

УДК 616.366-002-08

Лікувальна тактика при калькульозному холециститі

Б.О. МІЛЬКОВ, В.В. БІЛООКИЙ, М.М. ГРЕСЬКО, Д.Б. ДОМБРОВСЬКИЙ

Буковинська державна медична академія

TREATMENT STRATEGY IN CALCULOUS CHOLECYSTITIS

B.O.MILKOV, V.V.BILOOKY, M.M.GRESKO, D.B.DOMBROVSKY

Bukovinian State Medical Academy

На основі проведеного дослідження 1041 хворого на калькульозний холецистит показана перевага лапароскопічної холецистектомії над лапаротомною, встановлений оптимальний підхід до лікування цієї категорії хворих.

An optimum approach to treatment strategy of calculous cholecystitis with the use of laparoscopic and laparotomic cholecystectomy was established on the basis of our investigation.

Вступ. З появою неінвазивних методів діагностики конкрементів в жовчному міхурі кількість хворих на калькульозний холецистит зростає (1,3,6). Відповідно збільшилась і кількість оперативних втручань на жовчних шляхах та жовчному міхурі. Використання лапароскопічної холецистектомії (4) поряд з лапаротомною призвело до проблеми вибору методу лікування цієї групи хворих.

Матеріали та методи. Під нашим наглядом перебував 1041 хворий на калькульозний холецистит (неускладнений жовтяницею), яким проведено було оперативне втручання – холецистектомію. Вік хворих – від 16 до 82 років, жінок було – 952, чоловіків – 89. Хронічний холецистит мав місце у 777 хворих, гострий – у 264, з них у 50 хворих була гангрена жовчного міхура, у 214 – флегмона жовчного міхура. У 343 хворих холецистектомію проводили лапаротомним методом, у 656 – лапароскопічним, у 42 – операцію починали лапароскопічно, але внаслідок технічних труднощів та ускладнень перейшли на лапаротомний метод. Хворим виконували загальноприйняті методи обстеження (в тому числі ультразвукове, ЕКГ, консультації кардіолога), а також спеціальне дослідження функціонального стану печінки.

Результати дослідження та їх обговорення. Серед 777 хворих на хронічний холецистит під

час оперативного втручання у 50 спостерігали спайки жовчного міхура з іншими органами, тканинами, що ускладнювало холецистектомію. З 656 хворих на хронічний холецистит, оперованих лапароскопічним методом, у 11 необхідно було перейти на лапаротомний метод внаслідок спайкового процесу. Все це вказує на необхідність ширшого застосування лапароскопічної холецистектомії при калькульозному холециститі, коли ще немає спайок і ці операції є менш травматичними, та відсутній негативний вплив хронічного запального процесу в жовчному міхурі на організм. Хворі на хронічний калькульозний холецистит, а також ті, у яких виявлені конкременти у жовчному міхурі без клінічних проявів, повинні оперуватися в плановому порядку, не чекаючи загострення і враховуючи, що гострий холецистит нерідко перебігає атипово. Так, серед наших хворих, прооперованих з приводу гострого деструктивного холециститу, 11% направлялись в клініку з діагнозом – хронічний холецистит.

З 264 хворих на гострий калькульозний деструктивний холецистит під час оперативного втручання у 84 виявили біляміхуровий інфільтрат, ексудативний перитоніт, що стало причиною переходу у 12 хворих (з 21 оперованих лапароскопічним методом) на лапаротомну холецистектомію.

Вивчення при гострому калькульозному холециститі терміну від моменту захворювання до оперативного втручання показало, що починаючи з 3

– 4 доби утворюється біляміхуровий інфільтрат та випіт в очеревинній порожнині. Необхідно врахувати, що біляміхуровий інфільтрат, крім труднощів при проведенні оперативного втручання, є джерелом ендотоксикозу, який ускладнює стан хворого на гострий холецистит.

Як показали інші дослідження, складовою інфільтрату є грампозитивна і негативна мікрофлора та компоненти жовчі. Накопичення складових жовчі в біляміхуровому інфільтраті призводить до руйнування протизапального бар'єру, в крові з'являються продукти деструктивного катаболізму, на що вказує зростання молекул середньої маси та зниження питомої електропровідності сироватки венозної крові. Встановлено, що застосування консервативних методів лікування не гальмує розвиток деструкції жовчного міхура та прояви ускладнень. Так, у 43 хворих, не зважаючи на інтенсивну доопераційну консервативну терапію (протягом 3

– 5 днів), спостерігались явища гангрени жовчного міхура або флегмони з біляміхуровим інфільтратом, ексудативним перитонітом. Все це свідчить про необхідність після відповідного обстеження та передопераційної підготовки проведення термінового оперативного втручання з видаленням жовчного міхура та введення в зону інфільтрату лікарських протизапальних препаратів.

Якщо до цього додати економічні витрати на консервативне лікування, зрозуміло, що чим швидше буде проведене оперативне втручання, тим краще для хворого. Використання лапароскопічної холецистектомії проходить в більш сприятливих умовах для хворого; вона технічно менш травматична, ще немає ускладнень холецистити (2,5). Підтвердженням цього є дані, наведені в таблиці 1 післяопераційного ліжко-дня, де визначена група хворих, яким застосовувалась тільки холецистектомія без дренивання жовчних шляхів.

