

მწვავე ქოლეცისტიტის ლაპაროსკოპიული მეთოდით მკურნალობის შედეგები ჩვენი კლინიკის მასალების საფუძველზე

ვ.თედორაძე, ა. ბერიძე, კ.ქაშიბაძე, გ. ჟღენტი, დ. მენაბდე.

ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიული დეპარტამენტი.

RESULTS OF TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS LAPAROSCOPIC ACCESS TO THE MATERIALS OF OUR CLINIC

TEDORADZE V, MENABDE D, ARCHVADZE B, KASHIBADZE K

Batumi Republican Clinical Hospital, Department of Surgery

რეზიუმე

კვლევის მიზანი იყო წარმოადგენდა ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის ეფექტურობის და უსაფრთხოების შეფასება მწვავე ქოლეცისტიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში. მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებული ავადმყოფების ლაპაროსკოპიული მკურნალობის შედეგების ანალიზის ჩატარება დაავადების ხანგრძლივობიდან და ოპერაციული ჩარევის ვადებიდან გამომდინარე. კვლევა ეყრდნობა მწვავე ქოლეცისტიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებული 734 ავადმყოფის მკურნალობის შედეგების რეტროსპექტულ ანალიზს, რომელთაც 612 შემთხვევაში ჩაუტარდათ ქოლეცისტექტომია სასწრაფო ჩვენებით 2006-2014 წწ. ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ დეპარტამენტში, როგორც ლაპაროსკოპიული ისე ტრადიციული გზით. 122 პაციენტს გადავადებულ-გეგმიური წესით ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა კონსერვატიული მკურნალობის შემდეგ 1-2 თვის შემდეგ. შეისწავლეს ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის თანდათანობითი ზრდის დინამიკა. ჩატარებული კვლევების საფუძველზე, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის ოპტიმალურ ვადად შეიძლება ჩაითვალოს დაავადების დაწყებიდან 72სთ. რაც შემთხვევებში სანაღვლე გზებზე ლაპაროსკოპიული ჩარევები საკმაოდ წარმატებულია დაავადების დაწყებიდან 5 დღემდე ვადაში. ზემოთ აღწერილი შედეგებიდან კარგად ჩანს ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის ზრდის დინამიკა ბოლო წლებში, რომელმაც მოგვცა შესაძლებლობა შეგვემცირებინა მძიმე გართულებების რაოდენობა მწვავე ქოლეცისტიტის სხვადასხვა ფორმის მკურნალობისას. რაც გვაძლევს საშუალებას არამარტო შევამსუბუქოთ პაციენტების მდგომარეობა არამედ მკვეთრად გავაუმჯობესოთ მათი ჯანმრთელობის ხარისხი, ასევე მინიმუმამდე შევამციროთ საწოლ დღე, რაც საშუალებას მოგვცემს მნიშვნელოვნად შევამციროთ მკურნალობის ხარჯები.

საკვანძო სიტყვები: მწვავე ქოლეცისტიტი, ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომია, ტრადიციული ქოლეცისტექტომია, ნაწიბუროვან-ინფილტრაციული ცვლილებები პერივებრიკალურ ზონაში, აქტიურ-დაყოვნებითი ტაქტიკა.

პრობლემის აქტუალობა: მწვავე ქოლეცისტიტს სიხშირის მიხედვით უჭირავს პირველი ადგილი მუცლის ღრუს მწვავე ქირურგიულ დაავადებებს შორის, ხოლო ოპერაციების რაოდენობის მიხედვით ჩამორჩება მხოლოდ მწვავე აპენდიციტს. ნაღველ-კენტოვანი დაავადების ქირურგიული მკურნალობა რჩება მედიცინის ერთ-ერთ აქტუალურ პრობლემად. მწვავე ქოლეცისტიტით დაავადებულ პაციენტთა მკურნალობის კლინიკურ

Summary

Aim: The aim of the study was to evaluate the efficacy and safety of laparoscopic cholecystectomy in patients with different forms of acute cholecystitis. Analyze the results of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute cholecystitis depending on type of disease duration and timing of surgical intervention. The study is based on retrospective analysis of the treatment results of 734 patients' with different forms of acute cholecystitis, cholecystectomy was urgently performed in 612 cases out of these at Batumi Republican Clinical Hospital, Department of Surgery, in 2006-2014, both by laparoscopic and traditional methods. By deferred-planned way, 122 patients were operated in 1-2 months after conservative treatment. The gradual growth dynamics of laparoscopic cholecystectomy was studied.

