

АНОТАЦІЯ

Кравець К.В. Роль та місце лапароскопічних втручань в хірургічному лікуванні деструктивних форм гострого холециститу, ускладненого перитонітом. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук (доктора філософії) за спеціальністю 14.01.03 — хірургія (22 — Охорона здоров'я). — Одеський національний медичний університет, Одеса.

Дисертаційна робота присвячена обґрунтуванню стратегії лікування хворих із гострим холециститом, що ускладнений перитонітом (ГДХУП) та ролі використання лапароскопічних втручань у цієї категорії пацієнтів хірургічних стаціонарів на підставі вивчення результатів лікування в різні строки розвитку захворювання із застосуванням різних методик.

Дослідження виконане на базі підрозділів кафедри хірургії № 2 Одеського національного медичного університету протягом 2014-2020 рр.

Хворі були розподілені на 3 групи. Контрольна група – хворі, яким виконана традиційна холецистектомія із дренажуванням черевної порожнини - 42 хворих, з них жінок – 32 (73,8 %), чоловіків – 10 (26,2%), (з них 29 хворі були прооперовані в період від 2014 до 2017 року). Група порівняння – хворі, яким виконана лапароскопічна холецистектомія із дренажуванням черевної порожнини - 65 хворих, з них жінок – 48 (76,2%), чоловіків – 17 (23,8%), (з них 35 хворі були прооперовані в період від 2014 до 2017 року). Досліджувана група – хворі, яким виконана лапароліфтингова холецистектомія із дренажуванням черевної порожнини - 21 хворих, з них жінок – 15 (71,4%), чоловіків – 6 (28,6%), (з них 5 хворі були прооперовані в період від 2014 до 2017 року).

Вибір методу оперативного втручання був заснований на загальноприйнятих протоколах згідно діагностованої патології та власних розробок кафедри хірургії № 2.

На всіх етапах лікування хворі проходили обстеження згідно протоколів, відповідно до діагнозу, у кожного пацієнту було зібрано анамнез, проведено фізикальне обстеження, лабораторні дослідження проводилися в повному обсязі із урахуванням ризиків та необхідністю в оперативних втручаннях, що важливо для визначення строків та вибору методу оперативного втручання. Також пацієнтам виконувалися, в умовах клініки та поза її межами, інструментальні методи обстеження, в тому числі ультразвукова діагностика органів черевної порожнини (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ). У разі необхідності додатково пацієнтам були проведені дослідження із використанням контрастних речовин та/або інші додаткові обстеження в процесі лікування. Усім хворим було проведено езофагогастродуоденоскопію із метою виявлення прохідності жовчних протоків та наявності заблокованого просвіту фатерова сосочка. За необхідності пацієнти проходили в індивідуальному порядку консультації спеціалістів (кардіолога, невролога, ендокринолога, гастроентеролога) та призначені ними додаткові обстеження.

Метою було вирішення питання наявності показань та протипоказів для використання лапароскопічних чи традиційних оперативних втручань. Варто зазначити, що у вирішенні питання виду оперативного втручання також було враховано побажання пацієнтів, та у випадку наявності протипоказань до лапароскопічного втручання, але наполегливості пацієнтів у виконанні міні-інвазивного втручання, було використано лапароскопічну ліфтингову систему. Також варто зазначити, що було відзначено, що в залежності від годин госпіталізації та в залежності від того будній чи вихідний день, дещо відрізнялися підходи до надання допомоги пацієнтам із ГДХУП, із причин відсутності засобів візуалізації чи важкості прийняття рішень черговою бригадою спеціалістів.

На етапі обстеження приділяли увагу показанням інструментального обстеження та показникам стану стінки жовчного міхура.

Ультразвуковими ознаками, та ознаками даних комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії, що свідчили про прогресування запалення стінки жовчного міхура слугували:

- погіршення візуалізації жовчного міхура і елементів трикутника Кало;
- збільшення ділянки підвищеної ехогенності, поряд із жовчним міхуром;
- наявність/поява ділянки ішемії/гіпокінезу в стінці жовчного міхура;
- ознаки деструктивного холециститу, оклюзійного походження.

До обстеження пацієнтів також віднесено післяопераційне гістологічне обстеження, що слугувало не тільки основою для підтвердження діагнозу, а також для обґрунтування відбору пацієнтів для включення в дослідження. Патоморфологічні дослідження проводили в патологоанатомічному відділенні КНП ООКМЦ ООР.

