

КЛІНІКО – СОНОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ І ВИБОРУ СТРОКІВ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

КЛІНІКО-СОНОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ І ВИБОРУ СТРОКІВ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ – На основі аналізу 378 випадків гострого холециститу вивчено специфічність сонографічних ознак деструкції жовчного міхура в поєднанні з даними ехощільності його вмісту і стінки залежно від патоморфологічної форми гострого запалення. За отриманими результатами розроблено алгоритм лікувальної тактики, який виділяє чотири групи пацієнтів з врахуванням прогнозу перебігу патологічного процесу та вибору терміну операції.

КЛИНИКО-СОНОГРАФИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ И ВЫБОРА СРОКОВ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ – На основании анализа 378 случаев острого холецистита изучено специфичность сонографических признаков деструкции желчного пузыря в сочетании с данными эхоплотности его содержимого и стенки в зависимости от патоморфологической формы острого воспаления. Разработано алгоритм лечебной тактики, который выделяет четыре группы пациентов с учетом прогноза патологического процесса и выбора сроков операции.

CLINICAL AND ULTRASOUND CRITERIA OF THE PROGNOSIS OF CURRENT AND CHOICE OF THE OPERATION TERMS FOR PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS – Basing on the analysis of 378 cases of acute cholecystitis investigated the specificity of ultrasound signs of cholic bubble destruction in combination with the data of ultrasound density of its contents and wall depending on the pathomorphologic form of acute inflammation. The algorithm of medical tactics is developed. It selects four groups of the patients considering the prognosis of the pathological process course and choice of the terms of the operation.

Ключові слова: гострий холецистит, сонографічні критерії, лікувальна тактика.

Ключевые слова: острый холецистит, сонографические критерии, лечебная тактика.

Keywords: acute cholecystitis, ultrasound criteria, treatment tactics.

В зв'язку з впровадженням в клінічну практику ультразвукового методу дослідження з'явилися нові можливості об'єктивізації ступені вираженості запальних змін стінки жовчного міхура [1,4].

Застосування даного методу дослідження з високою достовірністю дозволяє визначити морфологічну форму гострого холециститу, інтерпретувати і прогнозувати перебіг патологічного процесу в динаміці дослідження [2,3,5].

МЕТА РОБОТИ Оцінити ефективність ультразвукографічного методу в розробці оптимальної діагностичної і

лікувальної тактики у хворих на гострий холецистит.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Із 378 хворих з гострим холециститом прооперовано 308 пацієнтів.

165 хворих було в віці 20-59 років; у 111 хворих – 60-74 роки; 30 хворих – 75-89 років; 2 хворих – 90 і старше. У 141 пацієнта тривалість каменосійства складала понад 7 років. Екстрено (в межах 3-6 годин) оперовано 24 хворих, терміново (6-24 години) – 151, невідкладно (24-48 годин) – 44 хворих, вимушено (48-72 години) – 64 хворих, планово – (більше трьох діб) – 25 хворих. Консервативно лікувалися 70 хворих.

Оцінювали наступні сонографічні симптоми гострого холециститу: вогнищеві гіпоехогенні зони стінки жовчного міхура; ехопрозора смужка за передньою або задньою стінками жовчного міхура; наявна вільна рідина в підпечінковому просторі і в інших відділах черевної порожнини; подвоєння контура стінки жовчного міхура з відшаруванням слизової у просвіті; подвоєний контур стінок жовчного міхура без відшарування слизової; товщина стінки жовчного міхура більше 5 мм; збільшений жовчний міхур; малий жовчний міхур; відсутність візуалізації шийки жовчного міхура; фіксовані гіперехогенні включення в проекції шийки жовчного міхура або локалізації конкременту в шийці; ехощільність стінки жовчного міхура; ехощільність вмісту жовчного міхура.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Порівняльна оцінка співвідношення результатів 118 макропрепаратів з інтраопераційно і морфологічними показниками сонографічних даних показала, що одноразове ультразвукографічне дослідження при поступленні в 100% випадках достовірно відображає факт гострого запалення жовчного міхура. Однак, достовірність виявлення деструкції стінки жовчного міхура при однократному сонографічному обстеженні складала лише 44%.

