

8. Hao Y. Comparison of laparoscopic and open gastrectomy on cancer cells exfoliating from the cancer-invaded serosa / Y. Hao, P. Yu, H. Zhong // *Surgical Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques*. – 2009. – Vol. 19, N 3. – P. 201–207.

9. Yoshimura F. Clinical outcome and clinicopathological characteristics of recurrence after laparoscopic gastrectomy for advanced gastric cancer / F. Yoshimura, K. Inaba, Y. Kawamura // *Digestion*. – 2011. – Vol. 83, N 3. – P. 184–190.

10. Kim H. H. Long-term results of laparoscopic gastrectomy for gastric cancer: a large-scale case-control and case-matched Korean multicenter study / H. H. Kim, S. U. Han, M. C. Kim // *Journal of Clinical Oncology*. – 2014. – Vol. 32, N 7. – P. 627–633.

#### REFERENCES

1. Kitano S., Shiraishi N., Uyama I. A Multicenter Study on Oncologic Outcome of Laparoscopic Gastrectomy for

Early Cancer in Japan. *Annals of Surgery* 2007; 245 (1): 68-72.

2. Kim K.H., Kim M.C., Jung G.J. Long-term outcomes and feasibility with laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer. *Journal of Gastric Cancer* 2012; 12 (1): 18-25.

3. Ohtani H., Tamamori Y., Noguchi K. Meta-analysis of laparoscopy-assisted and open distal gastrectomy for gastric cancer. *Surgical Endoscopy* 2011; 25 (1): 140-5.

4. Orsenigo E., Di Palo S., Tamburini A., Staudacher C. Laparoscopy-assisted gastrectomy versus open gastrectomy for gastric cancer: a mono-institutional Western center experience. *Journal of Surgical Oncology* 2010; 102 (1): 77-81.

5. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3). Japanese Gastric Cancer Association. *Gastric Cancer* 2011; 14: 113-123.

6. Dindo D., Demartines N., Clavien P. Classification of Surgical Complications. A New Proposal With Evalua-

tion in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Annals of Surgery* 2004; 240: 205-213.

7. Scatizzi M., Kroning K. C., Lenzi E. Laparoscopic versus open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer: a case-control study. *Updates of Surgery* 2011; 63 (1): 17-23.

8. Hao Y., Yu P., Zhong H. Comparison of laparoscopic and open gastrectomy on cancer cells exfoliating from the cancer-invaded serosa. *Surgical Laparoscopy Endoscopy and Percutaneous Techniques* 2009; 19 (3): 201-207.

9. Yoshimura F., Inaba K., Kawamura Y. Clinical outcome and clinicopathological characteristics of recurrence after laparoscopic gastrectomy for advanced gastric cancer. *Digestion* 2011; 83 (3): 184-90.

10. Kim H.H., Han S.U., Kim M.C. Long-Term Results of Laparoscopic Gastrectomy for Gastric Cancer: A Large-Scale Case-Control and Case-Matched Korean Multicenter Study. *Journal of Clinical Oncology* 2014; 32 (7): 627-633.

Надійшла 17.02.2015

УДК 616.366-002.1-06-089

Ю. М. Захараш, М. П. Захараш, Р. Н. Абу Шамсія,  
А. І. Стельмах, В. В. Мороз

## ДОСВІД ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна

УДК 616.366-002.1-06-089

Ю. М. Захараш, М. П. Захараш, Р. Н. Абу Шамсія, А. І. Стельмах, В. В. Мороз  
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Представлен анализ результатов лечения 178 больных с осложненным острым холециститом различной степени тяжести. Одноэтапная хирургическая тактика с выполнением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) применена при лечении 106 (59,6 %) пациентов, двухэтапная — в 57 (32,1%) случаях, трехэтапная — у 12 (6,7 %) больных с холецистохоледохолитиазом с высоким операционно-анестезиологическим риском. Применение дифференцированного подхода к выбору оптимальной хирургической тактики при лечении больных острым осложненным холециститом с приоритетным использованием малоинвазивных технологий позволило увеличить долю ЛХЭ до 95,5 %, снизить показатели послеоперационных осложнений с 23,8 до 13,4 %, летальности, которая не была обусловлена основным заболеванием, — с 3,9 до 1,7 %. Обоснована и доказана приоритетность выполнения малоинвазивных вмешательств при острым холецистите и осложненных формах желчнокаменной болезни.