Таблиця 1. Післяопераційний ліжко-день у хворих після холецистектомії

Метод операції, характер патології	Кількість хворих	Середній ліжко-день
Лапароскопічний метод:	38	3,26
Хронічний холецистит (без спайок)		
Хронічний холецистит (зі спайками)	27	4,14
Гострий флегмонозний холецистит (без інфільтрату)	22	4,77
Гострий флегмонозний холецистит (з інфільтратом)	21	5,76
Лапаротомний метод:	20	9,05
Хронічний холецистит (без спайок)		
Хронічний холецистит (зі спайками)	23	9,73
Гострий флегмонозний холецистит (без інфільтрату)	17	9,17
Гострий флегмонозний холецистит (з інфільтратом)	40	11,17
Гострий гангренозний холецистит (без інфільтрату)	14	11,86
Гострий гангренозний холецистит (з інфільтратом)	13	15,7

У 30 хворих на хронічний калькульозний холецистит (чоловіків – 3, жінок – 27) досліджувався функціональний стан печінки. У 10 хворих (група А) холецистектомія проводилась лапаротомним методом, у 20 хворих (група Б) холецистектомія проводилась за допомогою лапароскопічної техніки. За віком та статтю обидві групи були репрезентативні. Особливої різниці в даних клінічних характеристик та функціонального стану печінки обох досліджуваних груп в доопераційному періоді не виявлено. На третю добу після оперативного втручання показники функціонального стану печінки у хворих групи А дещо відрізнялись від показників хворих групи Б. Рівень загального білірубіну у хворих групи Б був $16,14 \pm 0,29$ мкмоль/л, що істотно

менше, ніж у хворих групи А – $18,05 \pm 0,88$ мкмоль/л ($P < 0,001$), внаслідок відповідного зменшення концентрації непрямого білірубіну в плазмі крові, що свідчило про порушення процесу кон'югації білірубіну з глюкоуроновою кислотою в гепатоцитах. Проте, навіть у групі Б рівень загального і непрямого білірубіну залишався істотно вищим від контрольних показників. Про зменшення виявів цитолітичного синдрому свідчило істотне зниження у хворих групи Б, порівняно із показниками групи А, активності аспартатамінотрансферази $0,31 \pm 0,002$ мкмоль/год/л ($p < 0,002$), аланінамінотрансферази – $0,42 \pm 0,02$ мкмоль/год/л ($p < 0,001$) та лужної фосфатази $2,04 \pm 0,04$ мкмоль/сек/л ($p < 0,001$), залишаючись на 3 добу після операції вище від контролю. Активність

лактатдегідрогенази у хворих обох груп була майже однаковою – $214,35 \pm 21,69$ од/л та $194,50 \pm 21,15$ од/л й істотно більшою від контрольних цифр ($p < 0,001$), що свідчило про наявність пошкодження певної кількості гепатоцитів на субклітинному рівні навіть у хворих групи Б. Істотне збільшення вмісту холестерину – $3,51 \pm 0,05$ ммоль/л і фібриногену $3,91 \pm 0,04$ г/л у плазмі крові ($p < 0,001$) було показником швидкого відновлення біосинтезуючої функції печінки у хворих, які перенесли лапароскопічну холецистектомію. Знижений вміст відновленого глутатіону відносно контрольних показників $0,77 \pm 0,002$ ммоль/л і $0,69 \pm 0,03$ ммоль/л в групі А та Б, відповідно ($p < 0,001$), свідчив про достатньо високу напругу антиоксидантних резервів організму в обох групах хворих. Отже, має місце покращення функціонального стану печінки, зменшення синдромів ураження гепатоцитів та відновлення печінкових функцій у хворих після лапароскопічних холецистектомій, чого не спостерігається у хворих гру-

пи А. Проведене дослідження показало, що на 3 добу після операції більші зміни показників стану печінки спостерігають після лапаротомної холецистектомії. Проте навіть після лапароскопічної холецистектомії не повністю відновлюється функціональний стан печінки.

Висновки. 1. Наявність конкрементів у жовчному міхурі є показанням до оперативного втручання.

2. Лапароскопічна холецистектомія є операцією вибору при гострому та хронічному калькульозному холециститі, проте і після неї відразу не настає нормалізація функціонального стану печінки.

3. При гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин з моменту захворювання.

4. Консервативне лікування хворих на гострий холецистит має бути короткотривалим – як підготовка до оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вечерко В.Н., Курденкова З.В., Конопля П.П. и др. Хирургическое лечение холецистита у больных пожилого и старческого возраста //Клін.хірургія. – 1995. - № 11-12. – С.19-21.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. и др. Лапароскопическая холецистектомия при остром холецистите //Хирургия. – 1998.-№ 3. – С.7-9.
3. Лупальцев В.И., Лях А.В., Вержанский А.П. Выбор метода хирургического лечения острого холецистита у пациентов пожилого и старческого возраста с учетом функции печени //Клін.хірургія. – 1996.-№ 7. – С.3-5.
4. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Лапароскопическая холецистектомия: 5-летний опыт //Анн.хирург.гепатол. – 1998.-Т. 3,№ 3. – С.16-19.
5. Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В., Гресько М.М. Лапароскопічні оперативні втручання – проблеми і перспективи //Буковинський медичний вісник. – 1998.-№ 3-4. – С.199-200.
6. Харьков А.Л. Критерії діагностики ступеня тяжкості ендогенної інтоксикації та прогноз перебігу післяопераційного періоду при гострому холециститі у хворих похилого та старечого віку: Автореф.дис...канд.мед.наук: 14.01.03 /Нац.мед.університет. – К., 1998.-17 с.