

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО КАЛЬКУЛЬОЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ: "РАННЯ" ЧИ "ПЛАНОВА" ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ

М. О. Дудченко, М. І. Кравців, О. М. Люлька, В. І. Ляховський,
Д. Д. Фурман, Л. Д. Бондарь

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава,
2—га міська клінічна лікарня, м. Полтава

TREATMENT OF ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS: "EARLY" OR "PLANNED" LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

M. O. Dudchenko, M. I. Kravtsiv, O. M. Lyulka, V. I. Lyakhovsky,
D. D. Furman, L. D. Bondar

В Україні захворюваність на гострий холецистит посідає третє місце в структурі гострих захворювань органів черевної порожнини. У 94 — 96% пацієнтів причиною виникнення гострого холециститу є жовчнокам'яна хвороба [1]. Холецистектомія є радикальним методом лікування. У 20% хворих холецистектомію виконують з приводу гострого холециститу [2, 3]. ЛХЕ є методом вибору при гострому калькульозному холециститі, проте, дискусійним є питання щодо оптимальних строків її виконання [4 — 6]. Існують дві принципи тактики лікування: "рання" холецистектомія і консервативна терапія з подальшою "плановою" холецистектомією [7, 8]. Кожна з них має своїх прихильників і супротивників. У зв'язку з цим, перегляд тактики лікування хворих з приводу гострого калькульозного холециститу є актуальним.

Мета дослідження: порівняти результати лікування хворих з приводу гострого неускладненого калькульозного холециститу, яким здійснено РЛХЕ, та тих, яким проведено консервативну терапію з подальшою ПЛХЕ.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 82 хворих з приводу гострого калькульозного холециститу віком від 35 до 79 років, у середньому (51,7 ± 4,84) року. Жінок було 70 (85,4%),

Реферат

Проведений порівняльний аналіз результатів хірургічного лікування 82 пацієнтів з приводу гострого холециститу, яким здійснено "ранню" (РЛХЕ) або "планову" (ПЛХЕ) лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) в хірургічному відділенні за період з 2012 по 2014 р. Результати аналізу свідчили, що ЛХЕ можна виконати в будь-які строки від початку гострого холециститу. Проте, пріоритет слід віддавати РЛХЕ, що забезпечує достовірне зменшення тривалості лікування хворого у стаціонарі і є економічно більш ефективною.

Ключові слова: гострий холецистит; хірургічне лікування; лапароскопія; холецистектомія.

Abstract

The comparative analysis of results of surgical treatment of 82 patients with acute cholecystitis, which made "early" (ELCE) or "planned" (PLCE) laparoscopic cholecystectomy (LCE) in the surgical department for the period from 2012 to 2014. The analysis showed that LCE can be set in any time from the beginning of acute cholecystitis. However, priority should be given ELCE, providing significant reduction in duration of treatment of patients in hospitals and is more cost effective.

Key words: acute cholecystitis; surgical treatment; laparoscopy; cholecystectomy.

чоловіків — 12 (14,6%). Хворі оперовані в хірургічному відділенні № 2 за період з 2012 по 2014 р. (табл. 1). Хворі, у яких здійснена РЛХЕ, включені у I групу, у яких виконана ПЛХЕ — у II групу.

Діагноз встановлювали на основі критеріїв Токійського керівництва з діагностики й лікування гострого холециститу (TG13) [9]. Діагностичні критерії наведені у *табл. 2*.

В усіх хворих після госпіталізації оцінювали тяжкість стану за шкалою Американського товариства анестезіологів (ASA) [10], проводили загальноклінічні та біохімічні аналізи крові і сечі, коагулограму, електрокардіографію (ЕКГ), рентгенологічне дослідження легень, ультразвукове дослідження (УЗД), при необхідності — комп'ютерну (КТ) та

магніторезонансну (МРТ) томографію.

