

УДК 616.366-002-003.7-06:616.36-002/-004]-089-035

© Л. Я. КОВАЛЬЧУК, О. Л. КОВАЛЬЧУК

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

Вибір методу та об'єму операційного втручання у хворих на гострий і хронічний калькульозний холецистити із супутніми хронічними гепатитами і цирозом печінки

L. YA. KOVALCHUK, O. L. KOVALCHUK

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

CHOICE OF METHOD AND SCOPE OF SURGICAL INTERVENTION IN PATIENTS WITH ACUTE AND CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS WITH CONCOMITANT CHRONIC HEPATITIS AND CIRRHOSIS

Проведено обстеження 2318 хворих на жовчокам'яну хворобу, які перебували на стаціонарному лікуванні. У 401 обстеженого хворого холецистит розвинувся на фоні гепатиту або цирозу печінки. У даній групі жінок було 324, чоловіків – 77. Вік хворих – від 19 до 92 років.

Для вибору методів і обсягу операційного втручання розроблено діагностично-лікувальний алгоритм. Удосконалено техніку виконання операційних втручань на різних етапах лапароскопічної холецистектомії у хворих на жовчокам'яну хворобу, яка перебігає на фоні хронічних гепатитів та цирозу печінки, з урахуванням анатомо-морфологічних змін у паренхімі печінки, жовчному міхурі, гепатодуоденальній зв'язці, локальних проявів портальної гіпертензії.

Використання розробленого діагностично-лікувального алгоритму, диференційований підхід до вибору оптимальної хірургічної тактики з пріоритетом виконання лапароскопічних втручань на жовчному міхурі і, за необхідності, на жовчних протоках, з урахуванням запропонованих нами методів запобігання інтраопераційним та післяопераційним ускладненням, дозволило зменшити кількість інтраопераційних ускладнень з 16,4 до 10,5 %, ранніх післяопераційних – з 6,1 до 4,7 %, пізніх – з 2,6 до 1,5 %.

З метою попередження інтра- і післяопераційних ускладнень при виконанні холецистектомії у хворих на хронічні гепатити і цирози печінки розроблено і запатентовано ряд методів і технічних прийомів операційного втручання, які дозволили значно зменшити ризик операції.

2318 patients with cholelithiasis who were hospitalized were examined. In the 401 patients examined cholecystitis developed against the background of hepatitis or cirrhosis. In this group of women were 324 men – 77. Age patients – 19 to 92 years.

To choose the methods and scope of surgical intervention designed diagnostic and therapeutic algorithm. Improved technique of operational interventions at different stages of laparoscopic cholecystectomy in patients with gallstone disease that runs in the background of chronic hepatitis and cirrhosis, considering anatomical and morphological changes in the parenchyma of the liver, gallbladder, hepatoduodenal bundle, local manifestations of portal hypertension.

Using the developed diagnostic and therapeutic algorithm differentiated approach to the choice of optimal surgical treatment priority perform laparoscopic operations on the gall bladder and, where appropriate, the bile ducts, considering we proposed methods to prevent intraoperative and postoperative complications, possible to reduce the amount of intraoperative complications from 16.4 to 10.5 % of early postoperative – from 6.1 to 4.7 % later – from 2.6 to 1.5 %.

In order to prevent intra- and postoperative complications when performing cholecystectomy in patients with chronic hepatitis and liver cirrhosis developed and patented a number of methods and techniques of surgical interventions that have significantly reduced the risk of surgery.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. За повідомленнями вітчизняних і зарубіжних авторів, жовчокам'яна хвороба є найпоширенішою серед захворювань органів черевної порожнини і складає від 14 до 17 % [2, 6, 7, 8, 12]. Про збільшення її розповсюдження свідчить кількість виконаних хірургами операцій. Лише в Україні щорічно проводиться понад 30 000 операцій

холецистектомій (6,3 на 10 000 населення). Необхідно відзначити, що вже при первинному зверненні хворих на гострий або хронічний холецистит у 10–12 % з них виявляють холедохолітиаз [3, 5, 10, 13].

Не менш важливою проблемою сучасної гепатології є зростання показників поширеності хронічних гепатитів (переважно хронічних вірусних гепатитів) і цирозу печінки. У структурі захворюваності

на хронічні вірусні гепатити у країнах Західної Європи і США 65 % хворих складають вікову групу 30–49 років [11]. Україна є країною з помірним рівнем поширеності хронічних гепатитів і цирозу печінки [4, 9]. Частота виявлення маркерів хронічних вірусних гепатитів вища у віці 30–34 роки, частіше у чоловіків.

