



Т.И. Тамм, Б.М. Даценко,
А.П. Захарчук,
К.А. Крамаренко,
В.В. Непомнящий,
С.Б. Кутепов, Аббуд Хамам

*Харьковская медицинская
академия последипломного
образования*

*Городская клиническая
больница № 2, г. Харьков*

© Коллектив авторов

ОБОСНОВАНИЕ СПОСОБА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 441 пациента с различными формами острого холецистита. Установлено, что 65 % пациентов поступили в стационар спустя 24 часа с момента заболевания. Осложненные формы острого холецистита встречались у 63 % больных. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 318 пациентов, традиционная — у 104. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии была в 5 случаев. Установлено, что лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных с неосложненными формами острого холецистита

Ключевые слова: *лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит.*

Современный этап развития абдоминальной хирургии характеризуется широким внедрением в клиническую практику новых высокотехнологических диагностических методов и малоинвазивных хирургических вмешательств, снижающих риск операции и расширяющих возможности хирургического лечения пациентов. Ежегодно в странах СНГ выполняется более 100 тыс. оперативных вмешательств по поводу острого холецистита [2, 3, 4].

Несмотря на заметное улучшение результатов лечения больных ЖКБ, летальность после экстренных операций по поводу острого холецистита, особенно среди больных пожилого и старческого возраста составляет более 20 % [1, 4]. В этой связи до настоящего времени наиболее спорными вопросами в лечении острого холецистита являются сроки выполнения хирургического вмешательства и определение вида операции [2, 3, 4, 5].

Целью исследования является разработка рациональной хирургической тактики и оценка эффективности новых хирургических технологий при лечении больных острым холециститом.

Материалы и методы исследования

За период с 2006 по 2011 г. проведен анализ лечения 441 больного в возрасте от 18 до 79 лет с различными формами острого холецистита. В качестве обследования больным выполняли общеклинический и биохимический анализ крови, а также ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря, внепеченочных желчных ходов и близлежащих органов с целью определения характера их поражения. Основываясь на данных УЗИ, по показаниям выполняли папиллоскопию, а при необходимости — ЭРПХГ. Оперативное вмешательство выполняли под общей анестезией с применением миорелаксантов.

Результаты исследований и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что длительность заболевания варьировала от 5 часов до 7 и более суток. Лишь 50 (11 %) больных были госпитализированы в сроки до 6 часов от начала заболевания. У 108 (24 %) пациентов давность заболевания составляла 6 — 24 часа, а 283 (65 %) поступили в хирургическое отделение позже 24 часов с момента развития острого холецистита. Подавляющее количество поступивших больных (67 %) составили женщины.

По данным морфологического исследования острый простой холецистит после операции обнаружен у 102 (23 %) пациентов, острый флегмонозный — у 250 (57 %) и гангрена желчного пузыря у 89 (20 %) больных. Осложненные формы острого холецистита диагностированы у 167 (38 %) пациентов. При этом местный перитонит был выявлен в 12 (2,7 %) случаях, перивезикальный инфильтрат в 82 (18,7 %) наблюдениях, а у 11 (2,5 %) пациентов был обнаружен перивезикальный абсцесс. В 62 (14,1 %) наблюдениях острый холецистит сопровождался механической желтухой, причиной которой у 19 (4,6 %) пациентов стал стеноз БДС, у 35 (8,5 %) — холедохолитиаз, а у 8 (1 %) она развилась на фоне синдрома Мирризи.

Больные с подтвержденным диагнозом были оперированы в сроки от 6 часов до 5 суток с момента поступления в стационар. При этом 11 (2,5 %) пациентов оперированы в экстренном порядке, 240 (45 %) — в срочном и 230 (52,5 %) — в отсроченном. Распределение больных по срокам и видам оперативных вмешательств представлено в табл. 1.

