

УДК 616.366-002-036.11-06-089

*М.П. Павловський, В.І. Коломійцев, Я.І. Гавриш, Т.І. Шахова***МАЛОІНВАЗІЙНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ПЕРИТОНІТОМ І ХОЛАНГІТОМ***Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

Збільшення кількості хворих на ускладнені форми жовчокам'яної хвороби і гострого холециститу, зокрема, осіб похилого та старечого віку, значно збільшують ризик операції і післяопераційну летальність. Мета – визначити оптимальну тактику ендоскопічного, відеолапароскопічного і хірургічного лікування хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом. Проведено аналіз результатів діагностики і малоінвазивного лікування у 2028 хворих на гострий холецистит. У 369 (18,2%) хворих на гострий холецистит діагностовано деструктивні форми, ускладнені місцевим (16,0%) або розлитим загальним жовчним перитонітом (2,2%), 74 (20,1%) з них мали холедохолітіаз, механічну жовтяницю, холангіт. Це вимагало попереднього проведення ендоскопічної холангіографії, яку у більшості хворих з перитонітом ми провели в день операції або субопераційно і завершили папілосфінктеротомією. Лапароскопічна операція дозволяє з успіхом провести холецистектомію, ревізію, повноцінну санацію і адекватне дренивання черевної порожнини. Померло п'ятеро (1,5%) хворих; лише у двох причини смерті пов'язані з холециститом або операцією. Лапароскопічна холецистектомія повинна стати стандартом у лікуванні хворих на ГХ, у тому числі і при майже всіх його ускладненнях, які в сучасних умовах можливо усунути малоінвазивними методами.

**Ключові слова:** гострий холецистит, перитоніт, лапароскопічна холецистектомія, ендоскопічні ретроградні втручання.

Кількість хворих на гострий холецистит (ГХ), зокрема, на його ускладнені форми неухильно зростає, стабільно займаючи одно з перших місць у структурі ургентної хірургічної патології органів черевної порожнини [1-3]. Поєднання таких ускладнень ГХ, як жовчний перитоніт з ускладненнями жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) – холедохолітіазом з механічною жовтяницею та холангітом, які частіше бувають в осіб похилого та старечого віку, значно збільшують ризик операції і післяопераційну летальність [4, 5]. Протягом останнього десятиріччя лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) стала основою у хірургічному лікуванні хворих на ГХ [6-9]. Можливість та необхідність поєднання ЛХЕ з ендоскопічними ретроградними втручаннями (ЕРВ) при ускладнених перитонітом ЖКХ і ГХ зумовлюють актуальність опрацювання оптимальної лікувальної тактики при різних формах захворювання.

**Мета дослідження**

1) Обрати оптимальну тактику ендоскопічного, відеолапароскопічного і хірургічного лікування хворих; 2) виявити, які класичні положення лікування хворих на перитоніт зберігають своє значення, а які можуть бути переглянуті; 3) встановити показання та обмеження для лапароскопічного втручання при ГХ на

фоні перитоніту; зменшити число післяопераційних ускладнень і знизити післяопераційну летальність у хворих з ускладненими формами жовчокам'яної хвороби і гострого холециститу.

**Матеріал та методи**

Проведено аналіз результатів діагностики і можливостей мініінвазивного лікування у 2028 хворих на гострий холецистит, в тому числі у 369 (18,2%) з них ускладнений перитонітом. Поряд із загальнодоступними лабораторними дослідженнями використовували ультрасонографію (УСГ), комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатикографію (ЕРХПГ). Верифікація діагнозу і оцінка важкості стану хворого при сучасних методах обстеження є можливою протягом 6-12 годин. Під час лапароскопічної холецистектомії при сумнівах у прохідності позапечінкових жовчних проток використовували субопераційну холангіографію та за показаннями – холедохоскопію.