Мікроскопію гістологічних препаратів проводили за допомогою світлового мікроскопа OLIMPUS BX 41 при збільшеннях в 40, 100, 400 разів. При мікроскопії тканин фрагментів стінки жовчного міхура відзначали наявність патологічних і компенсаторно-приспосувальних змін в них. Для виведення на екран монітора кольорового зображення препаратів використовували плату відеозахоплення «LeadtekWinFast VC 100». Отримували і обробляли знімки, проводили морфометрію (щільність запальних клітинних елементів в тканинах і ексудаті (на 1 мм), кількісний склад клітинних елементів запального інфільтрату (у відсотках) і статистичну обробку за допомогою програми «Quick PHOTO MICRO 2.3».

На етапах дослідження застосована оригінальна методика, підхід до лікування хворих із ГДХУП, яка полягає у виконанні видалення жовчного міхура та дренажу черевної порожнини шляхом ЛХЕ або ЛЛХЕ, у випадку локально розповсюдженого перитоніту, та за потреби у конверсії оперативного втручання, у переході до міні-лапаротомії та завершенні

оперативного втручання методом ТХЕ, що є іноваційним у підході до лікування пацієнтів саме із цієї патологією.

У структурі ускладнень провідне місце займають такі місцеві гнійні ускладнення гострого холециститу як перивезикальної абсцес — 64,3 % із групи ТХЕ із дренуванням черевної порожнини, і 27,7, в групі хворих яким було проведено ЛХЕ із дренуванням черевної порожнини, та у 28,6 % в групі хворих яким було проведено ЛЛХЕ із дренуванням черевної порожнини. Жовчний перитоніт, в основному, носив характер місцевого і був наслідком гангренозно-перфоративного холециститу. Частота холедохолітіазу була невисокою від 7,7 % хворих в групі ЛХЕ із дренуванням черевної порожнини, до 16,7% хворих із групи проведення ТХЕ із дренуванням черевної порожнини. Гострий панкреатит в 88,1% хворих із групи ТХЕ із дренуванням черевної порожнини, і 41,5%, в групі хворих яким було проведено ЛХЕ із дренуванням черевної порожнини, та у 14,3 % в групі хворих яким було проведено ЛЛХЕ із дренуванням черевної порожнини. Протікав на тлі біліарної гіпертензії, зумовленої переходом запального процесу з жовчного міхура на гепато-дуоденальну зв'язку зі здавленням позапечінкових жовчних проток, і після усунення етіологічної причини брав абортивний характер.

Важкість стану хворих з ГДХУП в значній мірі погіршувалася наявністю супутньої соматичної патології : ІХС – 27 (41,5%) хворих в групі хворих, яким проводили ЛХЕ. В групі хворих яким проводилося ТХЕ та ЛЛХЕ всі хворі мали різні форми ІХС. ХОЗЛ зустрічався у 14 (33,3%) хворих із групи ТХЕ, та у 17 (81%) хворих із групи ЛЛХЕ.

Лапароскопічну холецистектомію виконували за стандартною методикою із використанням 3 портів із субсерозним видаленням жовчного міхура із застосуванням прийому «хобота слона», подальшою верифікацією структур трикутника Кало, окремим почерговим кліпуванням пузирної артерії та пузирної протоки, гемостазом місця розташування міхура у підпечінковому просторі, додатковому кліпуванні, за необхідності, ходів

Люшка, санацією черевної порожнини, перевіркою та підтікання жовчі та гемостазу та дренуванням черевної порожнини. За наявності підпечінкових абсцесів, водянці жовчного міхура, щільному підпечінковому інфільтраті, проблемах із візуалізацією структур трикутника Кало, розповсюдженому перитоніті проводилося конверсія оперативного втручання у міні-лапаротомний трансректальний доступ. У випадках, коли деструктивні форми гострого холециститу були ускладнені флегмонозними, гангренозними змінами стінки міхура, обмеженим накопиченням гною у підпечінковому просторі лапароскопічне втручання було виконано до кінця із санацією та дренуванням черевної порожнини.