Пациентам с установленным диагнозом механической желтухи выполнено устранение ее причины с помощью эндоскопического вмешательства. У 19 пациентов со стенозом БДС выполнена папиллосфинктеротомия, причем у 5 из них — атипичным способом. 35 больным



с холедохолитиазом после папиллосфинктеротомии произведена эндоскопическая литотракция с последующим назобилиарным дренированием холедоха. У пациентов с синдромом Мирризи I типа в 5 случаях выполнена лапароскопическая холецистэктомия, а в 3 с синдромом Мирризи II типа – открытая холецистэктомия с пластикой дефекта холедоха.

Таблица 1

Распределение больных по срокам и видам оперативных вмешательств

Вид операции	Сроки выполнения			всего
	экстренная	срочная	отсроченная	
Холецистэктомия	11	44	49	104
Лапароскопическая холецистэктомия		137	181	318
Холецистостомия		19		19
Всего	11	200	230	441

Из общего числа больных у 422 (96 %) больных была выполнена холецистэктомия; среди них 318 – лапароскопическая и 104 – традиционная. У 19 (4 %) больных из-за тяжести общего состояния и прогрессирования местного деструктивного процесса произведена холецистостомия под контролем УЗИ с последующим оперативным вмешательством в плановом порядке.

Анализ полученных результатов лечения больных с острым холециститом показал, что в настоящее время преобладают деструктивные формы воспаления в желчном пузыре, которые наблюдались у 339 пациентов, что составило 76 %. Сроки выполнения оперативного вмешательства и его объем зависят от глубины местных изменений и тяжести общего состояния пациентов. При наличии механической желтухи необходимо ее устранение с использованием малоинвазивных методов. Показанием к лапароскопической холецистэктомии является острый холецистит без вовлечения в воспалительный процесс близлежащих анатомических структур, а именно печени, гепатикохоледоха и поджелудочной железы

Анализируя технические аспекты выполнения лапароскопических операций, необходимо отметить, что применение малоинвазивных хирургических вмешательств в ряде случаев может быть сопряжено с определенными техническими трудностями. Так, при выполнении лапароскопической холецистэктомии в срочном порядке в 1 случае из-за выраженного инфильтрата в области шейки желчного пузыря выпалена конверсия с последующей холецистэктомией из верхнесрединного доступа

У 4 больных, которым выполняли лапароскопическую холецистэктомию в отсроченном порядке в области шейки желчного пузыря, был обнаружен выраженный рубцово-спаеч-

ный процесс. Это потребовало изменения хода операции и выполнения традиционной холецистэктомии.

Наличие перивезикального абсцесса, местного перитонита, признаков головчатого панкреатита, а также синдрома Мирризи II типа требует выполнения холецистэктомии из традиционного доступа. Все выше перечисленные признаки определения объема оперативного вмешательства и конкретных сроков его выполнения хирург получает по данным УЗИ.

Анализ результатов лечения больных острым холециститом показал, что срочная холецистэктомия у пациентов с рыхлым перивезикальным инфильтратом не уступает результатам плановых и отсроченных операций. В этих случаях конверсия операционного доступа, бывает значительно реже, чем у больных, оперированных в отсроченном порядке.

Наши клинические наблюдения показывают, что применение малоинвазивных радикальных хирургических вмешательств у больных острым холециститом дает хорошие результаты, сопоставимые с результатами плановых операций. Широкая лапаротомия у пациентов с исходно высоким операционно-анестезиологическим риском значительно увеличивает операционную агрессию, способствуя возникновению таких осложнений, как острая сердечнососудистая недостаточность, пневмония, почечная недостаточность. В связи с этим у больных острым холециститом необходимо шире использовать малоинвазивные технологии, позволяющие адекватно выполнять оперативные вмешательства, в том числе и при осложненных его формах.

Из 441 больного умерло 8. Послеоперационная летальность составила 1,8 %. Наиболее высокой она была у пациентов после вынужденных экстренных вмешательств у наиболее тяжелой группы пациентов, страдавших сердечной декомпенсацией или легочной недостаточностью. Частота послеоперационных осложнений при этом была 7,4 %.