Діагностика і хірургічне лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу, особливо ускладнену (гострий і хронічний холецистит та холедохолітіаз), значно утруднюються при її поєднанні з гепатитами і цирозами різного генезу, що перебувають в активній фазі [12]. Виконання операційних втручань у хворих на калькульозний холецистит на фоні гепатиту і цирозу печінки супроводжується певними технічними труднощами, нерідко важкими ускладненнями [13]. До недавня виконання лапароскопічної холецистектомії вважали не показаним у хворих на цироз печінки через реальну загрозу розвитку тяжких профузних кровотеч з ложа жовчного міхура та ризик виникнення печінкової недостатності [1, 14]. Тому метою дослідження було проведення порівняльного аналізу застосування різних методів холецистектомії при ускладнених холециститах на фоні цирозу печінки і хронічного гепатиту.

Матеріали і методи. Проведено обстеження 2318 хворих на жовчнокам'яну хворобу, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ендоскопічної хірургії (1457 хворих), хірургічному відділенні (662 хворих) Тернопільської університетської лікарні та консультативно-лікувальному центрі (176 хворих) ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України” за 14 років – з 1996 до 2010 року.

У 401 обстеженого хворого холецистит розвинувся на фоні гепатиту або цирозу печінки. В даній групі жінок було 324, чоловіків – 77. Вік хворих – від 19 до 92 років.

У дослідження залучали лише хворих, які були прооперовані з основним діагнозом гострого або хронічного калькульозного холециститу, або з конкрементами та іншими непухлинними захворюваннями магістральних жовчних проток і встановленими діагнозами хронічних гепатитів або цирозу печінки. Діагноз гепатиту був верифікований у процесі передопераційного клінічного обстеження, дослідження крові імунологічним методом і полімеразною ланцюговою реакцією або під час операційного втручання з використанням візуальної діагностики, лапароскопічної доплеросонографії, холангіографії, холангіоскопії і доповнений результатами гістологічного дослідження препаратів, отриманих шляхом біопсії печінки, виконаної під час операції. Остаточний діагноз формулювали під час виписування хворого зі стаціонару з урахуванням основної патології, її ускладнень, ускладнень операційного

втручання, а також супутньої патології відповідно до Міжнародної класифікації хвороб МКХ-10.

Клініко-лабораторні дослідження виконано в сертифікованих і акредитованих МОЗ України лабораторіях. Згідно з протоколом дослідження, всім пацієнтам проводили загальний і біохімічний аналіз крові й загальний аналіз сечі. Для аналізу крові використовували автоматичні і напівавтоматичні гематологічні, біохімічні та імуноферментні аналізатори. Стан системи згортання крові визначали з використанням коагулометричних методик.

Проводили ультразвукове дослідження печінки і жовчних проток. Оцінювали контур і структуру органа, беручи до уваги супутні ознаки портальної гіпертензії – асцит, розширення вен ворітної системи, спленомегалію. За показаннями використовували також загальноприйняті рентгенологічні методи дослідження, а також комп'ютерну і магнітно-ядерно-резонансну томографію.

З інтраопераційних методів дослідження використовували холангіографію, холедохоскопію і лапароскопічну доплеросонографію.

Підрахунок результатів дослідження проводили методами дисперсійного і кореляційного аналізу з використанням стандартних макросів електронних таблиць MS Excel 2003.

Результати досліджень та їх обговорення.

Для вирішення питання вибору методів і об'єму операційних втручань у хворих з гострим і хронічним холециститом, що перебігав на фоні хронічного гепатиту і цирозу печінки, враховували такі особливості перебігу захворювання:

