

## Современные хирургические технологии в лечении острого холецистита и его осложнений

Б. С. Запороженко, К. В. Кравец, И. Е. Бородаев, В. В. Колодий, И. В. Гомонюк, Д. А. Бондарец

Одесский национальный медицинский университет,  
Одесский областной клинический медицинский центр

## Modern surgical technologies in the treatment of acute cholecystitis and its complications

B. S. Zaporozhchenko, K. V. Kravets, I. E. Borodaev, V. V. Kolodiy, I. V. Gomonyuk, D. A. Bondarets

Odessa National Medical University,  
Odessa Regional Clinical Medical Center

### Реферат

**Цель.** Разработка рациональной хирургической тактики и оценка эффективности лечения острого холецистита осложненного перитонитом у больных разных возрастных групп, с разными патоморфологическими формами острого холецистита.

**Материалы и методы.** Результат лечения 113 больных. Из них 3 (2,8%) оперированы в экстренном порядке, 59 (52,2%) – в срочном порядке, а 51 (45%) – в отсроченном периоде. Больные были разделены на две группы: выполнялись лапароскопические и открытые оперативные вмешательства у пациентов разных возрастных групп.

**Результаты.** 86 (76,1%) больных оперированы с применением лапароскопических технологий. При лапароскопических вмешательствах выполняли – интраоперационную холангиографию у 15 (13,3%) больных. У 27 (23,9%) больных были выполнены «открытые» операции. У всех больных выполнялось дренирование брюшной полости одним или несколькими дренажами в виду наличия перитонита. Средняя продолжительность предоперационного периода составила 2,5 дня, общая продолжительность лечения при ЛХЭ – 4,5 дня, а общая продолжительность лечения при ТХЭ – 10,8 дня.

**Выводы.** В ранние сроки от начала развития острого холецистита эффективны лапароскопическая холецистэктомия. Использование лифтинговых систем при лапароскопической холецистэктомии целесообразно у больных пожилого и старческого возраста, с сопутствующими заболеваниями сердца и легких.

При остром деструктивном холецистите, осложненном перивезикальным абсцессом, а также при всех формах острого холецистита, осложненного механической желтухой, которую не удалось разрешить эндоскопически, в предоперационном периоде, наиболее рациональным является традиционное хирургическое вмешательство.

**Ключевые слова:** острый деструктивный холецистит, желчный перитонит, миниинвазивные оперативные вмешательства.

### Abstract

**Objective.** Development of rational surgical tactics and evaluation of the effectiveness of treatment of acute cholecystitis complicated by peritonitis in patients of different age groups, with different pathomorphological forms of acute cholecystitis.

**Materials and methods.** The result of treatment 113 patients is presented. Of them, 3 (2.8%) were operated on an emergency basis, 59 (52.2%) urgently, and 51 (45%) in the deferred period. The patients were divided into two groups: laparoscopic and open surgical interventions were performed in patients of different age groups.

**Results.** 86 (76.1%) patients were operated on using laparoscopic technologies. For laparoscopic interventions, intraoperative cholangiography was performed in 15 (13.3%) patients. In 27 (23.9%) patients, "open" operations were performed. All patients underwent drainage of the abdominal cavity with one or more drains due to the presence of peritonitis. The average duration of the preoperative period was 2.5 days, the total duration of treatment with LCE was 4.5 days, and the total duration of treatment with TCE was 10.8 days.

**Conclusion:** Laparoscopic cholecystectomy is effective in the early stages of the development of acute cholecystitis. The use of lifting systems for laparoscopic cholecystectomy is advisable in elderly and senile patients, with concomitant diseases of the heart and lungs.

In acute destructive cholecystitis, complicated by perivesical abscess as well as in all forms of acute cholecystitis, complicated by mechanical jaundice, which could not be resolved endoscopically in the preoperative period, the most rational is the traditional surgical intervention.

