



М. П. Захараш,
Ю. М. Захараш,
В. В. Мороз

Національний медичний
університет імені
О. О. Богомольця, м. Київ

© Колектив авторів

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕХОКОНТРОЛЬОВАНИХ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ПОМІРНОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНО-АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНИМ РИЗИКОМ

Резюме. Оновлені у 2013 році міжнародні Токійські рекомендації по лікуванню гострого холангіту та холециститу (TG13) не дають вичерпної відповіді щодо визначення об'єму хірургічної тактики у хворих з високим ОАР і помірним ступенем тяжкості ГХ (Grade II).

Покращення результатів лікування хворих з помірним ступенем тяжкості ГХ (Grade II) та високим ОАР за рахунок оптимізації хірургічної тактики з пріоритетним використання мініінвазивних лапароскопічних та ехоконтрольованих пункційно-дренуючих хірургічних втручань — мета досліджень.

До дослідження було включено 125 хворих на ГХ з помірним ступенем тяжкості (Grade II). Тяжкість загального стану хворих визначалися за шкалою ASA. Хворі були розподілені на Групу 1 (74 хворих) та Групу 2 (51 хворих). В Групі 1 застосовували традиційну активно-вичікувальну тактику, в Групі 2 — на першому етапі лікування паралельно з консервативною терапією виконувалися ехоконтрольовані пункційно-дренуючі втручання, на другому — виконання холецистектомії в плановому порядку.

Диференційований підхід до вибору хірургічної тактики забезпечив можливість виконання радикальних хірургічних втручань на другому етапі лікування після регресу ознак ГХ, що сприяло зниженню частоти конверсій з 25,7 до 11,8 % ($P=0,043$), зменшення кількості післяопераційних ускладнень на 10 %, зменшення частоти виконання релапаротомій з 18,9 до 5,9 % ($P=0,022$) та мінімізувати летальність.

Застосування запропонованого об'єму двоетапної тактики лікування хворих з помірним ступенем тяжкості ГХ (Grade II) та високим ОАР забезпечує суттєве покращення безпосередніх результатів лікування вказаної категорії хворих.

Ключові слова: гострий холецистит, ехоконтрольовані пункційно-дренуючі хірургічні втручання, високий операційно-анестезіологічний ризик.

Вступ

Питання щодо вибору тактики лікування гострого холециститу (ГХ) у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком (ОАР) залишається не вирішеним у повній мірі і до сьогодні. В останні роки окремі аспекти лікувальної тактики при гострому холециститі суттєво змінилися у зв'язку з широким впровадженням у клінічну практику більш досконалих методів діагностики та мініінвазивних хірургічних втручань [5, 7]. Однак їх використання не призвело до значного покращення результатів лікування, про що свідчать значна кількість тяжких ускладнень і високі показники летальності [1]. Крім того, виконання відеоендоскопічних операцій, які стали «золотим стандартом» у лікуванні ГХ, вимагає загальногонеболання, нерідко комбінованого, багато-

компонентного, значною тривалістю, супроводжується тривалим підвищенням внутрішньочеревного тиску, навіть при використанні заощадливих режимів пневмоперитонеуму, що відображується на стані хворого, головним чином на показниках гемодинаміки та компенсаторних реакціях [2, 5]. Збільшення тривалості операції підвищує ризик інтраопераційного пошкодження внутрішніх органів, особливо за ускладненого перебігу ГХ, що зазвичай створює реальну загрозу переходу до конверсії [6]. Вирішенню проблеми покращення безпосередніх результатів хірургічного лікування таких хворих у значній мірі сприяє впровадження малотравматичних пункційних, пункційно-дренуючих втручань під контролем променевих методів дослідження, виконання яких виключає необхідність загальногонеболання

з негативними наслідками, значно зменшує тяжкість, тривалість та травматичність операції, кількість і тяжкість ускладнень, летальність [3]. Недоліком таких мініінвазивних методів є їх паліативний характер, що потребує у подальшому виконання радикальної операції — холецистектомії. Крім того, використання цих методів також супроводжується ускладненнями, що вимагає подальшого удосконалення окремих тактичних і технічних аспектів їх використання [8].

