ГДХУП, враховуючи наявність показань та протипоказів для використання лапароскопічних чи традиційних оперативних втручань.

Матеріали і методи: дослідження виконане на базі підрозділів кафедри хірургії № 2 Одеського національного медичного університету протягом 2017-2021 рр. В дослідження було включено 128 хворих із ГДХУП.

Результати: основними видами ускладнень, у 7,1 % хворих групи ТХЕ була серома післяопераційної рани, за рахунок більшого, у порівнянні із ЛХЕ та ЛЛХЕ, розрізу на передній черевній стінці. Померло 2 хворих із групи ТХЕ, від прогресування важкої супутньої патології, на тлі інтоксикації і явищ перитоніту. Аналіз відстрочених ускладнень показує, що після ТХЕ на 42 прооперованих хворих спостерігається загалом 86 післяопераційних ускладнень, серед яких післяопераційні вентральні грижі, злукова хвороба постхолецистектомічний синдром. Після ЛЛХЕ, в якості відстроченого ускладнення спостерігається виключно ПХЕС, що підтверджує правильність обраної тактики, меншу травматичність малоінвазивних методик у порівнянні із ТХЕ. Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби у всіх хворих, загальна тривалість лікування у хворих із застосуванням компонентів, FT-хірургії при ЛЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 4,5 доби, при ЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 5,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дрениванням черевної порожнини — 10,5 доби.

Висновки: Розроблено та запропоновано до- та інтраопераційні клініко-інструментальні діагностичні алгоритми у хворих з ГДХУП, які дозволять оптимізувати перелік показань та протипоказань для кожного типу хірургічного лікування («відкрито» або лапароскопічне), що дасть змогу збільшити виконання лапароскопічних втручань при цьому виді патології за рахунок використання ЛЛХЕ.

Ключові слова: гострий деструктивний холецистит, що ускладнений перитонітом, ЛХЕ, лапароліфтинг

Введение: Острый холецистит – острое неспецифическое воспаление желч-

ного пузыря, вызванное нарушением оттока желчи вследствие обтурации шейки пузыря и пузырного протока или как результат действия других факторов на стенку желчного пузыря. Смертность значительно выше у пациентов с гангренозным (особенно эмфизематозным) и перфоративным холециститом, у пациентов пожилого возраста она достигает 50-66%.

Цель: определить критерии выбора оптимального метода оперативного лечения для больных с ОДХОП, учитывая наличие показаний и противопоказаний для использования лапароскопических или традиционных оперативных вмешательств.

Материалы и методы: исследование выполнено на базе подразделений кафедры хирургии № 2 Одесского национального медицинского университета в течение 2017-2021 гг. В исследование было включено 128 больных с ОДХОП.

Результаты: Основными видами осложнений у 7,1% больных группы ТХЭ была серома послеоперационной раны, за счет большего, по сравнению с ЛХЭ и ЛЛХЭ, разреза на передней брюшной стенке. Умерли 2 больных из группы ТХЭ, от прогрессирования тяжелой сопутствующей патологии, на фоне интоксикации и явлений перитонита. Анализ отсроченных осложнений показывает, что после ТХЭ у 42 прооперированных больных наблюдается в общей сложности 86 послеоперационных осложнений, среди которых послеоперационные вентральные грыжи, спаечная болезнь – постхолецистэктомический синдром. После ЛЛХЭ, как отсроченное осложнение наблюдается исключительно ПХЭС, что подтверждает правильность выбранной тактики, меньшую травматичность малоинвазивных методик по сравнению с ТХЭ. Средняя продолжительность предоперационного периода составляла 1,5 суток у всех больных, общая продолжительность лечения у больных с применением компонентов, ФТ-хирургии при ЛЛХЭ с дренированием брюшной полости – 4,5 суток, при ЛХЭ с дренированием брюшной полости – 5,5 суток, а общая длительность лечения при ТХЭ с дренированием брюшной полости – 10,5 суток.

Выводы: Разработаны и предложены до- и интраоперационные клинико-инструментальные диагностические алгоритмы у больных с ОДХОП, которые позволят оптимизировать перечень показаний и противопоказаний для каждого типа хирургического лечения («открытого» или лапароскопического), что позволит увеличить выполнение лапароскопических вмешательств при этом виде патологии, за счёт использования ЛЛХЭ.

