

## ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

О. М. Кіт, Д. О. Ковальчук

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

---

У статті висвітлено проблему хірургічного лікування 147 хворих на гострий холецистит. У 117 із них проведено лапароскопічні операції, а в 30 – відкриту холецистектомію. Доведено перевагу активної хірургічної тактики та лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит.

---

## THE ARGUMENTATION OF CHOICE OF ACUTE CHOLECYSTITIS SURGICAL TREATMENT METHOD

O. M. Kit, D. O. Kovalchuk

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky*

---

The article is devoted to the problems of surgical treatment of 147 patients with acute cholecystitis. 117 patients were operated laparoscopically and 30 patient had the open cholecystectomy. The priority of the invasive surgical approach for patients with acute cholecystitis was proved.

---

**Вступ.** Однією із актуальних проблем абдомінальної хірургії на сьогодні залишається лікування гострого холециститу [1]. За частотою гострий холецистит займає друге місце і складає 10 % серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини [1, 3]. Ми провели порівняльну оцінку ефективності лапароскопічної і відкритої холецистектомії у 147 хворих на гострий холецистит у різні терміни післяопераційного періоду. Критерієм оцінки було вивчення змін основних біохімічних показників, активності ферментів, процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у сироватці крові оперованих хворих після лапароскопічної і відкритої холецистектомії.

**Основна частина.** В основу роботи покладено результати обстеження та лікування 147 хворих на гострий холецистит, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці шпитальної хірургії Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського у 2009–11 роках. Серед обстежених чоловіків було 23 (15,6 %), жінок 124 (84,4 %). Вік хво-

рих становив від 17 до 84 років. Оперативні втручання здійснювали за екстремними показаннями – 19 (12,9 %) хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом і з деструктивними формами гострого холециститу (флегмонозний, гангренозний, гангренозно-перфоративний), негайно після госпіталізації їх в стаціонар або в перші 4–6 год після інтенсивної передопераційної підготовки, термінові операції здійснили у 115 (78,2 %) хворих, при відсутності ефекту від інтенсивної консервативної терапії і покращення стану хворого через 6–24 год і 13 (8,9 %) оперовані у відстроченому порядку, після клінічного покращення загального стану та ретельного обстеження хворого (лабораторного, УЗД та ін.). У 103 (70,1 %) хворих виконано лапароскопічну холецистектомію, у 14 (9,5 %) хворих проведено конверсію на лапаротомний доступ через технічні труднощі, у 30 (20,4 %) холецистектомію виконано відкритою методикою.

Гострий холецистит, як правило, супроводжується інтоксикаційним синдромом, що значно обтяжує перебіг захворювання і впливає на результати його лікування. Так, при обстеженні

хворих на гострий холецистит у 97 (66,0 %) спостерігали підвищення активності ферментів, при цьому рівень активності аспартатамінотрансферази (АСаТ у хворих на гострий катаральний холецистит збільшився з  $(0,32 \pm 0,05)$  до  $(0,42 \pm 0,03)$  мкмоль/л, а у хворих на гострий гангренозний холецистит до  $(1,38 \pm 0,08)$  мкмоль/л, у 4,3 раза порівняно з контрольними величинами, лактатдегідрогенази (ЛДГ) та лужної фосфатази (ЛФ). Активність аланінамінонотрансферази (АлаТ) у хворих на гострий катаральний холецистит збільшилася у 1,3 раза  $((0,51 \pm 0,02)$  мкмоль/л), у хворих з флегмонозним холециститом у 3,4 раза  $((1,32 \pm 0,08)$  мкмоль/л), а у хворих на гострий гангренозний холецистит у 5,1 раза  $((1,95 \pm 0,06)$  мкмоль/л) порівняно з контрольними величинами.

Поряд з вищенаведеними ферментами ми виявили у досліджуваних хворих деяке підвищення ЛДГ та ЛФ. Так, у хворих з катаральним холециститом показник ЛДГ збільшився у 1,4 раза, у хворих з флегмонозним холециститом у 1,8 раза, а у хворих із гострим гангренозним холециститом у 2,3 раза порівняно з контрольними величинами. Показник ЛФ в сироватці крові хворих з деструктивними формами гострого холециститу зріс з  $(1,25 \pm 0,32)$  до  $(2,31 \pm 0,10)$  мкмоль/л (у 1,8 раза), у хворих на гострий флегмонозний холецистит у 3,6 раза, а у хворих на гангренозний холецистит – у 4,3 раза порівняно з контрольними величинами. Приведена динаміка вищенаведених показників активності ферментів сироватки крові свідчить про ураження печінки і наглядно відображає тяжкість перебігу різних форм гострого холециститу. Поряд з цим нами відмічено, що на тлі змін біохімічних показників функціонального стану печінки у хворих на гострий холецистит та змін активності печінкових ферментів спостерігалась інтенсифікація процесів перекисного окислення ліпідів.

