

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-08

УДК: 616.366-002.1-089

ВИБІР ТАКТИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ ТА ЙОГО УСКЛАДНЕНЬ

Запорожченко Б.С., Кравець К.В., Бородаєв І.Є., Бондарець Д.А., Муравйов П.Т.

Одеський національний медичний університет (Валіховський пров., 2, м. Одеса, Україна, 65000),
Одеський обласний клінічний медичний центр (вул. Суднобудівна, 1, м. Одеса, Україна, 65049)

Відповідальний за листування:
e-mail: k.v.kravets@gmail.com

Статтю отримано 18 червня 2018 р.; прийнято до друку 31 липня 2018 р.

Анотація. Гострий холецистит займає друге місце по частоті виникнення ургентних хірургічних захворювань в стаціонарах України. Незважаючи на помітне поліпшення результатів лікування, летальність після екстрених операцій (9,4-37%) з приводу гострого холециститу ускладненого перитонітом залишається більшою, ніж в плановій хірургії. Мета - розробка раціональної хірургічної тактики і оцінка ефективності лікування гострого холециститу та його ускладнень у хворих різних вікових груп, з різними патоморфологічними формами гострого холециститу. Наведено результат лікування 203 хворих, з яких 75 (37,5%) оперовані в екстреному порядку, 73 (36,5%) - в терміновому порядку, а 52 (26%) - у відстроченому періоді. 173 (86,5%) хворих оперовані із застосуванням лапароскопічних технологій. При лапароскопічних втручаннях виконували інтраопераційну холангіографію у 16 (9,3%) хворих. У 17 (8,5%) хворих були виконані "відкриті" операції. У всіх хворих виконувалося дренивання черевної порожнини одним або декількома дренажами у зв'язку з наявністю перитоніту. Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 дні, загальна тривалість лікування при ЛХЕ - 4,5 дні, а загальна тривалість лікування при ТХЕ - 10,8 днів. Таким чином, у ранні терміни від початку розвитку гострого холециститу ефективною є лапароскопічна холецистектомія. Використання ліфтингових систем при лапароскопічній холецистектомії доцільно у хворих похилого та старечого віку із супутніми захворюваннями серця і легень.

Ключові слова: тактика, гострий холецистит, ускладнення, мініінвазивні оперативні втручання.

Вступ

Гострий холецистит займає друге місце за частотою виникнення ургентних хірургічних захворювань в стаціонарах України. Незважаючи на помітне поліпшення результатів лікування, летальність після екстрених операцій (9,4-37%) з приводу гострого холециститу, ускладненого перитонітом залишається більшою, ніж у плановій хірургії [2].

Відзначається збільшення числа хворих похилого та старечого віку, що становлять, так звану, групу ризику через важку супутню патологію за наявності деструктивних форм ГХ з ознаками перитоніту [1]. У цих хворих, показник летальності від гострого холециститу нерідко досягає 27% [2, 5].

Суперечливим, у лікуванні гострого холециститу залишаються такі питання, як правильність постановки діагнозу і терміни виконання хірургічного втручання з визначенням виду операції.

Мета - розробка раціональної хірургічної тактики і оцінка ефективності лікування гострого холециститу ускладненого перитонітом у хворих різних вікових груп.

Матеріали та методи

Ми провели аналіз лікування 203 хворих у віці від 18 до 82 років з деструктивними формами гострого холециститу з 2013 по 2018 рр. Тривалість захворювання варіювалася від 5 годин до 7 і більше діб. 52 (25,6%) хворих були госпіталізовані в терміни до 5 годин від початку захворювання. У 93 (45,8%) хворих давність захворювання становила 6-24 години, а 58 (28,6%) хворих доставили в хірургічне відділення пізніше 24-48 годин з

моменту появи ознак гострого холециститу.

Деструктивні форми гострого холециститу відзначали у 125 (61,6%) хворих. Серед хворих з деструктивним холециститом дифузний перитоніт був виявлений у 56 (27,6%) хворих, місцевий перитоніт і перивезикальний інфільтрат у 62 (30,5%), а у 25 (12,3%) хворих гангренозно-перфоративний холецистит з перивезикальним абсцесом.