**Ключевые слова:** острый холецистит, осложнения, лапароскопическая холецистэктомия.

UDC 616.366-002.1-06-089

Yu. M. Zakharash, M. P. Zakharash, R. N. Abu Shamsiya, A. I. Stelmakh, V. V. Moroz  
EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF COMPLICATED ACUTE CHOLECYSTITIS

O. O. Bohomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Objective:** the choice of optimal surgical management, method and sequence of surgery in patients with acute cholecystitis.

**Methods.** The paper presents an analysis of results of treatment of 178 patients with complicated acute cholecystitis of different severity. One-stage surgery with the performance of laparoscopic cholecystectomy (LCE) was used in the treatment of 106 (59.6%) patients, two-step — in 57 (32.1%)



cases, a three stage — in 12 (6.7%) patients with high operational cholecystocholedocholithiasis with high surgical and anaesthesiological risk.

**Results.** The use of a differentiated approach to the choice of optimal surgical treatment in patients with complicated acute cholecystitis with using mini-invasive technologies has made it possible to increase the share of LCE to 95.5%, lower rates of postoperative complications from 23.8 to 13.4% and mortality which was not caused by the basic disease decreased from 3.9 to 1.7%.

**Conclusion.** In the article there was explained and proved a necessity in mini-invasive surgery for acute cholecystitis and cholelithiasis complicated forms.

**Key words:** acute cholecystitis, complications, laparoscopic cholecystectomy.

## Вступ

Проблема вибору оптимальної хірургічної тактики, методу та послідовності виконання хірургічних втручань у хворих на гострий холецистит і сьогодні залишається дискусійною, а переконання хірургів є часто суперечливими. Раніше прийнята тактика хірургічного лікування хворих на гострий холецистит за терміновими показаннями із застосуванням традиційної «відкритої» холецистектомії виконується лише в окремих випадках. Відбувається значне розширення арсеналу малоінвазивних методик, які використовуються в хірургічній практиці. Інтерес до проблеми зумовлений і тим, що суттєво збільшилися можливості використання малоінвазивних методів і як етапу, і як остаточного методу лікування хворих на гострий холецистит.

Об'єктивним чинником, що стримує застосування лапароскопічних втручань у цієї категорії хворих, є небезпека неконтрольованої кровотечі та ушкодження позапечінкових жовчних проток, що зумовлено вираженими патологічними змінами в зоні запального інфільтрату. Разом із тим, летальність при виконанні відкритих операцій із приводу ускладненого гострого холециститу залишається вищою, ніж при проведенні лапароскопічних втручань, досягаючи 7–13,5 % [1–3], що і схиляє все більше хірургів до пріоритетності використання саме ендовідеохірургічних методів лікування таких хворих [1; 2; 4–8].

**Мета** роботи — покращити результати лікування хворих з ускладненим гострим холецис-

титом завдяки пріоритетному використанню й удосконаленню ендовідеохірургічних та лапароскопічних технологій.

## Матеріали та методи дослідження

За період із січня 2008 р. по грудень 2014 р. на клінічній базі кафедри хірургії № 1 НМУ імені О. О. Богомольця з приводу гострого та хронічного холециститу лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) виконана 895 пацієнтам. Проведено ретроспективний аналіз результатів малоінвазивного лікування 178 (19,5 %) хворих на ускладнений гострий холецистит (56 чоловіків і 122 жінки) віком від 22 до 91 року з гострим холециститом різного ступеня тяжкості. З них 13 (7,3 %) хворих були госпіталізовані у терміни до 24 год від початку захворювання, 40 (22,5 %) — до 3 діб, 37 (20,8 %) — до 7 діб. Середня тривалість захворювання до надходження у стаціонар становила (5,8±2,0) доби.

