

6. Vermeiren S. et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2016. 17(12). P. 1163–1163. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.09.010.

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-14>

СЬОГОДЕННЯ ПРОБЛЕМАТИКИ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРИТОНІТОМ

Запорожченко Б. С.

*доктор медичних наук,
професор кафедри хірургії № 2
Одеський національний медичний університет*

Кравець К. В.

*аспірант кафедри хірургії № 2
Одеський національний медичний університет*

Бородаєв. І. Є.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургії № 2
Одеський національний медичний університет*

Качанов В. М.

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри хірургії № 2
Одеський національний медичний університет*

Зубков О. Б.

*доктор медичних наук,
професор кафедри хірургії № 2
Одеський національний медичний університет
м. Одеса, Україна*

Вступ. Друге місце серед хірургічних захворювань в Україні займає гострий холецистит (ГХ). Незважаючи на помітне удосконалення технологій, наукові надбання, кількість медикаментів та поліпшення результатів лікування, летальність після екстрених операцій (9,4-37%)

з приводу ГХ ускладненого перитонітом залишається в кілька разів вище, ніж при планових оперативних втручаннях. [3]

Відзначається збільшення числа хворих похилого та старечого віку, які складають групи ризику, з причини важкого супутню патології за наявності деструктивних форм ГХ з ознаками перитоніту [1,5]. У цієї категорії хворих, показник летальності від ГХ досягає таких значень, як 27% [1; 3].

До теперішнього часу найбільш суперечливими питаннями в лікуванні ГХ є виважена постановка діагнозу та строки виконання хірургічного втручання з чітким визначенням виду операції.

Мета. Удосконалення хірургічної тактики та оцінка результатів лікування ГХ ускладненого перитонітом у хворих різних вікових груп.

Матеріали та методи. Проведено аналіз лікування 115 хворих у віці від 18 до 82 років з деструктивними формами ГХ з 2016 по 2021 р. Тривалість захворювання тривала від 5 годин до 7 і більше діб. 30 (25,6%) хворих були госпіталізовані в строки до 6 годин від початку захворювання. У 52 (45,8%) хворих давність захворювання становила 6-24 години, а 33 (28,6%) хворих потрапили в хірургічне відділення після 24 годин з моменту розвитку ГХ.

Деструктивні форми ГХ відзначалися у 71 (61,6%) хворих. Серед хворих з деструктивним холециститом дифузний перитоніт був виявлений у 20 (27,6%) хворих, місцевий перитоніт і перивезикальний інфільтрат у 22 (30,5%), а у 9 (12,3%) хворих гангренозно-перфоративний холецистит з перивезикальним абсцесом.

У 16 (13,8%) хворих ГХ був ускладнений механічною жовтяницею, яку планували усунути з використанням ендоскопічних інструментальних методів в самому початку лікування.

113 (98,5%) хворих прооперовані в різні строки від часу госпіталізації у хірургічне відділення. З них 43 (37,5%) прооперовані в екстреному порядку, 41 (36,5%) – в терміновому порядку, а 29 (26%) – в відстроченому періоді

Основним видом операції було радикальне хірургічне втручання – лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Проте, у хворих з підвищеним операційним ризиком, і з протипоказаннями до застосування карбоксиперитоніума використовували ліфтінгові системи [5,7], з метою зменшення негативного впливу карбоксиперитоніума.

У відстроченому періоді при використанні ЛХЕ у 3 (2,5%) хворих виконувалася в умовах вираженого рубцово-спайкового процесу, що вимагало зміни ходу операції і виконання ТХЕ.

Вибір лікувальної тактики визначався патоморфологічною формою ГХ, наявністю його ускладнень і ступенем операційно-анестезіологічного ризику, з урахуванням віку хворого, термінів захворювання [3; 5].

Термінові операції в так звані «золоті 72 години», з моменту надходження хворих виконували при відсутності ефекту від консервативної терапії і збереження симптомів інтоксикації і місцевих перитонеальних явищ у 42 (36,5%) хворих. При відсутності перитонеальної симптоматики і ознак інтоксикації продовжували консервативну терапію у хворих з важкою супутньою патологією.

У 8 (7%) цих пацієнтів виконували ЛХЕ із застосуванням ліфтингових систем, при яких виключається негативний вплив напруженого пневмоперитонеуму на систему дихання і кровообігу.

Виконання лапароскопічної холецистектомії не повинно бути виконано «будь-що-буде».

Результати та їх обговорення. 100 (86,5%) хворих оперовані із застосуванням лапароскопічних технологій (табл. 2).

При лапароскопічних втручаннях виконували інтраопераційну холангіографію у 11 (9,3%) хворих. В даний час з'явилася можливість виконання флуоресцентної холангіографії.

Основними видами ускладнень, у 2 хворих, був запальний інфільтрат черевної порожнини та, у 1 хворого, підпечінкового простору, які не вимагали повторних операцій. Помер 2 (1,73%) хворих від прогресування важкої супутньої патології, на тлі інтоксикації і явищ перитоніту. У 10 (8,5%) хворих були виконані «відкриті» операції.

Цим хворим виконували ХЕ, санацію та дренажування черевної порожнини одним або кількома дренажами. Ускладнення розвинулися у 1 (11,76%) хворого.

Висновки. 1. ЛХЕ є ефективною у ранні терміни від початку розвитку ГХ. Використання ліфтингових систем при ЛХЕ є доцільним у хворих похилого та старечого віку. У випадках ГХ, з помірним перипузирним процесом, і при гангренозному холециститі краще обирати ЛХЕ. Конверсія лапароскопії абсолютно виправдана в вертикальний трансректальний мінілапаротомний доступ.

2. При гострому деструктивному холециститі, ускладненому перивізікальним абсцесом, а також при всіх формах ГХ, ускладненого механічною жовтяницею, яку не вдалося вирішити ендоскопічно, в передопераційному періоді, найбільш раціональним є традиційне хірургічне втручання.

Література:

1. Ceresoli M., Coccolini F., Montori G., Catena F., Sartelli M., Ansaloni L. Laparoscopic lavage versus resection in perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World J. Emerg Surg.* 2016;11:42.

2. Бондарев Р.В., Иванцок В.М., Сопко А.И., Селиванова О.В., Селиванов С.С. Выбор метода санации брюшной полости при лапароскопической холецистэктомии у больных с острым деструктивным холециститом, осложнённым гнойным перитонитом. *Хірургія України.* 2016. № 4 (60). С. 30–33.

3. Мишалов В.Г., Иванцок В.М., Бондарев Р.В., Особенность профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при лапароскопической холецистэктомии деструктивного холецистита в старшей возрастной группе. *XXIII з'їзд хірургів України (21-23 жовтня 2015 р., м. Київ): тези доп. Клінічна хірургія.* 2015. С. 139–140.

4. Zafar S.N., Obirizee A., Adesibikan B. et al. Optimal time for early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *JAMA Surg.* 2015. Vol. 150. № 2. P. 129–136.

5. Zaporozhchenko B.S., Kravets K.V., Kachanov V.N., Hasan Y., Gomonyuk I.V. Choice of tactics of surgical treatment of acute cholecystitis and its complications. *Arta Medica.* 2018. № 3 (68).

6. Б.М. Даценко, Т.И. Тамм, А.П. Захарчук, А.Я. Бардюк, И.А. Петленко, С.Б. Кутепов. Степень тяжести острого холецистита как основа выбора характера операции на принципах его активного хирургического лечения. *Клінічна хірургія.* 2018.

7. Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F. et al. 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World J. Emerg Surg.* 2016. Vol. 4, № 1. P. 52.