

МОЖЛИВОСТІ ДВОХЕТАПНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, ЯКИЙ УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ ТА ПЕРИТОНІТОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Київська міська клінічна лікарня №8 (м. Київ)

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» (м. Київ)

Робота є частиною наукової теми кафедри хірургічних хвороб ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» «Дослідження можливості використання нових технологій при оперативних втручаннях у хворих з поєднаною патологією», № державної реєстрації 0103U008727.

Вступ. В Україні конкременти у спільній жовчій протоці виявляють у 8-17% пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом, у хворих похилого та старечого віку – до 30% [1]. Найбільш небезпечними та частими ускладненнями холедохолітазу є обтураційна жовтяниця та холангіт, вони спричиняють прогресування печінкової та поліорганної недостатності, частота яких при даній патології становить 66,4-88,1% [1].

На сучасному етапі розвитку хірургії жовчовивідних шляхів більшість дослідників [2, 3] вважає, що холецистектомія є найбільш ефективним способом лікування гострого холециститу, навіть при ускладненні холедохолітазом [4]. Але у хворих похилого та старечого віку, які мають тяжку супутню патологію з декомпенсацією основних систем життєзабезпечення, виконання холецистектомії супроводжується високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику. Тому таким хворим виконують мінімальні за обсягом втручання, спрямовані на зняття гіпертензії в жовчному міхурі [5]. Існує багато способів лікування таких пацієнтів, наприклад: відкрита холецистостомія, відеолапароскопічно контрольоване черезшкірне дренивання жовчного міхура, черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія під ультразвуковим контролем, ендоскопічне назобілярне дренивання позапечінкових жовчовивідних шляхів під контролем холангіоскопії та інші. Недоліками цих способів є: висока частота неспроможності холецистостомії, рецидив клініки гострого холециститу після видалення дренажу, необхідність ендотрахеального наркозу та накладання карбоксиперитонеуму, що є небажаним у таких пацієнтів, небезпека пошкодження обох стінок жовчного міхура, підтікання жовчі з проколу стінки жовчного міхура, неможливість візуальної оцінки стану стінки жовчного міхура, перивезикальних ускладнень, контролю підтікання жовчі чи крові з місця дренивання, а основним недоліком є неможливість застосування цих методик при появі місцевих перитонеальних явищ [6].

Складність проблеми оперативного лікування хворих похилого та старечого віку з ускладненнями жовчнокам'яної хвороби (гострий холецистит, холедохолітаз) вимушують дослідників пропонувати оперативні втручання цієї групі пацієнтів в спеціалізованих центрах [7].

Таким чином, існує незадоволеність результатами хірургічного лікування хворих на гострий холецистит, який є ускладнений холедохолітазом. Вони потребують детального аналізу, а хірургічна методика – подальшого вдосконалення.

Мета дослідження – покращення результатів хірургічного лікування хворих на гострий калькульозний холецистит похилого та старечого віку.

Об'єкт і методи дослідження. За період 1994-2014 рр нами було вивчено результати лікування 36 хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом, який ускладнений перитонітом. Вік пацієнтів становив більш ніж 60 років. Середній вік дорівнював $69,3 \pm 9,8$ роки. Тривалість захворювання складала від 1 до 16 діб. Всі хворі при поступленні мали ознаки перитоніту. За шкалою ASA стан пацієнтів, які були досліджені, дорівнював I-II групи. У всіх пацієнтів гострий холецистит був причиною жовчнокам'яної хвороби. Всім хворим було виконано двохетапне оперативне лікування.

В залежності від методики першого етапу пацієнтів було поділено на дві групи: I група – 21 хворий, якому першим етапом лікування виконували холецистектомію з зовнішнім дрениванням холедоху; II група – 15 пацієнтів, яким спочатку виконували лапароскопічну холецистектомію з зовнішнім дрениванням холедоху. Холецистектомію в I групі всім пацієнтам виконували за допомогою верхньосередньої лапаротомії, в II групі – лапароскопічна холецистектомія виконувалася шляхом введенні троакарів в чотирьох типових точках.

На другому етапі лікування всім хворим була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія з холедохолітоекстракцією.

Відповідно до протоколів надання медичної допомоги хворим з гострим холециститом, який ускладнений холедохолітазом та перитонітом, перед виконанням оперативного втручання пацієнтам виконувалося необхідне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження.

Таблиця 1

Характеристика перитоніту при гострому холециститі, який ускладнений холедохолітазом та перитонітом у хворих похилого та старечого віку

Група дослідження	Класифікація перитоніту									
	розповсюдженість		характер ексудату			стадія перебігу		вид мікроорганізму		
	місцевий	розповсюджений	серозно-фібринозний	гнійний	жовчний	реактивна	токсична	грам-позитивний	грам-негативний	змішані
I група, n-21	16	5	14	5	2	14	7	3	1	17
II група, n-15	13	2	13	2	-	14	1	1	-	14

Результати досліджень та їх обговорення.