- у хворих на хронічний гепатит і цироз печінки знижені показники згортальної системи крові, що під час операції зумовлює підвищену кровоточивість;
- перебіг захворювання у таких хворих може супроводжуватись портальною гіпертензією, наявністю розширеної венозної сітки в ділянці гепатодуоденальної зв'язки, воріт печінки і ложа жовчного міхура, що зумовлює значні технічні труднощі під час виконання холецистектомії і високу вірогідність виникнення інтраопераційних кровотеч;
- таким хворим необхідно провести передопераційну підготовку, спрямовану на покращення згортальної системи крові, імунореактивності організму і процесів перекисного окиснення ліпідів, стабілізацію основних життєво важливих функцій;
- наявність гепатиту і цирозу печінки нерідко змінює анатомічні співвідношення загальної, печінкової і міхурової жовчної протоки з печінковими і міхуровою артеріями і під час операції супроводжується високим ризиком ятрогенних пошкоджень важливих анатомічних утворів;
- наявність високого коефіцієнта літогенності жовчі є вірогідною прогностичною ознакою виник-

нення в післяопераційному періоді рецидиву холелітіазу і холангіту, що зумовлює необхідність розширення об'єму операційного втручання з застосуванням дренажних операцій, які корегують відтік жовчі;

– у таких хворих має місце зниження імунної реактивності організму, що нерідко супроводжується підвищеним ризиком виникнення післяопераційних ускладнень;

– у хворих з цією патологією нерідко мають місце супутні захворювання, пов'язані з серцево-судинною, дихальною та іншими системами організму;

– перебіг гострого і хронічного холециститу на фоні гепатиту відрізняється особливою тяжкістю і високою вірогідністю виникнення ускладнень;

– при проведенні наркозу і введенні троакарів для проведення лапароскопічного операційного втручання можуть виникати проблеми, пов'язані з накладанням пневмоперитонеуму і підтриманням функції основних життєво важливих систем;

– об'єм операційного втручання у таких хворих повинен бути мінімальним, малотравматичним, спрямованим на усунення патологічного вогнища;

– ведення післяопераційного періоду у хворих, оперованих з приводу гострого і хронічного холециститу на фоні гепатиту, повинно враховувати всі названі вище особливості.

Приймаючи рішення про необхідність операційного втручання у хворих з гострим чи хронічним калькульозним холециститом з супутніми гепатитом або цирозом печінки, необхідно брати до уваги можливість виконання того чи іншого операційного втручання у кожного конкретного хворого, необхідність проведення передопераційної підготовки, вибір методу – лапароскопічна чи лапаротомна операція, визначення об'єму операційного втручання.

У результаті аналізу проведеного дослідження нами був розпрацьований алгоритм вибору методів операційних втручань у хворих на гострий і хронічний калькульозний холецистит з супутніми гепатитами або цирозом печінки (рис. 1). Пріоритетним в алгоритмі був міні-інвазивний підхід, оскільки лапароскопічні операційні втручання на жовчних шляхах є менш травматичними порівняно з операціями, проведеними шляхом лапаротомії.

У більшості випадків методом вибору були лапароскопічні операційні втручання. У хворих на гострий і хронічний калькульозний холецистити ще перед операцією доводилось вирішувати питання щодо застосування лапаротомії. В окремих випадках переходили від лапароскопічного доступу до лапаротомного (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Методи виконання операційних втручань у хворих на гострий і хронічний калькульозний холецистити із супутнім хронічним гепатитом

Патологія	Лапароскопічний метод	Лапаротомія	Малоінвазивний двохетапний метод	Паліативні операції	Перехід на лапаротомію
Гострий простий холецистит	14	–	–	–	–
Гострий деструктивний холецистит	21	1	2	1	1
Водянка жовчного міхура	12	–	1	–	–
Емпієма жовчного міхура	7	–	–	1	1
Перивезикальний інфільтрат (абсцес)	7	1	–	2	1
Хронічний холецистит	261	14	2	3	2
Холедохолітіаз	37	6	5	1	3
Механічна жовтяниця	3	2	2	–	1
Синдром Міріззі	3	–	–	–	–

Таблиця 2. Методи виконання операційних втручань у хворих на гострий і хронічний калькульозний холецистити із супутнім цирозом печінки

Патологія	Лапароскопічний метод	Лапаротомія	Малоінвазивний двохетапний метод	Паліативні операції	Перехід на лапаротомію
Гострий простий холецистит	3	–	–	–	–
Гострий деструктивний холецистит	4	1	1	2	–
Емпієма жовчного міхура	1	–	–	1	–
Перивезикальний інфільтрат (абсцес)	–	–	1	–	–
Хронічний холецистит	13	–	2	–	1
Холедохолітіаз	6	3	1	2	1
Механічна жовтяниця	4	3	2	1	1