У 28 (13,8%) хворих була виявлена механічна жовтяниця, яка ускладнювала перебіг гострого холециститу. Її намагалися усунути з використанням ендоскопічних інструментальних методів на самому початку лікування.

200 (98,5%) хворих прооперовано в різні відрізки часу від госпіталізації. В тому числі 75 (37,5%) оперовані в екстреному порядку, 73 (36,5%) - у терміновому порядку, а 52 (26%) - у відстроченому періоді (табл. 1).

Основним видом операції було радикальне хірургічне втручання - лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Проте, у хворих з підвищеним операційним ризиком, і з протипоказаннями до застосування карбоксиперітоніума використовували ліфтингові системи [4], з метою зменшення негативного впливу карбоксиперітоніума.

У деяких випадках, про які говориться нижче, виникали труднощі, технічного характеру, при використанні лапароскопічних технологій [1, 3]. У 10 хворих при виконанні термінової ЛХЕ з приводу значних дистрофічних змін, пов'язаних із запаленням, в ділянці шийки жовчного міхура та неможливості ідентифікувати елементи трикутника Кало, були вимушені провести конверсію - виконана холецистектомія через трансректальний

Таблиця 1. Варіанти втручань за строками їх виконання при гострому холециститі, ускладненому перитонітом.

Вид операції	Екстрена	Термінова	Відстрочена	Всього
Відкрита традиційна холецистектомія (ТХЕ)	2	10	5	17
Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), дренажування черевної порожнини	70	56	43	169
Лапароскопічна холецистектомія з ліфтинговою системою (ЛЛХЕ)	3	7	4	14
Всього	75	73	52	200

мінідоступ.

Використання відкритої холецистектомії в цей період у 17 (8,5%) хворих було виконано через наявність щільного інфільтрату.

У відстроченому періоді при використанні лапароскопічної холецистектомії у 5 (2,5%) хворих виконувалася в умовах вираженого рубцево-спайкового процесу в ділянці шийки жовчного міхура та гепатодуоденальної зв'язки і виявлення холецисто-дуоденальної нориці, що вимагало від нас зміни порядку операції і виконання відкритого втручання, традиційної холецистектомії.

Патоморфологічна форма гострого холециститу, яку ми намагаємося дізнатися завдяки діагностичним заходам, наявність ускладнень у даного пацієнта, ступінь анестезіологічного ризику, також урахування віку хворого та довготривалість захворювання відіграють велику роль для вибору тактики лікування, а також оперативного втручання [4].

Термінові операції в найближчі 2-3 доби, так звані "золоті 72 години", з моменту надходження хворих виконували при погіршенні стану пацієнта, наростанні інтоксикаційного синдрому, відсутності відгуку організму на інфузійну терапію, при збереженні клініки "гострого живота" чи явищ місцевого перитоніту у 73 (36,5%) хворих. При відсутності перитонеальної симптоматики і ознак інтоксикації продовжували консервативну терапію у хворих з важкою супутньою патологією.

Проведення консервативної терапії у хворих з гострим холециститом рідко приводило до повного пригнічення запального процесу, у зв'язку з чим оперативні втручання доводилося виконувати вже на тлі погіршення загального стану хворих. При цьому, поряд з клініко-лабораторними показниками, особливе значення приділяли динамічному ультразвуковому контролю. Ультразвуковими ознаками, що свідчили про прогресування запалення: 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 холециститу, оклюзійного походження.

При цьому зростає ризик проведення анестезіологічної допомоги, а також вірогідність ускладнень у післяопераційному періоді. Особливо такі ризики вірогідніші для хворих похилого віку, а також хворих із патологіями серцево-судинної системи і дихальної системи, цукровим діабетом, чиї внутрішні сили вичерпують свої резерви.

Усім хворим із низьким операційно-анестезіологіч-

ним ризиком віддавали перевагу агресивній хірургічній тактиці з оперуванням у денний час у перші дві доби від моменту їх госпіталізації. Виняток становили лише хворі з наявністю щільного навколоміхурового інфільтрату, яких вимушено лікували консервативно.

