



А. Г. Шевчук, В. С. Осадець,
В. М. Галюк, В. В. Іванина,
О. М. Дмитрук, Т. П. Василик

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ПАРАВЕЗИКАЛЬНИМ ІНФІЛЬТРАТОМ

Івано-Франківський
національний медичний
університет

© Колектив авторів

Резюме. Проліковано 164 хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом. При виборі хірургічної тактики у цих хворих слід урахувати клінічні прояви захворювання, вік, супровідну патологію, дані додаткових методів дослідження, показники функціонального стану печінки. Операцією вибору є лапароскопічна холецистектомія, яка повинна була проведена в терміни 24—48 годин із часу ушпиталення.

Ключові слова: паравезикальний інфільтрат, лікування, холецистектомія.

Вступ

Гострий холецистит займає друге місце в структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини. Його деструктивні форми часто ускладнюються паравезикальним інфільтратом, який формує стінка жовчного міхура, паравезикальна клітковина, великий чепець, петлі товстої і тонкої кишок. Проблема паравезикального інфільтрату набула особливого значення з широким упровадженням у клінічну практику лапароскопічної холецистектомії. У більшості випадків інфільтрат призводить до технічних труднощів під час операції і часто є причиною пошкодження позапечінкових жовчних шляхів [1, 2].

У літературі немає однозначної думки щодо оптимальних термінів і вибору методу операції у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом. Вважають, що результати операції в основному залежать від термінів її проведення. Прихильники консервативної терапії гострого холециститу й операцію вважають за доцільне проводити тільки після затихання запального процесу. Разом із цим, рання операція забезпечує швидке усунення запального процесу і запобігання ускладнень [3].

Матеріали та методи

Нами проведено клінічне обстеження і лікування 164 хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом. Найчастіше гострий калькульозний холецистит ускладнювався паравезикальним інфільтратом у пацієнтів, старших 51 року. Ці хворі склали 63,4% від усіх обстежених. В ургентному порядку в клініку надійшли 68 (41,5%) хворих, у плановому — 96 (58,5%). 61 (37,2%) хворий був госпіталізований у перші дві доби від початку нападу, через 72 години — 50 (30,4%) хворих. Через чотири і більше діб надійшли на лікування 53 (32,3%) пацієнти. Нами відзначено, що цю категорію склали хворі старших вікових груп (61 і більше років), що, ймовірно, пов'язано з атиповим і прихованим клінічним перебігом захворю-

вання та наявністю супровідних захворювань, які часто маскували перебіг гострого холециститу.

Аналіз захворюваності на різні патоморфологічні форми гострого холециститу свідчив, що у хворих до 40 років гострий гангренозний калькульозний холецистит не траплявся, серед них у 8 (4,9%) було діагностовано катаральний і у 16 (9,76%) — флегмонозний калькульозний холецистит. У хворих у віці 41—60 років переважав флегмонозний калькульозний холецистит. Деструктивні гангренозні форми найчастіше виникали у пацієнтів старших вікових груп. Так, серед 62 хворих старших 61 року у 45 (27,4%) спостерігався гострий флегмонозний і у 17 (10,4%) — гострий гангренозний калькульозний холецистит.

Результати дослідження та їх обговорення

При лікуванні хворих дотримувалися таких тактичних принципів:

1. При встановленні діагнозу гострого калькульозного холециститу, ускладненого паравезикальним інфільтратом, операцію виконували тільки після проведення передопераційної інфузійної і протизапальної терапії, комплексного обстеження.

2. Тривалість передопераційної лікувально-діагностичної підготовки не повинна перевищувати 72 годин від початку захворювання. Ймовірність зворотних змін при деструктивних формах гострого холециститу і розмоктування інфільтрату під впливом консервативної терапії була дуже низькою. Як правило, у цих хворих інфільтрат ущільнювався, що технічно ускладнювало виконання лапароскопічної холецистектомії.

3. Ургентні операції з короткочасною (до 2 годин) передопераційною підготовкою, особливо у хворих старшого віку, є необґрунтованими, оскільки не дозволяли повною мірою провести діагностичні заходи і корекцію супровідної патології та стабілізувати загальний стан хворого. Крім цього, лапароскопічна холецистектомія без адекватної протизапальної підготовки має ряд інтраопераційних технічних труднощів, пов'язаних із посиленою геморагією тканин інфільтрату



і стінки жовчного міхура. Це погіршує візуалізацію правої печінкової вени, елементів шийки жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки.