Аналіз одержаних результатів дослідження свідчить про те, що у хворих із гострим катаральним холециститом концентрація малонового діальдегіду зросла з  $(0,386 \pm 0,016)$  до  $(0,421 \pm 0,006)$  мкмоль  $\cdot$  л<sup>-1</sup>, а у хворих на гострий гангренозний холецистит цей показник досягав аж  $(0,631 \pm 0,011)$  мкмоль  $\cdot$  л<sup>-1</sup> ( $p < 0,001$ ), а найбільші показники спостерігали у хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом. Поряд з цим рівень дієнових кон'югат у хворих із гострим катаральним холециститом склав

$(10,149 \pm 0,157)$  мкмоль  $\cdot$  л<sup>-1</sup> і порівняно з контрольною величиною збільшився майже у 1,23 раза, а найбільших величин досягав у хворих із гострим холециститом, ускладненими панкреатитом і перитонітом. Поряд з цим виявлено, що концентрація церулоплазміну у хворих на гострий катаральний холецистит зменшилась з  $(2,86 \pm 0,05)$  до  $(2,54 \pm 0,05)$  ммоль  $\cdot$  л<sup>-1</sup> ( $p < 0,01$ ), а відновленого глутатіону з  $(2,546 \pm 0,251)$  до  $(1,935 \pm 0,028)$  мкмоль  $\cdot$  л<sup>-1</sup> ( $p < 0,01$ ). Ці дані свідчать про зниження антиоксидантного захисту у хворих на гострий холецистит, зумовлений запальним процесом в організмі, що підтверджувалось і зміною активності каталази сироватки крові. Її рівень зменшився з  $(26,25 \pm 0,25)$  до  $(20,15 \pm 0,31)$  мккат  $\cdot$  л<sup>-1</sup> ( $p < 0,01$ ), тобто у 1,30 раза. При дослідженні ступеня ендогенної інтоксикації і концентрації молекул середньої маси у хворих на гострий холецистит нами виявлено, що уже у хворих на гострий катаральний холецистит мало місце незначне зростання концентрації молекул середньої маси –  $(0,287 \pm 0,012)$  ум. од. (у 1,1 раза), у хворих на гострий флегмонозний холецистит цей показник збільшився до  $(0,402 \pm 0,014)$  ум. од. (у 1,6 раза), а у хворих на гострий гангренозний холецистит до  $(0,481 \pm 0,020)$  ум. од. (у 1,9 раза). Ці дані свідчать про те, що з розвитком запального процесу у жовчному міхурі збільшується концентрація молекул середньої маси і наростає ступінь ендогенної інтоксикації й погіршується стан хворих.

При виконанні відкритої холецистектомії в кінці операції ще виразнішими ставали порушення активності ферментів та ПОЛ (порівняно з нормою в 2,5–3 раза). Тенденція до нормалізації цих показників відмічалась на 7–10 добу після операційного періоду.

Виконання ЛХЕ також супроводжувалось активацією вільнорадикального окислення, однак вираженість цих змін вірогідно менша, ніж при холецистектомії лапаротомним доступом. Нормалізація активності ферментів та показників ПОЛ відмічалась вже на 3–5 добу післяопераційного періоду. В випадках переходу на конверсію тільки у деяких хворих зберігались помірні явища інтоксикації.

**Висновок.** Гострий холецистит супроводжується вираженим інтоксикаційним синдромом. Операційна травма сприяє посиленню інтоксикації в організмі хворого. Лапароскопічна холецистектомія є методом вибору в хірургічному лікуванні гострого холециститу.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Березицький Я. С. Інтраопераційні й ранні післяопераційні ускладнення лапароскопічної холецистектомії / Я. С. Березицький, С. З. Ширяєв, В. Я. Березницький // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 3. – С. 58–59.
2. Василюк М. Д. Особенности диагностики и комплексного хирургического лечения острого холангита / М. Д. Василюк, С. М. Василюк // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 43.
3. Захараш М. П. Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гострому холециститі? / М. П. Захараш, М. І. Семендей, Ю. М. Захараш // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 47–49.
4. Кулиев Ш. Б. Дискуссионные вопросы хирургической тактики при остром холецистите / Ш. Б. Кулиев, Г. Б. Исаев // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 29–30.
5. Мішалов В. Г. Шляхи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії / В. Г. Мішалов, С. М. Гойда // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 74–77.
6. Невідкладна лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі й холангіті / Л. Я. Ковальчук, В. І. Максимлюк, А. Д. Беденюк та ін. // II Конгресс хирургів України. – К. ; Донецьк, 1998. – С. 288–299.
7. Острый холецистит как проблема лапароскопической хирургии / Попов А. Ф., Брискин Б. С., Мадаханов С. Н. [и др.] // Хирургия. – 1995. – № 5. – С. 13–15.