УДК 61 6.366-002-089.85-072.1 -053.9
М.А. Дудченко, И.А.Гиленко, С.В.Вайдо, М.А.Дудченко

ХИРУРГИЧЕСКОЕ И КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕЦИСТИТОВ

Высшее учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

Вступление. Воспаление желчного пузыря является довольно распространенным заболеванием и имеет тенденцию к постоянному росту. Острым холециститом болеют преимущественно женщины (90%) в возрасте старше 30-40лет (40%). У детей острый холецистит встречается очень редко (7,8%). Острый холецистит в 80-90% случаев развивается при наличии камней в желчном пузыре (острый калькулёзный холецистит). В 10- 20% случаев отмечается бескаменный острый холецистит [7,11]. На Украине в 2005 году было зарегистрировано с холециститом 138136 пациентов, среди них с острым холециститом госпитализировано 29540 пациентов, срочно прооперировано 16995 пациентов. По поводу хронического холецистита подвергнуто операциям 31629 пациентов (МОЗ України, Інститут громадського здоров’я України. Щорічна доповідь про стан здоров’я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію за 2005 рік, 2006 — 226 с.) Представленные данные свидетельствуют о важности проблемы, касающейся холециститов. В тоже время продолжают быть открытыми вопросы о тактике лечения больных с противопоказаниями к операциям при остром деструктивном холецистите и пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, а также методы снижения летальности в условиях хирургического стационара. Весьма дискутабельным в клинической практике является вопрос о целесообразности хирургического лечения холецистита. Если при калькулёзном холецистите, включая случаи с малосимптомным течением, хирурги не только рекомендуют операцию, но и настаивают на ней, то при хроническом бескаменном холецистите отношение к хирургическому лечению весьма сдержанное. Противники операции придерживаются мнения, что удаление желчного пузыря без камней даже при наличии симптомов хронического холецистита необоснованно, так как клинические проявления заболеваний обусловлены либо функциональными расстройствами, либо патологией других органов. Поэтому отсутствие камней в желчном пузыре нередко рассматривается как противопоказание к операции [2,9]. Большинство хирургов все же считают, что основным показанием хирургическому лечению является клиника холецистита и неэффективность длительной консервативной терапии при наличии органических изменении в желчном пузыре [4,6, 10]. А.А.Шалимов [1978] в этом вопросе более категоричен. Он считает, что хирургическому лечению подлежат больные калькулёзным холециститом, а больные бескаменным холециститом - терапевтическому лечению.

Целью исследования явилось изучение эффективности современных методов хирургического и консервативного лечения холециститов.

Объект и методы исследования. Наблюдение проведено на 175 пациентах с холециститами. Среди них находилось с острым калькулёзным холециститом 37,7% пациентов, с острым бескаменным холециститом -12,6% с хроническим калькулезным холециститом было 14,3%, с хроническим бескаменным холециститом - 35,4%. Мужчин было 34, женщин 141. Возраст их составлял до 30 лет - 15, от до 50 лет - 61, старше 51 года - 99 пациентов. Длительность заболевания 1 года отмечено у 47 % пациентов, от 1 до 5 лет - у 34%, от 6 до 10 лет – у 11%, от 11 и более у 8% пациентов.

Независимо от предыдущих исследований все госпитализированные пациенты были подвергнуты клиническому изучению и лабораторно-инструментальным исследованиям, которые позволяли точно установить клинический диагноз. До поступления в клинику у 21 процента пациентов первичное определение холецистита было случайной находкой при исследовании по другим причинам.

Клинические проявления холециститов носили разный характер, как по форме, так и по выраженности наиболее типичных ее проявлений. К ним относились: повышение температуры разной степени, болевой синдром с разным характером проявлений вплоть до желчной колики, диспепсический, вегетативно-невростенический синдромы, лейкоцитоз, увеличение СОЭ, наличие острофазных показателей реакций воспалительного характера, в порции «В» дуоденального содержимого увеличено количество лейкоцитов, кристаллов, на УЗИ — 1-2 конкременты. Степень функции желчного пузыря уточняли с помощью холецистографии. Иа ЭКГ определялись изменения в миокарде, коронарное кровообращение, ритм сердца и проводимость импульсов по проводящей системе.

Выраженность исследуемых показателей зависела от остроты проявления болезни, длительности течения заболевания, наличия конкрементов и деструктивных изменений в желчном пузыре, возраста и пола пациентов.

Пациенты распределены на 2 основные группы. Первую группу (100 человек) доставляли пациенты, которым лечение проводилось хирургическим эндовидеолапароскопическим методом - холецистэктомия и вторая группа 75чел.) подверглась консервативному лечению. Подбор групп определялся показаниями к лечению и решением пациентов о способе лечения.