Ключевые слова: острый деструктивный холецистит, осложненный перитонитом, ЛХЭ, лапаролифтинг.

Актуальність

Гострий холецистит — гостре неспецифічне запалення жовчного міхура, спричинене порушенням відтоку жовчі внаслідок обтурації шийки міхура та міхурової протоки або як результат дії інших чинників на/у стінці жовчного міхура. У 90 % випадків гострий холецистит асоціюється з холелітіазом і є найчастішим ускладненням жовчнокам'яної хвороби. Гострий калькульозний холецистит (ГКХ) трапляється в будь-якому віці, однак пік

захворюваності припадає на 40-60 років; співвідношення чоловіків і жінок становить 1: 3. У 3-20 % випадків запалення жовчного міхура розвивається при відсутності в ньому конкрементів. Гострий безкам'яний (акалькульозний) холецистит в основному буває у дітей та осіб похилого віку, частіше — у чоловіків [1,5].

Захворюваність на гострий холецистит в Україні, як і в цілому світі, за останні роки зросла і становить у середнь-

ому 6,27 на 10 тис. населення. Летальність становить 5-10 %, в основному трапляється у пацієнтів віком понад 60 років.

Смертність значно вища у пацієнтів з гангренозним (особливо емфізематозним) і перфоративним холециститом, у пацієнтів похилого віку вона сягає 50-66 % [2, 3].

Гострий холецистит супроводжується великою кількістю гнійно-запальних ускладнень, частота виникнення яких складає 19-29 %. До найбільше поширених ускладнень гострого холециститу належать: гостра водянка жовчного міхура, емпієма жовчного міхура, деструкція (перфорація) жовчного міхура, перивезикальний інфільтрат або абсцес, холедохолітиаз, обтураційна жовтяниця, гнійний холангіт, абсцес (абсцеси) печінки, біліарний сепсис, пілефлебіїт, гострий гепатит, перитоніт — місцевий, розлитий або загальний, біліарний панкреатит, печінково-ниркова недостатність, внутрішні жовчні нориці: біліо-біліарні, біліарно-кишкові, гостра обтураційна (жовчнокам'яна) кишкова непрохідність [3, 4].

Незважаючи на досягнення в хірургії захворювань жовчно-вивідної системи за останні десятиліття, однією з найактуальніших проблем абдомінальної хірургії лишається лікування гострого деструктивного холецистити. Поступаючись лише гострому апендициту, гострий деструктивний холецистит займає друге місце в структурі невідкладної хірургічної патології. Відмічають чітке зростання кількості хворих з жовчнокам'яною хворобою, особливо гострим холециститом. 50 % пацієнтів люди похилого та старечого віку. Відношення чоловіки жінки 1: 5. Цей феномен пояснюють такими чинниками, як удосконалення методів діагностики та збільшення тривалості життя населення, порушення режиму харчування, відсутність диспансеризації. Такі методи дослід-

ження, як УЗД, комп'ютерна томографія та МРХПГ дозволяють достовірно виявляти структурні патологічні зміни в жовчно-вивідній системі [2].

В наш час спостерігається зростання частоти ускладнених форм холецистити (ГХ) супроводжуються високим рівнем післяопераційних ускладнень і летальністю від 9,4 до 37 % [2].

Таким чином, поряд зі зростанням захворюваності на жовчно-кам'яну хворобу, запізненим звертанням пацієнтів до лікаря, обтяженим анамнезом у вигляді супутніх патологій, особливо у пацієнтів похилого віку, показники ускладнень та летальності залишаються на високому рівні [4].

Значний прогрес в хірургічному лікуванні хворих з жовчно-кам'яною хворобою в останні роки пов'язаний з широким впровадженням в клінічну практику мініінвазивних технологій. В даний час питання про вибір операції у більшості хворих на гострий деструктивний холецистит практично завжди вирішують на користь лапароскопічних методик. Разом з тим ставлення багатьох хірургів до лапароскопічних втручань при ускладнених формах гострого холецистити залишається стриманим. Тривалість гострого холецистити довше 2-3 днів і пізніше звернення пацієнтів за допомогою збільшує ризик розвитку гнійно-запальних ускладнень в зоні жовчного міхура [1, 2].