Basing on the study results, we may say that the optimal time to perform laparoscopic cholecystectomy is 72 hours from beginning of disease. In some cases laparoscopic interventions on biliary ducts are quite successful up to 5 days from beginning of disease. From the above described results is well seen the growth dynamics of laparoscopic cholecystectomy in recent years, which gave us possibility to reduce the number of severe complications during treatment of different forms of acute cholecystitis. This gives us opportunity not only to ease the patients' condition but also sharply improve their health quality, also to minimize bed-days, enabling to significantly reduce the costs of treatment.

Key words: acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, traditional cholecystectomy

პრაქტიკაში მინიმალური ქირურგიული ჩარევების ფართო დანერგვა განაპირობებს აღნიშნული მეთოდის ეფექტურობის შეფასების აუცილებლობას. თანამედროვე მაღალტექნოლოგიური დიაგნოსტიკური მეთოდების დანერგვა იძლევა საშუალებას მწვავე ქოლეცისტიტის დესტრუქციული ფორმების ადრეული ამოცნობისა და შესაბამისად ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის გამოყენების გაფართოებისა აღნიშნული დაავადების სხვადასხვა ფორმებისა და ვადების დროს. დღეისათვის მსოფლიოს ბევრ კლინიკაში ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიების გამოყენების სიხშირე მწვავე ქოლეცისტიტების დროს აღემატება 90%-ს.

კვლევის მიზანი: ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომიის ეფექტურობის და უსაფრთხოების შეფასება მწვავე ქოლეცისტიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებულ პაციენტებში. მწვავე ქოლეცისტით დაავადებული ავადმყოფების ლაპარასკოპიული მკურნალობის შედეგების ანალიზის ჩატარება დაავადების ხანგრძლივობიდან და ოპერაციული ჩარევის ვადებიდან გამომდინარე. კვლევა ეყრდნობა მწვავე ქოლეცისტიტის სხვადასხვა ფორმით დაავადებული 734 ავადმყოფის მკურნალობის შედეგების რეტროსპექტულ ანალიზს, რომელთაც 612 შემთხვევაში ჩაუტარდათ ქოლეცისტექტომია სასწრაფო ჩვენებით 2006-2014 წწ. ბათუმის რესპუბლიკური კლინიკური საავადმყოფოს ქირურგიულ დეპარტამენტში, როგორც ლაპარასკოპიული ისე ტრადიციული გზით. 122 პაციენტს გადავადებულ-გეგმიური წესით ჩაუტარდა ოპერაციული მკურნალობა კონსერვატული მკურნალობის შემდეგ 1-2 თვის შემდეგ. შეისწავლბოდა ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომიის თანდათანობითი ზრდის დინამიკა.

ავადმყოფები დაყოფილი იყო 3 ჯგუფად: 1 ჯგუფს შეადგენდა ავადმყოფები, რომელთაც ჩაუტარდათ მკურნალობა 2006-2008 წწ. მე-2 ჯგუფს -2009-2011 წწ., მე-3 ჯგუფს- 2011-2014 წწ.

დაავადების დაწყების ვადებიდან კლინიკაში შემოსვლამდე ჩვენს მიერ პაციენტები დაიყო შემდეგნაირად: 24-საათამდე 347 ავადმყოფი, 24-48-მდე 307 ავადმყოფი, 49-72 სთ 65 ავადმყოფი და 72 სთ-ზე მეტი 15 ავადმყოფი. 97,5% მოდიოდა მწვავე კალკულოზურ ქოლეცისტიტზე, მხოლოდ 2,5% მოვიდა მწვავეარაკალკულოზურ ქოლეცისტიტზე, კატარალური ქოლეცისტითი აღინიშნებოდა 38,4%-შემთხვევაში, მწვავე ფლემონოზური 48,1%-შემთხვევაში, მწვავე განგრენოზური 13,5%-შემთხვევაში, მათ შორის პერივზიკულარული ინფოლტრატით 3,2%, პერივზიკულარული აბსცესით 5,3%, ქოლედექლითი-აზით 3,1%. პაციენტის ასაკი მერყეობდა 17-დან 83-წლამდე. მათ შორის ქალები 627 (85,4%) და მამაკაცები 107 (14,6%), ასაკოვანი და ხანდაზმული, რომლებმაც გადაიტანეს ქოლეცისტექტომია მწვავე ქოლეცისტიტის გამო შეადგენდა 268 (36,5%), მათგან ლაპარასკოპიული ოპერაცია ჩაუტარდა 214 (80%).