У 165 (92,7 %) хворих установлений діагноз гострого деструктивного холециститу, який у 43 (24,2 %) пацієнтів ускладнився механічною жовтяницею з причини холедохолітазу. Гнійний холангіт діагностовано в 11 (6,2 %) пацієнтів. У 65 (36,5 %) хворих під час операції виявлено паравезикальний інфільтрат, у 28 (15,7 %) — паравезикальний абсцес, у 5 (2,8 %) — гострий панкреатит. Поєднання двох і більше ускладнень відзначено більше ніж у половини хворих. Зі 106 (59,6 %) пацієнтів похилого та старечого віку супровідна гіпертонічна хвороба виявлена у 86 (81 %) хворих, ішемічна

хвороба серця — у 92 (86,8 %), серцева недостатність — у 24 (22,6 %), цукровий діабет — у 25 (23,6 %), ожиріння — у 18 (16,9 %), захворювання легень — у 23 (21,7 %), наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) — у 12 (11,3 %), хронічний пієлонефрит — у 16 (15,1 %). Рівень операційно-анестезіологічного ризику, зумовленого тяжкістю загального стану у таких пацієнтів, і рівень поліорганної недостатності визначали з використанням критеріїв шкал ASA та MODS (Multiple Organ Dysfunction Score).

## Результати дослідження та їх обговорення

Період від моменту госпіталізації пацієнта до проведення активного хірургічного лікування використовувався для інтенсивної консервативної терапії з метою передопераційної підготовки та діагностики.

Визначення хірургічної тактики у кожного конкретного хворого залежало від тяжкості основного захворювання, характеру та ступеня ознак локальних ускладнень і загального стану, зумовленого наявністю основного та супровідних захворювань, ступеня їх компенсації.

Протягом останніх 10 років нами опрацьована тактика біліарної декомпресії при наростанні ознак обтурації жовчного міхура. У 41 випадку деструктивної форми холециститу у зв'язку з високим операційно-анестезіологічним ризиком у першу добу після госпіталізації під ультразвуковою навігацією проведені черезшкірно-черезпечінкові втручання з формуванням холецис-



тостами з метою усунення біліарної гіпертензії. Таким чином, 106 (59,6 %) із 178 хворих з ускладненими формами гострого холециститу перенесли одномоментну ЛХЕ; двоетапна тактика використана у 57 (32,1 %) випадках: на I етапі 31 (17,4 %) пацієнту були виконані ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) з ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ) і літоекстракцією, 26 (14,6 %) — сформована черезшкірно-черезпечінкова холецистостома (ЧЧХЦС), а на II етапі виконали 21 (11,8 %) хворому ЛХЕ і 5 (2,8 %) хворим — відкриту холецистектомію. Триетапна тактика хірургічного лікування застосована у 12 (6,7 %) хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком і супровідним холедохолітазом. На I етапі їм виконували ехоконтрольовану ЧЧХЦС, на II етапі — ЕПСТ із літоекстракцією, на III — ЛХЕ. Унаслідок технічних труднощів у 5 (2,8 %) хворих зі щільним інфільтратом виникла необхідність конверсії.

Інтраопераційні внутрішньо-черевні ускладнення ЛХЕ спостерігали у 49 (28,8 %) пацієнтів. Загальним ускладненням для 12 (6,7 %) хворих був розвиток проявів гострої серцево-судинної недостатності, яка виникла відразу ж після створення карбоксиперитонеуму при тиску газу 14 мм рт. ст. За рахунок медикаментозної корекції та зниження внутрішньочеревного тиску до 6–8 мм рт. ст. порушення серцево-судинної діяльності вдалося ліквідувати.