**Результати та обговорення**

У клініці факультетської хірургії Львівського національного медичного університету від 1996 року було виконано ЛХЕ у 2028 хворих на ГХ. Катаральна форма ГХ верифікова-

на у 726 (35,8%) хворих, флегмонозна – у 988 (49,7%), гангренозна – у 314 (15,5%) хворих. Інтраопераційно у 516 (25,5%) пацієнтів виявлено рихлий, а в 264 (13,0%) – щільний перивезикальний інфільтрат; у 160 (7,9%) хворого була емпієма жовчного міхура. У 164 (8,1%) хворих сформувалися паравезикальні та ретроезикальні абсцеси. Ознаки місцевого або розлитого перитоніту виявлені у 369 (18,2%) хворих. При надходженні у клініку або в анамнезі 74 (20,1%) з них мали ускладнення ЖКХ, а саме холедохолітиаз або біліарну обструкцію іншого генезу, які спричинили механічну жовтяницю, холангіт або гострий панкреатит. Це вимагало попередньої ургентної ендоскопічної ретроградної холангіографії, яку у 60 хворих ми завершили папілосфінктеротомією; в т.ч. – 44 хворим провели ЛХЕ у той самий день. Восьми хворим папілотомію з літоекстракцією виконали субопераційно. Шість хворих, яким через технічні складнощі не вдалося виконати папілосфінктеротомію, оперовані відкрито.

При огляді великого дуоденального сосочка під час ФГДС, його інструментальної пальпації або після ендоскопічної папілосфінктеротомії у 11 (14,5%) пацієнтів візуалізовано відходження гнійної жовчі, що давало підстави верифікувати гнійний холангіт. Якщо під час ФГДС виявляли виражені вторинні ознаки панкреатиту – підслизовий набряк та інфільтрацію стінки дванадцятипалої кишки, що унеможлилювало ідентифікацію великого дуоденального сосочка, – ЕРХГ та ПСТ не виконували, хворим призначали інтенсивне антиферментне, антибактерійне, переважно внутрішньоартеріальне, детоксикаційне лікування. ЕРХГ завершували папілосфінктеротомією, за потреби – літоекстракцією.

У 324 (16,0%) із 2028 пацієнтів на ГХ були клінічні ознаки і субопераційно підтверджено місцевий перитоніт, у 45 (2,2%) – розлитий або загальний жовчний перитоніт внаслідок перфорації жовчного міхура, або неперфоративний (“випітний”), що не стало протипоказанням до малоінвазійного втручання. Стан хворих останньої групи оцінювали як важкий або дуже важкий: в них виявили ознаки синдрому системної запальної відповіді (SIRS), в тому числі у 12 були ознаки поліорганної дисфункції. Вік хворих з місцевим та розлитим перитонітом був у межах від 37 до 84 років (в

середньому –  $63 \pm 5,3$  року); хворих похилого та старечого віку було 164 (44,7%). Переважали жінки – 287 (77,7%) осіб.

Серед хворих, в яких перебіг ГХ ускладнився перитонітом, супутня патологія різних органів і систем виявлена в 74 (19,9%) пацієнтів. У хворих похилого та старечого віку, зазвичай, виявляли хронічні захворювання декількох систем. Ішемічну хворобу серця діагностовано у 33 (45,0%) пацієнтів, гіпертонічну хворобу – у 21 (29,6%), захворювання органів дихання – у 20 (27,0%), сечовивідної системи – у 20 (27,0%), цукровий діабет – у 10 (13,5%), ожиріння III-IV ступеня – у 10 (13,5%), варикозну хворобу вен нижніх кінцівок – у 8 (10,8%), виразку шлунка або дванадцятипалої кишки у 6 (8,0%) хворих; інші захворювання (порушення мозкового кровообігу, вади серця, зоб, ішемічні зміни нижніх кінцівок, тощо) виявлено у 7 (9,4%) пацієнтів. Це вимагало термінової консультації відповідних спеціалістів і необхідної терапії.

Час від початку останнього приступу до госпіталізації склав  $24-202$  ( $76 \pm 28,6$ ) години: 1-3 доби – у 75 (20,2%), 4-6 днів – у 180 (51,5%), 7-14 днів – у 98 (26,9%) хворих, а 13 (3,5%) пацієнтів були оперовані в терміни більше двох тижнів від останнього приступу. Ургентно доставлені у лікарню 289 (77,8%) хворих, з інших лікарень або відділень переведено для ЛХЕ 71 (16,5%) хворих, а інші – 22 (6,0%) хворих на ГХ поступили через поліклініку, тобто у плановому порядку. Операції ЛХЕ виконували лише в денний час. Термін від госпіталізації до операції використовували для максимально можливого обстеження хворих з обов'язковим виконанням ультрасонографії, яка дозволяла точно встановити діагноз, виявити ускладнення, прогнозувати перебіг захворювання, можливі технічні проблеми й ускладнення під час операції. Ультрасонографічний симптомокомплекс ГХ включав потовщення стінки жовчного міхура, особливо в його шийці понад 5-6 мм, часом подвійність її контуру, візуалізація в шийці міхура обтуруючого конкремента. При деструкції стінки міхура визначали в ній виражені зливні гіпо- або анехогенні ділянки, часом майже повна відсутність стінки; поява вільної або обмеженої рідини в підпечінковому просторі, між петлями кишок або в порожнині таза вказувала на перитоніт. При сумнівах в характері випоту в черевній порожнині