Основним об'єктивним чинником, що стримує застосування лапароскопічних втручань у цієї категорії хворих, є важкі патоморфологічні зміни в зоні запального процесу, які зумовлюють небезпеку розвитку неконтрольованої кровотечі та пошкодження позапечінкових жовчних проток, що вимушує застосовувати лапаротомію. Викладене вище схиляє хірургів до традиційної холецистектомії (ТХЕ). Незважаючи на помітне поліпшення результатів лікування хворих

на жовчно-кам'яну хворобу, летальність після екстрених ТХЕ з приводу гострого холециститу, особливо серед пацієнтів старших вікових груп становить 7 — 13,5 %, а при ускладненому гострому холециститі досягає 15 -63 % У зв'язку з цим до теперішнього часу найбільш суперечливими питаннями в лікуванні гострого холециститу, що ускладнений перитонітом, є вибір методу виконання хірургічного втручання і визначення об'єму операції [2, 3].

Мета: визначити критерії обрання оптимального методу оперативного лікування для хворих на ГДХУП, враховуючи наявність показань та протипоказів для використання лапароскопічних чи традиційних оперативних втручань.

Матеріали і методи досліджень

Дослідження виконане на базі підрозділів кафедри хірургії № 2 Одеського національного медичного університету протягом 2017-2021 рр. В дослідження було включено 128 хворих із ГДХУП були розподілені на 3 групи:

- 1) Контрольна група — хворі, яким виконана традиційна холецистектомія із дрениванням черевної порожнини — 42 хворих, з них жінок — 32 (73,8 %), чоловіків — 10 (26,2 %), середній вік — $60,53 \pm 4,41$ (з них 29 хворих були прооперовані в період від 2014 до 2017 року).
- 2) Група порівняння — хворі, яким виконана лапароскопічна холецистектомія із дрениванням черевної порожнини — 65 хворих, з них жінок — 48 (76,2 %), чоловіків — 17 (23,8 %), середній вік — $54,25 \pm 3,62$ (з них 35 хворі були прооперовані в період від 2014 до 2017 року).
- 3) Досліджувана група — хворі, яким виконана лапароліфтингова холецистектомія із дрениванням черевної порожнини — 21 хворих, з них жінок — 15 (71,4 %), чоловіків — 6 (28,6 %), середній вік $60,00 \pm 7,70$

(з них 5 хворих були прооперовані в період від 2014 до 2017 року).

Вибір методу оперативного втручання був заснований на загальноприйнятих протоколах згідно діагностованої патології та власних розробок кафедри хірургії № 2.

На всіх етапах лікування хворі проходили обстеження згідно протоколів, відповідно до діагнозу, у кожного пацієнту було зібрано анамнез, проведено фізикальне обстеження, лабораторні дослідження проводилися в повному обсязі із урахуванням ризиків та необхідності в оперативних втручаннях, що важливо для визначення строків та вибору методу оперативного втручання. Також пацієнтам виконувалися, в умовах клініки та поза її межами, інструментальні методи обстеження, в тому числі ультразвукова діагностика органів черевної порожнини (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ). У разі необхідності додатково пацієнтам були проведені дослідження із використанням контрастних речовин та/або інші додаткові обстеження в процесі лікування. Усім хворим було проведено езофагогастродуоденоскопію із метою виявлення прохідності жовчних протоків та наявності заблокованого просвіту фатерова сосочка. За необхідності пацієнти проходили в індивідуальному порядку консультації спеціалістів (кардіолога, невролога, ендокринолога, гастроентеролога) та призначені ними додаткові обстеження.

Варто зазначити, що у вирішенні питання виду оперативного втручання також було враховано побажання пацієнтів, та у випадку наявності протипоказань до лапароскопічного втручання, але наполегливості пацієнтів у виконанні міні-інвазивного втручання, було використано лапароскопічну ліфтингову систему. Також варто зазначити, що було відзначено, що в залежності від годин госпіталізації та в залежності від

того будній чи вихідний день, дещо відрізнялися підходи до надання допомоги пацієнтам із ГДХУП, із причин відсутності засобів візуалізації чи важкості прийняття рішень черговою бригадою спеціалістів.