**Keywords:** acute destructive cholecystitis, bile peritonitis, noninvasive surgical interventions.

Острый холецистит занимает второе место по частоте возникновения urgentных 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 выше, чем при плановых оперативных вмешательствах.[1]

Отмечается увеличение числа больных пожилого и старческого возраста, составляющих так называемую

группу риска по причине тяжелой сопутствующей патологии [4,6]. У этих больных, показатель летальности от острого холецистита нередко достигает 27% [1,2].

До настоящего времени наиболее спорными вопросами в лечении острого холецистита являются правильность постановки диагноза и сроки выполнения хирургического вмешательства с определением вида операции.

Цель – разработка рациональной хирургической тактики и оценка эффективности лечения острого холе-

цистита осложненного перитонитом у больных разных возрастных групп, с разными патоморфологическими формами острого холецистита.

**Материалы и методы**

Нами проведен анализ лечения 113 больных в возрасте от 19 до 83 лет с различными формами острого холецистита с 2012 по 2017гг. Длительность заболевания варьировалась от 5 часов до 7 и более суток. 20 (17,9%) больных были госпитализированы в сроки до 6 часов от начала заболевания. У 41 (36,1%) больного давность заболевания составляла 6 – 24 часа, а 45 (40,0%) больных поступили в хирургическое отделение позже 24 часов с момента развития острого холецистита.

Деструктивные формы острого холецистита отмечали у 58 (50,9%) больных. Среди больных с деструктивным холециститом диффузный перитонит был выявлен у 4 (3,4%) больных, местный перитонит и перивезикальный инфильтрат в 22 (19%), а у 2 (2,1%) больных перивезикальный абсцесс.

У 17 (15,1%) больных острый холецистит был осложнен механической желтухой, которую стремились устранить с использованием эндоскопических инструментальных методов в самом начале лечения.

62 (55%) больных были оперированы в различные сроки от момента поступления в хирургическое отделение. Из них 3 (2,8%) оперированы в экстренном порядке, 59 (52,2%) – в срочном порядке, а 51 (45%) – в отсроченном периоде (табл. 1).

Основным видом операции было радикальное хирургическое вмешательство – лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Однако у больных с повышенным операционным риском, и с противопоказаниями к применению карбоксиперитониума используют лифтинговые системы [5], с целью уменьшения отрицательного влияния карбоксиперитониума или использовали открытые минидоступы у этих больных.

Необходимо отметить, что применение лапароскопических хирургических вмешательств в ряде случаев было сопряжено с определенными техническими трудностями [3,4,6]. При выполнении срочной ЛХЭ у 7 (5,9%) больных из-за выраженных инфильтративно-воспалительных изменений в области шейки желчного пузыря проводили конверсию – выполнена холецистэктомия через трансректальный минидоступ.

Использование открытой холецистэктомии в этот период у 8 (7%) больных было произведено из-за наличия плотного инфильтрата.

В отсроченном периоде при использовании лапароскопической холецистэктомии у 16 (14,2%) больных выполнялась в условиях выраженного рубцово-спаечного процесса в области шейки желчного пузыря, это потребовало изменения хода операции и выполнения традиционной холецистэктомии. При выполнении холецистэктомии в отсроченном периоде перешли на открытую холецистэктомию у 5 (4,4%) больных.

Выбор лечебной тактики определялся патоморфологической формой острого холецистита, наличием его осложнений и степенью операционно-анестезиологического риска, с учётом возраста больного, сроков заболевания [5]. Прямой связи между возрастом пациента и тяжестью его физического состояния не отмечено.

Срочные операции в ближайшие 2 – 3 суток, так называемые «золотые 72 часа», с момента поступления больных выполняли при отсутствии эффекта от консервативной терапии и сохранении симптомов интоксикации и местных перитонеальных явлений у 59 (52,2%) больных. При отсутствии перитонеальной симптоматики и признаков интоксикации продолжали консервативную терапию у больных с тяжелой сопутствующей патологией.

Проведение консервативной терапии у больных с острым холециститом не всегда способствовало полному стиханию воспалительного процесса, в связи с чем оперативные вмешательства приходилось выполнять уже на фоне ухудшения общего состояния больных. При этом операционно-анестезиологический риск и частота послеоперационных осложнений возрастают. Особенно это актуально для больных пожилого и старческого возраста, а также лиц с сопутствующей патологией систем кровообращения и дыхания, сахарным диабетом, функциональные резервы и компенсаторные возможности которых значительно снижены.