ЛЛХЕ виконували за методикою власної розробки кафедри хірургії № 2 ОНМедУ (патенти України на корисну модель № 72381 від 10.08.2012 та на винахід № 101921 від 13.05.13 «Пристрій для виконання лапароліфтингових лапароскопічних втручань за Запорожченко Б.С. і Колодієм В.В.»). Вперше запропоновано використання інноваційної моделі ліфтингової системи здійснення ендовідеохірургічних операцій у пацієнтів із ГДХУП. Це дозволило створити внутрішній простір, еквівалентний сформованому під час карбоксиперітонеуму, без додаткової травматизації м'яких тканин за рахунок конструктивних особливостей розробленого ендоліфта у пацієнтів із протипоказаннями до лапароскопічного втручання. Вперше було виконано лапароліфтингові лапароскопічні втручання в умовах перитоніту, із видалення жовчного міхура, санацією та дренуванням черевної порожнини, за рахунок того, що розроблений підйомно-фіксуєчий пристрій володіє універсальністю і дозволяє здійснювати ліфтинг в будь-якій анатомічній області передньої черевної порожнини.

Вперше доведена ефективність лікування ГДХУП з використанням розробленої проф. Запорожченко Б.С. і Колодієм В.В. ліфтингової системи на основі порівняльного аналізу перебігу післяопераційного періоду з груп хворих, оперованих із застосуванням ЛХЕ, ЛЛХЕ та ТХЕ.

ТХЕ виконували із застосуванням верхньої серединної лапаротомії та у випадках конверсії оперативного втручання через міні-доступ через прямий м'яз живота із подальшим виділенням органокмплексу, верифікації трикутника Кало, окремим почерговим кліпуванням пузирної артерії та пузирної протоки, субсерозним видаленням жовчного міхура, гемостазом місця розташування міхура у підпечінковому просторі, додаткову кліпуванні, за необхідності, ходів Люшка, санацією черевної порожнини, перевіркою на підтікання жовчі та гемостазу, та дрениванням черевної порожнини. При наявності підпечінкових абсцесів, розповсюдженому перитоніті проводилося санація та дренивання черевної порожнини.

Відповідно до часу звернення в стаціонар від початку захворювання було відмічено тенденцію до погіршення суб'єктивного стану пацієнтів, погіршення клінічної картини та макроскопічної картини в черевній порожнині, хоча науці відомі дослідження, які спростовують зв'язок із періодом від початку захворювання та розвитком змін у стінці жовчного міхура. Враховуючи наукову базу наші спостереження з цього приводу були вилучені. Похибка на різні періоди від госпіталізації та проведення консервативної терапії згідно протоколів лікування та етапності надання допомоги також врахована.

Проведено аналіз всіх методик та технік, щодо надання допомоги пацієнтам із ГДХУП. Порівняльний аналіз частоти післяопераційних ускладнень і летальності свідчить про перевагу агресивної хірургічної тактики із застосуванням лапароскопічних та лапароліфтингових оперативних втручань при ГДХУП. Інтраопераційних ускладнень виникло 3 в групі ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, та 2 в групі ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини. Раніх післяопераційних ускладнень було 7 в групі ТХЕ в групі ТХЕ із дрениванням черевної порожнини, 3 в групі ЛХЕ із дрениванням черевної порожнини та 1 в групі ЛЛХЕ із дрениванням черевної порожнини.

Основними видами ускладнень, у 7,1% хворих групи ТХЕ була серома післопераційної рани, за рахунок більного, у порівнянні із ЛХЕ та ЛЛХЕ, розрізу на передній черевній стінці. Померло 2 хворих із групи ТХЕ, від прогресування важкої супутньої патології, на тлі інтоксикації і явищ перитоніту.

Аналіз відстрочених ускладнень показує, що після ТХЕ на 42 прооперованих хворих спостерігається загалом 86 післяопераційних ускладнень, серед яких післяопераційні вентральні грижі, злукова хвороба постхолецистектомічний синдром. Після ЛЛХЕ, в якості відстроченого ускладнення спостерігається виключно ПХЕС, що підтверджує правильність обраної тактики, меншу травматичність малоінвазивних методик у порівнянні із ТХЕ.

Таким чином, виявлено варіант нового підходу до цієї проблеми і це дає можливість стверджувати, що активна тактика лікування хворих з ГДХУП повинна базуватися на точних відомостях досліджень, які необхідно отримати протягом першої доби з моменту госпіталізації пацієнта. Особливо про характер запального процесу, наявність дисфункції органа, поширеність запального процесу. Сучасні ультразвукові методи, методи ком'ютерної та магнітно-резонансної томографії дозволяють отримати досить надійну об'єктивну інформацію та обрати адекватну лікувальну тактику у більшості хворих з ГДХУП. Потрібно враховувати види та важкість супутньої патології.

