

Аннотация. Проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения 82 пациентов по поводу острого холецистита, которым осуществлено «раннюю» (РЛХЕ) или «плановую» (ПЛХЕ) лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЕ) в хирургическом отделении за период с 2012 по 2014. Результаты анализа свидетельствовали, что ЛХЕ можно выполнить в любые сроки от начала острого холецистита. Однако, приоритет следует отдавать РЛХЕ, что обеспечивает достоверное уменьшение продолжительности лечения больного в стационаре и является экономически более эффективной.

Ключевые слова: острый холецистит хирургическое лечение; лапароскопия; холецистэктомия.

Annotation. The comparative analysis of results of surgical treatment of 82 patients with acute cholecystitis, which made «early» (ELCE) or «planned» (PLCE) laparoscopic cholecystectomy (LCE) in the surgical department for the period from 2012 to 2014. The analysis showed that LCE can be set in any time from the beginning of acute cholecystitis. However, priority should be given ELCE, providing significant reduction in duration of treatment of patients in hospitals and is more cost effective.

Key words: acute cholecystitis; surgical treatment; laparoscopy; cholecystectomy.

Введение. В России заболеваемость на острый холецистит занимает третье место в структуре острых заболеваний органов брюшной полости. В 94 - 96% пациентов причиной возникновения острого холецистита является желчнокаменная болезнь. Холецистэктомия является радикальным методом лечения. У 20% больных холецистэктомию выполняют по поводу острого холецистита [1, 2]. ЛХЕ является методом выбора при остром калькулезном холецистите, однако, дискуссионным является вопрос относительно оптимальных сроков ее выполнения [3 - 5]. Существуют две принципиальные

тактики лечения: «ранняя» холецистэктомия и консервативная терапия с последующей «плановой» холецистэктомией [6, 7]. Каждая из них имеет своих сторонников и противников. В связи с этим, пересмотр тактики лечения больных по поводу острого калькулезного холецистита является актуальным.

Цель исследования: сравнить результаты лечения больных по поводу острого неосложненного калькулезного холецистита, которым осуществлено РЛХЕ, и тех, которым проведено консервативную терапию с последующей ПЛХЕ.

Материалы и методы исследования. Проведенный ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 82 больных с острым калькулезным холециститом возрастом от 35 до 79 лет, в среднем ($51,7 \pm 4,84$) года. Женщин было 70 (85,4%), мужчин - 12 (14,6%). Больные оперированы в хирургическом отделении № 2 в период с 2012 по 2014 г.. (табл. 1)

Таблица 1- Распределение больных за возрастом

Возраст, лет	Количество больных в группах				Вместе	
	I		II			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
21-30	2	4,5	1	2,6	3	3,7
31-40	4	9,1	3	7,9	7	8,5
41-50	18	40,9	10	26,3	28	34,1
51-60	11	25	18	47,4	29	35,4
61-70	6	13,7	4	10,5	10	12,2
71 и старше	3	6,8	2	5,3	5	6,1
Вместе	44	100	38	100	82	100

Больные, у которых осуществлена РЛХЕ, включены в I группу, в которых выполнена ПЛХЕ - во II группу.

Диагноз устанавливали на основе критериев Токийского руководства

по диагностике и лечению острого холецистита (TG13) [9]. Диагностические критерии приведены в табл. 2.

Таблица 2 – Диагностические критерии острого холецистита (за токийским руководством TG13)

А. Признаки локального воспаления		
1. Симптом Мерфи	2. Инфильтрат/ боль/ напряжение в правом верхнем квадранте живота	
В. Признаки системного воспаления		
1. Гипертермия	2. Повышение уровня С-реактивного протеина	3. Лейкоцитоз
С. Результаты визуализации: УЗД (или КТ) признаков острого холецистита		
Предварительный диагноз: один пункт с критериев А+ один пункт с критериев В Окончательный диагноз: один пункт с критериев А+ один пункт с критериев В+С Острый гепатит, другие острые заболевания органов брюшной полости и хронический холецистит должны быть исключены		

У всех больных после госпитализации оценивали тяжесть состояния по шкале Американского общества анестезиологов (ASA) [10], проводили общеклинические и биохимические анализы крови и мочи, коагулограмму, электрокардиографию (ЭКГ), рентгенологическое исследование легких, ультразвуковое исследование (УЗИ), при необходимости - компьютерную (КТ) и магниторезонансную (МРТ) томографию.

Группы сопоставимы по возрасту, полу, тяжести состояния больных, клиническими формами воспалительного процесса. При подтверждении диагноза острого холецистита пациентам предлагали выполнения оперативного вмешательства - ЛХЕ. Решение о выборе РЛХЕ или ПЛХЕ принимал хирург.

РЛХЕ выполняли в сроки до 72 ч. после госпитализации больного или 7 дней от появления первых симптомов. ПЛХЕ осуществляли во время второй госпитализации, не менее чем через 4 нед. от появления симптомов.

Пациенты, выписаны после консервативной терапии, в которых возник рецидив, повторно госпитализированы и осуществлено срочную ЛХЕ, включенные во II группу для анализа.

Все операции выполняли с использованием лапароскопической аппаратуры фирмы «ЭЛЕПС» (Казань), с эндотрахеальным наркозом, с установлением четырех портов в американском варианте.

Статистический анализ результатов исследования проведен по стандартной методике. Достоверными считали значение $p < 0,05$. Использовали компьютерное программное обеспечение SPSS 22 для Windows 7 (SPSS Inc.).