Оновлені в 2013 році Токійські клінічні рекомендації щодо лікування гострого холангіту та холециститу (TG13) [4] стали основою для створення відповідних рекомендацій у США, Великобританії, Росії та інших країнах з урахуванням місцевої системи надання невідкладної хірургічної допомоги. Запропонована в TG13 лікувальна тактика систематизувала використання малоінвазивних методик при лікуванні хворих на ГХ. Проте, дискусія про пріоритетність лапароскопічних і малоінвазивних пункційних та пункційно-дренуючих втручань, особливо у хворих з помірним (Grade II) і тяжким ступенем тяжкості ГХ (Grade III) за класифікацією, представленою в TG13, ведеться і до сьогодні [10]. До того ж, у питанні вибору методу операційного втручання та лікувальної тактики для кожного конкретного хворого, залежно від його ступеня тяжкості супутніх захворювань, і до сьогодні немає однозначних рекомендацій [9].

Мета досліджень

Покращення результатів лікування хворих з помірним ступенем тяжкості ГХ (Grade II) та високим ОАР за рахунок диференційованого підходу до вибору оптимальної хірургічної тактики, етапності виконання хірургічних втручань, пріоритетного використання мініінвазивних лапароскопічних та ехоконтрольованих пункційно-дренуючих операцій.

Матеріали та методи досліджень

У наше дослідження було включено 125 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Київської міської лікарні № 18, яка є клінічною базою кафедри хірургії № 1 НМУ імені О. О. Богомольця, в період з січня 2007 по червень 2015 р. з приводу ГХ. Серед пацієнтів 43 (34,4 %) були чоловіки, 82 (65,6 %) — жінки. Середній вік пацієнтів склав $(72,5 \pm 4,3)$ роки. В усіх пацієнтів було встановлено помірний ступінь тяжкості ГХ (Grade II), який визначався відповідно до класифікації ступенів тяжкості оновлених Токійських клінічних рекомендацій по лікуванню гострого холангіту та холециститу 2013 року (TG13). Тяжкість загального фізичного стану

визначали за шкалою ASA. Залежно від застосованої лікувальної тактики усіх хворих було розподілено на 2 групи: Групу 1 та Групу 2.

До Групи 1 увійшло 74 хворих, при лікуванні яких застосовували активно-вичікувальну тактику. Показаннями до виконання невідкладних (екстрених) операційних втручань, які виконувалися протягом 2–3 годин після встановлення діагнозу, в даній групі були: невідмежований перитоніт, гангренозний холецистит, емфізематозний холецистит, паравезикальний абсцес, внутрішньопечінковий абсцес, емпієма жовчного міхура, паравезикальний інфільтрат. Ці показання відповідають вимогам клінічних рекомендацій TG13. Хворим, у яких не було показань до виконання екстрених операцій, після госпіталізації та встановлення діагнозу ГХ, проводилася консервативна терапія протягом 24 годин, а за відсутності позитивної динаміки та виникненні ускладнень — виконували операцію — лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ); за наявності протипоказань до її виконання чи виникненні показів до конверсії проводили відкриту холецистектомію з лапаротомного доступу (ВХЕ).

До Групи 2 увійшло 51 хворий, яким у перші години після госпіталізації проведення консервативної терапії доповнювалося виконанням мініінвазивних ехоконтрольованих ендобіліарних пункційно-дренуючих втручань, які виконували і за наявності місцевих об'ємних гнійно-запальних ускладнень ГХ. Показаннями до невідкладних операційних втручань (екстрених) протягом 2–3 годин після встановлення діагнозу в даній групі хворих були: невідмежований перитоніт, гангренозний холецистит, емфізематозний холецистит. Їм виконували невідкладну ЛХЕ або ВХЕ.