Сравнительный анализ частоты послеоперационных осложнений, летальности, а также экономической эффективности свидетельствует о преимуществе активной хирургической тактики с применением малоинвазивных оперативных вмешательств у больных острым холециститом, в том числе и его осложненными формами.

Таким образом, активная тактика лечения пациентов с острым холециститом должна базироваться на точных сведениях о характере, распространенности и динамике воспалительного процесса в желчном пузыре и близлежащих органах, которые необходимо получить в течение первых суток с момента госпитализации пациента. Использование метода УЗИ



позволяє отримати достатньо надійну та об'єктивну інформацію та вибрати адекватну ліцену тактику у пацієнтів з острым холециститом.

Выводы

У больных с неосложненными формами острого холецистита операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия не зависимо от возраста.

С целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений миниинвазивные вмешательства должны выполняться до формирования

плотного инфильтрата вокруг пузыря и в зоне гепатодуоденальной связки.

При наличии тяжелой сопутствующей патологии и прогрессировании воспаления в стенке желчного пузыря показана холецистостомия.

При остром деструктивном холецистите, осложненном перивезикальным абсцессом, перитонитом, а также при всех формах острого холецистита, осложненного механической желтухой, которую не удалось разрешить эндоскопически в предоперационном периоде, наиболее рациональным является хирургическое вмешательство из лапаротомного доступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е. Паліативні мініінвазивні технології лікування хворих на гострий холецистит / О.Е. Бобров, Ю.С. Семенюк // Харківська хірургічна школа. – 2002. – № 3 (4). – С. 19 – 23.
2. Бударин В.Н. Лапароскопическая холецистэктомия в экстренной хирургии / В.Н. Бударин // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 35 – 38.
3. Затевахин И.И. Острый холецистит: диагностика и лечение / И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили, Г.Ж. Дзарасова // Вестник РГМУ. – 2000. – № 3. – С. 21 – 26.

4. Седов В.М. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / В.М. Седов, В.В. Юрлов, М.Б. Фишман // Актуальные вопросы грудной, сердечно-сосудистой и абдоминальной хирургии: сборник тез. – СПб.: Человек, 2001. – С. 145 – 146.
5. Сухопара Ю.Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии / Ю.Н. Сухопара, Н.А. Майстренко, В.М. Тришин. – СПб.: ЭЛБИ-СПб. – 2003. – 192 с.

ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ.

*Т.І. Тамм, Б.М. Даценко,
А.П. Захарчук,
К.А. Крамаренко,
В.В. Непомнящий,
С.Б. Кутєпов, Аббуд Хамам*

JUSTIFICATION OF METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS.

*T.I. Tamm, B.M. Datsenko,
A.P. Zakharchuk,
K.A. Kramarenko,
V.V. Nepomniachtchi,
S.B. Kutepov, Abbud Hamam*

Резюме. Проаналізовано результати лікування 441 пацієнта із різноманітними формами гострого холециститу. Встановлено, що 65 % пацієнтів госпіталізовано до стаціонару більше ніж 24 години з моменту захворювання. Ускладнені форми гострого холециститу зустрічались у 63 % хворих. Лапароскопічну холецистектомію виконано у 318 пацієнтів, традиційну – у 104. Встановлено, що лапароскопічна холецистектомія є операцією вибору у хворих на неускладнені форми гострого холециститу.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, гострий холецистит.

Summary. Summary. Results of treatment of 441 patients with various forms of an acute cholecystitis have been analyzed. It is established, that 65 % of patients have arrived in a hospital later than 24 hours from the moment of disease. The complicated forms of an acute cholecystitis observed in 63 % of patients. The laparoscopic cholecystectomy has been executed in 318 patients, traditional – in 104. Conversion in laparoscopic cholecystectomy found in 5 cases. It is established, that laparoscopic cholecystectomy is operation of a choice in patients with uncomplicated forms of an acute cholecystitis.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, an acute cholecystitis.