В отношении оперативного вмешательства при холециститах придерживались общепринятого принципа, заключающегося в том, что показания к лапароскопической операции холецистэктомии такие же, как и для удаления желчного пузыря, открытым методом. Для расширения брюшной полости и фиксации брюшной стенки при лапароскопической холецистэктомии использовали карбоксиперитонеум и изобретенный нами механический зонтичный лапаролифтинг (патент № 26235 от 10.9.07). В то же время учитывали абсолютные и относительные ограничения применения карбоксиперитонеума, который во многом оказывает отрицательное воздействие на целый ряд систем жизнеобеспечения организма [1,3,5,8].

Консервативное лечение холециститов проводилось с учетом индивидуальных особенностей клинического проявления и степени тяжести

течения болезни, выраженности и длительности отдельных симптомов, наличия сопутствующих заболеваний, осложнений, показания и противопоказания лечебных средств.

В начале лечения режим назначали в зависимости от тяжести состояния пациента постельный (№2) или полупостельный (№3). В качестве питания в первые 1-2 дня рекомендовалась разгрузочная диета (творожно-кефирная или рисово-компотная), после уменьшения обострения хронического холецистита назначалась диета № 5.

Купирование болевого синдрома проводили периферическими М-холинолитиками (атропин, платифиллин, хлорозил) или миотропными спазмолитиками (папаверин, Но-шпа, феникаберан). В отдельных случаях применяем нитроглицерин, анальгин, баралгин, промедол, дроперидол.

При этом учитывалось у пациентов наличие гипотонической дискенезии желчного пузыря (ощущение тяжести в правом подреберье, монотонные или ноющие боли, данные УЗИ) и назначались холинокинетики (кукурузное масло или дипромак-кукурузное масло, димексид, прополис, аевит; ксилит или сорбит; метоклопрамид-церукал, реглан). Антибактериальная терапия регламентировалась в основном результатами посеважелчи и чувствительностью микробов к антибиотикам. Использовались ампиокс, макропен, или эритромицин, метрагил, цефалоспоринового ряда, реже применялись другие антибактериальные препараты. К дезинтоксикационной терапии (5% раствор глюкозы, реополиглюкин и др.) приходилось прибегать только при выраженном обострении. Желчегонными средствами служили отвар шиповника, минеральные воды (Миргородская, Березовская и др.).В отдельных случаях, в основном при калькулёзных холециститах, применяли урсосан, урсофальк, хенофальк, хенохол, олиметин. При необходимости использовали симптоматическую терапию.

Результаты исследований и их обсуждение. У 100 пациентов, оперированных эндовидеолапароскопическим методом, установлено четыре клиникоанатомические формы острого холецистита. Среди них были: с катаральным холециститом 11 чел., деструктивным - 46 чел., флегмонозным - 34 чел., гангренозным - 9 чел.

Сопоставляя морфологические изменения с клинической картиной холецистита, четко вырисовывается зависимость проявление течения болезни от выраженности воспалительного процесса в желчном пузыре, длительности заболевания, вовлечения в патологический процесс печени, желчных протоков и наличия конкрементов. У пациентов пожилого возраста часто наблюдалось несоответствие между клинической картиной и патологическими изменениями в желчном пузыре и часто развивались жизненно-опасные осложнения.

Результаты эндовидеолапароскопической холецистэктомии у пациентов с холециститом свидетельствуют, что из 100 пациентов которым проведена холецистэктомия, острый калькулёзный холецистит был у 66 пациентов, острый бескаменный – у 10, хронический калькулезный холецистит - у 19, хронический бескаменный холецистит 5 пациентов. Выявлена закономерность зависимости эффективности операций от методов

фиксации брюшной стенки для увеличения объема полости. Оценка качества проведенной холецистэктомии проводилась по трехбалльной системе: хорошие результаты характеризовались стабильным общем состоянием и отсутствием осложнений удовлетворительные - при незначительном ухудшении общего состояния и проходящих осложнениях, неудовлетворительные при наличии летальных исходов.

При применении зонтичного лифтинга проведена холецистэктомия 58 пациентам (100%), из которых : острым калькулезным холециститом было 65, 5%, с острым бескаменным холециститом - 10,3%, с хроническим калькулёзным - 19%, и с хроническим бескаменным - 5,2% пациентов. С использованием карбоксиперитонеума из 42 пациентов холецистэктомия выполнена соответственно: 66,7%; 9,5%; 19,1%; 4,7%.