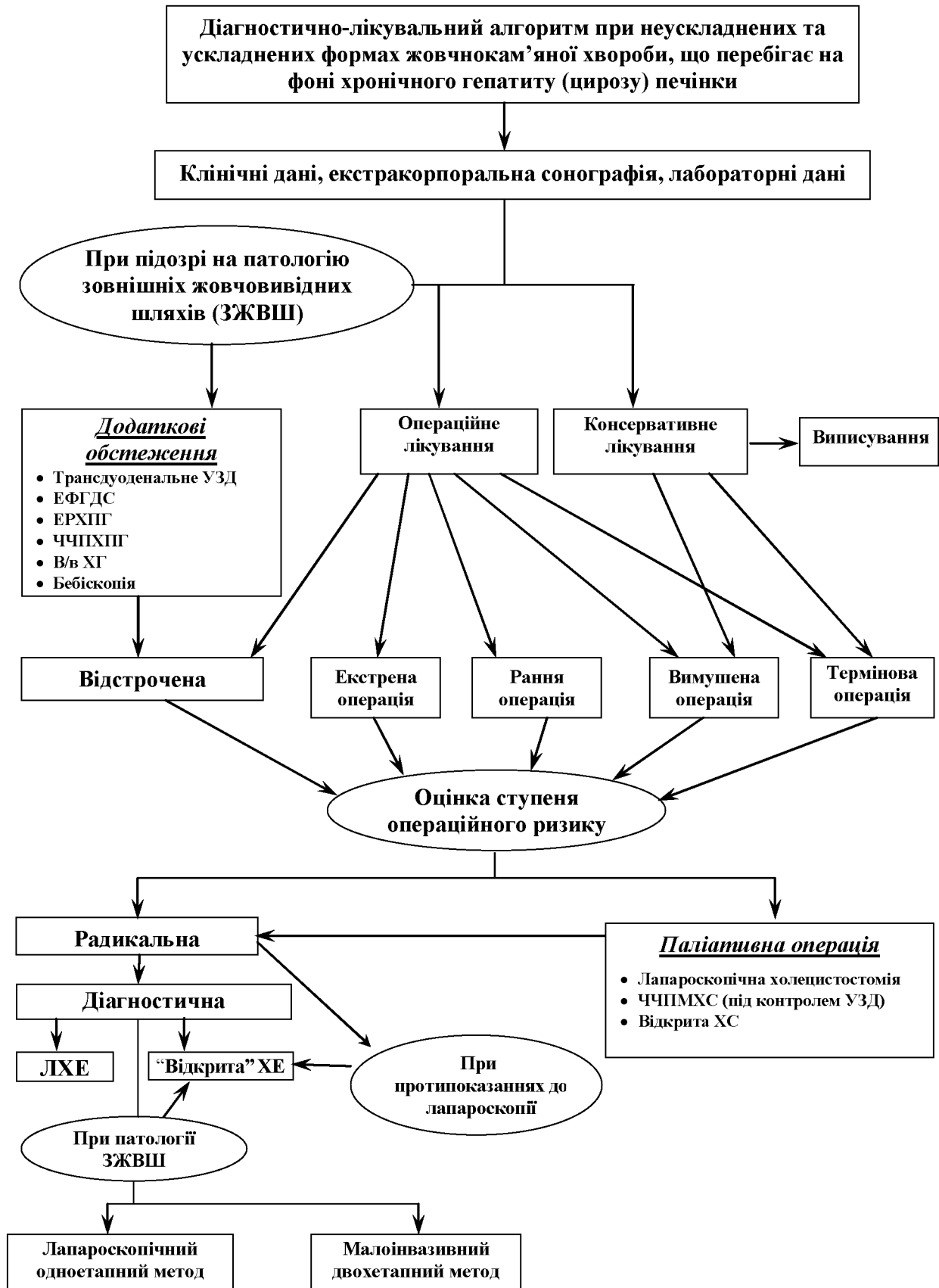


Рис. 1. Діагностично-лікувальний алгоритм хірургічної тактики при жовчнокам'яній хворобі з супутніми гепатитами чи цирозом печінки.

При вирішенні питання про необхідність проведення операційного втручання абсолютним протипоказанням до виконання операції лапароскопічним методом вважали рак жовчного міхура, відносними – наявність перивезикального абсцесу, виражену портальну гіпертензію, асцит II–III ступенів. В усіх випадках питання про операційне втручання і його об'єм вирішували індивідуально з врахуванням особливостей патології у кожного окремого хворого.