Результаты. Катаральный холецистит диагностирован у 34 (41,4%), флегмонозный - у 35 (42,7%), гангренозный - у 13 (15,9%) пациентов (табл. 3).

Таблица 3 – Клинические формы калькулезного холецистита в группах

Острый холецистит	Количество больных в группах				Вместе	
	I		II		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Катаральный	13	29,5	21	55,3	34	41,4
Флегмозный	22	50,0	13	34,2	35	42,7
Гангренозный	9	20,5	4	10,5	13	15,9
Вместе	44	100	38	100	82	100

Почти у 50% больных обеих групп желчный пузырь был отключен.

Серозный и серозно-фибринозный местный перитонит диагностирован у 10 (22,7%) больных I и у 4 (10,5%) - II группы.

У большинства больных к операции проведено консервативную терапию, что считали предоперационной подготовкой. Всем пациентам внутривенно вводили антибиотики широкого спектра действия сразу после госпитализации. По показаниям проводили неспецифическую или

специфическую профилактику тромбозомболических осложнений.

Продолжительность РЛХЕ составляла в среднем ($56,4 \pm 18,63$) мин, ПЛХЕ - ($49,7 \pm 23,05$) мин. Разница около 7 мин. не является достоверной.

У больных II группы чаще проявляли инфильтративный и инфильтративно-спаечный процесс в гепатопанкреатодуоденальной зоне, рубцовые сращения с органами окружающего желчного пузыря (ЖП).

В 15 (18,3%) пациентов возникли значительные технические трудности при выполнении оперативного вмешательства, в 4 (4,9%) из них они связаны с образованием абсцессов в области желчного пузыря; в 4 (4,9%) - обнаружен плотный воспалительный инфильтрат вокруг желчного пузыря; в 5 (9,1%) - массивное кровотечение, в 3 (3,7%) - кровотечение из поврежденной пузырной артерии или ее ветвей; в 2 (2,4%) - источником кровотечения было ложе желчного пузыря. У 2 больных во время ЛХЕ возникла ситуация, когда отделить заднюю стенку желчного пузыря от ложа без повреждения печени было невозможно: ее пришлось оставить, осуществлено электрокоагуляцию слизистой оболочки. Следует отметить, что основные технические трудности при оперативном вмешательстве возникали у пациентов с продолжительности острого периода более 6 суток.

С послеоперационных осложнений инфицирование троакарных ран отмечено соответственно у 2 (4,5%) и 1 (2,6%), подтекание желчи по дренажу из брюшной полости - у 2 (4,5%) и 4 (10,5%) больных, то есть, достоверной разницы в группах по частоте интраоперационных и послеоперационных осложнений не было.

В первой группе продолжительность лечения после операции составляла в среднем ($5,4 \pm 3,48$) дня, во II группе - ($4,8 \pm 4,26$) дня, разница недостоверна; общая - соответственно ($9,2 \pm 4,31$) и ($15,1 \pm 3,98$) дня. Разница достоверна ($P < 0,001$). Увеличение продолжительности лечения в стационаре приводило к увеличению стоимости лечения. В обеих группах конверсии не

было, все пациенты живы.

Выводы.

1. ЛХЕ является безопасным методом лечения острого калькулезного холецистита.

2. При выполнении РЛХЕ продолжительность лечения больного в стационаре достоверно меньше, она является экономически более эффективной.

3. При установлении диагноза острого калькулезного холецистита при отсутствии противопоказаний приоритет следует отдавать РЛХЕ.

Список использованных источников:

1. Treatment of acute cholecystitis in Denmark. A questionnaire study / Н. Lund, Т. Bisgaard, S. Schulze [et al.] // Ugeskr. Laeger. — 2003. — Vol. 27. — P. 4221 — 4223.

2. Use of a predictive equation for diagnosis of acute gangrenous cholecystitis / I. Nguyen, S. P. Fagan, T. C. Lee [et al.] // Am. J. Surg. — 2004. — Vol. 188, № 5. — P. 463 — 466.

3. Осложнения лапароскопической и открытой холецистэктомии в различные сроки заболевания / С. А. Гешелин, М. А. Кашталян, Н. В. Мищенко [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2008. — № 2. — С. 145 — 148.

4. Дудченко М. А. Метаболический синдром или метаболическая болезнь / М. А. Дудченко // Вісн. укр. мед. стомат. академії. Актуальні проблеми сучасної медицини. — 2006. — Т. 6, № 4 (16). — С. 19 — 22.

5. Некрасов А.Ю. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / А. Ю. Некрасов // Эндоск. хирургия. — 2006. — № 5. — С. 39 — 40.

6. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. — К.: МАККОМ, 2006. — 343 с.

7. Лапароскопическая холецистэктомия: возможные осложнения и их профилактика / В. В. Хацко, А. Д. Шаталов, А. М. Дудин [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2012. — № 4 (19). — С. 62 — 64.

8. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecistitis: Tokyo guidelines / M. Hirota, T. Takada, Y. Kawarada [et al.] // J. Hepatobil. Pancr. Surg. — 2007. — N 14. — P. 78 — 82.

9. American Society of Anesthesiologists. New classification of physical status [editorial] // Anesthesiology. — 1963. — Vol. 24. — 111 p.

nauchnye-zhurnaly.ru
info@nauchnye-zhurnaly.ru