Больным со всеми формами острого холецистита и низким операционно-анестезиологическим риском приоритет отдавали активной хирургической тактике с выполнением операций в дневное время в течение первых двух суток с момента их поступления в стационар 47 (41,6%). Исключение составляли лишь больные с наличием плотного перивезикального инфильтрата, консервативное лечение которых носило вынужденный характер – 22 (19,5%).

Проведенный анализ показал, что ранняя ЛХЭ при остром холецистите менее травматична и по сложности практически мало чем отличается от плановой операции. Даже при наличии рыхлого, не полностью сфор-

Таблица 1. **Виды хирургических вмешательств и сроки их выполнения при остром холецистите**

Вид операции	Экстренная	Срочная	Отсроченная	Всего
Традиционная холецистэктомия (ТХЭ)	2	16	9	27
Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), дренирование брюшной полости	1	37	36	74
Лапароскопическая холецистэктомия с лифтинговой системой (ЛЛХЭ)	–	6	6	12
Итого ...	3	59	51	113

Таблица 2. **Виды лапароскопических операций и осложнения**

Вид операции	Количество больных	Осложнения	Летальность
ЛХЭ	31	–	–
ЛХЭ, дренирование брюшной полости	32	2	–
ЛЛХЭ, дренирование брюшной полости	12	–	–
ЛХЭ дренирование гепатикохоледоха и брюшной полости	9	1	1
Лапароскопическая холецистостомия	2	1	–
Всего ...	86	4	1 (0,9%)

Таблица 3. **Виды «открытых» оперативных вмешательств**

Вид операции	Кол-во	Осложнения	Летальность
ХЭ с дренирование брюшной полости	8	1	–
ХЭ с дренированием холедоха и брюшной полости	14	1	–
ХЭ с пластикой гепатикохоледоха и дренированием брюшной полости	5	1	1
Всего ...	27	3	1 (2,5%)

мировавшегося инфильтрата, обычно удается достаточно легко выделить желчный пузырь и элементы его шейки.

У больных оперированных спустя 2 – 3 недели после острого приступа – 51 (45%), чаще встречались технические сложности при удалении желчного пузыря, во время хирургического вмешательства обнаруживали плотный инфильтрат в области желчного пузыря и гепатодуоденальной связки или перивезикальный абсцесс.

У больных с массивным и плотным околопузырным инфильтратом, выявляемым при ультразвуковом исследовании, а также при высоком операционно-анестезиологическом риске проводили комплексную консервативную терапию. При неэффективности консервативной терапии у этих больных применяли холецистостомию для декомпрессии и санации желчного пузыря у 2 (1,7%) больных, как вынужденное оперативное лечение.

При этом наряду с клинико-лабораторными показателями особое значение уделяли динамическому ультразвуковому контролю. Ультразвуковыми признаками, свидетельствующими о прогрессировании воспаления, служили:

- ухудшение визуализации наружного контура желчного пузыря и элементов гепатодуоденальной связки;
- увеличение зоны повышенной эхогенности, прилежащей к желчному пузырю;
- появление в стенке желчного пузыря зон с отсутствием кровотока;
- наличие признаков окклюзионного холецистита.

Широкая лапаротомия у больных с исходным высоким операционно-анестезиологическим риском способствует возникновению таких осложнений, как острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония, печеночная недостаточность. В связи с этим при остром холецистите шире использовали малоинвазивные хирургические вмешательства. При этом выполняли холецистэктомию из минилапаротомного доступа у 10 (8,9%) больных или применением лифтинговых систем при ЛХЭ у 12 (10,6%), при которых исключается отрицательное влияние напряженного пневмоперитонеума на систему дыхания и кровообращения.

Выполнение холецистэктомии из минилапаротомного доступа или лапароскопической холецистэктомии не должно быть выполнено «во что бы то ни стало». При лапароскопической операции, удлинение продолжительности операции и возрастающий риск возможных осложнений, могут перевесить преимущества данной операции, также и за счёт увеличения длительности ИВЛ и анестезиологического пособия.