Серед місцевих ускладнень ЛХЕ кровотеча з міхурової артерії та її гілок виникла у 12 (6,7 %) хворих, кровотеча з рани передньої черевної стінки — у 11 (6,5 %), кровотеча з стінки жовчного міхура — у 25 (14,7 %), термічний опік серозної оболонки дванадцятипалої кишки — у 4 (2,4 %), ушкодження гепатикохолодоха — у 1 (0,59 %). Усього в спостережуваній групі хворих у 24 (13,4 %)

випадках виникли післяопераційні ускладнення.

Після виконання ЕРХПГ із подальшою ЕПСТ у 3 (6,9 %) пацієнтів розвинувся післяопераційний інструментальний панкреатит, який вдалося ліквідувати консервативно. Під час виконання ЕПСТ у 2 (4,7 %) пацієнтів виникла кровотеча з папілотомного розрізу великого сосочка дванадцятипалої кишки, яку було призупинено завдяки використанню додаткової ендоскопічної коагуляції.

При виконанні ехоконтрольованої ЧЧХЦС у 3 (7,3 %) хворих виникла кровотеча з пункційного отвору, у 2 (4,9 %) — підтікання жовчі по пункційному отвору в черевну порожнину, у 4 (9,8 %) — міграція дренажу.

Післяопераційні ускладнення ЛХЕ виявлені у 5 (2,9 %) пацієнтів: нагноєння епігастральної операційної рани, через яку витягували інфікований жовчний міхур, — у 3, післяопераційний панкреатит — у 1, підпечінковий абсцес — у 1. Останній був виявлений на 10-ту добу після виконання ЛХЕ. Пацієнта повторно госпіталізовано, проведено ехоконтрольовану черезшкірно-черезпечінкову санацію і дренажування порожнини абсцесу. Хворий виписаний з клініки з одужанням на 7-му добу.

Загальна летальність при лікуванні пацієнтів з ускладненим гострим холециститом становила 1,7 %. Померли 3 пацієнти похилого віку з тяжкою супровідною патологією та високим операційно-анестезіологічним ризиком, причинами смерті яких були: наростаюча поліорганна недостатність — у 2 хворих, гострий інфаркт міокарда — у 1.

Аналіз нагромадженого у клініці матеріалу свідчить про те, що 94 % хворих з гострим холециститом звертаються по медичну допомогу в досить пізні терміни від початку захворювання, переважно з деструктивними формами захворю-

вання, що істотно впливає на вибір невідкладної хірургічної тактики. Слід зазначити, що з 126 випадків пізньої госпіталізації у 46 (36,5 %) локальна симптоматика була мало вираженою внаслідок деструкції. Оцінюючи можливості виконання ЛХЕ при гострому ускладненому деструктивному холециститі, слід враховувати специфіку маніпулювання в зоні жовчного міхура, загальної жовчної та загальної печінкової проток на фоні запального деструктивного процесу. Щільний інфільтрат у зоні шийки жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки при деструктивному холециститі формується, як правило, після 5-ї доби від початку захворювання і може ускладнюватися розвитком паравезикального інфільтрату або абсцесу. У ході проведення ЛХЕ в таких випадках можуть виникнути технічні труднощі, пов'язані з підвищеною кровоточивістю тканин й утрудненою верифікацією елементів трикутника Кало, що зумовлює необхідність виконати пункцію жовчного міхура з аспірацією його вмісту, ретельно проводити дисекцію тупим і гострим шляхом, це дозволяє краще орієнтуватися в анатомічних особливостях гепатодуоденальної зони.

Таким чином, в арсеналі хірурга є достатньо малоінвазивних методів, обґрунтоване застосування яких суттєво підвищує можливості хірургічного лікування хворих на гострий ускладнений холецистит, у тому числі пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком.

## Висновки

1. За відсутності високого операційно-анестезіологічного ризику і виражених локальних ускладнень ЛХЕ є методом вибору в хірургічному лікуванні хворих на гострий холецистит у будь-які терміни від початку захворювання.