ლაპარასკოპიული ჩარევები ხორციელდებოდა ფორმა „KarlShtorz“-ის ენდოვიდეოქირურგიულ კომპლექსზე მონო და ბიპოლარულ კოაგულაციისა და „Lotus“-ის ულტრაბგერითი სკალპელის გამოყენებით. გამოკვლევა წარმოადგენდა 612 ავადმყოფის ქირურგიული მკურნალობის ინტრა და პოსტოპერაციული შედეგების ანა-

ლიზს, რომელთაც ჩაუტარდათ ლაპარასკოპიული და ტრადიციული ქოლეცისტექტომია მწვავე ქოლეცისტიტის გამო. 83,4% შემთხვევაში პაციენტებს ჩაუტარდათ სასწრაფო ოპერაცია 1, 2, 3 დღე-ღამის განმავლობაში; 16,6% შემთხვევაში ჩატარდა გადავადებული ქირურგიული მკურნალობა. მათ შორის 3 (2,45%) შემთხვევაში პირველ ეტაპზე ვადებიდან ტრანსკუტანეურ-ტრანსჰეპატურ მიკროქოლეცისტოსტომიას ულტრაბგერითი გამოკვლევის კონტროლით, მეორე ეტაპად ვაკეთებდით ლაპარასკოპიულ ქოლეცისტექტომიას.

მწვავე ქოლეცისტიტის მკურნალობის შედეგების ანალიზის მიხედვით 1 ჯგუფს შეადგენს პაციენტები რომლებსაც ოპერაცია ჩაუტარდათ 2006-2008 წწ. ლაპარასკოპიული მეთოდით 86(11,7%) შემთხვევაში, ტრადიციული მეთოდით 118(16,1%) შემთხვევაში, კონსერვატული მკურნალობა და 1-2 თვის შემდეგ გადავადებულ-გეგმიური წესით ოპერაცია 37(5%) შემთხვევაში, მე-2 ჯგუფს 2009-2011წწ. ლაპარასკოპიული მეთოდით 99(13,5%) შემთხვევაში, ტრადიციული მეთოდით 105 (14,3%) შემთხვევაში, კონსერვატული მკურნალობა და 1-2 თვის შემდეგ გადავადებულ-გეგმიური წესით ოპერაცია 38 (5,2%) შემთხვევაში, მე-3 ჯგუფი 2011-2014 წწ. ლაპარასკოპიული მეთოდით 157(21,4%) შემთხვევაში, ტრადიციული გზით 47 (6,4%) შემთხვევაში, კონსერვატული მკურნალობა და 1-2 თვის შემდეგ გადავადებულ-გეგმიური წესით ოპერაცია 47 (6,4%) შემთხვევაში. (ცხრ. 1)

ჩატარებული გამოკვლევების საფუძველზე ჩვენ გვაქვს უფლება გამოვთქვათ მოსაზრება, რომ ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომიის ოპტიმალურ ვადად შეიძლება ჩაითვალოს დაავადების დაწყებიდან 72სთ. რიგ შემთხვევებში შესაძლებელია სანაღვლე გზებზე ლაპარასკოპიული ჩარევების საკმაოდ წარმატებული გამოყენება დაავადების დაწყებიდან 5 დღემდე ვადაში. მწვავე ქოლეცისტიტის ლაპარასკოპიული მეთოდით მკურნალობის საუკეთესო შედეგი მიღებულია პაციენტებში, რომელთაც ოპერაციული მკურნალობა ჩაუტარდათ დაავადების დაწყებიდან პირველ დღეებში, კონვერსიის, ინტრა და პოსტოპერაციული გართულებების რიცხვი საკმაოდ დაბალია ვიდრე მე-2-5 დღეს ნაოპერაციებ ავადმყოფებში. მონოკოაგულაციის, ბიკოაგულაციის და ულტრაბგერითი ლანცეტის მოხერხებული და რაციონალური გამოყენება გვაძლევს საშუალებას გავუმკლავდეთ ყველაზე რთულ შემთხვევებს. განსაკუთრებულად გამოხატულია მინი ინვაზიური ჩარევის ეფექტის უპირატესობა ღია ოპერაციებზე დესტრუქციული ფორმის დაავადებებში. პერივზიკულარული მიდამოს ფიზიოლოგი-