використовували пункцію під контролем УСГ з аспірацією вмісту для її візуальної оцінки, мікроскопічного та біохімічного дослідження. Для вибору лікувальної тактики і прогнозу дуже важливою була інформація про стан жовчних проток (їх діаметр на різних ділянках, товщина і ехогенність стінки, вміст просвіту), печінки (наявність абсцесів) і підшлункової залози (розміри, ехогенність, чіткість контуру, парапанкреатичні рідинні скупчення). Характерним симптомом перитоніту або панкреатиту був метеоризм.

Одночасно з екстреною діагностичною програмою проводили активну консервативну терапію і приготування пацієнтів до втручання: інфузії кристалоїдних полііонних розчинів з форсованим діурезом, спазмолітики, анальгетики, антибіотики широкого спектру дії, максимально можливу корекцію супутньої патології. В результаті час від поступлення до операції становив  $11 \pm 6,6$  години.

Час ЛХЕ склав 43-226 (в середньому 89) хвилин. Проблеми виникали у хворих, які мали метеоризм, що часом значно погіршувало огляд операційного поля. У перші 4-6 діб від початку приступу навколо міхура й у гепатодуоденальній зв'язці ще немає щільних зростів та інфільтрату, а тому операцію виконати було значно легше і простіше, ніж у пізніші терміни, коли твердий інфільтрат у ділянці гепатодуоденальної зв'язки унеможливував диференціювання її елементів і органів у 3 хворих, що вимагало конверсії. При великому «напруженому» жовчному міхурі виконували його черезшкірну пункцію довгою голкою 16 G з наступною аспірацією гнійного вмісту і лаважем розчинами антисептиків. Для стерилізації ложа міхура та видалення некротичних тканин, що особливо актуально у випадках гангренозного холециститу та ретровезикальних абсцесів, виконували санацію ложа міхура діатермокоагуляцією, спалюючи і випаровуючи некротичні тканини. При вираженій деструкції стінок жовчного міхура у 129 (35,0%) хворих, його видаляли в гумовому контейнері. При розлитому або загальному перитоніті, багато часу використовували на ретельну санацію черевної порожнини з аспірацією скупчень ексудату, видалення нашарувань фібрину, промивання великою кількістю (7-10) літрів антисептичних і дезінфікуючих розчинів.

Дренування черевної порожнини проводи-

ли поліхлорвініловими трубками за всіма канонами гнійної абдомінальної хірургії, у залежності від поширеності та виразності деструктивного процесу в жовчному міхурі, характеру ексудату і масштабів інфікування черевної порожнини: якщо при ревізії виявляли скупчення гнійного ексудату над печінкою – подвійними трубками дренивали підпечінковий та правий піддіафрагмальний простори. У випадках розлитого перитоніту (45 хворих) з правої і лівої клубових ділянок дрениємо малий таз і латеральні канали дренажами типу Redon'a. З метою гемостазу при капілярних кровотечах із ранових поверхонь у трьох хворих ми з добрим ефектом застосували гемостатичну губку.

Правильно проведена лапароскопічна санація і дренування черевної порожнини — це гарантія сприятливого перебігу раннього післяопераційного періоду. Про адекватність дренування черевної порожнини судили за кількістю і характером ексудату, який виділявся (за першу післяопераційну добу дренажами з одного доступу повинно виділитися не більше, як 50-150 мл серозно-геморагічного ексудату), появі на другу добу перистальтики кишок, нормалізації внутрішньочеревного тиску (тиск вимірювали через катетер у сечовому міхурі). Показанням до видалення дренажу було зменшення кількості виділення по ньому серозного ексудату до 20-30 мл на добу на фоні задовільного стану пацієнта: наявність доброї перистальтики, поява випорожнень, ультрасонографічні ознаки відсутності рідинних скупчень у черевній порожнині.

