

© Іванько О. В., *Свиридюк Б. В., **Хоменко І. П.

УДК 616.365-002.1-089±616.367-003.7-06

Іванько О. В., *Свиридюк Б. В., **Хоменко І. П.

ОДНОЕТАПНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, ЯКИЙ УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ (м. Київ)

***Київська міська клінічна лікарня №8 (м. Київ)**

****Українська військово-медична академія МО України (м. Київ)**

Робота є частиною наукової теми кафедри хірургічних хвороб ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ» «Дослідження можливості використання нових технологій при оперативних втручаннях у хворих з поєднаною хірургічною патологією», № державної реєстрації 0103U008727.

Вступ. За даними ВООЗ, близько 10% населення у світі страждає на жовчнокам'яну хворобу, а кількість хворих зростає за кожне десятиліття приблизно у 2 рази і зберігає постійну тенденцію до збільшення [2,4]. Значна частина цих пацієнтів складають хворі похилого та старечого віку. В теперішній час гострий холецистит є одним з найпоширеніших гострих хірургічних захворювань черевної порожнини [7].

На даний час не існує однієї думки щодо тактики лікування хворих похилого та старечого віку з гострим холециститом, який є ускладнений холедохолітазом [9]. Так, за даним деяких вчених застосування одноетапних лапароскопічних втручань в лікуванні холецистохоледохолітазу дозволяє зменшити частоту ускладнень в середньому в 2,5 рази в порівнянні з двухетапною тактикою, а післяопераційну летальність – в 1,5 рази [3]. Є повідомлення про успішне застосування одномоментної лапароскопічної холецистектомії з лапароскопічною трансміхуровою екстракцією конкрементів з холедоу [6]. Інші дослідники вважають зовсім протилежне [1]. За їх даними двухетапні методи оперативного лікування, з попередньою декомпресією жовчних шляхів, збільшують виживаність вікових хворих. Так, на думку Ташкинова Н. В. при гострому холециститі, який ускладнений холедохолітазом, у хворих похилого та старчого віку оптимальним є послідовне застосування ендоскопічної папілосфінктеротомії та лапароскопічної холецистектомії [5]. При невдалих спробах усунення холедохолітазу за допомогою ендоскопічної папілосфінктеротомії показано одночасне виконання лапароскопічної холецистектомії та холедохотомії. Проведені сучасні дослідження вказують на те, що у хворих старечого та похилого віку з гострим холециститом при ASA вище III ступеня показано з початку проведення декомпресії жовчовивідних шляхів методом черезшкірної

черезпечінкової пункції, а потім виконання оперативного втручання [8].

Метою дослідження було покращення результатів хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку, які хворі на гострий калькульозний холецистит, поєднаний з холедохолітазом.

Об'єкт і методи дослідження. Нами було вивчено 74 хворих з гострим холециститом, який був ускладнений холедохолітазом при відсутності перитоніту. Вік пацієнтів становив більше ніж 60 років. Стан досліджуваних пацієнтів дорівнював за шкалою ASA – I-II групи. Тривалість захворювання складала не більше 3 діб, що в більшості випадків виключало наявність щільного інфільтрату печінководванадцятиперстної зв'язки. В залежності від методики оперативного втручання усіх хворих було поділено на дві групи: I група (контрольна) – 36 хворих, яким було виконано одноетапне оперативне втручання – одномоментна холецистектомія з мінідоступу з холедохолітотомією, холедохолітоекстракцією та зовнішнім дренажуванням загальної жовчної протоки; II група (група дослідження) – 32 хворих, яким було виконано одноетапне оперативне втручання – одномоментна лапароскопічна холецистектомія з холедохолітотекстракцією, зовнішнім дренажуванням загальної жовчної протоки. Середній вік хворого в I групі склав – $71,4 \pm 17,8$ роки, в II – $73,1 \pm 15,7$ роки.

Відповідно до протоколів та стандартів надання медичної допомоги хірургічним хворим з гострим холециститом, який ускладнений холедохолітазом, перед виконанням оперативного втручання хворим виконувався весь спектр необхідного клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

Холецистектомію з мінідоступу також як і лапароскопічну холецистектомію виконували за стандартною методикою. Ревізію загальної жовчної протоки при відкритому втручанні проводили шляхом продольної холедохотомії на протязі 6-10 мм. Холедохотомію виконували в супродуоденальній частині загальної жовчної протоки. Після холедохотомії видаляли конкременти, які визначалися візуально або при пальпації шляхом «зціджування», викончати тими щипцями Міріззі або за допомогою катетера Фогорті.