ცხრ. №1 ავადმყოფების კლასიფიცირება ჯგუფებად ჩატარებული მკურნალობის მეთოდის მიხედვით

| ავადმყოფების ჯგუფები წლების მიხედვით | ავადმყოფების რაოდენობა | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|-----|-------|-----------------|-------|
| | კონსერვატიული მკურნალობა | | ლქი | | ქოლეცისტექტომია | |
| | აბს | % | აბს | % | აბს | % |
| 2006-2008 1ჯგ | 37 | 5% | 86 | 11,7% | 118 | 16,1% |
| 2009-2011 2ჯგ | 38 | 5,2% | 99 | 13,5% | 105 | 14,3% |
| 2011-2014 3ჯგ | 47 | 6,4% | 157 | 21,4% | 47 | 6,4% |
| სულ | 122 | 16,6% | 342 | 46,6% | 270 | 36,8% |

ცხრ. №2 გართულებების სიხშირე 1-4 დღე-ღამის განმავლობაში ტქ და ლქე მეთოდებით განხორციელებული ოპერაციების შემთხვევებში

| გართულება | ლქე | | ტქ | |
|---|-----|------|-----|------|
| | აბს | % | აბს | % |
| პოსტოპერაციული ტრილობის დაჩირქება ან სერომა | 8 | 2,3 | 14 | 5,2 |
| ინტრააბდომინალური ინფილტრატი | 2 | 0,6 | 3 | 1,1 |
| ინტრააბდომინალური აბსცესი | 0 | 0 | 2 | 0,7 |
| ფილტვის არტერიის თრომბოზი | 2 | 0,6 | 4 | 1,5 |
| ინტრაოპერაციული სისხლდენა | 3 | 0,9 | 8 | 2,9 |
| პოსტოპერაციული სისხლდენა | 3 | 0,9 | 5 | 1,8 |
| პოსტოპერაციული ნაღვლდენა დრენაჟებიდან | 4 | 1,2 | 7 | 2,6 |
| პნევმონია, პლევრიტი | 6 | 1,8 | 9 | 3,3 |
| სანალვლე გზების დაზიანება | 3 | 0,9 | 3 | 1,1 |
| სხვა ორგანოების დაზიანება | 5 | 1,4 | 2 | 0,7 |
| სულ | 36 | 10,5 | 57 | 20,9 |

ურად უხეში ნაწიბუროვან-ინფილტრაციული და სარკი-სებური ინფილტრატების არსებობისას რიგ შემთხვევაში უფრო მეტად რაციონალურია აქტიურ-დაყოვნებითი ტაქტიკა. გართულებების მიღებული შედეგების ანალიზი ცხადყოფს ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის უპირატესობას ტრადიციულ ქოლეცისტექტომიაზე. სერომების გაწოვა ხდებოდა ძირითადად თვითნებურად, იმ შემთხვევებში კი, როცა ისინი წარმოდგენილი იყვნენ მნიშვნელოვანი ზომებით, ვაკეთებდით პუნქტირებას 1, 2 ან 3-ჯერ, რის შემდეგაც მათი სრული გაწოვა მოხდა. ტრილობის დაჩირქებისას იხსნებოდა ნაკერები, ხდებოდა ტრილობის სანაცია და გაკერვა-შეხორცება მეორადი დაჭიმულობით. ინტრაოპერაციული სისხლდენის კუპირება წარმოებდა რიგ შემთხვევებში ჰემოსტატიური ღრუბლის გამოყენებით. ოპერაციის შემდგომი სისხლდენის ლიკვიდირება ხდებოდა რელაპაროსკოპიისა და რელაპარატომიის გზით. დრენაჟიდან ნაღვლდენა ჩერდებოდა უმეტესად თანდათანობით თვითნებურად, რიგ შემთხვევებში კი საჭიროებდა რელაპაროსკოპიას და ნაღვლის ბუშტის სადინრის ტაკვის კლიპირებას, ან რელაპარატომიას, ქოლედოქის დრენირებას შემდგომი