З іншого боку, достовірне виявлення деструкції стінки жовчного міхура при динамічному ехографічному обстеженні (кожні 6, 12, 24, 36 годин) з моменту поступлення пацієнтів в стаціонар протягом трьох діб зростав до 100%.

Таблиця 1. Специфічність сонографічних ознак гострого холециститу

Сонографічні ознаки	Специфічність, %
Вогнищеві гіпоехогенні зони стінки жовчного міхура	100%
Ехопрозора смужка за передньою або задньою стінками жовчного міхура	100%
Наявна вільна рідина в підпечінковому просторі та в інших відділах черевної порожнини	100%
Подвоєння контура стінки жовчного міхура з відшаруванням слизової у просвіті	100%
Подвоєний контур стінок жовчного міхура без відшарування слизової	98%
Товщина стінки жовчного міхура більше 5 мм	100%
Збільшений жовчний міхур	88%
Малий жовчний міхур	49%
Відсутність візуалізації шийки жовчного міхура	85%
Фіксовані гіперехогенні включення в проекції шийки жовчного міхура або локалізація конкременту в шийці	86%
Ехощільність стінки жовчного міхура	97%
Ехощільність вмісту жовчного міхура	84%

Для об'єктивізації УЗД картини патоморфологічних форм гострого холециститу визначали ехощільність стінки жовчного міхура та його вмісту. Для статистичних розрахунків використовували показник "М" у гистограмі, який означає максимальну ехощільність у вибраній для дослідження ділянці. Причому, для більшої достовірності кількість точок з даною ехощільністю (показник "МАХ") повинна бути більшою 15%.

Виявлено статистично достовірну різницю між усіма формами гострого холециститу та показниками контролю і

достовірну різницю в ехогенності стінки ЖМ при його гангрені та емпіємі; вмісту ЖМ при флегмоні та емпіємі. За іншими показниками статистично достовірної різниці між різними формами запального процесу ЖМ не виявлено.

Залежно від варіантів ультразвукової симптоматики для визначення лікувальної тактики із врахуванням сонографічного прогнозу перебігу патологічного процесу всі пацієнти з гострим холециститом були розділені на чотири групи.

Таблиця 2. Ехощільність стінки та вмісту жовчного міхура у хворих на гострий холецистит

	Ехощільність, Дб	
	вмісту жовчного міхура	стінок жовчного міхура
Контроль	4,3±0,6	14,6±2,5
Г.флегмонозний холецистит	10,6±1,7 p < 0,01; p ₁ > 0,05; p ₂ < 0,05	40,2±5,8 p < 0,001; p ₁ > 0,05; p ₂ > 0,05
Г.гангренозний холецистит	13,3±2,2 p < 0,01; p ₃ > 0,05	27,2±3,8 p < 0,05; p ₃ < 0,05
Емпієма жовчного міхура	17,5±2,1 p < 0,001	46,3±5,1 p < 0,001

p – статистична достовірність з контролем;

p₁ – статистична достовірність між показниками при флегмонозному та гангренозному холециститі;

p₂ – статистична достовірність між показниками при флегмонозному холециститі та емпіємі жовчного міхура;

p₃ – статистична достовірність між показаннями при гангренозному холециститі та емпіємі жовчного міхура.

I група (24 хворих) – із сонографічною картиною гострого холециститу з перивезикальним абсцесом, місцевим і поширеним перитонітом. Специфічною ультразвуковою ознакою є поява ехопрозорої смужки за передньою або задньою стінками жовчного міхура, наявна вільна рідина, що візуалізувалася в підпечіноковому просторі та інших ділянках черевної порожнини.

Всі хворі даної групи ультразвукової картини були прооперовані в екстреному порядку до трьох годин при I-II класах операційно-анестезіологічного ризику (ОАР) і до 6 годин при III-IV класах ОАР.

II група хворих (151 хворий) – гострий холецистит з некупірованим гострим нападом або “гострою обтурацією” після проведеної консервативної терапії при наростанні (в динаміці через 6-12 годин) клініко-сонографічних ознак запальних деструктивних змін жовчного міхура або панкреатобіліарних ускладнень.

