

С. М. Демидов, В. М. Демидов

ТРАДИЦІЙНЕ ПОРІВНЯННЯ — ЛАПАРОСКОПІЧНА І ВІДКРИТА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ: ОБГРУНТОВАНІСТЬ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ГОСТРИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

УДК 616.006-089;616.36-002.17-08-092.9

С. М. Демидов, В. М. Демидов

ТРАДИЦИОННОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ — ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ И ОТКРЫТАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ: ОБОСНОВАННОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПАЦИЕНТОВ ПРЕКЛОННОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина

На основании собственного опыта авторы анализируют эффективность выполнения лапароскопической и открытой холецистэктомии у пациентов с острым деструктивным холециститом (ОДХ). На основании полученных данных сделан вывод о том, что выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) у больных в возрасте свыше 60 лет способствует ликвидации патологического процесса, легкому течению послеоперационного периода и отсутствию осложнений. Имеющиеся трактования возраста пациентов с ОДХ как фактора операционного риска для выполнения подобного оперативного вмешательства опровергаются удовлетворительными результатами клинического наблюдения за 86 пациентами, которым была выполнена ЛХЭ. Из 34 пациентов в возрасте свыше 60 лет ЛХЭ была выполнена в 25 случаях, что, по мнению авторов, свидетельствует о целесообразности при выборе тактики хирургического лечения пожилых пациентов с ОДХ использовать преимущества миниинвазивных технологий.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, открытая холецистэктомия, острый деструктивный холецистит, пациенты преклонного возраста, тактика хирургического лечения.

UDC 616.006-089;616.36-002.17-08-092.9

S. M. Demidov, V. M. Demidov

TRADITIONAL COMPARISON — LAPAROSCOPIC VS OPEN CHOLECYSTECTOMY: RATIONALE SURGICAL MANAGEMENT IN AGED PATIENTS WITH ACUTE DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

The Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

Introduction. A number of professional questions, for instance, surgical management in patients with a higher operational risk in the presence of accompanying cardiovascular and respiratory diseases, as well as surgical management in elderly patients are still without the clear solution.

Aim of the work — to develop the surgical management for elderly patients with AC by comparative evaluation of laparoscopic cholecystectomy (LCE) and open cholecystectomy (OCE) efficacy.

Materials and methods. There were 132 patients treated because of AC in the surgical department of the 10th Odessa Municipal Hospital during 2012–2014 years. The age of patients ranged from 29 to 69 with an average age equal to (53.6±5.8) years. More often surgical interventions were done laparoscopically — 86 (65.2%) operations. All the rest — in the traditional way using OCE. All patients were retrospectively divided into two clinical groups: the patients of the 1st group — 86 (65.2%) were executed the LCE. There were 46 patients with acute cholecystitis (AC) in the 2nd group were operated using OCE.

Results and discussion. LCE was successful in 83 of 86 cases. The presence of infiltration in the cervical area of the gallbladder were the reasons of conversion. There were 5 cases of postoperative complications in group 1 (5.8%) and 9 cases in group 2 (19.6%). Our data revealed an important fact — LCE safety in elderly patients. There were 34 operations in patients aged over 60 years, 25 of which were initiated laparoscopically (73.5%, only 1 case of conversion) and 9 (26.5%) — done traditionally through OCE. Both duration, manifestation of postoperative period and number of complications (totally — 14 in both groups) did not differ significantly in elderly patients operated by different surgical methods.

Conclusions. Using data obtained the authors concluded that LCE in patients aged over 60 years contributes to the pathological process elimination, easy postoperative period manifestation and complications absence. Available interpretation of ADC patients' age as the operational risk for such surgery refuted by satisfactory results of 86 patients clinical observation after LCE. LCE was performed in 25 cases of 34 patients aged over 60 years that, according to the authors' opinion, evidenced in favor LCE reasonability in surgical management choice in case of surgical treatment of elderly patients with ADC using the minimally invasive technologies advantages.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, open cholecystectomy, acute destructive cholecystitis, aged patients, surgical management.