В окремих пацієнтів з обтураційними жовтяницями на фоні гепатиту або цирозу печінки лапароскопічним операційним втручанням передувало виконання декомпресії жовчних шляхів методом черезшкірної черезпечінкової пункції внутрішньопечінкових жовчних проток або жовчного міхура з проведенням дренажного катетера як першого етапу в процесі підготовки до основного операційного втручання.

Отже, у хворих з гепатитом або цирозом печінки при наявності жовчнокам'яної хвороби і її ускладнень методом вибору операційного втручання є лапароскопічна холецистектомія, і лише в окремих випадках, пов'язаних з холедохолітіазом і механічною жовтяницею, слід віддавати перевагу лапаротомії.

Для об'єктивної оцінки ефективності різних підходів при виконанні холецистектомії у хворих з цирозом печінки проведено проспективне рандомізоване дослідження на вибірці з 41 хворого з калькульозним холециститом на фоні цирозу печінки. Першу групу склали 34 хворих, яким проводили лапароскопічну холецистектомію. Друга група включала 7 пацієнтів, яким виконували відкриту операцію. Вибір того або іншого методу операції

проводили з урахуванням клінічного перебігу захворювання. За більшістю показників: статтю, віком, наявністю ускладнень, анамнестичними даними обидві групи були ідентичні (табл. 3).

Калькульозний холецистит у всіх хворих був діагностований під час УЗД. Спленомегалія була виявлена у 12 хворих I групи і у 4 хворих II групи. Наявність асциту було визначено у 3 пацієнтів I групи і у 1 – II групи. Дрібні конкременти визначали в жовчному міхурі у всіх пацієнтів I і II груп.

У хворих, госпіталізованих у стаціонар з клінікою біліарного панкреатиту, був помірно розширений холедох до 9–11 мм. У решти хворих діаметр холедоха, за даними УЗД, був у межах норми.

Лапароскопічну холецистектомію проводили за традиційними методиками. Відкриту холецистектомію виконували через верхньосерединну лапаротомію, довжина розрізу складала 13–17 см. У всіх хворих операція закінчувалася дренажуванням підпечінкового простору. У хворих з біліарним панкреатитом проводили інтраопераційну фіброхоледоскопію. При виявленні дрібних конкрементів вони вимивалися в просвіт дванадцятипалої кишки після дилатації великого дуоденального сосочка. Після втручання на холедохи проводили зовнішнє дренажування жовчних проток через куксу міхурової протоки за Холстедом.

При порівнянні результатів лапароскопічних і відкритих холецистектомій у хворих з цирозом печінки виявлено значні переваги малоінвазивної методики. Так, тривалість виконання лапароскопічної операції була істотно менша, ніж відкритої (табл. 4).

Таблиця 3. Клінічно-анамнестичні характеристики груп порівняння

		I група (n=34)		II група (n=7)	
		абс.	%	абс.	%
Стать	Чоловіки	19	55,9	5	71,4
	Жінки	15	44,1	2	28,6
Вік, роки	(M±m)	(57,9±5,1)		(55,7±11,2)	
	min	46		44	
	max	75		70	

Таблиця 4. Порівняння результатів лапароскопічної холецистектомії і відкритої холецистектомії у хворих з цирозом печінки

Показники та ускладнення операції	I група (n=34)		II група (n=7)	
	абс.	%	абс.	%
Тривалість операції, хв	63,5±8,5*		139,2±21,8*	
Інтраопераційна крововтрата, мл	119±20,7*		436±78,1*	
Кількість пацієнтів, яким переливали кров	3	8,8	4	57,1*
Післяопераційна кровотеча	2	5,8	2	28,5*
Нагноєння рани	–	–	1	14,2*
Септичні ускладнення	1	2,9	2	28,57*
Повторна операція	–	–	1	14,2

Примітка. * – результати достовірні (p<0,05).

Особливо наочною перевага лапароскопічної методики була відносно інтраопераційної крововтрати.

Частота післяопераційних ускладнень була вищою у тих пацієнтів, які перенесли відкриту холецистектомію. Інтенсивне підтікання крові з підпечінкового дренажу спостерігали тільки в одного хворого після лапароскопічної холецистектомії (2,9 %), тоді як після відкритої холецистектомії підтікання крові було у 2 пацієнтів (28,5 %).