У післяопераційному періоді продовжували активну терапію, спрямовану на корекцію порушень гомеостазу, вплив на етіологічний чинник інфекційного процесу у черевній порожнині, боротьбу з парезом кишок. До верифікації інфекційного агента масивна антибактерійна терапія залучала похідні фторхінолонів (ципрофлоксацин, гатифлоксацин), метронідазол або орнідазол, імепінеми або цефалоспорины II-IV генерацій: цефоперазон, цефтриаксон, цефтазидим, цефотаксим, максипім.

Дуже важливим у лікуванні хворих вважаємо швидке відновлення перистальтики кишок, що розриває «хибні кола» в патогенезі розвитку та прогресуванні гострого перитоніту. Лапароскопічне виконання операції і сана-

ції черевної порожнини дає можливість досягнути максимального лікувального ефекту з мінімальною травматизацією внутрішніх органів, очеревини, черевної стінки, що дозволяє вже на другий день активізувати, або навіть підняти на ноги пацієнта. Окрім призначення прокінетиків (метаклопраміду), ми ще під час приготування хворого до операції починаємо профілактику метеоризму призначенням симетикону у вигляді емульсії еспумізану. Симетикон, який є поверхнево-активною речовиною, швидко розповсюджується по шлунку і кишках, запобігає утворенню газів і піни в порожнистих органах. Якщо перистальтика відсутня й у шлунок проведено назогастральний зонд, то емульсію еспумізану вводимо через зонд. Препарат вводимо до відновлення пасажу кишками.

Завдяки вибраній лікувальній тактиці лише у 18 хворих через 24 години після операції перистальтика кишок була відсутньою, а через 48 годин – у чотирьох. Задовільний стан пацієнтів і відповідність зазначеним вище критеріям дозволила вже через дві доби почати видаляти дренажі з черевної порожнини. Середній ліжкодень склав при місцевому перитоніті  $5,3 \pm 1,1$  днів, а при розлитому і загальному –  $9,1 \pm 2,4$  днів.

Післяопераційні ускладнення виникли у 39 (10,7%) хворих. Серед них інтраабдомінальні ускладнення виникли у 26 (7,1%): підпечінковий абсцес в ложі міхура – 13 хворих, внутрішньочеревна кровотеча або гематома – у п'яти, підтікання жовчі – у чотирьох хворих, піддіафрагмальний абсцес, абсцес печінки, дуоденальна та товстокишкова нориця – по одному хворому. Абсцеси лікували переважно малоінвазивними методами – пункціями під контролем ультрасонографії. П'ятьом пацієнтам виконано релaparоскопію, трьом – лапаротомію із різних доступів. Померло п'ятеро (1,5%) хворих; лише у одного хворого причина смерті пов'язана з холециститом і операцією, у інших чотирьох – із прогресуванням важкої супровідної патології.

### **Висновки**

При поєднанні ГХ, ускладненого перитонітом з механічною жовтяницею і холангітом ЕРХГ з папілосфінктеротомією та літоекстракцією необхідно виконувати перед операцією в той самий день або субопераційно.

Лапароскопічна холецистектомія повинна зайняти відповідне місце у лікуванні хворих на ГХ, у тому числі і при ускладненні його перитонітом. Лапароскопічна операція дозволяє з успіхом провести холецистектомію, ревізію, санацію і адекватне дренивання черевної порожнини. Мала травматичність операції сприяє більш ранній активності пацієнтів у післяопераційному періоді, скорішому відновленню перистальтики кишок, зменшенню кількості ускладнень і відповідно – летальних наслідків.