ბილიო-დიგესტიური ანოსტომოზით. ღვიძლქვეშა სივრცის აბსცესს ვეკურნალობდით პუნქციურად ულტრაბგერითი კვლევის კონტროლით, რაც იძლეოდა 100%-იან შედეგს. ინტრაოპერაციული ინფილტრატი იწოვებოდა კონსერვატიულად. მუცლის ღრუს ორგანოების სხვა დაზიანებებს ძირითადად ლაპაროსკოპიულად, თუმცა რიგ შემთხვევებში გვიხდებოდა ლაპაროტომიის განხორციელება და იატროგენიის ლიკვიდირება. გართულებების სიხშირის მაჩვენებლები ლაპაროსკოპიული და ტრადიციული ქოლეცისტექტომიების დროს მოცემულია (ცხრ. 2-ში)

ზემოთ აღწერილი შედეგებიდან კარგად ჩანს ლაპაროსკოპიული ქოლეცისტექტომიის ზრდის დინამიკა ბოლო წლებებში, რომელმაც მოგვცა შესაძლებლობა შეგვემცირებინა მძიმე გართულებების რაოდენობა მწვავე ქოლეცისტიტის სხვადასხვა ფორმის მკურნალობისას. რაც გვაძლევს საშუალებას არამარტო შევამსუბუქოთ პაციენტების მდგომარეობა არამედ მკვეთრად გავუმჯობესოთ მათი ჯანმრთელობის ხარისხი, ასევე მინიმუმამდე შევამციროთ საწოლ დღე, რაც საშუალებას მოგვცემს მნიშვნელოვნად შევამციროთ მკურნალობის ხარჯები.

ლიტერატურა:

References:

1. Кузнецов Н. А., Аронов Л. С., Харитонов С. В. и соавт. Выбор тактики, сроков и метода проведения операции при остром холецистите // Хирургия. – 2003. – №5. – С. 35–40.
2. Назаренко П. М., Назаренко Д. П., Тарасов О. Н., Янголенко Я. В. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений. // Хирургия. – 2010. – №9. – С. 42–46
3. Совцов С. А., Прилепина Е. В. Холецистит у больных высокого риска. Хирургия. Журнализм. Н. И. Пирогова 2013; 12: 18–23.
4. Винокуров М. М., Васильев А. Е., Гилев Е. С. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1 – Приложение. – С. 96–97.
5. Натрошвили И. Г., Пруднов М. И., Бебуришвили А. Г., Шаповальянц С. Г., Шулушко А. М. Безопасность малоинвазивных вмешательств при остром калькулёзном холецистите. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1. – Приложение. – С. 283–284.
6. Луцевич О. Э., Амирханов А. А., Урбанович А. С. К вопросу о тактике хирургического лечения больных пожилого и старческого возраста с деструктивным холециститом. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. – Эндоскопическая хирургия. – 2014. – №1. – Приложение. – С. 236–237.
7. Brodsky A, Matter I, Sabo E, Cohen A, Abrahamson J, Eldar S. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: can the need for conversion and the probability of complications be predicted? A prospective study. SurgEndosc. 2000;14:755–760.
8. Lee SW, Chang CS, Lee TY, Tung CF, Peng YC. The role of the Tokyo guidelines in the diagnosis of acute calculous cholecystitis. J HepatobiliaryPancreat Sci. 2010;17(6):879–884.

9. Samraj K., Glund C., Wilson E., Davidson R. Meta-analysis of randomized control trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg.* 2010;97:141-150.
10. Yokoe M, Takada T, Mayumi T, Yoshida M, Hasegawa H, Norimizu S, et al. Accuracy of the Tokyo Guidelines for the diagnosis of acute cholangitis and cholecystitis taking into consideration the clinical practice pattern in Japan. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2011;18:250-7.
11. A.Khadjibaev., S.Atajanov., F.Khadjibaev., K.Dnvarov. Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Gangrenous Cholecystitis . *Medical and Health Science Journal, MHSJ, Volume 5, 2011, pp 43-48 .*
12. Lo H-C, Wang Y-C, Su L-T, Hsieh C-H: Can early laparoscopic cholecystectomy be the optimal management of cholecystitis with gallbladder perforation? A single institute experience of 74 cases. *Surg Endosc* 2012, 26:3301-3306.
13. Asai K, Watanabe M, Kusachi S, Tanaka H, Matsukiyo H, Osawa A, et al. Bacteriological analysis of bile in acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012;19(4):476-486.
14. V.Tedoradze ,D.Menabde., B.Archvadze., K.Kashbadze. The results of our experience with laparoscopic cholecystectomy, intra and postoperative complications 21 *International Congress of the European Association for Endoscopic Surgery (EAES), Abstract book, Vienna, Austria, 2013.*