Серед 21 пацієнта I групи було 14 хворих з гангренозним холециститом, 7 – з флегмонозним. Серед 15 пацієнтів II групи було 9 з гангренозним холециститом, 6 – з флегмонозним. Середній рівень загального білірубину у хворих першої групи до операції складав – 46,4±8,2 мкмоль/л, у другій – 38,7±7,9 мкмоль/л. Холедохолітаз до операції було діагностовано у 14 пацієнтів I групи та 10 – II групи.

Середній час передопераційної підготовки складав 109±18,3 хвилин. Середня тривалість першого етапу оперативного втручання в I групі була – 114,6±23,8 хвилин, в II групі – 128,3±26,4 хвилин. Жодної конверсії під час лапароскопічної холецистектомії не було. Характеристика перитоніту при гострому холециститі, який ускладнений холедохолітазом та перитонітом у хворих похилого та старечого віку представлена в таблиці 1.

Згідно даних таблиці 1, найбільша кількість (18 в I групі, 13 – в II) була місцевих перитонітів, за характером ексудату переважав серозно-фібринозний. За перебігом найбільш часто зустрічався перитоніт в реактивній стадії. Хворих з термінальною стадією перитоніту в нашому дослідженні не було. Серед мікроорганізмів найбільш частими були мікст інфекції грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів.

Результати порівняльної оцінки лікування хворих першої та другої груп наведені в таблиці 2.

Як представлено в таблиці 2, летальність в першій групі була в 2,6 рази вища ніж в другій. Середній ліжко день у реанімаційному відділенні і у відділенні хірургії був декілька вище у пацієнтів першої групи, що відповідало тривалості загального ліжко-дня, який склав в першій групі 33,9±5,4, а в другій – 25,2±4,2 дів (p<0,05).

Призначення анальгетиків після операції у пацієнтів I групи було більш тривалим і складало 14,8±3,8 дів, тоді як в II групі – 8,7±2,3 дів. Відповідно до середньої тривалості призначення анальгетиків, середня тривалість медикаментозної терапії склала в I групі – 27,8±4,9 дів, в II групі – 9,2±2,6 дів.

Середній час оперативного лікування пацієнтів I групи склав 114,6±23,8 хвилин, II – 128,3±26,4хвилин.

Загальна кількість післяопераційних ускладнень склала в першій групі 29 випадків у 18 пацієнтів (85,7%), в другій – 8 у 4 пацієнтів (26,7%). Найбільш частими серед них в I та II групі відповідно були:

Таблиця 2

Порівняльна оцінка результатів лікування хворих першої та другої груп

Показник	Групи дослідження	
	I група, n-21	II група, n-15
Кількість померлих (післяопераційна летальність, %)	3 (14,3%)	1 (5,6%)
Середній ліжко-день у реанімаційному відділенні, дів	5,3±0,8	3,4±0,7
Середній ліжко-день у відділенні хірургії, дів	28,6±4,3	21,8±3,4
Загальний ліжко-день, дів	33,9±5,4	25,2±4,2
Тривалість призначення анальгетиків після операції, дів	14,8±3,8	8,7±2,3
Тривалість призначення медикаментозної терапії, дів	27,8±4,9	9,2±2,6
Час оперативного лікування, хв	114,6±23,8	128,3±26,4

Таблиця 3

Показники якості життя хворих I та II групи через 6 місяців після операції

Показники якості життя	Групи дослідження	
	I група, n-21	II група, n-15
Фізичне функціонування	54,3±2,9	71,2±3,8
Рольове функціонування, яке обумовлено фізичним станом	56,4±3,1	73,8±3,7
Інтенсивність болю	58,7±3,4	72,5±4,1
Загальний стан здоров'я	62,1±2,6	77,6±3,9
Життєва активність	59,6±2,8	70,4±3,6
Соціальне функціонування	61,7±3,7	78,2±4,5
Рольове функціонування, яке обумовлене емоційним станом	57,8±4,2	76,1±3,9
Психічне здоров'я	63,2±2,6	74,7±3,9

післяопераційна пневмонія – 14 і 5, рецидивуючий холангіт – 3 і 1, інфікування післяопераційної рани – 8 і 1, підпечінковий абсцес – 2 і 1, інфаркт міокарда – 2 і 0. Наявність підпечінкового абсцесу та інфікування післяопераційної рани у пацієнтів I групи в 2 випадках змусило повторно виконати релапаротомію.