4. У хворих старечого віку з вираженими ознаками інтоксикації та наявністю щільного болючого інфільтрату в правому підребер'ї слід виконувати лапаротому холецистектомію. Лапароскопічна холецистектомія у цієї категорії пацієнтів у більшості випадків закінчувалася конверсією.

5. Покращення загального стану хворого під впливом консервативної терапії і наявність у нього захворювань, що спричиняють жовчну гіпертензію (гострий біліарний панкреатит, холедохолітаз, холангіт та ін.), вимагало першим етапом проведення декомпресії жовчновивідних шляхів шляхом ендоскопічної папілосфінктеротомії з ретроградною панкреатохолангіографією. Другим етапом проводилася лапароскопічна холецистектомія. При неефективності ендоскопічної декомпресії — лапаротомія.

Методом вибору оперативного лікування хворих на гострий холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом, була лапароскопічна холецистектомія. Лапароскопічна холецистектомія як основний метод лікування була проведена у 123 (75,0%) хворих і у 26 (15,8%) — як другий етап через 24—48 годин після декомпресії жовчновивідних шляхів.

Найбільш простим для технічного виконання лапароскопічної холецистектомії виявлявся інфільтрат у хворих, яких оперували в перші 24 години від початку захворювання. У 58 хворих із них пасмо великого чіпця було щільно спаяне з дном жовчного міхура. В ділянці тіла і шийки інфільтрат був пухким, переважно також формувалася пасмом великого чіпця і легко від'єднувався тупим шляхом або за допомогою діатермокоагуляційного гачка.

У решти 27 хворих, які були прооперовані в перші 24 години, виявляли помірно щільний інфільтрат у ділянці п'ятки жовчного міхура, який був сформований великим чіпцем, гепатодуоденальною зв'язкою, дванадцятипалою кишкою і зрідка — печінковим кутом товстої кишки. Як свідчать наші спостереження, найчастіше такий інфільтрат формувалася при obturaції міхурової протоки конкрементом великих розмірів. При пункції жовчного міхура у цих хворих отримували мутну жовч із домішками фібрину або гній. Зрощення були щільними, роз'єднувалися тільки за допомогою коагуляційного гачка, однак елементи шийки жовчного міхура вдавалося виділити з незначними технічними труднощами.

Більші труднощі під час виконання лапароскопічної холецистектомії траплялися у 57 хворих, прооперованих у терміни до 48 годин. За рахунок вираженої інфільтрації стінки жовчного міхура, реактивних запальних змін у тканинах, які його оточували та щільних зрощень із великим чіпцем, спостерігалися деякі анатомічні особливості.

Жовчний міхур був не грушоподібний, а циліндричний або лійкоподібний, його стінка на розрізі була товщиною 5—10 мм, з атрофованою слизовою і гіпертрофованим м'язовим шаром. Крім того, за рахунок вираженого інфільтрату шийки, який був сформований набряклими жировими напластуваннями, кишеня Гартмана практично не визначалася. Набрякле дно жовчного міхура майже ніколи не виходило за вільний край печінки, що створювало труднощі при тракції міхура.

У 6 (3,7%) хворих виникали ситуації, які змушували нас переходити до відкритої холецистектомії. У 3 (1,8%) із них причиною конверсії був виражений і дуже щільний інфільтрат, який поширювався на шийку жовчного міхура і був фактором ризику пошкодження загальної жовчної і печінкових протоків. Наступними причинами, які змушували нас переходити до конверсії, були: зміна діагнозу в ході операції (підозра на онкологічний процес), синдром Мірізі та технічна неможливість виконання ЛХЕ через конкремент значних розмірів (140x50 мм), який повністю вповнював жовчний міхур і не дозволяв захопити затискачем стінку і виконати тракцію жовчного міхура. У 9 хворих була виконана лапаротомна холецистектомія.