Сонографічними критеріями прогресування гострого запального локального процесу були: збільшення розмірів жовчного міхура у 88%; потовщення стінки жовчного міхура більше 5 мм у 100%; наявність фіксованих гіперехогенних структур в проекції шийки жовчного міхура 87,5%, подвоєння контуру стінок жовчного міхура без відшарування слизової – 98%, а з відшаруванням слизової – 100%. Ехощільність стінки жовчного міхура більше 20 Дб – 97%, а вмісту жовчного міхура більше 10 Дб – 84%.

Незалежно від класу операційно-анестезіологічного ризику всі пацієнти були прооперовані терміново в межах 6-24 годин.

III група – (108 хворих). Це хворі на гострий холецистит при купірованому “гострому нападі або гострій обтурації” із суб’єктивно вигаданим покращенням загального стану від консервативної терапії, але при збереженні (в динаміці дослідження) сонографічних ознак локально запально-деструктивного процесу жовчного міхура.

При аналізі динаміки (через кожні 6 і 12 годин) сонографічних симптомів запально-деструктивних змін в жовчному міхурі виявлено наступне: збільшення жовчного міхура зберігалось у 78,8%, потовщення стінки жовчного міхура (більше 5 мм) – у 100%; наявність фіксованих гіперехогенних структур в проекції шийки жовчного міхура у 86%; подвоєння контура стінок жовчного міхура без відшарування слизової – 98%; відсутність візуалізації шийки жовчного міхура – 85%; ехощільність стінки жовчного міхура більше 20 Дб – 97% , а ехощільність вмісту жовчного міхура більше 10 Дб – 84%.

Суб’єктивно хворі почуваються значно краще, однак об’єктивно больовий синдром в правому підребер’ї дещо зменшився, але зберігався, жовчний міхур був помірно болючий, напруження м’язів передньої черевної стінки в правому підребер’ї – незначне, симптом Блюмберга в правому підребер’ї був сумнівним, або відсутнім. 70 хворих при I-II класах ОАР були прооперовані в невідкладному порядку в строки 24-48 годин, а 52 хворих з III-IV класами ОАР були оперовані в строки 48-72 години – вимушені операції.

IV група (– 95 хворих) – з гострим холециститом та купірованим гострим нападом і при нормалізації (в динаміці) сонографічних ознак локальних запальних змін жовчного міхура.

Даний варіант сонографічно характеризувався збільшенням розмірів жовчного міхура при першому дослідженні у 100% і його скорочення через 12 годин після проведеної консервативної терапії у 100%. Стінка жовчного міхура однорідна, з рівним контуром, ущільнена, потовщена до 4 мм. У даної категорії хворих успіх від проведеної консервативної терапії очевидний. 25 хворих з I-II класами ОАР були прооперовані в плановому порядку, а 70 – з III-IV класами ОАР, або в зв’язку з відмовою від операції – лікувалися консервативно.

ВИСНОВКИ Виділення специфічних сонографічних критеріїв гострого холециститу і деструкції стінки жовчного міхура та застосування запропонованого лікувально-тактичного алгоритму дозволило індивідуалізувати вибір терміновості операції з врахуванням операційно-анестезіологічного ризику у хворих літнього та старечого віку.

1. Дзюбановський І.Я., Синоверський Л.В., Семків А.Л., Носко В.Л. Хірургічне лікування хворих на гострий холецистит із супровідним цукровим діабетом // Шпитальна хірургія –2001. – №3 (додаток). – С. 30-32.

2. Захараш М.П., Семендей М.І., Захараш Ю.М. Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гострому холециститі? // Шпитальна хірургія.– 2001.– №2.– С. 47-49.

3. Палиєнко Р.К., Шило В.Т. Ультразвуковое исследование желчных протоков // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. – 1998. – №2. – С. 73-78.

4. Перфильев В.В., Сивоконь Н.Н., Ковалева А.С. Ультразвуковая диагностика острого холецистита // Хирургия. – 1998. – №5. – С. 21-25.

5. Cameron I.C., Chadwick C, Phillips J, Jonnson A.G. Current practice in the management of acute cholecystitis. Br J. Surg. – 2000. – Mar. 87 (3). – P. 362-373.