

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.366-002.1-489

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

*Я.С. Березницкий, Р.В. Дука, В.В. Резник**Днепропетровская государственная медицинская академия*

Реферат. Проанализированы результаты применения активной хирургической тактики в лечении 975 пациентов с острым холециститом. В 566 случаях, выполнена лапароскопическая холецистэктомия, из них 235 оперированы в сроке более 72 часов после начала заболевания. Послеоперационные осложнения наблюдались в 5 (0,88%) случаев. Сделаны выводы, что лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена в любые сроки от начала заболевания, и применение активной хирургической тактики обосновано.

Ключевые слова: острый холецистит, хирургическое лечение.

На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия является золотым стандартом в лечении желчекаменной болезни [1-5]. В последние годы отмечается тенденция в росте применения лапароскопической технологии в лечении пациентов с острым холециститом [3, 4]. Однако, некоторые тактические вопросы в хирургическом лечении острого холецистита, остаются до конца не определенными.

Существуют две принципиальные тактики в лечении: активная и выжидательная [4]. Каждая из них имеет своих сторонников и противников. В то же время, разработка и внедрение новых технологий заставляет адаптировать тактику лечения больных с учетом сложившихся условий и ситуации. Следует отметить, что на сегодняшний день в Украине принята выжидательная тактика, утвержденная в 70-е годы 20 столетия.

Следующим спорным вопросом является целесообразность применения лапароскопической техники у пациентов с острым холециститом в сроке более 72 часов от начала заболевания. В этом вопросе мнения хирургов диаметрально расходятся. Противники данной тактики указывают на высокое количество операционных осложнений связанных с техническими трудностями при операциях в условиях выраженного воспалительного инфильтрата [1-3].

В связи с этим вопросы пересмотра тактики лечения больных с острым холециститом остаются актуальными.

Материал и методы

Нами проанализированы результаты лечения 975 пациентов с острым холециститом, которые находились на лечении за период с 2003 по 2008 г. Традиционно большинство было женщин 87,5%, мужчины составляли 12,5%. Средний возраст 51,7 лет. Из 975 пациентов 677 (69,4%) были оперированы, у 566 (83,6%) пациентов выполнена лапароскопическая холецистэктомия, в 111 (16,4%) случаях выполнена холецистэктомия из лапаротомного доступа. Из 566 пациентов, у которых выполнена лапароскопическая холецистэктомия, катаральная форма воспаления обнаружена в 3% случаев, флегмонозная - 71%, гангренозная - 26%, 235 (34,7%) пациентов оперированы в сроки более 72 часов от начала заболевания.

Результаты и обсуждение

Использование лапароскопической техники в лечении больных с острым холециститом в клинике начато в 2003г. Следует отметить, что в первые два года показания для выполнения лапароскопической холецистэктомии жестко ограничивались, и острый холецистит считался противопоказанием. Таким образом, доля лапароскопических холецистэктомий в структуре хирургических вмешательств, при остром холецистите в 2003-2004 г.г. составляла 62,3% и 78,9% соответственно. В дальнейшем, по мере накопления опыта, мы постепенно расширили показания и начали выполнение лапароскопических холецистэктомий у пациентов с продолжительностью заболевания более 72 часов. На сегодняшний день 94,7% холецистэктомий при остром холецистите выполняются лапароскопически.

Из 235 пациентов, оперированных в сроке более 72 часов, в 13(5,5%) случаях отмечались значительные технические трудности в выполнении оперативного вмешательства. В 10 случаях трудности были обусловлены так называемой «опасной патологией». В 9 случаях технические трудности были связаны с наличием

абсцессов в области желчного пузыря. В 1 случае, у пациентки с длительностью острого периода более 8 суток, отмечался плотный воспалительный инфильтрат, который обусловил конверсию к открытой холецистэктомии. В 2 случаях трудности были обусловлены «опасной хирургией», что привело к возникновению значительного кровотечения. В 1 случае источником кровотечения была пузырная артерия, и оперативное вмешательство было завершено после выполнения лапаротомии, в 1 случае источником кровотечения являлось ложе желчного пузыря и гемостаз достигнут эндоскопически. В 1 случае трудности были обусловлены «опасной анатомией», что привело к возникновению ятрогенной травмы добавочного протока правой доли печени.

Следует отметить, что основные технические трудности во время оперативных вмешательств, отмечались у пациентов с продолжительностью острого периода более 6 суток.