Висновки. 1. При вирішенні питання вибору методів операційних втручань у хворих на гострий і хронічний холецистит, що перебігає на фоні хронічних гепатитів і цирозу печінки, доцільно використовувати розроблений нами діагностично-лікувальний алгоритм, який враховує особливості перебігу

захворювання; перевагу слід віддавати лапароскопічній операції перед відкритою лапаротомією; обсяг хірургічного втручання у таких хворих повинен бути мінімальним, малотравматичним, спрямованим на усунення патологічного вогнища.

2. Використання розробленого діагностично-лікувального алгоритму, диференційований підхід до вибору оптимальної хірургічної тактики з пріоритетом виконання лапароскопічних втручань на жовчному міхурі і, за необхідності, на жовчних протоках, з урахуванням запропонованих нами методів запобігання інтраопераційним та післяопераційним ускладненням, дозволило зменшити кількість інтраопераційних ускладнень з 16,4 до 10,5 %, ранніх післяопераційних – з 6,1 до 4,7 %, пізніх – з 2,6 до 1,5 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Ахтамов Дж. А. Является ли цирроз печени противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии? / Дж. А. Ахтамов, С. А. Азимов, Ш. Ю. Шомуродов // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 3. – С. 51.
- Гепатиты: рациональная диагностика и терапия : [практическое руководство] / под ред. Михаэля Фукса ; пер. с нем. – М. : Гэотар-медиа, 2010. – 240 с.
- Грубник В. В. Порівняльний аналіз одноетапних і двоетапних методів лікування холедохолітіазу в хворих із хронічним гепатитом / В. В. Грубник, О. Л. Ковальчук, С. В. Калинчук // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 2 (дод.). – С. 25–27.
- Декомпенсований цироз печінки / [В. І. Русин, В. О. Сипливий, А. В. Русин та ін.]. – Ужгород : ВЕТА Закарпаття, 2006. – 232 с.
- Діагностика та хірургічне лікування хворих із рубцевими стриктурами позапечінкових жовчних проток / М. П. Павловський, Т. І. Шахова, В. І. Колонійцев, Я. Р. Дутка // Acta Medica Leopoliensia. – 2010. – Т. XV, № 4. – С. 41–44.
- Дударь Л. В. Коррекция антиоксидантной функции печени в амбулаторных условиях при хронических диффузных заболеваниях печени / Л. В. Дударь, В. В. Чернявский // Здоров'я України. – 2009. – № 12/1. – С. 53.
- Інтервенційна ендоскопія у хворих з запальною патологією гепатопанкреатичної зони біліарної патології / В. В. Петрущенко, Я. М. Папинський, В. П. Ковальчук [та ін.] // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – № 14 (2). – С. 284–287.
- Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков : монография / [М. Е. Ничигайло, В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук и др.]. – К. : Здоров'я, 2005. – 424 с.
- Портальная гипертензия и её осложнения / [В. В. Бойко, В. И. Никишаев, В. И. Русин и др.]; под общ. ред. В. В. Бойка. – Х. : ФОП Мартиняк, 2008. – 335 с.
- Хирургическая тактика при остром холецистите и его осложнениях у больных с повышенным операционно-анестезиологическим риском / М. П. Захараш, Л. Г. Заверный, А. И. Стельмах [и др.] // Харків. хірург. школа. – 2007. – № 4 (27). – С. 92–96.
- Bardou-Jacquet E. Transplantation hepatique: qui peut en beneficier et quand doit-on l'envisager? / E. Bardou-Jacquet, R. Lorho // Presse Med. – 2009. – Vol. 38, № 9. – P. 1258–1265.
- Benjamin Y. C. Recent developments in liver pathology / Y. C. Benjamin, John A. Hart. // Arch. Pathol. Lab. Med. – 2009. – Vol. 133, № 7. – P. 1078–1086.
- Kupcsulik P. A maj sebeszete / P. Kupcsulik // Magy. Seb. – 2009. – Vol. 62, № 4. – P. 243–249.
- Lavanchy D. Chronic viral hepatitis as a public health issue in the world / D. Lavanchy // Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2008. – Vol. 22, № 6. – P. 991–1008.

Отримано 03.09.14