Пункційно-дренуючі втручання в досліджувальних групах проводили в умовах рентгеноопераційної, яка оснащена УЗ-апаратом Radmir Ultima Pro 30 (Україна), мобільним рентгенологічним апаратом PHILIPS-BV-Libra-C-Arm. Для виконання вказаних втручань використовували стилет-катетерні набори типу «Pig-tail» розміром 6, 9 та 12 F фірми Balton (Польща) та фірми CookMedical (США). Ехоконтрольовані пункційно-дренуючі втручання виконували методикою «freehand» («вільної руки») під місцевою інфільтраційною анестезією (розчином 0,5 % Новокаїну 20 мл). У разі відсутності ефекту протягом 24 годин після застосування мініінвазивних втручань, хворим виконували невідкладну ЛХЕ, за позитивної динаміки, виконували відтерміновану планову ЛХЕ.

Консервативне лікування хворих на ГХ передбачало проведення інфузійної терапії, призначення анальгетиків, протизапальних за-



собів, а також коригуючої терапії дисфункції супутніх захворювань, що призначали лікарі-консультанти суміжних спеціальностей. Вибір антибактеріального препарату здійснювали з урахуванням його фармакокінетики, фармакодинаміки, чутливості, наявності або відсутності та ступеню вираженості ниркової, печінкової дисфункції, з урахуванням рекомендацій TG13. Антибіотикотерапію проводили протягом 7-10 діб. У частини хворих, яким були виконані невідкладні радикальні (ЛХЕ та ВХЕ) та пункційно-дренуючі втручання, корекцію антибіотикотерапії проводили за результатами бактеріологічного посіву крові, жовчі та з урахуванням індивідуальної чутливості до антибіотиків. Для встановлення ефективності проведеного лікування проводили переоцінку діагностичних критеріїв ГХ відповідно до TG13 кожні 24 години з моменту госпіталізації.

Результати досліджень та їх обговорення

Хворі обох груп були репрезентативними за статтю, віком, терміном госпіталізації від початку захворювання, тяжкістю основного захворювання, ступенем компенсації супутніх захворювань та рівнем ОАР наведено в табл. 1.

Усі госпіталізовані хворі мали супутні захворювання, у більшості випадків у декомпенсованому стані, що й зумовлювало високий ОАР, який визначали за шкалою ASA. Пізні терміни госпіталізації (2–3 доба) були причиною тяжкого клінічного перебігу ГХ, розвитку його ускладнень у обох обстежуваних груп хворих.

За структурою та кількістю гнійно-запальних ускладнень ГХ хворі обох досліджуваних груп достовірно не відрізнялись, окрім відсутності у Групі 2 хворих з емпіємою жовчного міхура (табл. 2).

Важливо відзначити, що на момент госпіталізації у 16 (21,6 %) хворих Групи 1 було діагностовано тяжкі форми ГХ, які у подальшому ускладнились гангренозним холециститом у 3 (4,1 %) випадках, емфізематозним холециститом — у 2 (2,7 %), внутрішньопечіновим абсцесом — у 1 (1,4 %), паравезикальним абсцесом — у 3 (4,1 %), паравезикальним інфільтратом — у 1 (1,4 %), емпіємою жовчного міхура — у 2 (2,7 %). Указаним хворим було виконано екстрені операції — холецистектомії. Інші ускладнення ГХ в Групі 1 виникали внаслідок прогресування захворювання на фоні проведення консервативного лікування (табл. 2).

Кількість тяжких форм гострого холециститу у Групі 1 та Групі 2 була також співставною і становила відповідно: 6 (11,8 %) — гангренозний ГХ, 3 (5,9 %) — емфізематозний та 6 (8,1 %) — гангренозний, 4 (5,4 %) — емфізематозний (P=0,509 та P=0,910 відповідно).

