УДК 616.366-002.1-089

Кравців М.І.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

ВДНЗУ “ Українська медична стоматологічна академія ”, м. Полтава

У багатьох клініках світу число лапароскопічних холецистектомій при гострому холециститі перевищує 90%. Однак деякі тактичні питання хірургічного лікування гострого холециститу залишаються до кінця не визначеними. Проведено порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування 82 пацієнтів з гострим холециститом, які перенесли "ранню" або "відстрочену" лапароскопічну холецистектомію в хірургічних відділеннях 2-ої міської клінічної лікарні м. Полтави та Полтавської центральної районної клінічної лікарні за період з 2012 по 2014 рр. Результати аналізу показали, що лапароскопічна холецистектомія може бути виконана у будь-який термін з моменту розвитку гострого холециститу. Проте пацієнт повинен бути оперований якомога раніше від початку захворювання, а затягування термінів операції при гострому холециститі збільшує технічні труднощі під час холецистектомії та збільшує загальну тривалість перебування пацієнта в стаціонарі.

Ключові слова: лапароскопія, холецистектомія, гострий холецистит, лікування.

Вступ

Гострий холецистит – найбільш часте ускладнення жовчнокам'яної хвороби [2]. Холецистектомія є радикальним методом лікування, який зменшує біль, запобігає прогресуванню запалення, місцевим ускладненням і зводить до мінімуму ризик рецидиву. У багатьох клініках світу число лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ) при гострому холециститі перевищує 90% [1,3,8,9]. Однак, деякі тактичні питання хірургічного лікування гострого холециститу залишаються до кінця не визначеними. Існують дві принципові тактики в лікуванні: "рання" і "відстрочена" холецистектомія[5,7]. Кожна з них має своїх прихильників і супротивників. Наступним спірним питанням є доцільність застосування лапароскопічної техніки у пацієнтів з гострим холециститом в терміні понад 72 годин від початку захворювання. У цьому питанні думки хірургів діаметрально розходяться. Противники даної тактики вказують на високу кількість операційних ускладнень, пов'язаних з технічними труднощами при операціях в умовах вираженого запального інфільтрату[4,6]. У зв'язку з цим питання перегляду тактики лікування хворих з гострим холециститом залишаються актуальними.

Мета дослідження

Порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування хворих на гострий холецистит, які перенесли "ранню" чи "відстрочену" лапароскопічну холецистектомію.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати хірургічного лікування 82 хворих з гострим холециститом віком від 29 до 79 років, Середній вік 51,7 років, з них 70 (85,4%) жінок і 12 (14,6%) чоловіків, які були оперовані лапароскопічно в хірургічних відділеннях 2-ої міської клінічної лікарні м. Полтави та Полтавської центральної районної клінічної лікарні за період з 2012 по 2014 рр. (табл.1).

Таблиця 1.
Розподіл хворих за віком

Вік хворих, років	РЛХЕ	ВЛХЕ	Всього
21 – 30	2	1	3
31 – 40	4	3	7
41 – 50	18	10	28
51 - 60	11	18	29
61 - 70	6	4	10
71 рік та старші	3	2	5
Всього	44	38	82

Всім хворим при надходженні виконувалися загальноклінічні та біохімічні аналізи крові і сечі, коагулограма, глюкоза крові, електрокардіографія (ЕКГ), рентгенологічне дослідження легень, ультразвукове дослідження (УЗД), фіброгастроскопія (ФГДС), при необхідності - комп'ютерна томографія (КТ), ядерно-магнітний резонанс (ЯМР), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ). При підтвердженні діагнозу гострий холецистит пацієнтам було запропоновано виконання оперативного втручання - лапароскопічної холецистектомії. Операції виконувалися на апаратурі фірми "ЭЛЕПС" (м. Казань), під ендотрахеальний наркозом за стандартною методикою в американському варіанті.

"Ранніми" називають операції , що виконуються в терміни до 3 діб від початку захворювання (О.О.Шалімов та співавт., 1983р.). "Відстроченими" операціями вважали ті, які виконувались пізніше 72 годин від появи перших симптомів.