На етапі обстеження приділяли увагу показанням інструментального обстеження та показникам стану стінки жовчного міхура.

Ультразвуковими ознаками, та ознаками даних комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, що свідчили про прогресування запалення стінки жовчного міхура слугували:

- погіршення візуалізації жовчного міхура і елементів трикутника Кало;
- збільшення ділянки підвищеної ехогенності, поряд із жовчним міхуром;
- наявність/поява ділянки ішемії/гіпокінезу в стінці жовчного міхура;
- ознаки деструктивного холецистити, оклюзійного походження.

До обстеження пацієнтів також віднесено післяопераційне гістологічне обстеження, що слугувало не тільки основою для підтвердження діагнозу, а також для обґрунтування відбору пацієнтів для включення в дослідження. Патоморфологічні дослідження проводили в патологоанатомічному відділенні КНП ООКМЦ ООР.

Мікроскопію гістологічних препаратів проводили за допомогою світлового мікроскопа OLIMPUS BX 41 при збільшеннях в 40, 100, 400 разів. При мікроскопії тканин фрагментів стінки жовчного міхура відзначали наявність патологічних і компенсаторно-приспосувальних змін в них. Для виведення на екран монітора кольорового зображення препаратів використовували плату відеозахоплення «LeadtekWinFast VC 100». Отримували і обробляли знімки, проводили морфометрію (щільність запальних клітинних елементів в тканинах і ексудаті (на 1 мм), кількісний склад

клітинних елементів запального інфільтрату (у відсотках) і статистичну обробку за допомогою програми «Quick PHOTO MICRO 2.3».

На етапах дослідження застосована оригінальна методика, підхід до лікування хворих із ГДХУП, яка полягає у виконанні видалення жовчного міхура та дренажу черевної порожнини шляхом ЛХЕ або ЛЛХЕ, у випадку локально розповсюдженого перитоніту, та за потреби у конверсії оперативного втручання, у переході до міні-лапаротомії та завершенні оперативного втручання методом ТХЕ, що є іноваційним у підході до лікування пацієнтів саме із цієї патологією.

У структурі ускладнень провідне місце займають такі місцеві гнійні ускладнення гострого холецистити як перивезикальний абсцес — 64,3 % із групи ТХЕ із дренажу черевної порожнини, і 27,7, в групі хворих яким було проведено ЛХЕ із дренажу черевної порожнини, та у 28,6 % в групі хворих яким було проведено ЛЛХЕ із дренажу черевної порожнини. Жовчний перитоніт, в основному, носив характер місцевого і був наслідком гангренозно-перфоративного холецистити. Частота холедохолітіазу була невисокою від 7,7 % хворих в групі ЛХЕ із дренажу черевної порожнини, до 16,7 % хворих із групи проведення ТХЕ із дренажу черевної порожнини. Гострий панкреатит в 88,1 % хворих із групи ТХЕ із дренажу черевної порожнини, і 41,5 %, в групі хворих яким було проведено ЛХЕ із дренажу черевної порожнини, та у 14,3 % в групі хворих яким було проведено ЛЛХЕ із дренажу черевної порожнини. Протікав на тлі біліарної гіпертензії, зумовленої переходом запального процесу з жовчного міхура на гепато-дуоденальну зв'язку зі здавленням позапечінкових жовчних проток, і після усунення етіологічної причини брав абортивний характер.

Важкість стану хворих з ГДХУП в

значній мірі погіршувалася наявністю супутньої соматичної патології: ІХС — 27 (41,5 %) хворих в групі хворих, яким проводили ЛХЕ. В групі хворих яким проводилося ТХЕ та ЛЛХЕ всі хворі мали різні форми ІХС. ХОЗЛ зустрічався у 14 (33,3 %) хворих із групи ТХЕ, та у 17 (81 %) хворих із групи ЛЛХЕ (таблиця 1).