Середня тривалість передопераційного періоду становила 1,5 доби у всіх хворих, загальна тривалість лікування у хворих із застосуванням компонентів, FT-хірургії при ЛЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 4,5 доби, при ЛХЕ з дрениванням черевної порожнини — 5,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дрениванням черевної порожнини — 10,5 доби.

Загальна тривалість лікування у хворих без застосування компонентів, FT-хірургії при ЛЛХЕ з дрениванням черевної порожнини —

5,5 доби, при ЛХЕ з дренаванням черевної порожнини — 6,5 доби а загальна тривалість лікування при ТХЕ з дренаванням черевної порожнини — 11 діб.

Новітні технології і прогресивні тактичні підходи в лікуванні хворих з ГДХУП, покращують результати лікування, зменшують ризик розвитку післяопераційних втручань, скорочують період перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі в середньому на 1 добу, згідно наших досліджень, покращують якість життя пацієнтів.

Новітні технології і прогресивні тактичні підходи, в тому FT-хірургія в лікуванні хворих з ГДХУП, покращують результати лікування, скорочують період перебування пацієнтів у хірургічному стаціонарі, покращують якість життя пацієнтів. Наявність апарату УЗД у хірургічному відділенні із додатковою освітою чергових бригад допомогли б у майбутньому скоротити середній період від госпіталізації до оперативного втручання за рахунок пришвидшення постановки точного діагнозу та можливих ускладнень у нічний час та у вихідні дні. Також це дозволить надавати медичні послуги пацієнтам у повному обсязі відповідно до державних гарантій надання медичної допомоги, та дасть можливість клінікам бути більш конкурентоспроможними, що є особливо актуальним під час змін у системі охорони здоров'я.

Сформульовано рекомендації щодо вдосконалення підходів у лікуванні пацієнтів з ГДХУП.

Ключові слова: гострий деструктивний холецистит, ускладнений перитонітом, перитоніт, лапароскопічна холецистектомія, лапароліфтингова холецистектомія.

Список публікацій здобувача за темою дисертації. Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Современные хирургические технологии в лечении острого холецистита и его осложнений / Запорожченко Б.С., Кравец К.В., Бородаев И.Е., Колодий В.В., Гомонюк И.В., Бондарец Д.А. // Клиническая хирургия. — 2018. № 6.2, С. 33-36.
2. Методы санации брюшной полости при лапароскопических и открытых холецистэктомиях у больных с острым деструктивным холециститом, осложнённым перитонитом // Научно-практическая конференция с международным участием для студентов и молодых учёных «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини», матеріали конференції, С. 107-108, 2018.
3. Choice of tactics of surgical treatment of acute cholecystitis and its complications / Zaporozhchenko B.S., Kravets K.V., V.N. Kachanov, Y. Hasan, I.V. Gomonyuk // «Arta Medica». -2018.- № 3 (68). — С.11-13.
4. Вибір тактики хірургічного лікування гострого холециститу та його ускладнень / Запорожченко Б.С., Кравец К.В., Бородаев І.Є, Бондарец Д.А., Муравйов П.Т.// Вісник Вінницького Національного медичного університету.- 2018. — № 3 (Т.22) — С. 442-445. DOI [http://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2018-22\(3\)-08](http://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2018-22(3)-08)
5. Миниинвазивное разрешение билиарной гипертензии в аспекте планируемой ПДР / Запорожченко Б.С., Кравец К.В., Бородаев И.Е., Бондарец Д.А., Муравьев П.Т. // XVI Съезд хирургов Республики Беларусь, 2018.
6. Методы диагностики и выбора метода хирургического лечения синдрома Мирризи / Запорожченко Б.С., Бондарец Д.А., Кравец К.В., Бородаев И.Е., Качанов В.Н., Шарапов И.В., Зубков О.Б. // «Arta Medica».- 2018.- № 4.- С.12-14.
7. Роль прогрессирующего воспаления стенки жёлчного пузыря в перфорации жёлчного пузыря и перитонита у пациентов с острым