### Результаты

86 (76,1%) больных оперированы с применением лапароскопических технологий (табл. 2).

При лапароскопических вмешательствах выполняли – интраоперационную холангиографию у 15 (13,3%) больных. В настоящее время появилась возможность выполнения флуоресцентной холангиографии. Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений и летальности, свидетельствует о преимуществе активной хирургической тактики с применением малоинвазивных оперативных вмешательств при остром холецистите осложнённом перитонитом. Основными видами осложнений у 2 больных был воспалительный инфильтрат брюшной полости и у 1 больного подпеченочного пространства, которые не требовали повторных операций. Умер 1 (0,9%) больной от прогрессирования на фоне острого холецистита тяжелой кардиологической патологии.

У 27 (23,9%) больных были выполнены «открытые» операции (табл. 3).

У всех больных выполнялось дренирование брюшной полости одним или несколькими дренажами в виду наличия перитонита. Осложнения развились у 3 (2,6%) больных. Умер 1 (0,9%) больной от ТЭЛА.

Таким образом, активная тактика лечения больных с острым холециститом должна базироваться на точных сведениях о характере, распространенности воспалительного процесса, которые необходимо получить в течение первых суток с момента госпитализации пациента. Современные ультразвуковые методы позволяют получить достаточно надежную объективную информацию и выбрать адекватную лечебную тактику

у большинства больных с острым холециститом и его осложнениях.

Средняя продолжительность предоперационного периода составила 2,5 дня, общая продолжительность лечения при ЛХЭ – 4,5 дня, а общая продолжительность лечения при ТХЭ – 10,8 дня. Данные технологии и рациональные тактические подходы в лечении больных с острым холециститом улучшают результаты лечения и сокращают период пребывания пациентов в хирургическом стационаре.

#### **Выводы**

1. В ранние сроки от начала развития острого холецистита эффективны лапароскопическая холецистэктомия. Использование лифтинговых систем при лапароскопической холецистэктомии целесообразно у больных пожилого и старческого возраста, с сопутствующими заболеваниями сердца и легких.

2. В случаях острого холецистита с умеренно выраженным перипузырным процессом и гангренозном холецистите предпочтительнее выбор в пользу лапароскопической холецистэктомии. В случае технических сложностей, выявленных во время хирургического вмешательства, совершенно оправдана конверсия лапароскопии в вертикальный трансректальный минилапаротомный доступ.

3. При остром деструктивном холецистите, осложненном перивезикальным абсцессом, а также при всех формах острого холецистита, осложненного механической желтухой, которую не удалось разрешить эндоскопически, в предоперационном периоде, наиболее рациональным является традиционное хирургическое вмешательство.

#### **Литература**

1. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. Острый холецистит: диагностика и лечение. // Вестник РГМУ. – 2000. – №3. – С. 21 – 26.
2. Takada T., Strasberg S.M., Solomkin J.S. et al. Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis// J. Hepato-Pancreatic Sci. – 2013. – Vol. 20, N 1. – P. 1–7.
3. Галимов О.В. Оптимизация хирургического лечения желчекаменной болезни у пациентов с избыточной массой тела и ожирением / О.В. Галимов, В.О. Хамов, Д.М. Зиганшин // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – №4. – С. 26–30.
4. Карелина Н.В. «Безгазовая» лапароскопия в лечении желчнокаменной болезни: автореф. дис. канд. мед. наук / Н.В. Карелина. Великий Новгород, 2009, 25с.
5. Колодий В.В. «Эффективность инновационной лифтинговой технологии в лапароскопической хирургии острого холецистита у лиц старших возрастных групп», дисс. к.мед.н. / В.В. Колодий. Одесса, 2014, 133с.
6. Хирургическое лечение острого холецистита (критическая оценка существующих установок) / С.А. Гешелин, М.А. Каштальян, В.В. Мищенко [и др.] // Клиническая хирургия. – 2008. – №3. – С. 13–16.