Групи порівнянні за віком, статтю, тяжкістю стану хворих, клінічними формами запального процесу.

При підтвердженні діагнозу гострого холециститу пацієнтам пропонували виконання оперативного втручання — ЛХЕ. Рішення щодо вибору РЛХЕ або ПЛХЕ приймав хірург.

РЛХЕ виконували у строки до 72 год після госпіталізації хворого або 7 діб від появи перших симптомів. ПЛХЕ здійснювали під час другої госпіталізації, не менш ніж через 4 тиж від появи симптомів. Пацієнти, виписані після консервативної терапії, у яких виник рецидив, повторно госпіталізовані та яким здійснено термінову ЛХЕ, включені в II групу для аналізу.

Таблиця 1. Розподіл хворих за віком

Вік, років	Кількість хворих в групах				Разом	
	I		II		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
21 – 30	2	4,5	1	2,6	3	3,7
31 – 40	4	9,1	3	7,9	7	8,5
41 – 50	18	40,9	10	26,3	28	34,1
51 – 60	11	25	18	47,4	29	35,4
61 – 70	6	13,7	4	10,5	10	12,2
71 рік та старші	3	6,8	2	5,3	5	6,1
Загалом ...	44	100	38	100	82	100

Таблиця 2. Діагностичні критерії гострого холециститу (за Токійським керівництвом TG13)

А. Ознаки локального запалення		
1. Симптом Мерфі	2. Інфільтрат/біль/напруження у правому верхньому квадранті живота	
В. Ознаки системного запалення		
1. Гіпертермія	2. Підвищення рівня С-реактивного протеїну	3. Лейкоцитоз
С. Результати візуалізації: УЗД (або КТ) ознаки гострого холециститу		
Попередній діагноз: один пункт з критеріїв А + один пункт з критеріїв В.		
Остаточний діагноз: один пункт з критеріїв А + один пункт з критеріїв В + С.		
Гострий гепатит, і інші гострі захворювання органів черевної порожнини та хронічний холецистит мають бути виключені.		

Таблиця 3. Клінічні форми гострого калькульозного холециститу в групах хворих

Гострий холецистит	Кількість хворих в групах				Разом	
	I		II		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Катаральний	13	29,5	21	55,3	34	41,4
Флегмонозний	22	50,0	13	34,2	35	42,7
Гангренозний	9	20,5	4	10,5	13	15,9
Загалом ...	44	100	38	100	82	100

Всі операції виконували з використанням лапароскопічної апаратури фірми "ЕЛЕПС" (Казань), під ендотрахеальним наркозом, з встановленням чотирьох портів в американському варіанті.

Статистичний аналіз результатів дослідження проведений за стандартною методикою. Достовірними вважали значення при $p < 0,05$. Використовували комп'ютерне програмне забезпечення SPSS 22 для Windows 7 (SPSS Inc.).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Катаральний холецистит діагностований у 34 (41,4%), флегмонозний — у 35 (42,7%), гангренозний — у 13 (15,9%) пацієнтів (табл. 3).

Майже у 50% хворих обох груп жовчний міхур був відключений. Се-

розний і серозно-фібринозний місцевий перитоніт діагностований у 10 (22,7%) хворих I та у 4 (10,5%) — II групи.

У більшості хворих до операції проведено консервативну терапію, що вважали передопераційною підготовкою. Всім пацієнтам внутрішньовенно вводили антибіотики широкого спектру дії відразу після госпіталізації. За показаннями проводили неспецифічну або специфічну профілактику тромбоемболічних ускладнень.

Тривалість РЛХЕ становила у середньому ($56,4 \pm 18,63$) хв, ПЛХЕ — ($49,7 \pm 23,05$) хв. Різниця близько 7 хв не є достовірною.

У хворих II групи частіше виявляли інфільтративний та інфільтративно-спайковий процес в гепатопанкреатодуоденальній зоні, рубцеві

зрощення з органами, що оточують жовчний міхур (ЖМ).