Лапароскопічну холедохоскопічну літоекстракцію проводили при ізольованому поодинокому або множинному холедохолітіазі при відсутності стенозу великого сосочка дванадцятипалої кишки.

Результати досліджень та їх обговорення.

Порівняльна оцінка післяопераційних ускладнень у хворих I та II груп представлена в **таблиці 1**.

Загальна кількість післяопераційних ускладнень спостерігалася в I групі – у 17 хворих (47,2%), в II групі – у 7 (21,9%). Найбільш частим ускладненням була післяопераційна пневмонія, яка спостерігалася у 14 (38,9%) пацієнтів I групи та 7 (21,9%) пацієнтів II групи; та інфікування післяопераційної рани – у 12 (33,3%) пацієнтів I групи та у 2 (6,3) – II групи.

Таблиця 1

Післяопераційні ускладнення у хворих I та II груп

Післяопераційні ускладнення	I група, n-36	II група, n-32
Рецидивуючий холангіт	2	1
Резидуальний холедохолітіаз	4	-
Гострий панкреатит	5	1
Післяопераційна пневмонія	14	7
Інфікування післяопераційної рани	12	2
Підпечінковий абсцес	2	-
Інфаркт міокарда	2	-
Гостра ниркова недостатність	2	1
Сепсис	1	-
Перитоніт	1	-
Всього	45	12

У 4 хворих I групи в ранньому післяопераційному періоді спостерігався резидуальний холедохолітіаз, причиною якого були непомічені під час операції дрібні конкременти загальної жовчної протоки. Серед них двом хворим під час операції було зроблено інтраопераційну холангіографію, але конкрементів у протоках не було виявлено. В подальшому при фістулографії їх було знайдено (**рис.**).

В I групі такого ускладнення не було, що свідчить про ефективність огляду холедохоскопією та видалення

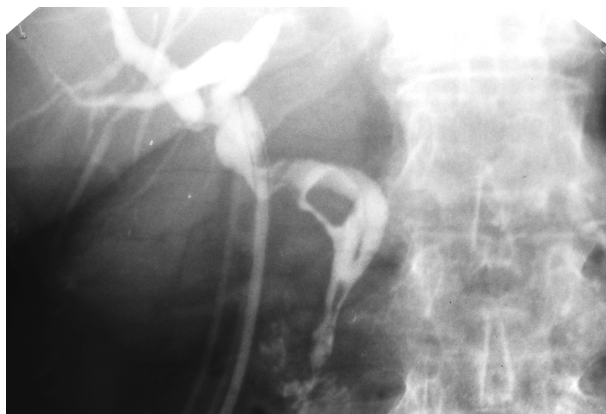


Рис. Фістулографія. Стан після холецистектомії. Конкремент в загальній жовчній протоці

конкрементів під час лапароскопічної холедохоскопії. Загальна кількість ускладнень в I групі склала 45 випадків, в II – 12, що свідчить про перевагу мініінвазивного втручання у профілактиці їх виникнення у ранньому післяопераційному періоді.

Результати порівняльної оцінки лікування хворих I та II груп наведені в **таблиці 2**.

Таблиця 2

Порівняльна оцінка результатів лікування хворих I та II груп

Показник оцінки	I група, n-36	II група, n-32
Кількість померлих (післяопераційна летальність%)	4 (11,1%)	1 (3,1%)
Середній ліжко-день у відділенні інтенсивної терапії, діб	4,7±0,9	3,1±0,6
Середній ліжко-день у відділенні хірургії, діб	21,5±3,1	19,6±2,7
Загальний ліжко-день, діб	26,2±3,8	22,7±3,3
Тривалість призначення анальгетиків після операції, діб	6,3±1,3	3,9±1,2
Тривалість призначення медикаментозної терапії, діб	9,4±1,5	6,8±1,2
Час оперативного лікування, хв.	148,21±13,8	132,7±17,4

Як можна бачити з **таблиці 2**, летальність в I групі була в 3,6 рази вища ніж в II. Середній ліжко-день як у відділенні інтенсивної терапії, так і у відділенні хірургії був декілька вище у пацієнтів I групи, що відповідало тривалості загального ліжко-дня, який склав в I групі 26,2±3,8, а в II – 22,7±3,3 доби. Така невелика різниця більшою мірою була обумовлена необхідністю спостереження за зовнішнім дренажем загальної жовчної протоки. Середній час оперативного лікування пацієнтів I групи склав 148,21±13,8 хв., II – 132,7±17,4 хв. Більшу частину часу оперативного втручання у пацієнтів I групи займала ревізія та видалення конкрементів з загальної жовчної протоки, а у пацієнтів II групи – холецистектомія.

