

УДК 616.336-002.1-003.7-381-072.1

© О. Б. КУТОВИЙ¹, А. В. МАРТЕМЯНОВ², П. О. ГРИЦЕНКО¹, О. С. ГУБАР², Ю. І. КУЧЕР², І. А. СЛІПКО²ДЗ "Дніпропетровська медична академія МОЗ України"¹, КЗ "Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова"²

Обрунтування ранніх лапароскопічних операцій при гострому калькульозному холециститі

O. B. KUTOVYI, A. V. MARTEMIANOV, P. O. HRYTSENKO, O. S. HUBAR, YU. I. KUCHER, I. A. SLIPKO

SI "Dnipropetrovsk Medical Academy of MPH of Ukraine"¹, MI "Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital by I. I. Mechnykov"²

GROUNDING OF EARLY LAPAROSCOPIC OPERATIONS AT ACUTE STONE CHOLECYSTITIS

Виконано порівняльний аналіз особливостей проведення лапароскопічної холецистектомії, перебігу раннього післяопераційного періоду, а також дано оцінку морфологічних змін стінки видалених жовчних міхурів у 121 хворого на гострий флегмонозний калькульозний холецистит залежно від терміну хвороби. Виявлено статистично достовірне зменшення частоти кровотечі з ложа жовчного міхура, об'єму інтраопераційної крововтрати, часу операції та терміну перебування в стаціонарі у хворих, оперованих в строки до 48 год від початку захворювання.

There was conducted a comparative analysis of specialities of laparoscopic cholecystectomy techniques, early post-operative clinical course, and exploring of gallbladder wall morphological changes for 121 patients with acute phlegmonous stone cholecystitis depending on the term of the disease. It was found the bleeding frequency from gallbladder bedding, volume of blood loss during operation, length of patient hospital stay is lower in group of patients who were operated during 48 hours after disease beginning.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. На сучасному етапі розвитку медицини своєчасна операція в більшості випадків є радикальним та ефективним методом лікування гострого холециститу, а ендовідеохірургічні технології при цьому надійно стверджують себе як безальтернативні (О. Е. Бобров та ін., 2005; П. Г. Кондратенко та ін., 2005). Накопичений світовий досвід і ретельний його аналіз із достовірністю та переконливістю, порівнянними з висновками багаточисельних рандомізованих досліджень, показав не тільки переваги лапароскопічних холецистектомій, але й дозволив систематизувати ускладнення цих операцій, чітко позначити основні їх причини і, відповідно, методи профілактики. Останнє прямо пов'язано з технічними особливостями виконання лапароскопічної холецистектомії і тісно торкається проблеми показань до конверсії та вибору інших технологій (HALS) або доступів (міні-лапаротомія, традиційна лапаротомія) (R. Elazary et al., 2009; В. В. Бойко та ін., 2008). Не викликає сумнівів факт прямої залежності характеру і числа розвитку ускладнень при лапароскопічних холецистектоміях від ступеня деструктивних і проліферативних змін стінок жовчного міхура, а також навколишніх тканин, наявності перитоніту, абсцесів та інших особ-

ливостей розвитку патологічного процесу, які в більшості випадків детерміновані фактором часу (Д. В. Андрющенко, 2005). Таким чином, абсолютно логічним видається твердження доцільності виконання лапароскопічних операцій в якомога більш ранні терміни проявів гострого холециститу (Л. В. Синоверський, 2005; Б. С. Запорожченко та ін., 2004). Додатковим обґрунтуванням цього є те, що "поліпшення" загального стану хворих після проведеної комплексної загальноприйнятої консервативної терапії часто є суб'єктивним і, за даними М. Д. Желіба та ін. (2009), в 27,1 % випадків не відповідає ультрасонографічним даним, які констатують деструктивний характер змін стінок жовчного міхура (М. Д. Желіба та ін., 2009).

Мета роботи: оцінка особливостей і результатів хірургічного лікування гострого калькульозного холециститу, патоморфологічних характеристик стінки жовчного міхура та навколишніх тканин залежно від виконання лапароскопічної холецистектомії в різні терміни розвитку патологічного процесу.