В результате проведенных хирургических вмешательств у всех пациентов, которые оперированы с помощью зонтичного лифтинга, отмечены хорошие показатели качества холецистэктомии. У пациентов, которым выполнена холецистэктомия с карбоксиперитонемом оценку «хорошо» получило 92,8 лиц с острым калькулёзным холециститом, 75% - с острым бескаменным холециститом, 87,5% - с хроническим калькулёзным холециститом и 100% - с хроническим бескаменным холециститом. У остальных оперированных с карбоксиперитонеумом и различными нозологическими формами холециститов отмечены удовлетворительные показатели соответственно: 7,2%; 25%, 12,5%. Удовлетворительный результат тэндовидеолапороскопических операций с карбоксиперитонеумом обусловлены в основном осложнениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Обращает на себя внимание и тот факт, что среди оперированных по поводу холециститов с использованием зонтичного лифтинга преобладали более отягощеннье пациенты с сопутствующим и заболеваниями (ожирение, сахарный диабет. ИБС, сердечная недостаточность и др.).

Сроки пребывания в стационаре в длительность потери трудоспособности после проведенных операций отмечены почти в три раза меньше у пациентов, которым при холецистэктомии использовался зонтичный лапаролифтинг, в сравнении с карбоксиперитонеумом.

Продолжительность холецистектомии также была меньше на 12 мин при применении зонтичного лифтинга. Следовательно, приведенные данные изучения методов увеличения брюшного пространства, как одного из важных факторов при выполнении лапароскопических операций на органах с абдоминальной патологией, убедительно показывают значительное преимущество зонтичного лапаролифтинга над карбоксиперитонеумом.

Консервативное лечение холециститов проводилось комплексно с использованием режима в зависимости от тяжести течения, лечебного питания с четом сопутствующих заболеваний и лекарственных средств.

Эффективность консервативного лечения, при котором использовалась комплексная терапия, оценивались также по трехбалльной системе: хороню, удовлетворительно, неудовлетворительно (подвергнутых хирургическому печению).

Хорошие результаты терапии отмечены с острым бескаменным холециститом у 33,4% пациентов, с хроническим калькулёзным

холециститом - 16,6%, с хроническим бескаменным холециститом - у 77,2% удовлетворительную оценку получили соответственно: 16,6%; 50%; 21,1% и неудовлетворительную: 50% ;33,4%; 1,7% пациентов.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что при калькулёзных холециститах консервативные средства имеют крайне ограниченную возможность. Так, хорошие показатели течения имели место при хронической форме калькулёзного холецистита только у 16,6% пациентов, с острым калькулёзным холециститом все пациенты подвергнуты хирургическому методу, а консервативная терапия использовалась как предоперационная подготовка до холецистэктомии. В то нее время при бескаменном холецистите положительные результаты консервативной терапии наблюдались у 93% пациентов. К неудовлетворительной оценке отнесены пациенты, у которых отсутствовали даже удовлетворительные результаты терапии и естественно, они подверглись хирургическому лечению - холецистэктомии с использованием зонтичного лапаролифтинга.

Таким образом, наши исследования полностью согласуются с общими положениями и подтверждают современное направление принципов лечения холециститов, заключающееся в индивидуальном подходе использования хирургических и консервативных методов, но неизменным остается факт, что калькулёзные холециститы необходимо лечить оперативным методом.

Выводы. 1. Эффективность и формы методов лечения холециститов зависит от состояния пациента, тяжести их лечения и наличия осложнений. 2. В настоящее время продолжает оставаться основной принцип, заключающийся в том, что калькулёзные холециститы являются хирургической проблемой а хронические беекаменные холециститы - терапевтической.

Перспективы дальнейших исследований. Проведенные исследования показали необходимость продолжения совершенствования диагностики холециститов в полном ее объеме, исследования по дроблению и растворению конкрементов, по профилактике возникновения и рецидивов заболеваний желчногопузыря, а также внедрения зндовидеолапароскопической хирургии с использованием зонтичного лапаролифтинга в широкую хирургическую практику.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром^холецистите // Клінічна хірургія. - 1S95. - №4. - С, 7-3.

2. Даценко Б.М., Ибишов Ш.Ф., Дегтярев А.О. Хирургическое

лечение острого холецистита у больных группы повышенного риска // Хирургия. - 1991. - Ns7. - С. 98-103.

3. Иваненко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К.(млад.). К вопросу об отношении к конверсии в лапароскопической хирургии желчнокаменной болезни // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 1999. - Т.З. - №3. - С.52.

4. Королев Б,А,, Корепанова Н.В., Козырева Д.Ф. Бескаменный

холецистит как проблема хирургическая // Вест, хирургии им. Грекова, - 1985. - №3. - С. 119-122.