Проведений аналіз показав, наданої допомоги хворим із цією патологією, що раннє проведення ЛХЕ при гострому деструктивному холециститі не є більш травматичним і за складністю схоже більше на планове оперативне втручання. При наявності нещільного інфільтрату, зазвичай вдавалося виділити запалений жовчний міхур і елементи трикутника Кало.

У хворих з великим, складним, і щільним навколоміхуровим інфільтратом, що спостерігалось при ультразвуковому дослідженні, або при комп'ютерній томографії, особливо у хворих з високим анестезіологічним ризиком, проводили інтенсивну інфузійну терапію, в рідкісних випадках (у 2 (1,7%) хворих), застосовували холецистостомію, для декомпресії і санації жовчного міхура, як вимушене оперативне лікування.

Широка лапаротомія, у хворих з початковим високим операційно-анестезіологічним ризиком, сприяє виникненню ускладнень, якими можуть бути: гостра серцево-судинна недостатність, серцево-легенева недостатність, легенева недостатність/пневмонія, печінкова недостатність, що вимагає віддавати перевагу малоінвазивним втручанням. У 14 (7%) цих пацієнтів виконували ЛХЕ із застосуванням ліфтингових систем, при яких виключається негативний вплив напруженого від нагнітання газу, для створення карбоксиперитоніуму, на систему кровообігу та дихання.

Здійснення лапароскопічної холецистектомії не повинно бути виконано "будь-що-буде". При лапароскопічній операції, подовження тривалості операції і зростаючий ризик можливих ускладнень, можуть переважити переваги даних операцій, також і за рахунок збільшення тривалості ШВЛ та анестезіологічної допомоги.

Результати. Обговорення

173 (86,5%) хворих оперовані із застосуванням лапароскопічних технологій (табл. 2).

При лапароскопічних втручаннях виконували інтраопераційну холангіографію у 16 (9,3%) хворих. У даний час з'явилася можливість виконання флуоресцентної холангіографії. Види оперативних втручань наведені у таблиці 2.

Порівняльний аналіз частоти післяопераційних уск-

Таблиця 2. Види лапароскопічних операцій і ускладнення.

Вид операції	Кількість хворих	Ускладнення	Летальність
ЛХЕ, дренування черевної порожнини	139	2	1
ЛХЕ, з ліфтинговою технологією, дренування черевної порожнини	14	-	-
ЛХЕ, дренування гепатикохоледоху та черевної порожнини	18	1	1
Лапароскопічна холецистостомія	2	1	1
Всього	173	4 (2,3%)	3 (1,73%)

Таблиця 3. Види "відкритих" оперативних втручань.

Вид операції	Кількість	Ускладнення	Летальність
ХЕ з дренуванням черевної порожнини	8	1	-
ХЕ з дренуванням холедоху та черевної порожнини	7	1	1
ХЕ з пластиком гепатикохоледоху та дренуванням черевної порожнини	2	-	-
Всього	17	2 (11,76%)	1 (5,9%)

ладнень і летальності свідчить про перевагу агресивної хірургічної тактики із застосуванням лапароскопічних оперативних втручань при гострому холециститі ускладненому перитонітом. Основними видами ускладнень, у 2 хворих, був запальний інфільтрат черевної порожнини та, у 1 хворого, підпечінкового простору, які не вимагали повторних операцій. Померло 3 (1,73%) хворих від прогресування важкої супутньої патології, на тлі інтоксикації і явищ перитоніту.

У 17 (8,5%) хворих були виконані "відкриті" операції (табл. 3).

Цим хворим виконували ХЕ, санацію та дренування черевної порожнини одним або кількома дренажами. Ускладнення розвинулися у 2 (11,76%) хворих.

Таким чином, активна тактика лікування хворих з гострим холециститом 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 дозволяють отримати досить надійну об'єктивну інформацію та обрати адекватну лікувальну тактику у більшості хворих з гострим холециститом і його ускладненнями.

Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби, загальна тривалість лікування при ЛХЕ - 4,5 доби, а загальна тривалість лікування при відкритій ХЕ - 10,8 доби. Новітні технології і прогресивні тактичні підходи в лікуванні хворих з гострим холециститом та гострим холециститом, ускладненим перитонітом, по-

кращують результати лікування, скорочують період перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі, покращують якість життя пацієнтів.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У ранні терміни від початку розвитку гострого холециститу ефективною є лапароскопічна холецистектомія. Використання ліфтингових систем при лапароскопічній холецистектомії доцільно у хворих похилого та старечого віку, із супутніми захворюваннями серця і легенів. У випадках гострого холецистити, з помірним периміхуровим процесом, і при гангренозному холециститі краще обирати лапароскопічну холецистектомію. Конверсія оперативного втручання з ЛХЕ на відкрите оперативне втручання через трансректальний доступ, у разі технічних труднощів, виявлених під час ревізії органів черевної порожнини лапароскопічно, є абсолютно виправданим заходом.

2. При гострому деструктивному холециститі, ускладненому перитонітом, а також при всіх формах гострого деструктивного холецистити, ускладненого механічною жовтяницею, яку не вдалося вирішити ендоскопічно в період до операції, традиційне хірургічне втручання є найбільш раціональним, виходячи з досвіду оперативних втручань, проведених спеціалістами нашої кафедри.

У подальшому буде проводитися робота по розробці більш досконалого способу надання хірургічної допомоги хворим на гострі деструктивні форми гострого холецистити, ускладненого перитонітом.

Список посилань

- Гешелин, С. А., Каштальян, М. А., Мищенко, В. В. & Тимуш, А. А. (2008). Хирургическое лечение острого холецистита (критическая оценка существующих установок). *Клиническая хирургия*, 3, 13-16.
- Каштальян, М. А. (2008). Сравнительная оценка травматичности лапароскопической и открытой лапароскопии по данным объективных методов обследования. *Клиническая хирургия*, 9, 20-22.
- Колодий, В. В. (2014). *Эффективность инновационной лиф-*

тинговой технологии в лапароскопической хирургии острого холецистита у лиц старших возрастных групп. (Дисс. канд. мед. наук). Одесский национальный медицинский университет, Одесса, 133с.

- Хожибоев, А. М. & Турдиев, Б. Т. (2011). Роль и место малоинвазивных вмешательств в лечении деструктивных форм острого холецистита у пациентов с высоким операционным риском. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*, 4, 30-31. Взято с <http://vidar.ru>

Library.asp?fid=VSG.

5. Takada, T., Strasberg, S. M., Solomkin, J. S., Pitt, H. A., Gomi, H., Yoshida, M., Sumiyama, Y. (2013). Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J. Hepato-Pancreatic Sci.*, 20, 1, 1-7. doi: 10.1007/s00534-012-0566-y.

References

1. Geshelin, S. A., Kashtalyan, M. A., Mishenko, V. V. & Timush, A. A. (2008). Hirurgicheskoe lechenie ostrogo holecistita (kriticheskaya ocenka sushchestvuyushih ustanovok) [Surgical treatment of acute cholecystitis (critical assessment of existing facilities)]. *Klinicheskaya hirurgiya - Clinical surgery*, 3, 13-16.
2. Kashtalyan, M. A. (2008). Sravnitel'naya ocenka travmatichnosti laparoskopicheskoy i otkrytoj laparoskopii po dannym obektivnyh metodov obsledovaniya [Comparative evaluation of the trauma of laparoscopic and open laparoscopy according to objective examination methods]. *Klinicheskaya hirurgiya - Clinical surgery*, 9, 20-22.