У Групі 2 тактика хірургічного лікування передбачала розширення показань до виконання пункційно-дренуючих втручань з приводу гнійно-запальних ускладнень ГХ. Невідкладні (екстрені) операції у Групі 2 виконували лише за наявності або розвитку невідмежованого перитоніту, гангренозного чи емфізематозного холециститу, а у хворих з: паравезикальним інфільтратом, емпіємою жовчного міхура, внутрішньопечіновим чи паравезикальним абсцесом обмежувалися виконанням лише черешкірно-черезпечінкової холецистостомії (ЧЧХцС) у поєднанні з пункційно-дренуючими втручаннями вказаних об'ємних ускладнень на першому етапі лікування. Такі пункційно-дренуючі хірургічні втручання було виконано 12 (23,5 %) хворим Групи 2, що наведено в табл. 2.

Таблиця 1

Загальна характеристика досліджуваних груп хворих

Стать ч/ж	Група 1, (n=74)	Група 2, (n=51)	P
	26/48	17/34	
Вік хворих	72,2±4,1	72,8±4,6	0,351
Терміни госпіталізації, год.	64,3±3,9	65,1±3,1	0,205
Ступінь тяжкості за шкалою ASAII/III	9/65	6/45	0,946
Декомпенсовані супутні захворювання	61 (82,4 %)	43 (84,3 %)	0,781

Таблиця 2

Гнійно-запальні ускладнення ГХ, які виявлено до операції

	Група 1 (n=74)		Група 2 (n=51)		P
	абс. число	частка, %	абс. число	частка, %	
Невідмежований перитоніт	5	6,8	3	5,9	0,843
Внутрішньопечіновий абсцес	1	1,4	2	3,9	0,398
Паравезикальний абсцес	5	6,8	6	11,8	0,353
Паравезикальний інфільтрат	5	6,8	4	7,8	0,820
Емпієма жовчного міхура	5	6,8	—	—	0,022
Всього	21	28,4	15	29,4	0,901

У даній групі на першому етапі лікування хворих на ГХ було виконано 41 (80,4 %) ЧЧХцС, які ускладнились: міграцією дренажа у 4 (7,8 %) хворих, кровотечею в черевну порожнину — у 1 (2,0 %), кровотечею в порожнину жовчного міхура — у 1 (2,0 %). Міграцію дренажу усували за рахунок виконання розробленого в клініці методу редренування жовчного міхура. Для виконання методики в умовах рентгеноопераційної з використанням мобільного рентгенапарату Philips BV Libra C-Arm проводився контроль положення дистального кінця шляхом виконання фістулографії з використанням 30 % розчину Тріомбразу. Якщо дистальний кінець дренажу розташовувався в паренхімі печінки, і дренажний хід контрастувався, то через дренажну трубку в дистальному її напрямку проводили металевий провідник з гнучким дистальним кінцем та гідрофільним покриттям. Поступальними «пошуковими» рухами провідник проводили по дренажній трубці з виходом за її межі через дистальний отвір. Траєкторія руху провідника контролювали рентгенологічно. При проходженні провідника по дренажному каналу в порожнину жовчного міхура по провіднику заводився дренаж до шийки жовчного міхура. Гідрофільний провідник видаляли, проводили повторне введення контрастного розчину Тріомбразу для контролю розташування дренажної трубки, впевненості у відсутності пошкодження цілісності стінки жовчного міхура, підтікання вмісту жовчного міхура по дренажному каналу. Після аспірації контрастної речовини дренаж фіксували до шкіри вузловим швом у місці виходу його через шкіру.

З приводу кровотечі в черевну порожнину, яка виникла у хворого на 2 добу після ЧЧХцС, було виконано екстрену ВХЕ; кровотечу в порожнину жовчного міхура було зупинено консервативними методами.