Лапароскопічну холецистектомію виконували за стандартною методикою із використанням 3 портів із видаленням жовчного міхура із застосуванням прийому «хобота слона», подальшою верифікацією структур трикутника Кало, окремим почерговим кліпуванням пупирної артерії та пупирної протоки, гемостазом місця розташування міхура у підпечінковому просторі, додатковому кліпуванні, за необхідності, ходів Люшка, санацією черевної порожнини, перевіркою та підтікання жовчі та гемостазу та дрениванням черевної порожнини. За наявності підпечінкових абсцесів, водянці жовчного міхура, щільному підпечінковому інфільтраті, проблемах із візуалізацією структур трикутника Кало, розповсюдженному перитоніті проводилося конверсія оперативного втручання у міні-лапаротомний трансректальний доступ. У випадках, коли деструктивні форми гострого холецистити були ускладнені флегмонозними, гангренозними змінами стінки міхура, обмеженим накопиченням гною у підпечінковому просторі лапароскопічне втручання було

виконано до кінця із санацією та дрениванням черевної порожнини.

ЛЛХЕ виконували за методикою власної розробки кафедри хірургії № 2 ОНМедУ (патенти України на корисну модель № 72381 від 10.08.2012 та на винахід № 101921 від 13.05.13 «Пристрій для виконання лапароліфтингових лапароскопічних втручань за Запорожченко Б.С. і Колодієм В.В.»). Вперше запропоновано використання інноваційної моделі ліфтингової системи здійснення ендовідеохірургічних операцій у пацієнтів із ГДХУП. Це дозволило створити внутрішній простір, еквівалентний сформованому під час карбоксиперітонеуму, без додаткової травмизації м'яких тканин за рахунок конструктивних особливостей розробленого ендоліфта у пацієнтів із протипоказаннями до лапароскопічного втручання. Вперше було виконано лапароліфтингові лапароскопічні втручання в умовах перитоніту, із видалення жовчного міхура, санацією та дрениванням черевної порожнини, за рахунок того, що розроблений підйомно-фіксуючий пристрій володіє універсальністю і дозволяє здійснювати ліфтинг в будь-якій анатомічній області передньої черевної порожнини.

Вперше доведена ефективність лікування ГДХУП з використанням розробленої проф. Запорожченко Б.С. і Колодієм В.В. ліфтингової системи на основі порівняльного аналізу перебігу післяопераційного періоду з груп хворих, оперованих із застосуванням ЛХЕ, ЛЛХЕ та ТХЕ.

Таблиця 1

Частота виявлення супутньої патології у пацієнтів після ТХЕ, ЛХЕ та ЛЛХЕ при гострому холециститі, що ускладнений перитонітом

| Супутня патологія хворих на ГДХУП | ТХЕ | | ЛХЕ | | ЛЛХЕ | |
|---|-----|-------|-----|------|------|-------|
| | абс | % | абс | % | абс | % |
| Ішемічна хвороба серця (ІХС) | 42 | 100,0 | 27 | 41,5 | 21 | 100,0 |
| Гіпертонічна хвороба (ГХ) | 38 | 90,5 | 25 | 38,5 | 20 | 95,2 |
| Інсульти в анамнезі | 5 | 11,9 | 1 | 1,5 | 2 | 9,5 |
| Цукровий діабет (ЦД) | 12 | 28,6 | 32 | 49,2 | 15 | 71,4 |
| Ожиріння | 5 | 11,9 | 30 | 46,2 | 8 | 38,1 |
| ХОЗЛ | 14 | 33,3 | 0 | 0,0 | 17 | 81,0 |
| Варикозна хвороба та ПТФС нижніх кінцівок | 36 | 85,7 | 5 | 7,7 | 12 | 57,1 |
| Захворювання нирок | 1 | 2,4 | 2 | 3,1 | 1 | 4,8 |

ТХЕ виконували із застосуванням верхньої середньої лапаротомії та у випадках конверсії оперативного втручання через міні-доступ через прямий м'яз живо-

та із подальшим виділенням органокомплексу, верифікації трикутника Кало, окремим почерговим кліпуванням пузирної артерії та пузирної протоки, видаленням жовчного міхура, гемостазом місця розташування міхура у підпечінковому просторі, додаткову кліпуванні, за необхідності, ходів Люшка, санацією черевної порожнини, перевіркою на підтікання жовчі та гемостазу, та дрениванням черевної порожнини. При наявності підпечінкових абсцесів, розповсюдженному перитоніті проводилося санація та дренивання черевної порожнини.

