

В. І. Лупальцов,
К. О. Вандер, А. І. Ягнюк,
С. С. Кітченко

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ДООПЕРАЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПРОТИПОКАЗАНЬ ДО ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ДОСТУПУ ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Резюме. Гострий холецистит залишається однією з найчастіших ургентних патологій — до 10–15 %.

Мета дослідження — поліпшити результати лікування хворих літнього і старечого віку з гострим холециститом шляхом оптимізації вибору типу оперативного втручання на основі критеріїв ультразвукового дослідження паравезикального інфільтрату.

Матеріали і методи. Проведено клінічне дослідження і аналіз результатів хірургічного лікування гострого холециститу у 147 хворих. У усіх випадках причиною гострого холециститу була желчекаменна хвороба. Диференціальні критерії вибору типу операції формувалися до операції за допомогою УЗД гепатопанкреатодуоденальної зони і доплерівським кольоровим картированием кровотоку в стінці жовчного міхура. Залежно від щільності і поширеності, було виділено три типи інфільтрату: рихлий інфільтрат, щільний інфільтрат з чіткою візуалізацією контурів жовчного міхура і щільний інфільтрат з розмитістю контурів жовчного міхура і холедоха.

Висновки. Дослідження виявило найбільш характерні ознаки ультразвукового картирования, на підставі яких вже до операції можна ідентифікувати протипоказання до лапароскопічного доступу. Оптимізація вибору хірургічного доступу дозволяє підвищити безпеку операції і поліпшити безпосередні її результати.

Ключові слова: гострий холецистит, УЗД-діагностика, лапароскопічна операція, протипоказання.

Вступ

Гострий холецистит нині залишається ургентною хірургічною патологією, що найчастіше зустрічається. Питома вага його серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини впродовж ряду років залишається досить високим — 10-15 %.

Лапароскопічна холецистектомія стала стандартним оперативним втручанням в лікуванні гострого холециститу, проте також не позбавлена ряду недоліків, міра яких залежить від правильності дій хірурга. Помилки, що допускаються на діагностичному етапі у осіб літнього і старечого віку, створюють не лише небезпеку при її виконанні, але і призводять до розвитку ускладнень [4-6].

На думку міжнародних експертів (Токуо Guidelines 2018 (TG18) [7]), у разі технічних труднощів при виконанні лапароскопічної холецистектомії, обумовлених перивезикальним інфільтратом, немає необхідності в конверсії, а цілком допустима резекція жовчного міхура замість його повного видалення.

Такий підхід неминує викликає низку запитань:

- який оптимальний об'єм резекції жовчного міхура або який допустимий об'єм тканин, що залишаються;
- яка частота формування жовчних свищів у ранньому післяопераційному періоді і які методи їх попередження;
- яка частота постхолецистектомічного синдрому в найближчі і віддалені терміни після такої операції;
- у яких випадках показана повторна операція і в які терміни.

На жаль, однозначної відповіді на ці питання в рекомендаціях немає.

Мета дослідження — поліпшити результати лікування хворих літнього і старечого віку з гострим холециститом шляхом оптимізації вибору типу оперативного втручання на основі критеріїв ультразвукового дослідження паравезикального інфільтрату.

Матеріали та методи досліджень

Проведений аналіз результатів хірургічного лікування гострого холециститу у 147 хворих. У усіх випадках причиною гострого холециститу була жовчнокам'яна хвороба. Вік пацієнтів



був в діапазоні 65-85 років (чоловіки – 45, жінки – 102). Своєчасно (до 6 годин від початку захворювання) госпіталізовано 39 хворих, до 12 ч – 51, до 24 ч – 42, і пізніше 24 ч – 15 хворих.

В усіх пацієнтів була виявлена супутня патологія (у більшості – два і більше захворювань).

Диференціальні критерії вибору типу операції формувалися до операції за допомогою УЗД гепатопанкреатодуоденальної зони [1, 2, 3] і доплерівським кольоровим картування кровотоку в стінці жовчного міхура (апарат Ultima Pro 30 (Радмир, Україна) з датчиком 3,5 МГц).

Результати досліджень та їх обговорення

Залежно від щільності і поширеності, ми виділяємо три типи інфільтрату.

Перший тип – рихлий інфільтрат, для якого характерна зона помірно підвищеною луногенністю з нечітким контуром і зниженням чіткості васкуляризації гепатодуоденальної зв'язки зі збереженою візуалізацією трубчастих структур.

Другий тип – щільний інфільтрат, який характеризується зоною високої луногенності з розмитим неоднорідним контуром і структурою у вигляді щільних луно-включень, розташованих по зовнішньому контуру жовчного міхура, ближче до його шийки, яка чітко візуалізується.