Тривалість призначення анальгетиків після операції була більшою у пацієнтів I групи і складала 6,3±1,3 діб, тоді як в II групі – 3,9±1,2 діб. Відповідно до середньої тривалості призначення анальгетиків, середня тривалість медикаментозної терапії склала в I групі – 9,4±1,5 діб, в II групі – 6,8±1,2 діб.

Вся оперативні втручання як в I, так і в II групі завершувалися дрениванням загальної жовчної протоки. Доступ до загальної жовчної протоки при кінцевому дрениванні через міхурову протоку найбільш безпечний та малотравматичний. Ми застосовували його при широкій міхуровій протоці діаметром не менш як 6-8 мм, коли інструментально було можливо провести ревізію загальної жовчної протоки та видалити конкременти. Обмеження, з якими зустрілися під час спроби доступу до загальної жовчної протоки через міхурову, були наступні: відсутність прохідності міхурової протоки (облітерація протоки або вузька, звиста), невідповідність

розміру конкрементів діаметру протоки, анатомічні особливості сполучення міхурової та загальної жовчної протоки (гострий кут заважав інструментальній ревізії).

В I групі дренування через загальну жовчну протоку було виконано у 19 хворих, в II групі – у 12; через міхурову протоку в I групі – у 17, в II групі – у 18. Середній термін дренування загальної жовчної протоки у пацієнтів I групи склав $30,7 \pm 9,14$ діб, у II – $26,1 \pm 12,58$ діб.

Висновки. При гострому холециститі, який ускладнений холедохолітазом у хворих похилого та старечого віку з загальним станом, який дорівнює за шкалою ASA – I-II групі при тривалості захворювання не більше трьох діб і при відсутності перитоніту є

доцільним застосування одномоментної лапароскопічної холецистектомії з холедохолітотомією та зовнішнім дренуванням загальної жовчної протоки. Використання цього методу в порівнянні з одномоментною холецистектомією з мінідоступу та холедохолітотомією, холедохолітоекстракцією дозволяє зменшити: кількість післяопераційних ускладнень з 47,2% до 21,9%; післяопераційну летальність з 11,1% до 3,1%; тривалість призначення медикаментозної терапії з 9,4 діб до 6,8 діб.

Перспективи подальших досліджень. Впровадження в протоколи лікування хворих гострим холециститом, який ускладнений холедохолітазом методику одномоментної лапароскопічної холецистектомії з холедохолітотомією та зовнішнім дренуванням загальної жовчної протоки.

Література

1. Баулина Е. А. Двухэтапная тактика при холецистите как профилактика эндоскопических и эндохирургических осложнений / Е. А. Баулина, Г. К. Шокаров, А. А. Баулин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. Приложение. Тезисы докладов XVII съезда Российского общества эндоскопических хирургов. – 2014. – № 1. – С. 56-57.
2. Бойко В. В. Прогнозування вираженості спайкового процесу у хворих з лапаротоміями в анамнезі при виборі варіанту холецистектомії // В. В. Бойко, А. О. Кулик, А. Д. Вовк [и др.] // Медицина сьогодні і завтра. – 2010. – № 4. – С. 121-124.
3. Бобоев Б. Д. Результаты одномоментного лапароскопического лечения больных холецистоледохолитиазом / Б. Д. Бобоев // Анналы хирургической гепатологии. – 2012. – № 4. – С. 80-85.
4. Кононенко С. Н. Диагностика механической желтухи и пути повышения эффективности миниинвазивных технологий, направленных на ее ликвидацию / С. Н. Кононенко, С. В. Лимончиков // Хирургия. – 2011. – № 9. – С. 4-10.
5. Ташкинов Н. В. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом, у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. В. Ташкинов, Е. В. Николаев, Н. И. Бояринцев [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 44-46.
6. Chiarugi M. Laparoscopic transcystic exploration for single-stage management of common duct stones and acute cholecystitis / M. Chiarugi, C. Galatioto, L. Decanini [et al.] // Surg. Endosc. – 2012. – № 1. – P. 124-129.
7. Gutt C. N. Acute cholecystitis: primarily conservative or operative approach? / C. N. Gutt // Chirurg. – 2013. – № 3. – P. 185-190.
8. Yun S. S. Better Treatment Strategies for Patients with Acute Cholecystitis and American Society of Anesthesiologists Classification 3 or Greater / S. S. Yun, D. W. Hwang, S. W. Kim [et al.] // Yonsei. Med. J. – 2010. – № 4. – P. 540-545.
9. Zerem E. What is the optimal treatment for acute cholecystitis in elderly patients? / E. Zerem, S. Omerović, Z. Guzin, B. Imlyrović // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. – 2013. – № 6. – P. 749.