При аналізі операційної тактики в обстежених хворих нами відзначено, що найбільш часто щільний паравезикальний інфільтрат був сформований у пацієнтів, в яких проводили інтенсивну протизапальну терапію 48 і більше годин. Саме в цих хворих виникала потреба в конверсії, часто у цих хворих у результаті неможливої диференціації елементів гепатодуоденальної зв'язки операцію проводили від дна жовчного міхура через труднощі в ідентифікації елементів шийки жовчного міхура. У хворих, у яких консервативна терапія не перевищувала двох діб, інфільтрат був достатньо пухким і піддавався роз'єднанню під час лапароскопії.

Серед післяопераційних ускладнень найбільш частим було підтікання жовчі через дренажі. Воно траплялося у 28 (17,1%) хворих. У всіх хворих холерея тривала 3—5 діб і припинялася самостійно. У 6 (3,7%) хворих спостерігалася геморагія по дренажах. Вона не була інтенсивною і припинилася після призначення внутрішньовенного комплексу гемостатичної терапії. Аналізуючи причини кровотечі, ми відзначили, що сприятливими факторами були: супровідний гепатоз, внутрішньопечінкове розміщення жовчного міхура, аномальне розміщення судин, які кровопостачали міхур, вживання в передопераційному періоді антикоагулянтів і нестероїдних протизапальних препаратів.

У 7 хворих були ускладнення, пов'язані безпосередньо з лапароскопією: у 2 — спостерігали підшкірну емфізему, яка розмокталася самостійно, у 5 — реактивний випітний плеврит із доброякісним перебігом, який не потребував пункції.



У решти були ознаки подразнення вуглекислим газом діафрагми: правобічний френікус-симптом, гикавка й ін. Як правило, вони зникали після повного відновлення кишкової перистальтики.

Висновки

1. Операційне лікування у хворих на гострий калькульозний холецистит, ускладнений паравезикальним інфільтратом, повинно бути проведене в терміни 24—48 годин із часу шпиталізації.

2. Операцією вибору є лапароскопічна холецистектомія, однак у хворих старечого віку з вираженими ознаками інтоксикації та наявністю щільного болочого інфільтрату в правому підребер'ї слід виконувати лапаротомну холецистектомію. Лапароскопічна холецистектомія у таких випадках закінчується конверсією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мішалов В.Г. Мініівазивні втручання при лікуванні хворих з ускладненими формами гострого холециститу / В.Г. Мішалов//Шпитальна хірургія. — 2005. — №3. — С.43—46.

2. Ничитайло М.Ю. Лапароскопічна холецистектомія в умовах гострого холециститу / М.Ю. Ничитайло//Пробл. мед. науки та освіти. — 2005. — №2. — С. 53—55.

3. Перитоніт як ускладнення гострого холециститу/ Б.О. Мільков, О.Л. Кухарчук, А.В. Бочаров, В.В. Білокий. — Чернівці, 2000. — 175 с.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ
ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ
ХОЛЕЦИСТИТОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ
ПАРАВЕЗИКАЛЬНЫМ
ИНФИЛЬТРАТОМ

*А. Г. Шевчук, В. С. Осадец,
В. М. Галюк, В. В. Іваніна,
О. М. Дмитрук, Т. П. Василик*

SURGICAL APPROACH IN
PATIENTS WITH ACUTE
CALCULOUS CHOLECYSTITIS
COMPLICATED
PARAVEZIKUALNIM
INFILTRATE

*A. G. Shevchuk, V. S. Ocadets,
V. M. Galyuk, V. V. Ivanina,
O. M. Dmitruk, T. P. Vasilik*

Резюме. Проведено лечение 164 больных с острым калькулезным холециститом, осложненным паравезикальным инфильтратом. При выборе хирургической тактики следует учитывать клинические проявления, возраст, сопутствующую патологию, данные дополнительных методов исследования, функциональное состояние печени. Операция выбора — лапароскопическая холецистектомия, которая должна быть проведена в сроки 24—48 часов с момента госпитализации.

Ключевые слова: паравезикальный инфильтрат, лечение, холецистэктомия.

Summary. 164 patients with acute calculose cholecystitis, complicated of paravesical infiltrate were treated. For choice of surgical tactic important are clinical picture, age, combined pathology, data of instrumental methods, functional condition of liver. The operation of choosing is laparoscopic cholecystectomy, which have to provided in term from 24 to 48 hours after hospitalization.

Key words: paravesical infiltrate, treatment, cholecystectomy.