- холециститом / Кравец К.В., Волков В.Б. // Научно-практическая конференция с международным участием для студентов и молодых учёных «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини». — 2019, — С. 84-85.
8. Тактичні та теоретичні аспекти комплексного лікування хворих на гострий деструктивний холецистит, ускладнений перитонітом і біліарним сепсисом / Запорожченко Б.С., Кравець К.В., Бондарець Д.А., Зубков О.Б., Кірпічнікова К.П. // «Сучасні медичні технології», Запоріжжя, 2019, — № 2 (41), Ч. 1, — С. 36-39.
 9. Risk of conversion of operational intervention in acute cholecystitis, complicated by peritonitis/ Zaporozhchenko B.S., Kravets K.V., Borodaev I.E., V.N. Kachanov, Zubkov O.B. // «Arta Medica». -2019.- № 4 (73). — С.17-21.
 10. Gallbladder wall perforation in patients with acute cholecystitis / Kravets K. V., Khachatryan A. M. // Науково-практична конференція із міжнародною участю для студентів та молодих вчених «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини». — 2020, — С. 150.
 11. Роль чрескожных и эндоскопических методов в лечении больных с жёлчно-каменной болезнью и её осложнениями / Запорожченко Б.С., Кравец К.В., Зубков О.Б., Гомонюк И.В. // Харківська хірургічна школа. — 2020. — № 1 (100). — С. 109-114. DOI: <https://doi.org/10.37699/2308-7005.1.2020.16>
 12. Modern approaches to treatment of bile peritonitis / Kravets K.V., Borodaev I.E., V.N. Kachanov, Volkov V.B. // Almanahul SWorld/ — 2020. — I. 4/P. 1, 91-94.
 13. Роль холемії в алгогенезі у пацієнтів із хірургічною патологією підшлункової залози / Муравйов П.Т., Шевченко В.Г., Гомонюк І.В., Кравець К.В., Хархурі Макрем // Клінічна та експериментальна

- медицина. -2020.- Вип. 4 (158), ст. 167-172. DOI <http://doi.org/10.29254/2077-4214-2020-4-158-167-172>
14. Modern treatment of patients with perforation of the gall bladder wall and peritonitis / Borodaev I.E., Muravyov P.T., Kravets K.V., Zaporozhchenko B.S. // «Modern scientific idea», -2020, P.23-26.
 15. Perforation of the gall bladder wall patients with in patients with acute cholecystitis / Kravets K.V., Shevchenko V.G., Kachanov V.N. // «Modern scientific researches», - 2020, № 13, P.58-61. DOI <http://doi.org/10.30889/2523-4692.2020-13-02-041>
 16. Ступінь запалення стінки жовчного міхура у пацієнтів із гострим холециститом, , що ускладнений перитонітом / Кравець К. В., Зубков О. Б., Шевченко В. Г., Доманов Є. С. // The 4th International scientific and practical conference “European scientific discussions”, Rome, Italy. -2021, P. 84-89.
 17. Сьогодення проблематики гострого холециститу ускладненого перитонітом / Запорожченко Б. С., Кравець К.В., Бородаєв. І.Є., Качанов В.М., Зубков О.Б. // «Медицина і охорона здоров'я в сучасному суспільстві: актуальні питання і сучасні аспекти», Люблін, Республіка Польща, - 2021, с. 56-59. DOI <http://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-14>.
 18. Сучасна діагностика, хірургічне лікування та методи профілактики біліарного перитоніту у хворих на гострий холецистит // Кравець К.В., Доманов Є.С. // XXV Міжнародного медичного конгресу студентів і молодих вчених, Тернопіль — 2021, с. 121.
 19. Modern diagnostics, surgical treatment and methods of prevention of biliary peritonitis in patients with acute cholecystitis // Kravets K.V. // «Сучасні теоретичні та практичні аспекти клінічної медицини» (для студентів та молодих вчених), присвяченій 110- річчю з дня народження І. В. Савицького, Одеса, 2021, с. 157-158.

20. Fast-track-хірургія у хворих на гострий деструктивний холецистит, що ускладнений перитонітом/ Кравець К.В., Запорожченко, Б.С. Пихтеева О.Д., Бородаєв І.Є., Качанов В.М.//Актуальные проблемы транспортной медицины, № 4 (66), 2021 г./ с. 113-118.
<http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5851456>