Матеріали і методи. За період з 2007 до 2012 року в клініці перебували на лікуванні 392 хворих на гострий калькульозний холецистит у віці від 24 до

87 років. Середній вік склав ($56,8 \pm 7,1$) року. Серед них жінок було 357 (91,1 %), чоловіків – 35 (8,9 %). 385 (98,2 %) хворих оперовано з використанням ендовідеохірургічних технологій. Показання до ургентних операцій визначали з обов'язковим урахуванням динаміки результатів лабораторних та сонографічних досліджень на тлі стандартної консервативної терапії. 318 хворих оперували протягом першої доби після госпіталізації, при наявності клінічних проявів (стійкий біль, напруження м'язів черевної стінки в правому підбер'ї, позитивний симптом Щоткіна–Блюмберга), ознак синдрому системної запальної відповіді та даних ехотомоскопії, що підтверджують запальні зміни жовчного міхура (потовщення стінок міхура, подвоєння контуру, паравезикальне скупчення рідини). В інших випадках підготовка до хірургічного лікування була пролонгована у зв'язку з тяжкою супутньою патологією, швидким купіруванням проявів печінкової колики, наявністю ознак холедохолітазу та механічної жовтяниці без виражених деструктивних змін жовчного міхура.

Шляхом спрямованої вибірки із загальної сукупності хворих були сформовані три групи, порівнянні за віком, характером супутньої патології, які відрізнялися лише тривалістю розвитку захворювання до операції: I група (n=34) – <48 год; II група (n=41) – 48–72 год; III група (n=46) – >72 год. Критеріями включення були: а) коли вперше проявилися клінічні ознаки гострого калькульозного холециститу; б) флегмонозна форма запалення стінок жовчного міхура.

Порівняльному аналізу піддано особливості проведення операції, перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих різних груп. З метою оцінки морфологічних характеристик стінок жовчного міхура і навколишніх тканин виконано гістологічне дослідження операційного матеріалу із забарвленням препаратів гематоксилином та еозином.

Результати досліджень та їх обговорення. Хворим I і II груп були виконані типові ретроградні лапароскопічні холецистектомії з використанням трьох або чотирьох портів. Серед хворих III групи в одному випадку операція була конверсована і закінчена традиційним шляхом через верхньосерединний доступ. У всіх хворих хірургічні втручання супроводжувались дренажуванням правого підпечінкового простору. На хід операції, в основному, впливали наявність інфільтрату, утвореного жовчним міхуром і пасмом великого сальника, ступінь його щільності, запальні зміни тканин у ділянці кишені Гартмана і гепатодуоденальної зв'язки, а також рівень внутрішньопечінкового заглиблення жовчного міхура. Частота названих внутрішньочеревних змін у хворих різних груп представлена в таблиці 1.

Наведені в таблиці дані досить переконливо свідчать про переваги виконання лапароскопічної холецистектомії в якомога ранні терміни після початку гострого запального процесу з боку жовчного міхура. Ця думка знаходить додаткове пояснення при аналізі результатів гістологічних досліджень операційного матеріалу.

Таблиця 1. Умови та результати проведення операцій у хворих на гострий калькульозний холецистит різних клінічних груп

Критерії	Групи хворих			
	I (n=34)	II (n=41)	III (n=46)	
	1	2	3	
Наявність інфільтрату в ділянці жовчного міхура (абс./%)	10/29,4	23/56,1 p_{1-2}^*	29/63,0 p_{1-3}^{**}	
Необхідність виконання пункції жовчного міхура (абс./%)	5/14,7	11/26,8	9/19,6	
Ускладнення при видаленні жовчного міхура (абс./%)	Перфорація стінки	3/8,8	7/17,1	8/17,4
	Кровотеча з міхурової артерії	-	2/4,9	2/4,3
	Кровотеча з ложа міхура	1/2,9	6/14,6	12/26,1 p_{1-3}^{**}
Тривалість операції (хв)	29,1 \pm 2,2	37,4 \pm 4,3	42,9 \pm 4,5 p_{1-3}^*	
Обсяг крововтрати (мл)	43,5 \pm 3,7	45,4 \pm 3,3 p_{2-3}^*	62,7 \pm 5,1 p_{1-3}^{**}	
Кількість рідини по дренажу (мл)	1-ша доба після операції	55,7 \pm 6,8	113,4 \pm 9,3 p_{1-2}^{**}	98,1 \pm 7,9 p_{1-3}^{***}
	2-га доба після операції	15,8 \pm 2,3	37,5 \pm 3,7 p_{1-2}^{**}	52,4 \pm 4,0 p_{1-3}^{***} p_{2-3}^*