З метою визначення якості життя хворих при гострому холециститі, який ускладнений холедохолітіазом та перитонітом у пацієнтів похилого та старечого віку через 6 місяців після операції визначали показники фізичного та психічного компонентів здоров'я відповідно до загального опитувальника якості життя SF-36. Зміни показників якості життя в залежності від методів оперативного лікування наведені в **таблиці 3**.

Згідно даних **табл. 3**, через 6 місяців після операції найбільшим показником фізичного функціонування, який обумовлений фізичним станом був $77,6 \pm 3,9$ балів у хворих II групи. Серед фізичних показників якості життя у всіх хворих, яких було досліджено, це був найвищий показник. Тобто у хворих II групи обмеження у фізичній активності після операції були набагато меншими в порівнянні з пацієнтами I групи. Рольове функціонування, яке обумовлено фізичним станом та суб'єктивна оцінка інтенсивності болю була також меншою у пацієнтів I групи – $56,4 \pm 3,1$ та $58,7 \pm 3,4$ балів відповідно, проти $73,8 \pm 3,7$ та $72,5 \pm 4,1$ балів у пацієнтів II групи; що відповідає об'єктивним критеріям – тривалості призначення анальгетиків та середньому терміну перебування хворого у стаціонарі. Загальний стан

здоров'я більшості пацієнтів II групи був вище і склав $77,6 \pm 3,9$ бали, проти $62,1 \pm 2,6$ балів пацієнтів I групи ($p < 0,05$).

Показники психологічного компоненту здоров'я (життєва активність, соціальне функціонування, рольове функціонування, яке обумовлене емоційним станом, психічне здоров'я) через 6 місяців після операції були також вищими у пацієнтів II групи за аналогічні критерії хворих I групи, що корелює з показниками фізичного компоненту.

Висновки. Використання в двохетапному лікуванні гострого холециститю, який ускладнений холедохолітіазом та перитонітом у хворих похилого та старечого віку на першому етапі лапароскопічної холецистектомії з зовнішнім дренажуванням холедогу проти аналогічної але відкритої операції при стані пацієнтів за шкалою ASA, який дорівнює I-II групі, є доцільним. При цьому зменшується летальність, тривалість перебування хворого у стаціонарі, кількість післяопераційних ускладнень, а якість життя у післяопераційному періоді значно вища.

Перспективи подальших досліджень. Впровадження в протоколи досліджень хворих гострим холециститом, який ускладнений холедохолітіазом методики двохмоментної холецистектомії з холедохолітотомією з зовнішнім дренажуванням холедогу.

Література

1. Баулина Е. А. Двухэтапная тактика при холецистите как профилактика эндоскопических и эндохирургических осложнений / Е. А. Баулина, Г. К. Шокаров, А. А. Баули [и др.] // Эндоскопическая хирургия. Приложение. Тезисы докладов XVII съезда Российского общества эндоскопических хирургов. – 2014. – № 1. – С. 56-57.
2. Безручко М. В. Хірургічне лікування гострого деструктивного холециститю з місцевим перитонітом у пацієнтів з тяжким загальним станом / М. В. Безручко, С. В. Малик, С. П. Кравченко [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 2. – С. 169-172.
3. Воровський О. О. Результати хірургічного лікування холедохолітіазу у хворих похилого та старечого віку / О. О. Воровський, О. І. Бондарчук // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7-8. – С. 12-14.
4. Degrate L. Acute cholecystitis: the golden 72-h period is not a strict limit to perform early cholecystectomy. Results from 316 consecutive patients / L. Degrate, A. L. Ciravegna, M. Luperto [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. – 2013. – № 8. – P. 1129-1136.
5. Nielsen L. B. Cholecystectomy for the elderly: no hesitation for otherwise healthy patients / L. B. Nielsen, K. M. Harboe, L. Bardram // Surg. Endosc. – 2014. – № 1. – P. 171-177.
6. Yun S. S. Better Treatment Strategies for Patients with Acute Cholecystitis and American Society of Anesthesiologists Classification 3 or Greater / S. S. Yun, D. W. Hwang, S. W. Kim [et al.] // Yonsei. Med. J. – 2010. – № 4. – P. 540-545.
7. Zehetner J. Conversion in laparoscopic cholecystectomy in low versus high-volume hospitals: is there a difference? / J. Zehetner, S. Leidl, M. E. Wuttke [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2010. – № 3. – P. 173-176.

УДК 615.365-002.1-089+616.367-003.7-06

МОЖЛИВОСТІ ДВОХЕТАПНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, ЯКИЙ УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ ТА ПЕРИТОНІТОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Свиридюк Б. В., Іванько О. В

Резюме. У статті викладено результати хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку, які хворі на гострий калькульозний холецистит, поєднаний з холедохолітіазом та перитонітом.