Широке впровадження мініінвазивних ехоконтрольованих пункційно-дренуючих втручань у Групі 2 призвело до зменшення на

13,7 % ($P=0,005$) загальної кількості виконаних на першому етапі радикальних операційних втручань — холецистектомій, порівняно з Групою 1. У Групі 2 достовірно зменшилась на 74,5 % ($P<0,001$) частота виконання невідкладних операційних втручань та збільшилась на 60,8 % ($P<0,001$) кількість планових операцій, переважно за рахунок більш частого виконання ЛХЕ ($P<0,001$), які в Групі 1 планово не виконувались. Виконання радикального етапу хірургічного лікування в «холодному періоді» супроводжувалося меншою технічною складністю, травматичністю та тривалістю операційного втручання, що зумовило статистично достовірне зниження частоти конверсій з 25,7 % — у Групі 1 до 11,8 % — у Групі 2 ($P=0,043$) (табл. 3).

Термінові втручання за невідкладними показаннями виконувались в Групі 1 у зв'язку зі збереженням або наростанням ознак ГХ чи розвитком його ускладнень впродовж 24 год на фоні проведення адекватного консервативного лікування. Причинами виконання операційних втручань у вказані терміни в Групі 2 було наростання тяжкості клінічного перебігу ГХ у 2 хворих після виконання ЧЧХцС та розвиток кровотечі в черевну порожнину — у 1.

В обох групах відмічалися післяопераційні ускладнення, кількість яких у Групі 2 було на 10 % нижче у порівнянні з Групою 1, проте статистично дана різниця не була достовірною ($P=0,167$) (табл. 4).

Розвиток наведених в табл. 4 післяопераційних ускладнень у Групі 1 в усіх випадках, з найбільшою вірогідністю, було обумовлено виконанням радикальних операційних втручань за невідкладними показаннями на фоні високого ОАР, за наявності гнійно-запальних ускладнень ГХ. З приводу вказаних ускладнень у Групі 1, окрім хворих з госпітальними пневмоніями, виконували повторні операційні втручання (релапаротомії), що призводило до затримки хворих на більш довгий

Таблиця 3

Характеристика операційних втручань, що виконані в досліджуваних групах

	Група 1 (n=74)		Група 2 (n=51)		P
	абс.	відн. %	абс.	відн. %	
Невідкладна (екстренна) операція протягом 2-3 год	16	21,6	10	19,6	0,784
Невідкладна (термінова) операція після 24 год	58	78,4	3	5,9	<0,001
Планові операції (після стихання ознак ГХ)	0	0,0	31	60,8	<0,001
ЛХЕ (невідкладні/планові)	41 (41/0)	55,4	34 (6/28)	66,7	0,202 (<0,001/<0,001)
ТХЕ (невідкладні/планові)	33 (33/0)	44,6	10 (7/3)	19,6	0,002 (<0,001/0,07)
Конверсії	19	25,7	6	11,8	0,043
Релапаротомії	14	18,9	3	5,9	0,022
Не оперовано	—	—	7	13,7	0,005

Структура післяопераційних ускладнень

	Група 1 (n=74)		Група 2 (n=51)		P
	абс.	відн., %	абс.	відн., %	
Невідмежований перитоніт	2	2,7	1	2,0	0,784
Госпітальна пневмнія	8	10,8	2	3,9	0,130
Підпечінковий абсцес	5	6,8	3	5,9	0,843
Білома	4	5,4	1	2,0	0,294
Кровотеча в черевну порожнину	-	-	1	2,0	<0,001
Всього	19	25,7	8	15,7	0,167

термін в хірургічному стаціонарі. При цьому, в Групі 2 повторне операційне втручання виконували лише з приводу невідмежованого перитоніту та кровотечі в черевну порожнину. Хворим, у яких розвинулись підпечінкові абсцеси та біломи було виконано пункційно-дренуючі хірургічні втручання, що дозволило достовірно знизити частоту релапаротомій у даній групі хворих до 5,9 % проти з 18,9 % в Групі 1 (P=0,022). Від радикального етапу лікування відмовились 7 пацієнтів Групи 2 після стихання ознак ГХ.

У Групі 1 померло 3 (4,1 %) хворих. Причиною летального наслідку було в 1 (1,4 %) випадку — розвиток гострого коронарного синдрому, у 2 (2,7 %) — тромбоемболії легеневої артерії. Усім померлим на першому етапі виконували екстрені холцистектомії з приводу тяжких форм ГХ та її ускладнень. В Групі 2 померлих не було.