У 15 (18,3%) пацієнтів виникли значні технічні труднощі під час виконання оперативного втручання, у 4 (4,9%) з них вони пов'язані з утворенням абсцесів у ділянці ЖМ; у 4 (4,9%) — виявлений щільний запальний інфільтрат навколо ЖМ; у 5 (9,1%) — масивна кровотеча, у 3 (3,7%) — кровотеча з пошкодженої міхурової артерії або її гілок; у 2 (2,4%) — джерелом кровотечі було ложе ЖМ. У 2 хворих під час ЛХЕ виникла ситуація, коли відокремити задню стінку ЖМ від ложа без пошкодження печінки було неможливо; її довелося залишити, здійснено електрокоагуляцію слизової оболонки. Слід відзначити, що основні технічні труднощі під час оперативного втручання виникали у пацієнтів

ентів за тривалості гострого періоду понад 6 днів.

З післяопераційних ускладнень інфікування троакарних ран відзначене відповідно у 2 (4,5%) та 1 (2,6%), підтікання жовчі по дренажу з черевної порожнини — у 2 (4,5%) та 4 (10,5%) хворих, тобто, достовірної різниці в групах щодо частоти інтраопераційних та післяопераційних ускладнень не було.

У I групі тривалість лікування після операції становила у середньому ($5,4 \pm 3,48$) дня, у II групі — ($4,8 \pm 4,26$) дня, різниця недостовірною; загальна — відповідно ($9,2 \pm 4,31$) та ($15,1 \pm 3,98$) дня. Різниця достовірною ($p < 0,001$). Збільшення тривалості лікування у стаціонарі зумовлювало збільшення вартості лікування.

В обох групах конверсії не було, всі пацієнти живі.

ВИСНОВКИ

1. ЛХЕ є безпечним методом лікування гострого калькульозного холециститу.

2. При виконанні РЛХЕ тривалість лікування хворого у стаціонарі достовірно менша, вона є економічно більш ефективною.

3. При встановленні діагнозу гострого калькульозного холециститу за відсутності протипоказань пріоритет слід віддавати РЛХЕ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота: наук.—метод. видання. МОЗ України наказ № 297 від 02.04.10; під ред. Я. С. Березницького, П. Д. Фоміна. — К.: ТОВ "Доктор—Медіа", 2010. — С. 209 с.
2. Treatment of acute cholecystitis in Denmark. A questionnaire study / H. Lund, T. Bisgaard, S. Schulze [et al.] // Ugeskr. Laeger. — 2003. — Vol. 27. — P. 4221 — 4223.
3. 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. — Vol. 188, N 5. — P. 463 — 466.
4. Осложнения лапароскопической и открытой холецистэктомии в различные сроки заболевания / С. А. Гешелин, М. А. Каштальян, Н. В. Мищенко [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2008. — № 2. — С. 145 — 148.
5. Дудченко М. А. Метаболический синдром или метаболическая болезнь / М. А. Дудченко // Вісн. укр. мед. стомат. академії. Актуальні проблеми сучасної медицини. — 2006. — Т. 6, № 4 (16). — С. 19 — 22.
6. Некрасов А.Ю. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / А. Ю. Некрасов // Эндоск. хирургия. — 2006. — № 5. — С. 39 — 40.
7. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. — К.: МАККОМ, 2006. — 343 с.
8. Лапароскопическая холецистэктомия: возможные осложнения и их профилактика / В. В. Хацко, А. Д. Шаталов, А. М. Дудин [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2012. — № 4 (19). — С. 62 — 64.
9. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecistitis: Tokyo guidelines / M. Hirota, T. Takada, Y. Kawarada [et al.] // J. Hepatobil. Pancr. Surg. — 2007. — N 14. — P. 78 — 82.
10. American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status [editorial] // Anesthesiology. — 1963. — Vol. 24. — 111 p.