Таблица 2.
Клінічні форми гострого калькульозного холециститу

Форми гострого холециститу	РЛХЕ	ВЛХЕ	Всього
Катаральний	19	9	28
Флегмонозний	22	13	35
Гангренозний	3	16	19
Всього	44	38	82

Хворі, у яких здійснена рання лапароскопічна холецистектомія (РЛХЕ), склали 1-у групу, а пацієнти, у яких виконувалася відстрочена лапароскопічна холецистектомія (ВЛХЕ), були включені в 2-у групу. Катаральний холецистит спостерігався у 28 (34,1%) хворих, гострий флегмонозний - у 35 (42,7%), гострий гангренозний - у 19 (23,2%) пацієнтів (табл.2).

У половини хворих при РЛХЕ і ВЛХЕ жовчний міхур був відключений. Серозний і серозно-фібринозний місцевий перитоніт діагностовано у 10 хворих 1-ої і у 3-х - 2-ї групи.

Результати та їх обговорення

Діагноз гострого холециститу був встановлений на основі поєднання клінічних проявів захворювання (гострий біль у правому верхньому квадранті живота, температура тіла вище ніж 37,0 °С і лейкоцитоз більше ніж $10x10^9$/л) та даних ультрасонографії (збільшений, розтягнутий жовчний міхур; потовщена, набрякла, неоднорідна або двошарова стінка жовчного міхура; позитивний сонографічний симптом Мерфі; наявність конкрементів у жовчному міхурі, а також вільна рідина у перивезикальному просторі).

Більшість хворих з гострим холециститом до операції отримували консервативне лікування, яке служило передопераційної підготовкою. Усім пацієнтам, яким не проводилася антибактеріальна терапія, в передопераційному періоді, проводилася антимікробна профілактика ранової інфекції одноразовим введенням препарату з використанням цефалоспоринів I - II покоління або інгібітор - захищених амінопеніцилінів. За показаннями проводилася неспецифічна або специфічна профілактика тромбоемболічних ускладнень.

На нашу думку, спроба проведення ЛХЕ може бути зроблена в усіх пацієнтів з гострим холециститом. Проте велике значення у виконанні ЛХЕ відіграє часовий фактор.

У хворих, які отримували тривале консервативне лікування з приводу гострого деструктивного холециститу, як правило розвивалася гангрена стінки жовчного міхура, виражений інфільтративний та інфільтративно-спайковий процес в гепатикопанреатодуоденальной зоні, визначалися рубцеві зрощення з органами, що оточують жовчний міхур. Під час холецистектомії при гострому холециститі дуже часто зустрічаються певні технічні труднощі, характер яких, у нашому випадку, відображено в таблиці 3.

Таблиця 3.
Технічні труднощі під час оперативного втручання у хворих на гострий калькульозний холецистит.

Інтраопераційне ускладнення	РЛХЕ	ВЛХЕ	Всього
Кровотеча з судин ложа жовчного міхура	1	1	
Кровотеча з міхурової артерії або додаткових артерій	1	3	
Наявність щільного навколоміхурового інфільтрату	2	3	
Наявність навколоміхурового абсцесу	-	4	
Залишена частина стінки ЖМ	1	3	4
Всього	5	14	20

Серед 38 пацієнтів з ВЛХЕ , в 14 (31,6%) випадках відзначалися значні технічні труднощі у виконанні оперативного втручання. У 4 випадках технічні труднощі були пов'язані з наявністю абсцесів в ділянці жовчного міхура. У 3 випадках відзначався щільний запальний інфільтрат. У 4 випадках труднощі були зумовлені значними кровотечами, в трьох випадку спостерігалася кровотеча з пошкодженої міхурової артерії або її гілок, в одному випадку джерелом кровотечі було ложе жовчного міхура. У 3 хворих під час лапароскопічної холецистектомії виникла ситуація, коли відокремити задню стінку жовчного міхура від ложа без пошкодження печінки було неможливо; вся задня стінка або її частина, які неможливо було виділити з ложа печінки, залишались не віддаленими з електрокоагуляцією слизової оболонки. Слід зазначити, що основні технічні труднощі під час оперативних втручань відзначалися у пацієнтів з тривалістю гострого періоду більше 6 діб.

При РЛХЕ післяопераційні ускладнення зустрічалися в 2 рази рідше, ніж при ВЛХЕ (табл.4).

Таблиця 4.
ісляопераційні ускладнення у хворих на гострий холецистит

Післяопераційне ускладнення	РЛХЕ	ВЛХЕ	Всього
Нагноєння троакарних ран	2	4	6
Підтікання жовчі по дренажу з черевної порожнини	1	3	4
Всього	3	7	10

Тяжкість післяопераційного періоду в значній мірі залежить від наявності та вираженості супутніх захворювань і глибини порушень гомеостазу на момент втручання. Про переваги РЛХЕ перед ВЛХЕ свідчать також терміни загального перебування хворих у стаціонарі, які при ВЛХЕ були майже вдвічі більшими: відповідно 9-11 і 5-6 днів. В обох групах летальних випадків або конверсії не було.