Висновки

1. Хворі на ГХ помірного ступеня тяжкості (Grade II) похилого та старечого віку з ви-

соким ОАР (ASA \geq III) та декомпенсованими супутніми захворюваннями на першому етапі лікування, паралельно з консервативною терапією, потребують виконання мініінвазивних ехоконтрольованих ендобіліарних пункційно-дренуючих втручань.

2. За наявності у даної категорії хворих перед та післяопераційних гнійно-запальних об'ємних ускладнень пріоритетним є виконання пункційно-дренуючих втручань, що в післяопераційному періоді дозволяє достовірно знизити частоту релапаротомій — з 18,9 до 5,9 % (P=0,022).

3. Широке впровадження пункційно-дренуючих втручань у хворих на ГХ з високим ОАР дозволяє знизити частоту виконання невідкладних радикальних операційних втручань, збільшити частку виконання планових операційних втручань, пріоритетніше — ЛХЕ, знизити частоту конверсій при виконанні радикальних хірургічних втручань з 25,7 до 11,8 % (P=0,043), зменшити показники післяопераційних ускладнень — на 10 % та мінімізувати летальність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конверсия на лапаратомию при лапароскопической холецистэктомии / В. В. Звягинцев, В. П. Горпинюк, Р. А. Ставинский [и др.] // *Анналы хирургии*. — 2010. — № 5. — С. 47–51.
2. Шлапак И. П. Периоперационная инфузионная терапия / И. П. Шлапак, А. Л. Галушка // *Медицина неотложных состояний*. — 2015. — № 1(64). — С. 91–96.
3. Cholecystostomy as Bridge to Surgery and as Definitive Treatment or Acute Cholecystectomy in Patients with Acute Cholecystitis / P. Agnieszka, L. Lars, G. Peter [et al.] // *Gustafsson Gastroenterology Research and Practice*. — 2016. — Vol. 2016. — Available from. URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/3672416>.
4. Cholecystostomy Treatment in an ICU Population: Complications and Risks / A. U. Friedrich, K. P. Baratta, J. Lewis [et al.] // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. — 2016. — № 26(5). — P. 410–416.
5. Clinical outcome for laparoscopic cholecystectomy in extremely elderly patients / S. Lee, B. Na, Y. Yoo [et al.] // *Surg Treat Res*. — 2015. — Vol. 88 (3). — P. 145–151.
6. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery associated with the severity characteristics according to the Tokyo guidelines. / K. Asai, M. Watanabe, S. Kusachi [et al.] // *Surg. Today*. — 2014 Dec; 44(12):2300. — 4. doi: 10.1007/s00595-014-0838-z. Epub 2014 Jan 29.
7. Comparison of Clinical Safety and Outcomes of Early versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: A Meta-Analysis / Min-Wei Zhou, Xiao-Dong Gu, Jian-Bin Xiang [et al.] // *The Scientific World Journal*. — Vol. 2014. — Article ID 274516. — P. 8
8. Non-operative management of acute cholecystitis in the elderly / E. A. Mc Gillicuddy, K. M. Schuster, K. Barre [et al.] // *Br J Surg*. — 2012. — № 99(9). — P. 1254–1261.
9. Tokyo Guidelines Revision Committee / TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis / T. Takada, S. Strasberg, J. Solomkin [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat Sci*. — 2013. — Vol. 20(1). — P. 1–7.
10. Tsuyuguchi T. TG13 indications and techniques for gallbladder drainage in acute cholecystitis / T. Tsuyuguchi, T. Itoi, T. Takada [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat Sci*. — 2013. — Vol. 20 (1). — P. 81–88.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ
ЭХОКОНТРОЛИРУЕМЫХ
ПУНКЦИОННО-
ДРЕНИРУЮЩИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ
ТЯЖЕСТИ С ВЫСОКИМ
ОПЕРАЦИОННО-
АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИМ
РИСКОМ

*М. П. Захараш,
Ю. М. Захараш,
В. В. Мороз*

Резюме. Обновленные в 2013 году международные Токийские рекомендации по лечению острого холангита и холецистита (TG13) не дают исчерпывающего ответа по определению объема хирургической тактики у больных с высоким ОАР и умеренной степенью тяжести ОХ (Grade II).