Вступ

З моменту виконання першої лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) французькими хірургами Ф. Мюре і Ф. Дюбуа (F. Murret, F. Dubois) відзначений бурхливий розвиток малоінвазивних хірургічних технологій у галузі абдомінальної хірургії [1–3]. Останнім часом тривають інтенсивні професійні дискусії стосовно доцільності застосування цього методу малоінвазивного лікування при захворюваннях органів гепатогастропанкреатодуоденальної ділянки, причому кількість прибічників позицій «за» та «проти» ЛХЕ приблизно однакова [4–6]. Висока діагностична цінність лапароскопії в діагностиці та лікуванні хворих на гострий деструктивний холецистит (ГДХ) [4], відносна технічна простота виконання ЛХЕ, менші порівняно з відкритою холецистектомією (ВХЕ) ушкодження передньої черевної стінки [6] сприяють тому, що сьогодні більшість хірургів віддає перевагу лапароскопічним технологіям [1; 4; 6; 7]. До переваг ЛХЕ зараховують її меншу витратність, оскільки значна вартість самої процедури окупається меншою тривалістю стаціонарного лікування і втрати працездатності [7; 8]. Саме істотні переваги ЛХЕ сприяли тому, що цей тип малоінвазивного оперативного лікування хворих на ГДХ вважають «золотим стандартом» хірургії [9; 10].

Дійсно, теперішня ситуація в абдомінальній хірургії характеризується постійним зростанням кількості пацієнтів з захворюваннями жовчовидільної системи, зокрема жовчнокам'яної хвороби, ГДХ, різних типів порушень витоку жовчі з позапечінокових жовчовивідних протоків тощо, за умов яких хірургам потрібно в короткий термін визначити свою позицію стосовно хірургічної тактики в кожному окремому випадку [3; 4; 6; 8].

Проте залишається чимало фахових питань щодо хірургіч-

ної тактики у хворих із високим ступенем операційного ризику за наявності супровідної патології серцево-судинної та дихальної систем [2; 4; 5], а також при лікуванні пацієнтів похилого віку [6].

У нашій країні з 1987 р., визнаючи пріоритет ЛХЕ, виконання холецистостомії вважається основним типом хірургічного втручання саме при необхідності операцій у хворих з високим ступенем інтраопераційного ризику. Інакше кажучи, враховуючи необхідність індивідуального підходу та вибору хірургічної тактики в кожному окремому випадку, важливим є виконання малоінвазивних операцій у літніх хворих на ГДХ, що було предметом нашої прискіпливої уваги останніми роками.

Мета роботи — розробка тактики хірургічного лікування

хворих на ГДХ похилого віку через визначення ефективності виконання у них ЛХЕ порівняно з ВХЕ.

Матеріали та методи дослідження

Протягом 2012–2014 рр. у хірургічному відділенні КУ «МКЛ № 10» з приводу ГДХ перебували 132 пацієнти (рис. 1). Можна простежити поступове збільшення кількості оперативних втручань з приводу наведеної вище патології. Жінок було 87 (65,9 %), чоловіків 45 (33,1 %). Вік хворих коливався від 29 до 69 років із середнім показником ($53,6 \pm 5,8$) року. При аналізі віку хворих простежується тенденція до переважання кількості хворих після 60 років (рис. 2).

Більшість оперативних втручань (86 операцій, 65,2 %) проведено лапароскопічно, решту

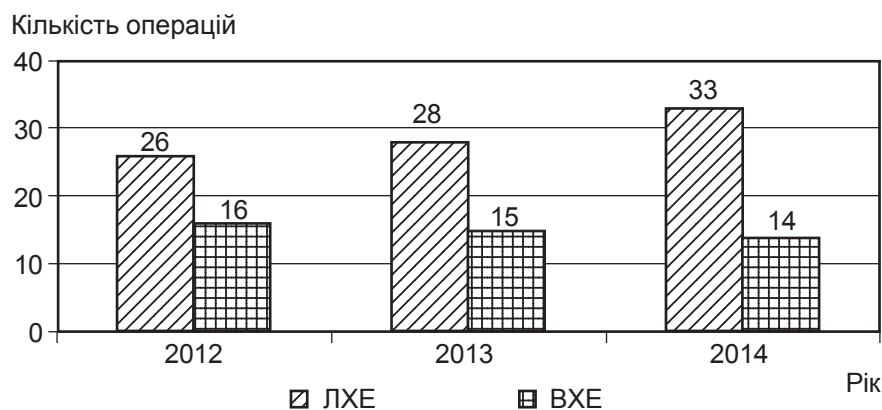


Рис. 1. Кількість виконаних лапароскопічних і відкритих холецистектомій у хірургічному відділенні КУ «МКЛ № 10» Одеси протягом 2012–2014 рр.

