



А. П. Захарчук

Харьковская медицинская академия последипломного образования

© Захарчук А.П.

## ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 873 пациентов с различными формами острого холецистита. Установлено, что 65 % исследуемых поступили в стационар спустя 24 часа с момента заболевания. Осложненные формы острого холецистита встречались у 138 больных. Лапароскопическая холецистэктомия была выполнена у 700 пациентов, традиционная – у 154, холецистостомия – у 19. Конверсия при лапароскопической холецистэктомии была в 19 случаях. Причина конверсии – выраженный воспалительный инфильтрат в области гепатодуоденальной связки. Установлено, что лапароскопическая холецистэктомия является операцией выбора у больных с различными формами острого холецистита.

**Ключевые слова:** лапароскопическая холецистэктомия, острый холецистит, конверсионная холецистэктомия.

### Введение

Значительный прогресс в хирургическом лечении больных желчнокаменной болезнью в последние годы связан с широким внедрением в клиническую практику миниинвазивных технологий. В настоящее время вопрос о выборе операции у большинства больных хроническим калькулезным холециститом практически всегда решают в пользу лапароскопических методик [1, 4].

Вместе с тем к лапароскопическим вмешательствам при осложненных формах острого холецистита отношение многих хирургов остается сдержанным. Длительность острого холецистита свыше 2–3 суток и поздняя обращаемость больных за медицинской помощью увеличивает риск развития гнойно-воспалительных осложнений в зоне желчного пузыря. Объективным фактором, сдерживающим применение лапароскопических вмешательств у этой категории больных, является опасность развития неконтролируемого кровотечения и повреждения внепеченочных желчных протоков, что обусловлено тяжелыми патоморфологическими изменениями в зоне воспалительного процесса и частым переходом на лапаротомию. Изложенные факторы склоняют хирургов в указанных ситуациях к традиционным открытым операциям [2, 5].

Несмотря на заметное улучшение результатов лечения больных ЖКБ, летальность после экстренных традиционных операций по поводу острого холецистита, особенно среди больных пожилого и старческого возраста составляет 7–13,5 % [5]. В этой связи до настоящего времени наиболее спорными вопросами в лечении острого холецистита являются сроки выполнения хирургического вмешательства и определение вида операции [5, 6].

### Цель исследования

Разработка рациональной хирургической тактики и оценка эффективности лапароскопической холецистэктомии в лечении больных осложненными формами острого холецистита.

### Материалы и методы исследований

Проанализированы результаты лечения 873 больных с различными формами острого холецистита в возрасте от 21 до 80 лет, поступивших в клинику в период с 2003 по 2014 г. 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, а также по показаниям папиллоскопию, 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 11 и более суток. Лишь 89 (10 %) больных были госпитализированы в сроки до 6 часов от начала заболевания. У 215 (25 %) пациентов давность заболевания составляла 6 - 24 часа, а 569 (65 %) поступили в хирургическое отделение позже 24 часов с момента развития острого холецистита. Подавляющее количество поступивших больных (67 %) составили женщины.

Среди поступивших острый катаральный холецистит после операции обнаружен у 315 (36 %) пациентов, острый флегмонозный – у 340 (39 %) и гангрена желчного пузыря

у 218 (25 %) больных. Осложненные формы острого холецистита диагностированы у 138 (19 %) пациентов. При этом местный перитонит был выявлен в 56 случаях, перивезикальный инфильтрат в 41 наблюдении, а у 34 пациентов был обнаружен перивезикальный абсцесс. У 7 пациентов с признаками механической желтухи диагностирована одна из форм синдрома Мирризи: камень в шейке пузыря сдавливал холедох, вызывая холестаза на уровне общего печеночного протока.

Больные с подтвержденным диагнозом были оперированы в сроки от 6 часов до 11 суток с момента поступления в стационар. При этом 20 (2,3 %) больных оперированы в экстренном порядке, 430 (50 %) – в срочном и 417 (47,7 %) – в отсроченном.

Холецистэктомия была выполнена 854 (97,8 %) больным: среди них 700 – лапароскопическая холецистэктомия и 154 – традиционная. У 19 (2,2 %) пациентов из-за тяжести общего состояния и прогрессирования местного деструктивного процесса произведена холецистостомия с удалением конкрементов из желчного пузыря.

Ретроспективный анализ полученных результатов лечения больных с острым холециститом показал, что в настоящее время преобладают деструктивные формы воспаления в желчном пузыре, которые наблюдались у 558 пациентов, что составило 64 %. Сроки выполнения оперативного вмешательства и его объем зависят от глубины местных изменений в стенке желчного пузыря, перипузырных осложнений, тяжести общего состояния пациентов, а также времени, прошедшего от начала заболевания.