Третій тип характеризується ще більше вираженою щільністю з гіперлуногенними включеннями у вигляді невеликих смуг розмірами від 0,5 до 1,0 см, розташованих в проекції жовчного міхура і воріт печінки. Візуалізація шийки жовчного міхура і холедоха погана або відсутній, відзначається укорочення видимої частини холедоха.

Виявлені ультразвукові зміни дозволили нам оптимізувати вибір способу оперативного втручання і розподілити хворих на дві групи. Перша група – 120 хворих, яким при виборі оперативного доступу враховували результати УЗД з характеристикою паравезикального інфільтрату. Друга група – 27 хворих, у яких цей чинник не враховувався.

При першому типі паравезикального інфільтрату (рихлий інфільтрат і збережений кровотік в стінці жовчного міхура; 45 хворих (37,5 %) виконувалася лапароскопічна холецистектомія. Лише у одному випадку проведена конверсія доступу із-за атипового анатомічного розташування міхурної протоки.

За наявності другого типу паравезикального інфільтрату (щільний зі збереженою візуалізацією холедоха; 47 хворих (39,2 %) виконана холецистектомія з міні доступу з дрениванням підпечінкового простору. Конверсія була виконана в 2 випадках.

У хворих з третім типом паравезикального інфільтрату (щільний без чіткої візуалізації хо-

ледоха з відсутністю кровотоку в стінці жовчного міхура; 28 хворих (23,3 %) виконувалася холецистектомія з лапаротомного доступу. У час і після операції ускладнень не спостерігалось.

При розширенні холедоха більше 11 мм виконували інтраопераційну холангіографію і, за свідченнями, дренивання холедоха.

У 2-й групі усі втручання починалися з лапароскопічного доступу, і були вдалими в 81,4 % хворих. У 4 випадках при оглядовій лапароскопії констатовані труднощі як з візуалізації трубчастих утворень трикутника Калло, так і наявність щільного інфільтрату, що привело до конверсії у 5 хворих. Ще у 2 хворих цієї групи під час лапароскопічної холецистектомії виникла кровотеча з міхурної артерії, що також зажадало конверсії. У післяопераційному періоді ускладнення спостерігалися у 4 (14,8 %). Більшість ускладнень були гнійно-септичного характеру. Всього померло 3 хворих (1 – в першій групі, 2 – в другій), усі вони були з важкою супутньою патологією.

Золотий стандарт хірургічного лікування гострого холецистити – лапароскопічна холецистектомія, на жаль, може бути реалізована не в усіх випадках у зв'язку з високим ризиком ятрогенних травм. Аналогічна ситуація можлива і при виконанні операції з міні доступу. Найбільш значимою причиною таких клінічних ситуацій є інфільтрат в області жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки.

У таких випадках запропоновано два рішення: конверсія або продовження лапароскопічної операції, але замість холецистектомії виконати резекція жовчного міхура.

Це дослідження пропонує третій варіант – вже до операції визначити протипоказання для лапароскопічного і міні доступів.

Сучасний, розширений варіант ультразвукового дослідження дозволяє виявити об'єктивні ознаки течії запального процесу, які формують технічні труднощі, травматичність, що підвищують, і небезпека холецистектомії з лапароскопічного або міні доступів.

Це дослідження виявило найбільш характерні ознаки ультразвукового картування:

- наявність поширених зон підвищеної луногенності в паравезикальному просторі;
- слабка або відсутня візуалізація шийки жовчного міхура;
- укорочення видимої частини холедоха;
- симптом «суцільної акустичної тіні»;
- динаміка васкуляризації стінки жовчного міхура – відсутність кровотоку при гангренозній формі холецистити або її гіперваскуляризація.

Таким чином, УЗД-об'єктивізація форми запальних змін тканин при гострому холециститі дозволяє вже до операції виявити протипока-

зання для успішного виконання малоінвазивного втручання у осіб літнього і старечого віку.

Висновки

1. Ультразвукове дослідження з доплерівським кольоровим картуванням кровотоку в стінці жовчного міхура дозволяє виявити критерії вибору оптимального типу хірургічного доступу у хворих літнього і старечого віку з гострим калькульозним холециститом.

2. З метою профілактики інтра- і післяопераційних ускладнень показання до малоінвазивних операцій повинні встановлюватися з урахуванням УЗД-даних про щільність перивезикального інфільтрату і стану гепатодуоденальної зв'язки.