Результати

Відповідно до часу звернення в стаціонар від початку захворювання було відмічено тенденцію до погіршення суб'єктивного стану пацієнтів, погіршення клінічної картини та макроскопічної картини в черевній порожнині, хоча науці відомі дослідження, які спростовують зв'язок із періодом від початку захворювання та розвитком змін у стінці жовчного міхура. Враховуючи наукову базу наші спостереження з цього приводу були вилучені. Похибка на різні періоди від госпіталізації та проведення консервативної терапії згідно протоколів лікування та етапності надання допомоги також врахована.

Проведено аналіз всіх методик та технік, щодо надання допомоги пацієнтам із ГДХУП. Порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень і летальності свідчить про перевагу агресивної хірургічної тактики із застосуванням лапароскопічних та лапароліфтингових оперативних втручань при ГДХУП. Інтраопераційних ускладнень виникло 3 в групі ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, та 2 в групі ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини. Раніх післяопераційних ускладнень було 7 в групі ТХЕ в групі ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, 3 в групі ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини та 1 в групі

ЛЛХЕ із дрениванням черевної порожнини.

Основними видами ускладнень, у 7,1 % хворих групи ТХЕ була серома післяопераційної рани, за рахунок більшого, у порівнянні із ЛХЕ та ЛЛХЕ, розрізу на передній черевній стінці. Померло 2 хворих із групи ТХЕ, від прогресування важкої супутньої патології, на тлі інтоксикації і явищ перитоніту.

Аналіз відстрочених ускладнень показує, що після ТХЕ на 42 прооперованих хворих спостерігається загалом 86 післяопераційних ускладнень, серед яких післяопераційні вентральні грижі, злукова хвороба постхолецистектомічний синдром. Після ЛЛХЕ, в якості відстроченого ускладнення спостерігається виключно ПХЕС, що підтверджує правильність обраної тактики, меншу травматичність малоінвазивних методик у порівнянні із ТХЕ.

Таким чином, виявлено варіант нового підходу до цієї проблеми і це дає можливість стверджувати, що активна тактика лікування хворих з ГДХУП повинна базуватися на точних відомостях досліджень, які необхідно отримати протягом першої доби з моменту госпіталізації пацієнта. Особливо про характер запального процесу, наявність дисфункції органа, поширеність запального процесу. Сучасні ультразвукові методи, методи ком'ютерної та магнітно-резонансної томографії дозволяють отримати досить надійну об'єктивну інформацію та обрати адекватну лікувальну тактику у більшості хворих з ГДХУП. Потрібно враховувати види та важкість супутньої патології.

В залежності від часу потрапляння в стаціонар та строками виконання оперативного втручання у відповідності до діючих протоколів МОЗ України та в залежності від виду гострого холециститу оперативні втручання було виконано у різні строки (таблиця 2).

Таблиця 2 ревної порожнини

Варіанти втручань за строками їх виконання при гострому холециститі, що ускладнений перитонітом

| Вид операції | Екстрена | | Термінова | | Відстрочена | |
|--|----------|------|-----------|------|-------------|------|
| | абс | % | абс | % | абс | % |
| ТХЕ із дренуванням черевної порожнини | 10 | 23,8 | 21 | 50,0 | 11 | 26,2 |
| ЛХЕ із дренування черевної порожнини | 45 | 69,2 | 13 | 20,0 | 7 | 10,8 |
| ЛЛХЕ із дренуванням черевної порожнини | 12 | 57,1 | 4 | 19,0 | 5 | 23,8 |
| Всього | 67 | 52,3 | 38 | 29,7 | 23 | 18,0 |

з дренуванням черевної порожнини - 4,5 доби, при ЛХЕ - 5,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренуванням черевної порожнини - 10,5 доби.

Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби у всіх хворих, загальна тривалість лікування у хворих із застосуванням компонентів, FT-хірургії при ЛЛХЕ з дренуванням че-

загальна тривалість лікування у хворих без застосування компонентів, FT-хірургії при ЛЛХЕ з дренуванням черевної порожнини - 5,5 доби, при ЛХЕ з дренуванням черевної порожнини -

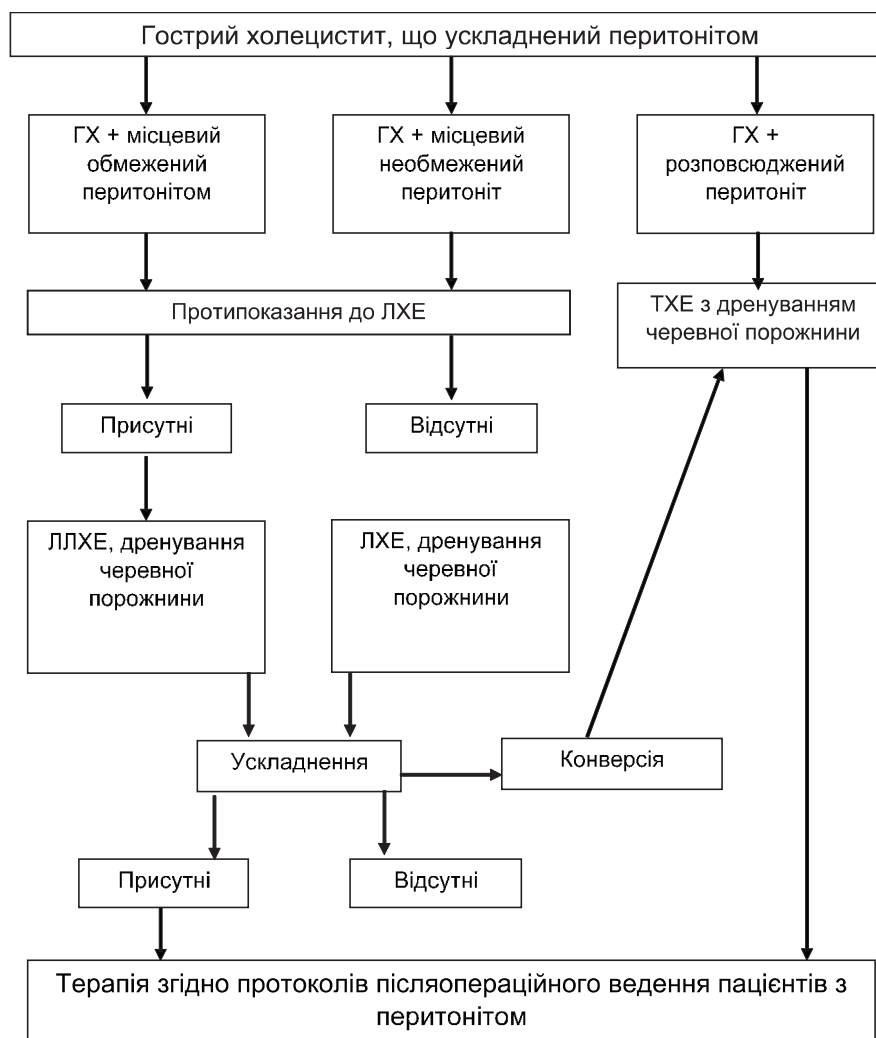


Рис. 1. Алгоритм надання медичної допомоги хворим на гострий холецистит, що ускладнений перитонітом

6,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренаванням черевної порожнини - 11 діб.

Новітні технології і прогресивні тактичні підходи в лікуванні хворих з ГДХУП, покращують результати лікування, зменшують ризик розвитку післяопераційних втручань, скорочують період перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі в середньому на 1 добу, згідно наших досліджень, покращують якість життя пацієнтів.

Новітні технології і прогресивні тактичні підходи, в тому ФТ-хірургія в лікуванні хворих з ГДХУП, покращують результати лікування, скорочують період перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі, покращують якість життя пацієнтів. Наявність апарату УЗД у хірургічному відділенні із додатковою освітою чергових бригад допомогли б у майбутньому скоротити середній період від госпіталізації до оперативного втручання за рахунок пришвидшення постановки точного діагнозу та можливих ускладнень у нічний час та у вихідні дні. Також це дозволить надавати медичні послуги пацієнтам у повному обсязі відповідно до державних гарантій надання медичної допомоги, та дасть можливість клінікам бути більш конкурентоспроможними, що є особливо актуальним під час змін у системі охорони здоров'я.

Сформульовано рекомендації щодо вдосконалення підходів у лікуванні пацієнтів з ГДХУП (схема 1).