Анализ результатов лечения данной группы пациентов обусловил изменения доктрины в оказании хирургической помощи пациентам с острым холециститом. Принятая выжидательная тактика была заменена на активную тактику. Все усилия были направлены на максимальное сокращение времени предоперационного обследования и выполнение операции в течение первых 48 часов с момента поступления.

При поступлении пациентов в стационар проводилось общеклиническое обследование, которое включало выполнение сонографии, а при подозрении на патологию желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) выполнялась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС). Параллельно начиналась консервативная медикаментозная терапия. Решающими в определении показаний для выполнения оперативного лечения были клинические проявления заболевания и данные сонографии. При наличии указаний на сонографические признаки отключенного желчного пузыря, утолщение и отек стенок пузыря, деструктивного холецистита пациентам предлагалось выполнение оперативного вмешательства. В обязательном порядке, всем пациентам, которым не проводилась антибактериальная терапия в предоперационном периоде, проводилась антимикробная профилактика раневой инфекции однократным введением препарата с использованием цефалоспоринов I-II поколения или ингибитор-защищенных аминопенициллинов. По показаниям проводилась неспецифическая или специфическая профилактика тромбоэмболических осложнений.

В послеоперационном периоде у 5 (0,88%)

пациентов развились осложнения. В 2 случаях отмечалось нагноение послеоперационной раны, в 2 случаях желчеистечение, которое не потребовало дополнительной коррекции, в 1 случае развилось внутрибрюшное кровотечение, обусловившее выполнение релапароскопии.

Выполнение холецистэктомии лапароскопически и изменение тактики в лечении больных с острым холециститом привело к росту в 2,2 раза хирургической активности. Если за период до 2003г хирургическая активность находилась на уровне 39,4%, то на сегодняшний день составляет 89,9%.

Таким образом, наличие современных технологических возможностей видеолапароскопических вмешательств по поводу острого холецистита позволяет считать, что утвержденный временной период в 72 часа, отведенный для проведения медикаментозного лечения может быть пересмотрен. При наличии сонографических данных острого калькулезного холецистита и отсутствии противопоказаний к операции, пациент должен быть оперирован как можно раньше от начала заболевания. В то же время положение о преимущественном проведении операции в дневное время, подготовленной бригадой хирургов должно быть оставлено.

Выводы

1. Лапароскопическая холецистэктомия может быть выполнена в любые сроки от начала заболевания.

2. В хирургическом лечении острого холецистита необходимо использовать активную тактику с выполнением оперативного вмешательства в кратчайшие сроки после поступления пациента в стационар.

РЕЗУЛЬТАТИ ВИКОРИСТАННЯ АКТИВНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ В ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Я.С. Березницький, Р.В. Дука, В.В. Резнік

Реферат. Проаналізовано результати використання активної хірургічної тактики в лікуванні 975 хворих на гострий холецистит. У 566 випадках, виконана лапароскопічна холецистектомія, із яких 235 оперовані в строки більш 72 годин з початку захворювання. Післяопераційні ускладнення спостерігались у 5 (0,88%) випадках. Зроблено висновки, що лапароскопічна холецистектомія може бути виконана в різні строки від початку захворювання, також використання активної хірургічної тактики є обґрунтовано.

Ключові слова: гострий холецистит, хірургічне лікування.

RESULTS OF ACTIVE SURGICAL TACTICS APPLICATION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

Ya.S. Berezniyskiy, R.V. Duka, V.V. Reznik

Abstract. The results of active surgical tactics application in treatment of 975 patients with acute cholecystitis were analyzed. In 566 cases laparoscopic cholecystectomy were performed, including 235 patients operated in term more than 72 hours after the onset of the disease. Postoperative complications were observed in 5 (0,88%) cases. Conclusions was drawn, that laparoscopic cholecystectomy can be carry out in any terms from the disease onset, and application of active surgical tactics is proved.

Key words: acute cholecystitis, surgical treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П., Кубачев К.Г., Лисицын А.А. Технические особенности лапароскопической холецистэктомии и её осложнения. – СПб.: ООП НИИХ СПбГУ, 2001. – 188 с.
2. Фёдоров И.В., Славин Л.Е., Чугунов А.Н. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. – М., Триада-Х, 2003. – 80 с.
3. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии. – Киев : МАККОМ, 2006. – 343 с.
4. Гешелин С.А., Каштальян М.А., Мищенко Н.В., Шаповалов В.Ю., Лукашев Д.В., Тимуш А.А. Осложнения лапароскопической и открытой холецистэктомии в различные сроки заболевания // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С. 145-148.
5. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хірургія. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – 351 с.