Запропоновано двохетапне лікування цих хворих. В результаті встановлено, що є доцільним використання на першому етапі лапароскопічної холецистектомії з зовнішнім дренажуванням холедогу проти аналогічної, але відкритої операції при стані пацієнтів за шкалою ASA, який дорівнює I-II групі. При цьому зменшується летальність, тривалість перебування хворого у стаціонарі, кількість післяопераційних ускладнень, а якість життя у післяопераційному періоді значно вища.

Ключові слова: гострий холецистит, холедохолітіаз, перитоніт, похилий вік, операція.

УДК 615.365-002.1-089+616.367-003.7-06

ВОЗМОЖНОСТИ ДВУХЭТАПНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ПЕРИТОНИТОМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Свиридюк Б. В., Иванько А. В.

Резюме. В статье изложены результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста, больных острым калькулезным холециститом, осложненных холедохолитиазом и перитонитом.

Предложено двухэтапное лечение этих больных. В результате установлено, что целесообразно использование на первом этапе лапароскопической холецистэктомии с наружным дренированием холедоха против аналогичной, но открытой операции при состоянии пациентов по шкале ASA, равный I-II группе. При этом уменьшается летальность, длительность пребывания больного в стационаре, количество послеоперационных осложнений, а качество жизни в послеоперационном период значительно выше.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, перитонит, пожилой возраст, операция.

UDC 615.365-002.1-089+616.367-003.7-06

Features Two-Stage Method of Treatment in Acute Cholecystitis, Choledocholithiasis Complicated and Peritonitis in Elderly and Senile

Sviridyuk B. V., Ivanko A. V.

Abstract. Acute cholecystitis is one of the most common emergency acute surgical diseases of the abdominal cavity. A significant proportion of these patients are elderly and senile age. Currently there is no consensus regarding the tactics of treatment in elderly with acute cholecystitis, which is a complication of choledocholithiasis and peritonitis.

The aim of the research was to improve the results of surgical treatment of patients of elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis and peritonitis.

Material and methods. We were studied 36 patients in elderly with acute cholecystitis, choledocholithiasis, and which is complicated by peritonitis. Patients age was 60 years.

Patients equal scale ASA – I-II group. Disease duration ranged from 1 to 16 days. All patients were divided into two groups of depending on the method of surgery: group I – 21 patients who fulfilled the first stage of treatment cholecystectomy with external drainage of the common bile duct; group II – 15 patients who initially performed laparoscopic cholecystectomy with external drainage of the common bile duct. According to protocols of medical care to patients before surgery patients to perform the necessary clinical, laboratory and instrumental examination.

Results and discussion. The total number of postoperative complications were the first group of 29 cases in 18 patients (85,7%) in the second – 8 in 4 patients (26,7%).

Postoperative mortality in the group I amounted to 3 (14,3%) patients in group II – 1 (5,6%). The mean hospital stay was a day in the first group $33,9 \pm 5,4$ in the second – $25,2 \pm 4,2$ days. Average time of surgical treatment of patients in group I was $114,6 \pm 23,8$ minutes, group II – $128,3 \pm 26,4$ minutes. The duration of use of analgesics after surgery in patients of group I was $14,8 \pm 3,8$ days in group II – $8,7 \pm 2,3$ days. The mean duration of drug treatment was in the first group – $27,8 \pm 4,9$ days, in group II – $128,3 \pm 26,4$ days.

The quality of life in patients with acute cholecystitis, which complicated choledocholithiasis and peritonitis in patients of elderly and senile age was determined indicators of physical and mental health components in accordance with the general quality of life questionnaire SF-36 after 6 months after surgery. Indicators of physical (physical functioning, role functioning, pain intensity, general health) and mental health component (vital activity, social functioning, role functioning, mental health) at 6 months after surgery were higher in patients of group II patients with similar criteria group I.

Conclusions. Using a two-stage treatment of acute cholecystitis, choledocholithiasis, and which is complicated by peritonitis in patients of elderly and senile age at the first stage of laparoscopic cholecystectomy with external drainage of choledochal against similar but open surgery for patients on a state scale ASA, equal to I-II group, is appropriate. This decreases mortality, length of hospital stay, postoperative complications, and quality of life in the postoperative period is considerably higher.

Prospects for further research. The introduction in the study protocol of patients with acute cholecystitis, choledocholithiasis which complicated the two-stage cholecystectomy with choledocholithotomii with external drainage of choledochal.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, peritonitis, advanced age, surgery.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 4. 09. 2014 р.