УДК 616.365-002.1-089±616.367-003.7-06

ОДНОЕТАПНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ, ЯКИЙ УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТАЗОМ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Іванько О. В., Свиридюк Б. В., Хоменко І. П.

Резюме. У статті викладено результати хірургічного лікування пацієнтів похилого та старечого віку, які хворі на гострий калькульозний холецистит, поєднаний з холедохолітазом. Доведено, що використання одномоментної лапароскопічної холецистектомії з холедохолітотомією та зовнішнім дренуванням загальної жовчної протоки при гострому холециститі, який ускладнений холедохолітазом у хворих похилого та старечого віку з загальним станом, який дорівнює за шкалою ASA – I-II групі при тривалості захворювання не більше трьох діб і при відсутності перитоніту в порівнянні з одномоментною холецистектомією з мінідоступу та холедохолітотомією, холедохолітоекстракцією дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 47,2% до 21,9%; післяопераційну летальність з 11,1% до 3,1%; тривалість призначення медикаментозної терапії з 9,4 діб до 6,8 діб.

Ключові слова: гострий холецистит, холедохолітаз, похилий вік, операція.

УДК 616.365-002.1-089±616.367-003.7-06

ОДНОЕТАПНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ, ОСЛОЖНЕННЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Іванько А. В., Свиридюк Б. В., Хоменко І. П.

Резюме. В статье изложены результаты хирургического лечения пациентов пожилого и старческого возраста, больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом. Доказано, что использование одномоментной лапароскопической холецистэктомии с холедохолитотомией и наружным дренированием общего желчного протока при остром холецистите, который является осложнением

холедохолитиаза у больных пожилого и старческого возраста с общим состоянием, равный по шкале ASA – I-II группе при длительности заболевания не более трех суток и при отсутствии перитонита по сравнению с одномоментной холецистэктомией из минидоступа и холедохолитотомии, холедохолитоэкстракцией позволяет уменьшить количество послеоперационных осложнений с 47,2% до 21,9%; послеоперационную летальность с 11,1% до 3,1%; продолжительность назначения медикаментозной терапии с 9,4 сут до 6,8 сут.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, преклонный возраст, операция.

UDC 616. 365-002. 1-089±616. 367-003. 7-06

One Stage of Surgery for Acute Cholecystitis, Complicated by Choledocholithiasis Patients Elderly and Old Age

Ivanko A. V., Sviridyuk B. V., Khomenko I. P.

Abstract. Acute cholecystitis is one of the most common acute surgical diseases of the abdominal cavity. Most of these patients are sick elderly. At the moment there is no one views on the tactics of treatment of elderly and senile age with acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis.

The purpose of research – to improve the results of surgical treatment of elderly and senile patients with acute calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis.

Materials and methods. 74 patients were studied elderly with acute cholecystitis, which was complicated by the absence of choledocholithiasis peritonitis. Patient age was 60 years. State of the patients studied on a scale equal ASA – I-II group. Disease duration was less than 3 days. Depending on the method of surgery, all patients were divided into two groups: the first group (control) – 36 patients who underwent one-stage surgery – simultaneously with minimal access cholecystectomy choledocholithotomy, holedoholitoekstraktis and external drainage of the common bile duct; the second group (study group) – 32 patients who underwent one-stage surgery – laparoscopic cholecystectomy simultaneously with holedoholitotekstraktis, external drainage of the common bile duct.

Results and consideration of the research. Total number of postoperative complications was observed in the first group – 17 patients (47,2%) in group II – 7 (21,9%). The mean hospital stay was a day in the first group $26,2 \pm 3,8$, the second – $22,7 \pm 3,3$ days. Average time of surgical treatment of patients in group I was $148,21 \pm 13,8$ minutes, II – $132,7 \pm 17,4$ minutes. Duration of use of analgesics after surgery in patients in I group was $6,3 \pm 1,3$ days in II group – $3,9 \pm 1,2$ days. The average duration of medication was in the first group – $9,4 \pm 1,5$ days, in group II – $6,8 \pm 1,2$ days.

Conclusions. Using simultaneous laparoscopic cholecystectomy choledocholithotomy and external drainage of the common bile duct with acute cholecystitis, which is a complication of choledocholithiasis in elderly and senile age at disease duration is not more than three days and in the absence of peritonitis compared with simultaneous cholecystectomy and minimal access choledocholithotomy, choledoholitoekstraktis reduces:

- the number of postoperative complications from 47,2% to 21,9%;
- postoperative mortality from 11,1% to 3,1%;
- the duration of drug therapy appointments from 9,4 days to 6,8 days.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, advanced age, operation.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 10. 06. 2014 р.