Примітка. Достовірність відмінностей p між показниками у хворих різних груп: * – <0,05; ** – <0,01; *** – <0,001.

При гістологічному дослідженні видалених жовчних міхурів залежно від тяжкості та терміну процесу, спостерігалася картина гострого запалення. У хворих I групи характерними змінами в стінці були виражений набряк, повнокрів'я судин, стази в капілярах, діapedезні крововиливи. У хворих II групи спостерігалася прогресія цих змін, виникнення периваскулярної, а потім і дифузної інфільтрації слизової і підслизової оболонок нейтрофільними сегментоядерними лейкоцитами. У багатьох випадках відзначалася поява ерозій слизової оболонки, аж до утворення обширних виразок. На поверхні виразок часто виявлявся фібринозний ексудат (псевдомембранозний холецистит). У хворих III групи в інфільтраті з'являлися також лімфоцити, плазмочити, еозинофіли і макрофаги, відзначався початок проліферації фібробластів. У цей період наростало вираження лейкоцитарної інфільтрації і вогнищ некрозу, інфільтрат спостерігався у всіх шарах жовчного міхура із залученням серозної оболонки, на якій мали місце відкладення фібрину, що свідчило про підвищені адгезивні властивості стінки міхура.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Single-trocar cholecystectomy using a flexible endoscope and articulating laparoscopic instruments: a bridge to NOTES or the final form? / R. Elazary, A. Khalileh, G. Zamir, M. Har-Lev et al. // *Surgical Endoscopy*. – Vol. 23. – № 5. – 2009. – P. 969.
2. Андрющенко Д. В. Особливості хірургічної тактики у лікуванні хворих на гострий холецистит із наявними поодинокими, множинними та поєднаними ускладненнями захворювання : автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук / Д. В. Андрющенко. – Львів, 2005. – 19 с.
3. Бобров О. Е. Спорное и бесспорное в хирургии острого холецистита / О. Е. Бобров, Ю. С. Семенюк, С. Й. Хмельницький // *Хірургія України*. – 2005. – № 4 (16). – С. 109–116.
4. Желіба М. Д. Застосування ультразвукового дослідження у діагностиці гострої запальної патології зовнішніх жовчовивідних шляхів та його значення для вибору лікувальної тактики / М. Д. Желіба, О. П. Жученко, О. П. Верба // *Хірургія України*. – 2009. – № 4 (32). – С. 51–53.
5. Запороженко Б. С. Диагностические, тактические и технические аспекты лапароскопической хирургии острого холецистита / Б. С. Запороженко, И. Е. Бородаев, О. А. Велюра // *Експериментальна і клінічна медицина*. – Харків, 2004. – № 3. – С. 181–182.
6. Экстренная хирургия желчных путей : руководство для врачей / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, А. Ф. Элин и др. ; под ред. проф. П. Г. Кондратенко. – Донецк : ООО “Лебедь”, 2005. – 434 с.
7. Синоверський Л. В. Обґрунтування активної хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит у віковому аспекті : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук / Л. В. Синоверський. – Тернопіль, 2005. – 18 с.
8. Бойко В. В. Холедохолітаз (діагностика та оперативне лікування) / В. В. Бойко, Г. А. Клименко, О. В. Малоштан : монографія. – Харків : Нове слово, 2008. – 216 с.

Отримано 20.08.12