3. Оптимізація вибору хірургічного доступу дозволяє підвищити безпеку операції і поліпшити безпосередні її результати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конькова М.В. Допплерографія в діагностиці гострого холециститу // Шпитальна хірургія. 2005. №2. С. 28–31.
2. Лупальцов В.І., Дехтярук І.А. Хірургічна тактика і коригувальна терапія в ранньому післяопераційному періоді у хворих похилого віку с ускладненим гострим холециститом // Клінічна хірургія. 2007. №9 (додат.). С. 76–77.
3. Лупальцов В. И., Ягнюк А. И., Дехтярук И. А. Современные подходы к тактике выбора оперативного лечения острого холецистита // Сучасні медичні технології . 2011. № 3–4. С. 211–213.
4. Осадець В. С. Гострий калькульозний холецистит, ускладнений коломіхуровим інфільтратом, діагностика, лікувальна тактика // Клінічна хірургія. 2006. №11-12. С. 32–33.
5. Причины послеоперационной летальности при остром холецистите и меры по ее снижению / С.Р. Чахмачев, А.П. Уханов, А.С. Ящина, А.И. Игнатъева // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2008. Т.157, №5. С. 76–79.
6. Сочетание операции из минидоступа у больных мультифокальным атеросклерозом и желчнокаменной болезнью / Ф.Ф. Хамитов, Н.В. Верткина, А.Н. Гудков и др. // Хірургія. 2006. №9. С. 25–30.
7. Roheena Z. Panni, Steven M. Strasberg. Preoperative predictors of conversion as indicators of local inflammation in acute cholecystitis: strategies for future studies to develop quantitative predictors // J. Hepatobiliary Pancreat Sci (2018) 25:101–108.



ДООПЕРАЦИОННАЯ
ДИАГНОСТИКА
ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОМУ
ДОСТУПУ ПРИ
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ
ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

*В. И. Лупальцов, К. А. Вандер,
А. И. Ягнюк, С. С. Китченко*

Резюме. Острый холецистит остаётся одной из самых частых urgentных патологий – до 10-15 %.

Цель исследования – улучшить результаты лечения больных пожилого и старческого возраста с острым холециститом путём оптимизации выбора типа оперативного доступа на основе критериев ультразвукового исследования паравезикального инфильтрата.

Материалы и методы. Проведено клиническое исследование и анализ результатов хирургического лечения острого холецистита у 147 больных. Во всех случаях причиной острого холецистита была желчекаменная болезнь. Дифференциальные критерии выбора типа операции формировались до операции с помощью УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны и доплеровским цветным картированием кровотока в стенке жёлчного пузыря. В зависимости от плотности и распространённости, было выделено три типа инфильтрата: рыхлый инфильтрат, плотный инфильтрат с чёткой визуализацией контуров желчного пузыря и плотный инфильтрат с размытостью контуров желчного пузыря и холедоха.

Выводы. Исследование выявило наиболее характерные признаки ультразвукового картирования, на основании которых уже до операции можно идентифицировать противопоказания к лапароскопическому доступу. Оптимизация выбора хирургического доступа позволяет повысить безопасность операции и улучшить непосредственные её результаты.

Ключевые слова: *острый холецистит, УЗИ-диагностика, лапароскопическая операция, противопоказания.*

PREOPERATIVE
DIAGNOSTICS OF
CONTRAINDICATIONS
TO LAPAROSCOPIC
APPROACH AT OPERATIVE
TREATMENT OF ACUTE
CHOLECYSTITIS

*V. I. Lupaltsov, K. A. Vander,
A. I. Yagnyuk, S. S. Kitchenko*

Summary. Acute cholecystitis is one of the most frequent urgent pathology – about 10-15 %.

Purpose of the analysis – to improve the outcomes of the surgical treatment elderly and senile age patients with acute cholecystitis based on ultrasonic method investigation of a perivesical infiltration.

Materials and method. Clinical investigation and the analysis of results of surgical treatment of acute cholecystitis at 147 patients were carried out. In all cases, cholelithiasis was the cause of acute cholecystitis. Differential criteria of the choice of surgical approach were formed before operation with the ultrasonography of a hepatopancreatoduodenal zone and color mapping with Doppler ultrasonography of a blood-circulation in a wall of a gall bladder. Depending on tissue density and spreading of inflammation, three types of infiltrate were identified: friable infiltrate, dense infiltrate with well-defined contours of a gall bladder and dense infiltrate with blurring of contours of a gall bladder and a choledoch.

Conclusion. The research revealed the most characteristic signs of ultrasonography mapping based on which already before operation it is possible to identify contraindications to laparoscopic approach. Optimization of the choice of surgical approach allowed to increase safety of operation and to improve its results.

Key words: *acute cholecystitis, ultrasonic-investigation, laparoscopic operation, contraindications.*