Висновки

1. При діагностуванні гострого калькульозного холециститу і відсутності протипоказань до операції пацієнт повинен бути оперований якомога раніше від початку захворювання.

2. Лапароскопічна холецистектомія може бути виконана в будь-який термін від початку захворювання.

3. Рання лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі є безпечною процедурою і скорочує загальну тривалість перебування пацієнта в стаціонарі.

4. Затягування термінів операції при гострому холециститі збільшує технічні труднощі під час холецистектомії.

Література

1. Гешелин С.А. Осложнения лапароскопической и открытой холецистэктомии в различные сроки заболевания / С.А. Гешелин, М.А. Каштальян, Н.В. Мищенко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2008. – №2. – С.145-148.
2. Королёв Б.А. Екстренная хирургия желчных путей / Б.А. Королёв, Д.Л. Пиковский. – М. : Медицина, 1990. – 239 с.
3. Некрасов А.Ю. Особенности лапароскспической холецистэктомии при остром холецистите / А.Ю. Некрасов // Эндоскоп. хирургия. – 2006. – №5. – С.39-40.
4. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии. – Киев : МАККОМ, 2006. – 343 с.
5. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и её осложнения / [А.Е.Борисов, Л.А.Левин, В.П.Земляной, и др.]. – СПб. : ООП НИИХ СПбГУ, 2001. – 188 с.
6. Хацко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия: возможные осложнения и их профілактика / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, А.М. Дудин, [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2012. – №4 (19). – С.62-64
7. Эволюция подходов хирургического лечения осложненного холецистита / А.Г. Бебуришвили, А.В. Быков, Е.Н. Зюбина, [и др.] // Хирургия. – 2005. – №1. – С.43-47.
8. Lund H. Treatment of acute cholecystitis in Denmark. A questionnaire study / H. Lund, T. Bisgaard, S. Schulze [et al.] // Ugeskr. Laeger. – 2003. – V.27. – P.4221-4223.
9. Nguyen L. Use of a predictive equation for diagnosis of acute gangrenous cholecystitis / L. Nguyen, S.P. Fagan, T.C. Lee [et al.] // Am. J. Surg. – 2004. – V.188, №5. – P.463-466.

Реферат

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Кравцив Н.И.

Ключевые слова: лапароскопия, холецистэктомия, острый холецистит, лечение.

Во многих клиниках мира число лапароскопических холецистэктомий при остром холецистите превышает 90%. Однако, некоторые тактические вопросы хирургического лечения острого холецистита остаются до конца не определены. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 82 пациентов с острым холециститом, перенесших "раннюю" или "отсроченную" лапароскопическую холецистэктомию в хирургических отделениях второго городской клинической больницы г. Полтавы и Полтавской центральной районной клинической больницы за период с 2012 по 2014 гг. Результаты анализа показали, что лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена в любой срок с момента развития острого холецистита. Однако, пациент должен быть оперирован как можно раньше от начала заболевания, а затягивание сроков операции при остром холецистите увеличивает технические трудности при холецистэктомии и увеличивает общую продолжительность пребывания пациента в стационаре.

Summary

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Kravtsiv M. I.

Keywords: laparoscopy, cholecystectomy, acute cholecystitis, treatment.

In many hospitals worldwide the number of laparoscopic cholecystectomy (LCE) in acute cholecystitis exceeds 90%. However, some tactical problems of surgical treatment of acute cholecystitis are still unsolved. This paper presents the results of comparative analysis of surgical treatment of 82 patients with acute cholecystitis aged 29 – 79, mean age 51.7 years. There were 70 (85.4%) females and 12 (14.6%) males who were subjected to laparoscopic cholecystectomy at the surgical departments of the Second Municipal Hospital of Poltava and Poltava Central Regional hospital in the period from 2012 to 2014. The results showed that laparoscopic cholecystectomy might be performed at any time since the development of acute cholecystitis. However, the patient should be operated on as soon as possible from the onset of the disease, and the timing delay of surgery for acute cholecystitis increased the technical difficulties in cholecystectomy and increased the overall length of hospital stay.