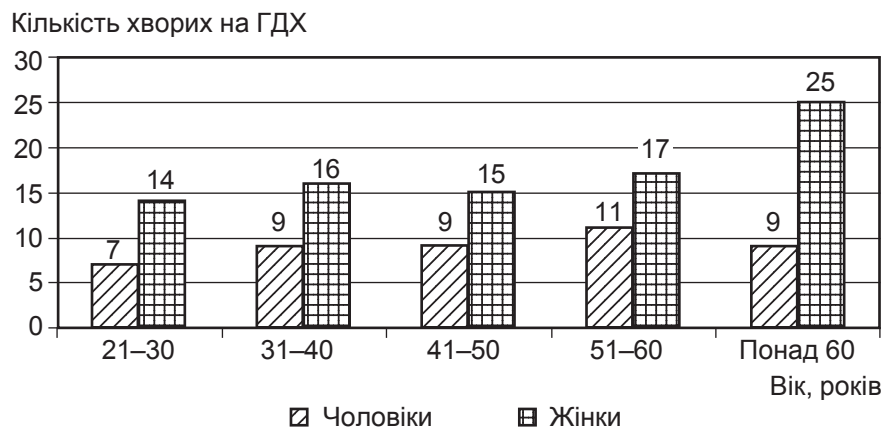


Рис. 2. Вік хворих, оперованих з приводу гострого деструктивного холециститу у хірургічному відділенні КУ «МКЛ № 10» Одеси протягом 2012–2014 рр.



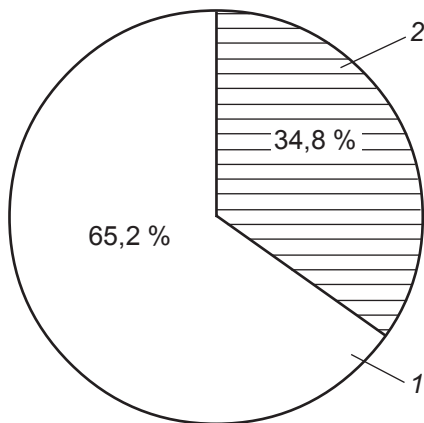


Рис. 3. Кількісне співвідношення виконаних лапароскопічних (1) і відкритих (2) холецистектомій хворим на гострий деструктивний холецистит, n=132

— традиційним способом із виконанням ВХЕ (рис. 3).

Усі хворі досліджені за загальноприйнятою комплексною програмою відповідно до негайності операції. При виконанні ургентних операцій діагностичний процес був мінімізований.

Об'єктивне клінічне дослідження проводилося за класичною загальноприйнятою схемою, що включає огляд, пальпацію, перкусію, аускульту, визначення частоти пульсу, частоти і глибини дихальних рухів, вимірювання артеріального тиску. Особливого значення надавали виявленню жовтушного забарвлення склер, шкіри та піднебіння, болісності та напруженості черевної стінки, ознакам подразнення очеревини, пальпаторним характеристикам жовчного міхура, меж печінки й селезінки. Усі жінки підлягали бімануальному дослідженню органів малого таза. Хворим виконувалися також загальноклінічні аналізи крові та сечі.

Досліджувані хворі ретроспективно були виокремлені у дві клінічні групи: 1-ша група 86 (65,2 %) хворих на ГДХ, яким виконували ЛХЕ. До 2-ї групи увійшли 46 (34,8 %) хворих на ГДХ, яким за показаннями виконували ВХЕ.

Контроль лікування хворих проводили протягом перших

7–10 діб безпосередньо після операції, а також через 3 міс. після виписування.

Отримані результати обробляли статистично. Відмінності вважалися статистично вірогідними при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами морфологічного дослідження перебігу запального процесу в стінці жовчного міхура, видаленого інтраопераційно, виявили наявність катарального запального процесу у 42 (31,8 %) випадках, флегмонозного — у 80 (60,6 %) випадках і гангренозного — у 10 (7,6 %) випадках.