### **МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ И ХОЛАНГИТОМ**

*М.П. Павловский, В.И. Коломийцев, Я.И. Гавриш, Т.И. Шахова*

Увеличение числа больных с осложненными формами желчнокаменной болезни и острым холециститом, в частности, больных пожилого и старческого возраста, значительно увеличивают риск операции и послеоперационную летальность. Цель – определить оптимальную тактику эндоскопического, видеолапароскопического и хирургического лечения больных острым холециститом, осложненным перитонитом и холангитом. Анализированы результаты диагностики и малоинвазивного лечения 2028 больных острым холециститом. У 369 (18,2%) больных острым холециститом диагностированы деструктивные формы, осложненные местным (16,0%) и разлитым общим желчным (2,2%) перитонитом, у 74 (20,1%) из них были холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит. Это требовало предварительного выполнения эндоскопической холангиографии, которую у большинства больных с перитонитом мы провели в день операции или субоперационно и завершили папиллосфинктеротомией. Лапароскопическая операция позволяет с успехом выполнить холецистэктомию, ревизию, полноценную санацію и адекватное дренирование брюшной полости. Умерло пятеро (1,5%) больных и лишь у двух причины смерти связаны с холециститом или операцией. Лапароскопическая холецистэктомия должна стать стандартом в лечении больных с острым холециститом, в том числе при его осложнениях, которые в современных условиях возможно устранить малоинвазивными методами.

**Ключевые слова:** острый холецистит, перитонит, лапароскопическая холецистэктомия, эндоскопические ретроградные вмешательства.

### **MINIINVASIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS, COMPLICATED WITH PERITONITIS AND CHOLANGITIS**

*M. Pavlovsky, V. Kolomyitsev, Ja. Havrysh, T. Shachova*

Recent time number of patients with complicated cholelithiasis is increased, especially in elderly persons. Aim of this study was to estimate the optimal tactics and effectiveness of endoscopic, laparoscopic, and open management of acute cholecystitis (AC), com-

plicated with peritonitis. During last ten years 2028 patients with AC were underwent to laparoscopic surgery, and results of their treatment was analyzed. 369 (18.2%) patients had destructive AC, complicated with local (16.0%) and spread (2.2%) biliary peritonitis. 74 (20.1%) had choledocholithiasis, obstructive jaundice, cholangitis. The preoperative or intraoperative ERCP with sphincterotomy was performed these patients. It was possible to perform laparoscopic cholecystectomy, revision and lavage of abdominal cavity with adequate drainage. 5 (1.5%) patients have died, and only two patients died because of abdominal problems. Laparoscopic operation with pre- or intraoperative endoscopic biliary procedures must be a standard of management of AC complicated with peritonitis and cholangitis.

**Key words:** acute cholecystitis, peritonitis, laparoscopic cholecystectomy, endoscopic sphincterotomy.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Васильев В.Е. Острый холецистит: современные технологии лечения / В.Е. Васильев, А.Б. Перунов // Хирургия. – 2001. – № 6. – С. 39-47.
2. Осложнения лапароскопической и открытой холецистэктомии в различные сроки заболевания / С.А. Гешелин, М.А. Каштальян, Н.В. Мищенко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2 (29). – С. 145-148
3. Назыров Ф.Г. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, М.Ш. Нишанов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – Т.12, № 3. – С. 92.
4. Ничитайло М.Ю. Лікування та профілактика гострого холангіту у пацієнтів з ускладненою жовчнокам'яною хворобою / М.Ю. Ничитайло, А.В. Скунс, В.П. Шкарбан // *Клінічна хірургія*. – 2008. – № 11-12. – С. 60-61.
5. Лапароскопічна холецистектомія і дренування черевної порожнини при деструктивному холециститі / А.М. Тищенко, А.В. Малоштан, С.В. Іванніков [та інш.] // *Наук. Вісн. Ужгородського університету, серія "Медицина"*. – 2001. – Вип. 14. – С. 109-110.
6. Dubois F. Coelioscopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases / F. Dubois, P. Icard, G. Berthelot, H. Levard // *Ann. Surg.* – 1990. – Vol. 211; № 1. – P. 60-62.
7. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of gangrenous cholecystitis / F.A. Habib, R.B. Kolachalam, R. Khilnani [et al.] // *Am. J. Surg.* – 2001. – Vol. 181; № 1. – P. 71-75.
8. Management of acute cholecystitis in the laparoscopic era: results of a prospective, randomized clinical trial / M. Johansson, A. Thune, A. Blomquist [et al.] // *J. Gastrointest. Surg.* – 2003. – Vol. 7; № 5. – P. 642-645.
9. Safety of laparoscopic approach for acute cholecystitis: retrospective study of 609 cases / B. Navez, D. Mutter, Y. Russier [et al.] // *World. J. Surg.* – 2001. – Vol. 25; № 10. – P. 1352-1356.

---

Стаття надійшла 16.02.2011