5. Малоштан А.В., Бойко В,В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную
хирургию. - Харьков. - 2005. - 356 с.
6. Милонов О.Б., Помелова Л.А., Фанштейн И.А. Диагностика и хирургическое лечение хронического бескаменного холецистита. // Сов.медицина. - 1985. - №2. - С.99-104.
7. Ничитайло М.Е., Дьяченко В.В., Литвиненко А.Н. Уроки лапароскопической холецистэктомии // Клінічна хірургія. - 2001. - №10. - С.6-9.
8. Скрипниченко Д.Ф., Мамич В.И. Калькулёзный холецистит. - Киев.«Здоров'я» - 1985,- 135 с.
9. Шалимов А.А., Доманский Б.В., Клименко З.А., Шалимов С.А. Хирургия печени и желчных протоков. - Киев,: Здоров'я. - 1975. - 406 с.
10, Meissner A., Huszcza S. Surgical strategy for management of deep venous thrombosis of the lower extremies // World J. Sur g - 1996. - Vol. 20. №9. - P. 1149- 1155.
11, Williams O.L, Veiiacott K.D. Selective operative choagiography and perioperative emlo-Hopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy I viable option for choiedocholitthiases: // Surg. Endosc. - 2002. - Vol. 16. - №3, - P.465-467

ХІРУРГІЧНЕ І КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛЕЦИСТИТІВ

Дудченко М.О., Гіленко І.О., Байдо С.В., Дудченко М.А.

Резюме. Дослідження виконано на 175 пацієнтах з гострим калькульозним (37,7%) і безкам'яним (12,6% холециститом та хронічним калькульозним (14,3%) І безкам'яним (35,4%) холециститом. Оперативне лікування виконано 100 пацієнтам, консервативне - 75 пацієнтам. Внаслідок ендовідеолапароекопічної холецистотомії з використанням карбоксиперитонеума 42 пацієнтам добрі показники з гострим калькульозним холециститом відмічені у 92,8% пацієнтів, з гострим безкам'яним - у 75%; з хронічним калькульозним - у 87,5%,з хронічним безкам'яним холециститом у 100% задовільні відповідно : у 7,2%, 25%; 12,5%; і 0% пацієнтів. При використанні зонтичного лапароліфтинга гарні результати відмічені у всіх 58 пацієнтів.

При консервативному лікуванні 75 пацієнтів з гострим безкам'яним холециститом добру оцінку мали 33,4%, з хронічним калькульозним холециститом: -16,6%, хронічним безкам'яним -77,2%, задовільні показники одержали відповідно : 16,6%; 50%; 21,1% та незадовільно -50%; 33,4%; 1,7% пацієнтів. Всім пацієнтам з незадовільною оцінкою виконано холецистотомію лапароскопічним методом з зонтичним ліфтингом.

Таким чином, лікування пацієнтів з гострим і хронічним калькульозним холециститом слід виконувати методом холецистектомії з використанням зонтичного лапароліфтингу, а пацієнт з хронічним безкам'яним холециститом-консервативної терапії.

Ключові слова: холецистит, хірургічне лікування, консервативне лікування.

UDC 616.366-002-089.85-072.1-053.9

SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT OF CHOLECYSTITIS

Dydchenko M.A., Giienko I.A., Bajdo C.V., Dydchenko M.A.

Summary. Surgical and conservative treatment is leaded on 175 patients with acute calkulosic (37,7 %) and unstone (12,6 %) cholecystitis and chronic calkulosic (14,3%) and unstoned (35,3 %) cholecystitis. Operative treatment has leaded to 100 patients, conservative 75 patients. In result of endovideolaparoscopic cholecistotomia with use carboxiperitoneum (42 чел.) good parameters with acute calkulosic cholecystitis are marked at 92,8 % of patients, with acute unstoned cholecystitis of-75 % with chronic calkulosic 87,5 %, with chronic ealkulosik cholecystitis - at 100 % of patients; satisfactory: 7,2 %; 25 %; 12,5 %; 0 % of patients. At application of umbellate laparolifting, good results are marked at all 58 patients. At conservative treatment of 75 patients with acute unstoned cholecistitis a good estimation have 33,4%, with chronic calkulosis cholecystitis – 16,6%, with chronic unstoned have – 72,2%, satisfactory oarameters have received: 16,6 %; 50 %, 21,1 %; and urisatisfactory - 50 %, 38,4 %, 1,7 % of patients. Conclusions: Treatment with acute and chro: calkulosic cholecystitis must be carried out by a method of laparoscopic cholecistotomia with using umbellate laparolifting, and patients with chronic unstoned cholecystitis - conservative therapy.

Key words: cholecystitis, surgical treatment, conservative treatment.