3. Kolodij, V. V. (2014). *Effektivnost innovacionnoj liftingovoj tehnologii v laparoskopicheskoy hirurgii ostrogo holecistita u lic starshih vozrastnyh grupp [The effectiveness of innovative lifting technology in laparoscopic surgery of acute cholecystitis in older age groups]*. (Diss. kand. med. nauk). Odesskij nacionalnyj medicinskij universitet, Odessa, 133c.
4. Hozhiboev, A. M. & Turdiev, B. T. (2011). Rol i mesto maloinvazivnyh vmeshatelstv v lechenii destruktivnyh form ostrogo holecistita u pacientov s vysokim operacionnym riskom [The role and place of minimally invasive interventions in the treatment of destructive forms of acute cholecystitis in patients with high operational risk]. *Vestnik hirurgicheskoy gastroenterologii - Bulletin of Surgical Gastroenterology*, 4, 30-31. Vzyato s <http://vidar.ru/Library.asp?fid=VSG>.
5. Takada, T., Strasberg, S. M., Solomkin, J. S., Pitt, H. A., Gomi, H., Yoshida, M., Sumiyama, Y. (2013). Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. *J. Hepato-Pancreatic Sci.*, 20, 1, 1-7. doi: 10.1007/s00534-012-0566-y.

ВИБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Запорожченко Б.С., Кравец К.В., Бородаев И.Е., Бондарец Д.А., Муравьев П.Т.

Аннотация. Острый холецистит занимает второе место по частоте возникновения ургентных хирургических заболеваний в стационарах Украины. Несмотря на заметное улучшение результатов лечения, летальность после экстренных операций (9,4-37%) по поводу острого холецистита, осложненного перитонитом, остается в несколько раз больше, чем в плановой хирургии. Цель - разработка рациональной хирургической тактики и оценка эффективности лечения острого холецистита и его осложнений у больных разных возрастных групп с разными патоморфологическими формами острого холецистита. Представлен результат лечения 203 больных, из которых 75 (37,5%) оперированы в экстренном порядке, 73 (36,5%) - в срочном порядке, а 52 (26%) - в отсроченном периоде. 173 (86,5%) больных оперированы с применением лапароскопических технологий. При лапароскопических вмешательствах выполняли интраоперационную холангиографию у 16 (9,3%) больных. У 17 (8,5%) больных были выполнены "открытые" операции. У всех больных выполнялось дренирование брюшной полости одним или несколькими дренажами в виду наличия перитонита. Средняя продолжительность преоперационного периода составила 1,5 дня, общая продолжительность лечения при ЛХЭ - 4,5 дня, а общая продолжительность лечения при ТХЭ - 10,8 дня. Таким образом, в ранние сроки от начала развития острого холецистита эффективна лапароскопическая холецистэктомия. Использование лифтинговых систем при лапароскопической холецистэктомии целесообразно у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями сердца и легких.

Ключевые слова: тактика, острый холецистит, осложнения, миниинвазивные оперативные вмешательства.

CHOICE OF TACTICS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AND ITS COMPLICATIONS

Zaporozhchenko B.S., Kravets K.V., Borodaev I.E., Bondarets D.A., Muraviov P.T.

Annotation. Acute cholecystitis ranks second in the incidence of urgent surgical diseases in hospitals in Ukraine. Despite a marked improvement in the treatment results, the lethality after emergency operations (9,4-37%) for acute cholecystitis complicated by peritonitis remains several times higher than with routine surgical interventions. Objectives - development of rational surgical tactics and evaluation of the effectiveness of treatment of acute cholecystitis and its complications in patients of different age groups, with different pathomorphological forms of acute cholecystitis. The result of treatment of 203 patients was presented: 75 (37,5%) were operated on an emergency basis, 73 (36,5%) urgently, and 52 (26%) in a deferred period. 173 (86,5%) patients were operated using laparoscopic technologies. Intraoperative cholangiography was performed in 16 (9,3%) patients during laparoscopic interventions. In 17 (8,5%) patients, "open" operations were performed. All patients underwent drainage of the abdominal cavity with one or more drains in view of the presence of peritonitis. The average duration of the preoperative period was 1.5 days, the total duration of treatment with LC was 4.5 days, and the total duration of treatment with OC was 10.8 days. So, in the early stages of the development of acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy is effective. The use of lifting systems for laparoscopic cholecystectomy is advisable in elderly and senile patients, with concomitant diseases of the heart and lungs.

Keywords: tactics, acute cholecystitis, complications, minimally invasive surgical interventions.