2. Основними критеріями вибору оптимальної хірургічної





тактики в лікуванні пацієнтів із гострим ускладненим холециститом є: терміни госпіталізації хворого від початку захворювання, ступінь вираженості запального процесу, наявність локальних ускладнень, ступінь вираженості та декомпенсації супровідних захворювань, досвід хірурга тощо.

3. Ускладнення гострого холециститу механічною жовтяницею зумовлює необхідність диференційованого підходу до вибору оптимальної хірургічної тактики з пріоритетним використанням малоінвазивних технологій, визначення етапності виконання та виду хірургічного втручання.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом / В. П. Башилов, Е. И. Брехов, Ю. Я. Малов // Хирургия. – 2005. – № 10. – С. 40–45.

2. Бебуришвили А. Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита / А. Г. Бебуришвили, А. В. Быков, Е. И. Зюбина // Хирургия. – 2005. – № 1. – С. 43–48.

3. Затевахин И. И. Острый холецистит: диагностика и лечение / И. И. Затевахин, М. Ш. Цициашвили, Г. Ж.

Дзарасова // Вестник РГМУ. – 2000. – № 3. – С. 21–26.

4. Бударин В. И. Лапароскопическая холецистэктомия в экстренной хирургии / В. И. Бударин // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 35–38.

5. Новые технологии в диагностике и лечении осложненных форм холедохолитиаза / Б. А. Сотниченко, В. И. Макаров, Н. И. Савинцева [и др.] // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Алматы, 2006. – С. 112.

6. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. В. Ташкинов, Е. В. Николаев, Н. И. Бояринцев [и др.] // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 44–46.

7. Результаты миниинвазивных операций в хирургии желчных путей / А. Д. Тимошин, А. Л. Шестаков, С. А. Колесников [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. – № 1. – С. 34–38.

8. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / А. М. Хаджибаев, Б. К. Алтыев, Ш. К. Атаджанов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9. – № 2. – С. 159–160.

#### REFERENCES

1. Bashilov V.P., Brekhov Ye.I., Malov Yu.Ya. Comparative evaluation of different methods in the treatment of patients with acute cholecystitis com-

plicated by choledocholithiasis. *Khirurgiya* 2005; 10: 40–45.

2. Beburishvili A.G., Bykov A.V., Zyubina E.I. Evolution of approaches to the surgical treatment of complicated cholecystitis. *Khirurgiya* 2005; 1: 43–48.

3. Zatevakhin I.I., Tsitsiashvili M.Sh., Dzarasova G.Zh. Acute cholecystitis: diagnosis and treatment. *Vestnik RGMU* 2000; 3: 21–26.

4. Budarin V. I. Laparoscopic cholecystectomy in emergency surgery. *Khirurgiya* 2005; 5: 35–38.

5. Sotnichenko B.A., Makarov V.I., Savinctseva N.I. et al. *Sbornik tezisov XIII Mezhdunarodnogo kongressa hirurogov-gepatologov Rossii i stran SNG* [New technologies in the diagnosis and treatment of complicated forms of cholecystitis cholangiolithiasis. Collection of abstracts of the XIII International Congress of Surgeons-Hepatologists Russia and CIS]. *Almaty*, 2006, p. 112.

6. Tashkinov N.V., Nikolaev E.V., Boyarintsev N.I. et al. Ways to optimize the treatment of acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis in elderly patients. *Dal'nevostochny meditsinskiy zhurnal* 2009; 1: 44–46.

7. Timoshin A.D., Shestakov A.L., Kolesnikov S.A. et al. The results of minimally invasive operations in surgery of the biliary tract. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* 2006; 11 (1): 34–38.

8. Hadzhibayev A.M., Altyev B.K., Atadzhanov Sh.K. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii* 2004; 9 (2) 159–160.

Надійшла 4.03.2015

Передплачуйте  
і читайте



## ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