Висновки

1. Розроблено та запропоновано додатково інтраопераційний клініко-інструментальні діагностичні алгоритми у хворих з ГДХУП, які дозволяють оптимізувати перелік показань та протипоказань для кожного типу хірургічного лікування ("відкрите" або лапароскопічне), що дасть змогу збільшити виконання лапароскопічних

втручань при цьому виді патології за рахунок використання ЛЛХЕ.

2. Після вивчення безпосередніх та віддалених (1 рік) результатів лікування ГДХУП, різними хірургічними методами ТХЕ, ЛХЕ та ЛЛХЕ показано, що при ГДХУП, застосування розробленого методу ліфтингової лапароскопічної холецистектомії виявило достовірне зменшення інтра- та післяопераційних ускладнень в порівнянні з групою лапароскопічних холецистектомій 1 та 7 % відповідно. Вивчення віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ГДХУП, шляхом порівняння відкритої холецистектомії з санацією черевної порожнини та мініінвазивних методик - лапароскопічної і ліфтингової лапароскопічної холецистектомії з санацією черевної порожнини дозволило рекомендувати виконання лапароскопічних втручань як загально прийнятої методики для переважної більшості хворих з даною патологією (у 90 % хворих).

Література

1. Сьогодення проблематики гострого холециститу ускладненого перитонітом / Запорожченко Б. С., Кравець К.В., Бородаєв. І.Є., Качанов В.М., Зубков О.Б.// "Медицина і охорона здоров'я в сучасному суспільстві: актуальні питання і сучасні аспекти", Люблін, Республіка Польща, - 2021, с. 56-59. DOI <http://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-14>.
2. Modern treatment of patients with perforation of the gall bladder wall and peritonitis / Borodaevl.E., Muravyov P.T., Kravets K.V., Zaporozhchenko B.S.// "Modern scientific idea", -2020, P.23-26.
3. Оцінка деяких показників ферментативної активності печінки у хворих на гострий холецистит/ Степась Ю. М., Лаповець Л. Є., Акімова В. М.// Вісник проблем біології і медицини. - 2017. - Вип. 1 (135), - С. 188-190.
4. Gases for establishing pneumoperitoneum during laparoscopic abdominal surgery [Електронний ресурс] / [Т. Yu, Y. Cheng, X.

- Wang та ін.] // Cochrane Database Syst. Rev. - 2017. - Режим доступа до ресурсу: www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009569.pub3/full.
5. Tamm T. I. Morphological substantiation of differential diagnosis of jaundice syndrome in patients with acute cholecystitis / T. I. Tamm, I. G. Zulfugarov, D. Ryabushenko. / Kharkiv Surgical School. - 2021. - №25. - P. 63-66.
 1. Present problems of acute cholecystitis complicated by peritonitis / Zaporozhchenko BS, Kravets KV, Borodaev. IE, Kachanov VM, Zubkov OB // "Medicine and health care in modern society: current issues and contemporary aspects", Lublin, Republic of Poland, - 2021, p. 56-59. DOI <http://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-14>.
 2. Modern treatment of patients with perforation of the gall bladder wall and peritonitis / Borodaev I.E., Muravyov P.T., Kravets K.V., Zaporozhchenko B.S. // "Modern scientific idea", -2020, P.23-26.
 3. Evaluation of some indicators of enzymatic activity of the liver in patients with acute cholecystitis / Stepas YM, Lapovets LE, Akimova VM // Bulletin of problems biology and medicine. - 2017. - Vip. 1 (135), - P. 188-190.
 4. Gases for establishing pneumoperitoneum during laparoscopic abdominal surgery [Электронный ресурс] / [T. Yu, Y. Cheng, X. Wang та ін.] // Cochrane Database Syst. Rev. - 2017. - Режим доступа до ресурсу: www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009569.pub3/full.
 5. Tamm T. I. Morphological substantiation of differential diagnosis of jaundice syndrome in patients with acute cholecystitis / T. I. Tamm, I. G. Zulfugarov, D. Ryabushenko. // Kharkiv Surgical School. - 2021. - №25. - P. 63-66.

References

*Впервые поступила в редакцию 29.11.2021 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*