Із 86 виконаних ЛХЕ завершували лапароскопічно 83 втручання. Причинами 3 конверсій, до яких вимушені були вдатися, були наявність інфільтрату в ділянці шийки жовчного міхура.

У хворих обох груп перебіг післяопераційного процесу був задовільним, летальних випадків не зареєстровано у жодній групі. Післяопераційні ускладнення виявилися у 5 (5,8 %) випадках у 1-й групі та у 9 (19,6 %) випадках у хворих, яких зарахували до 2-ї групи. Ці дані вірогідно відрізняють травматичність ЛХЕ від ВХЕ та свідчать на користь безпечного перебігу післяопераційного періоду при застосуванні малоінвазивного оперативного втручання у хворих на ГДХ.

Наші дані підтвердили безпечність виконання ЛХЕ у хворих похилого віку. У хворих після 60 років було виконано

34 операції з приводу ГДХ, 25 (73,5 %) з яких проведені лапароскопічно (лише в одному випадку вдалося до конверсії) та 9 (26,5 %) — традиційним способом.

Аналіз морфологічних форм ГДХ свідчить про приблизну частоту зустрічальності гангренозних форм холецистити у хворих після 40 років (табл. 1). Ми відзначили навіть зменшення гангренозних форм ГДХ у хворих після 60 років (1 випадок, 3,0 %). Швидше за все, це «компенсується» незначним зростанням кількості флегмонозних форм у хворих на ГДХ з віком.

За показниками ускладнень (загалом їх було 14 у хворих обох груп) перебіг післяопераційного періоду не відрізнявся суттєво у хворих похилого віку.

Таким чином, аналіз власного клінічного досвіду й отриманих у даному клінічному спостереженні результатів свідчить на користь можливості та доцільності виконання мінімально інвазивних оперативних втручань у хворих на ГДХ похилого віку. Складність оперативного лікування цієї категорії хворих зумовлена, поперше, віком і, по-друге, частотою наявності супровідних захворювань з боку серцево-судинної та дихальної систем, що загалом значно підвищує ризик хірургічної операції.

Отже, ми вважаємо, що виконання малоінвазивної ЛХЕ в осіб похилого віку, хворих на ГДХ, дозволяє виконати необхідний обсяг оперативних втручань, що сприяє усуненню

Таблиця 1

Морфологічні форми гострого деструктивного холецистити у хворих різного віку

Вік, років	Морфологічна форма, абс. (%)			Усього, абс.
	Катаральний	Флегмонозний	Гангренозний	
21–30	9 (42,9)	11 (52,4)	1 (4,7)	21
31–40	9 (36,0)	14 (56,0)	2 (20)	25
41–50	10 (16,8)	10 (58,1)	4 (8,0)	24
51–60	8 (28,6)	18 (64,3)	2 (7,1)	28
Після 60	6 (17,6)	27 (79,4)	1 (3,0)	34
Усього	42 (31,8)	80 (60,6)	10 (7,6)	132



альтеративних проявів захворювання, задовільному перебігу післяопераційного періоду, відсутності ускладнень і побічних впливів.

Незважаючи на існуючі обмежені показання щодо виконання ЛХЕ у хворих на ГДХ похилого віку, ми вважаємо за доцільне рекомендувати хірургам при виборі хірургічної тактики керуватися положеннями про мінімальні інвазивні втручання у таких хворих, що дозволяє мінімізувати травматичний вплив на організм у цілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Dubois F. The epic of laparoscopy in gallbladder surgery / F. Dubois // *Rev. Prat.* – 2007. – Vol. 57, N 19. – P. 2198–2201.
2. Dubois F. Laparoscopic cholecystectomy. Technique and complications. Report of 2,665 cases / F. Dubois, G. Berthelot, H. Levard // *Bull. Acad. Natl. Med.* – 1995. – Vol. 179, N 5. – P. 1059–1066.
3. Surlin V. Imaging tests for accurate diagnosis of acute biliary pancreatitis / V. Surlin, A. Saftoiu, D. Dumitrescu // *World J. Gastroenterol.* – 2014. – Vol. 20, N 44. – P. 16544–16549.
4. Hartwig W. Acute cholecystitis: early versus delayed surgery / W. Hartwig, M. W. Buchler // *Adv. Surg.* – 2014. – Vol. 48. – P. 155–164.
5. Low-pressure versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis / J. Hua, J. Gong, L. Yao [et al.] // *Am. J. Surg.* – 2014. – Vol. 208, N 1. – P. 143–150.