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 3 случаях из-за выраженного инфильтрата в области шейки желчного пузыря выпалена конверсия с последующей холецистэктомией из верхнесрединного доступа.

У 16 больных, которым выполняли лапароскопическую холецистэктомию в отсроченном порядке, в области гепатодуоденальной связки был обнаружен выраженный рубцово-спаечный процесс, затруднявший четкую визуализацию элементов треугольника Кало. Это потребовало изменения хода операции и выполнения традиционной холецистэктомии.

Наличие перипузырного абсцесса, местного перитонита у пациентов с гангренозными

формами холецистита, поступившими с стационара в более поздние сроки с момента развития заболевания требует выполнения холецистэктомии из традиционного доступа. Все выше перечисленные признаки определения объема оперативного вмешательства и конкретных сроков его выполнения хирург получает во время 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 сердечно-сосудистая 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 873 больных умерло 8. Послеоперационная летальность составила 0,9 %. Частота послеоперационных осложнений при этом была 7,4 %. Наиболее высокой она была у пациентов после вынужденных экстренных вмешательств у наиболее тяжелой группы больных, страдавших сердечной декомпенсацией или легочной недостаточностью.

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 позволяет получить достаточно надежную и объективную информацию и выбрать адекват-



ную лечебную тактику у пациентов с острым холециститом.

### Выводы

1. У больных с неосложненными формами острого холецистита операцией выбора является лапароскопическая холецистэктомия не зависимо от возраста.
2. С целью профилактики интра- и послеоперационных осложнений миниинвазивные вмешательства у пациентов с осложненными формами острого холецистита должны выпол-

няться как можно раньше, до формирования плотного инфильтрата вокруг пузыря и в зоне гепатодуоденальной связки.

3. При наличии тяжелой сопутствующей патологии и прогрессировании воспаления в стенке желчного пузыря показана холецистостомия.
4. При деструктивных формах острого холецистита, осложненных перивезикальным абсцессом или перитонитом с длительным сроком от начала заболевания наиболее рациональным является хирургическое вмешательство из лапаротомного доступа.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Быстров С. А. Обоснование метода оперативного лечения при осложнении желчнокаменной болезни / С. А. Быстров // Аспирантский вестник Поволжья. — 2009. — № 7-8. — С. 80–83.
2. Уханов А. П. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп / А. П. Уханов, А. И. Игнатъев, С. В. Ковалев [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2012. — Т. 18, № 2. — С. 16-20.
3. Хірургічна тактика при лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби у хворих похилого та старечого віку / О. Є Каніковський, О. І. Бондрачук, Я. В. Карий [и др.] // Український журнал хірургії. — 2014. — № 2 (25). — С. 63-66.
4. Хожибоев А.М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / А. М. Хожибоев // Вестник экспериментальной медицины. — 2010. — №4. — С. 94-98.
5. Шевченко Б.В. Критерии выбора и способы холецистэктомии / Б. Ф. Шевченко, А. М. Бабий, А. В. Косинский, Н. В. Пролом // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. — 2009. — Т. 13, № 3. — С. 20-21.
6. Brescia A. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients / A. Brescia [et al.] // Surgeon. —2013. — Vol. 11, Suppl. 1. — P. 514-518.

### ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ РІЗНОМАНІТНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

О. П. Захарчук

**Резюме.** Проаналізовано результати лікування 873 пацієнтів з різними формами гострого холециститу. Встановлено, що 65 % досліджуваних госпіталізовані в стаціонар пізніше 24 години з моменту захворювання. Ускладнені форми гострого холециститу зустрічалися у 138 хворих. Лапароскопічна холецистектомія була виконана у 700 пацієнтів, традиційна — у 154, холецистостомія — у 19. Конверсія за лапароскопічної холецистектомії була в 19 випадках. Причина конверсії — виражений запальний інфільтрат в ділянці гепатодуоденальної зв'язки. Встановлено, що лапароскопічна холецистектомія є операцією вибору у хворих з різноманітними формами гострого холециститу.

**Ключові слова:** лапароскопічна холецистектомія, гострий холецистит, конверсійна холецистектомія.

### RATIONAL CHOICE IN THE TREATMENT OF VARIOUS FORMS OF ACUTE CHOLECYSTITIS

A. P. Zakharchuk

**Summary.** Results of treatment 873 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 acute cholecystitis occurred in 138 patients. Laparoscopic cholecystectomy was performed in 700 patients, traditional - in 154, cholecystostomy - at 19. The conversion during laparoscopic cholecystectomy was in 19 cases. The reason for conversion - pronounced inflammatory infiltrate in the hepatoduodenal ligament. It was found that laparoscopic cholecystectomy is the operation of choice in patients with various forms of acute cholecystitis.

**Key words:** laparoscopic cholecystectomy, acute cholecystitis, cholecystectomy conversion.