Улучшение результатов лечения больных с умеренной степенью тяжести ОХ (Grade II) и высоким ОАР за счет оптимизации хирургической тактики с приоритетным использованием миниинвазивных лапароскопических и эхоконтролируемых пункционно-дренирующих хирургических вмешательств — цель исследования.

В исследование были включены 125 больных ОХ со средней степенью тяжести (Grade II). Тяжесть общего состояния больных определяли по шкале ASA. Больные были разделены на Группу 1 (74 больных) и Группу 2 (51 больных). В Группе 1 применяли традиционную активно-выжидательную тактику, в Группе 2 — на первом этапе лечения параллельно с консервативной терапией выполняли эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства, на втором — проводили холецистэктомию в плановом порядке.

Дифференцированный подход к выбору хирургической тактики обеспечил возможность выполнения радикальных хирургических вмешательств на втором этапе лечения после регресса признаков ОХ, что способствовало снижению частоты конверсий с 25,7 до 11,8 % ($P = 0,043$), уменьшению количества послеоперационных осложнений на 10 %, уменьшению частоты выполнения релапаротомий с 18,9 до 5,9 % ($P = 0,022$) и минимизации летальности.

Применение предложенного объема двухэтапной тактики лечения больных со средней степенью тяжести ОХ (Grade II) и высоким ОАР обеспечивает существенное улучшение непосредственных результатов лечения данной категории больных.

Ключевые слова: *острый холецистит, эхоконтролируемые пункционно-дренирующие хирургические вмешательства, высокий операционно-анестезиологическое риск.*



EXPERIENCE OF
ULTRASOUND GUIDED
PUNCTURE-DRAINING
INTERVENTIONS IN
THE TREATMENT OF
PATIENTS WITH ACUTE
CHOLECYSTITIS OF
MODERATE SEVERITY
WITH HIGH OPERATIONAL
AND ANESTHETIC RISK

*M. P. Zakharash,
Yu. M. Zakharash,
V. V. Moroz*

Summary. Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis (TG13) do not provide complete answers how to determine the volume of the surgical intervention while treating patients with high operational and anesthetic risk and moderate severity of acute cholecystitis (Grade II).

To improve treatment results in patients with moderate severity of acute cholecystitis (Grade II) and high operational and anesthetic risk by optimizing the surgical treatment of priority use of mini-invasive laparoscopic and ultrasound guided puncture-draining endo-biliary interventions.

The study included 125 patients with moderate acute cholecystitis (Grade II). The severity of the general physical condition was determined by the ASA scale. Patients were divided into 2 groups: Group 1 (74 patients) and Group 2 (51 patients). Patients from the Group 1 passed active and expectant management, in the Group 2 in the first stage of treatment along with conservative therapy there were performed ultrasound guided puncture-draining interventions and in the second stage – there were performed cholecystectomy in a planned order.

Differentiated approach to the choice of surgical treatment provided the ability to perform radical surgery on the second stage of treatment after acute cholecystitis symptoms regression, thereby reducing the conversion rate from 25.7 to 11.8 % ($P=0.043$), postoperative complications by 10 %, the frequency of relaparotomy from 18.9 to 5.9 % ($P = 0.022$) and minimize mortality.

The use of the proposed volume of two-step treatment in patients with moderate severity of acute cholecystitis (Grade II) and high operational and anesthetic risk provides a significant improvement of direct results of treatment this category of patients.

Key words: *acute cholecystitis, ultrasound guided puncture-draining endo-biliary interventions, high operational and anesthetic risk.*