6. *Single-access laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials* / J. Zehetner, D. Pelipad, A. Darehzereshki [et al.] // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* – 2013. – Vol. 23, N 3. – P. 235–243.

7. *Laparoscopic vs. open cholecystectomy for cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis* / Y. Cheng, X. Z. Xiong, S. J. Wu [et al.] // *Hepatogastroenterology.* – 2012. – Vol. 59, N 118. – P. 1727–1734.

8. *Неотложная хирургия органов брюшной полости : клин. руководство* / П. Л. Ахметшин, А. А. Болдизхар, П. А. Болдизхар [и др.]; под ред. П. Г. Кондратенко, В. И. Русина. – Донецк : Издатель А. Ю. Заславский, 2013. – 720 с.

9. *Laparoscopic cholecystectomy — the new “gold standard”* / N. J. Soper, P. T. Stockmann, D. L. Dunnegan, S. W. Ashley // *Arch. Surg.* – 1992. – Vol. 127. – P. 917–921.

10. *Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years?* / J. Bingener, M. L. Richards, W. H. Schwesinger [et al.] // *Arch. Surg.* – 2003. – Vol. 138, N 5. – P. 531–535.

REFERENCES

1. Dubois F. The epic of laparoscopy in gallbladder surgery. *Rev. Prat.* 2007; 57 (19): 2198–2201.
2. Dubois F., Berthelot G., Levard H. Laparoscopic cholecystectomy. Technique and complications. Report of 2,665 cases. *Bull. Acad. Natl. Med.* 1995; 179 (5): 1059–1066.
3. Surlin V., Saftoiu A., Dumitrescu D. Imaging tests for accurate diagnosis of acute biliary pancreatitis. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20 (44): 16544–16549.

4. Hartwig W., Buchler M.W. Acute cholecystitis: early versus delayed surgery. *Adv. Surg.* 2014; 48: 155–164.

5. Hua J., Gong J., Yao L., Zhou B., Song Z. Low-pressure versus standard-pressure pneumoperitoneum for laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Surg.* 2014; 208 (1): 143–150.

6. Zehetner J., Pelipad D., Darehzereshki A., Mason R.J., Lipham J.C., Katkhouda N. Single-access laparoscopic cholecystectomy versus classic laparoscopic cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* 2013; 23 (3): 235–243.

7. Cheng Y., Xiong X.Z., Wu S.J., Lin Y.X., Cheng N.S. Laparoscopic vs. open cholecystectomy for cirrhotic patients: a systematic review and meta-analysis. *Hepatogastroenterology* 2012; 59 (118): 1727–1734.

8. Akhmetshin R.L., Boldizhar A.A., Boldizhar P. et al. *Neotlozhnaya khirurgiya organov bryushnoy polosti. Klinicheskoe rukovodstvo* [Urgent Surgery of the Abdominal Organs. Manual]. Kondratenko P.G., Rusin V.I. (eds). Donetsk, Zaslavsky Publ., 2013. 720 p.

9. Soper N.J., Stockmann P.T., Dunnegan D.L., Ashley S.W. Laparoscopic cholecystectomy — the new “gold standard”. *Arch. Surg.* 1992; 127: 917–921.

10. Bingener J., Richards M.L., Schwesinger W.H., Strodel W.E., Sirinek K.R. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years? *Arch. Surg.* 2003; 138 (5): 531–535.

Надійшла 17.02.2015
Рецензент д-р мед. наук,
проф. В. Є. Вансович

УДК 616.366-089.87-072.1-06:616.34-007.43-007.271

О. І. Дронов, І. О. Ковальська, Т. В. Лубенець

РІДКІСНИЙ ВИПАДОК ЗАЩЕМЛЕНОЇ ГРИЖІ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

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

УДК 616.366-089.87-072.1-06:616.34-007.43-007.271

А. И. Дронов, И. А. Ковальская, Т. В. Лубенець
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖИ ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

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

Широкое внедрение лапароскопических технологий в хирургии позволило улучшить результаты операций, уменьшить их травматичность, снизить количество послеоперационных осложнений. В то же время появились новые осложнения, специфические для лапароскопической хи-

