

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

СИНОВЕРСЬКИЙ ЛЮБОМИР ВАСИЛЬОВИЧ

УДК 616.366-002-089]-053

**ОБҐРУНТУВАННЯ АКТИВНОЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
ХОЛЕЦИСТИТ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

14.01.03 – хірургія

АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Тернопіль – 2005

Дисертацією є рукопис

Робота виконана в Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

Науковий керівник: доктор медичних наук, професор *ДЗЮБАНОВСЬКИЙ Ігор Якович*,
Тернопільський державний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України,
завідувач кафедри хірургії факультету післядипломної освіти.

Офіційні опоненти:

заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор *ШЕВЧУК Михайло Григорович*, Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри госпітальної хірургії;

лауреат Державної премії України, доктор медичних наук, професор *НИЧИТАЙЛО Михайло Юхимович*, Інститут хірургії та трансплантології АМН України, завідувач відділення лапароскопічної хірургії та холелітіазу.

Провідна установа: Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, кафедра факультетської хірургії з курсом проктології.

Захист відбудеться 14 червня 2005 р. о 12⁰⁰ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І.Я. Горбачевського (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1)

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського (46001, м. Тернопіль, вул. Руська, 12)

Автореферат розісланий 11 травня 2005 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради
доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Незважаючи на суттєві досягнення в біліарній хірургії, рівень післяопераційної летальності у хворих на гострий холецистит складає від 1,2 до 7,6 %, у хворих літнього і старечого віку сягає від 21,5 до 27,2 %, а при активно-вичікувальній тактиці – 43 % (В.В. Бойко, 2001; М.Ю. Ничитайло, 1999; М.Г. Шевчук, 2001).

Питання терміновості виконання операції при гострому холециститі в різних вікових групах різними хірургічними школами трактується неоднозначно (В.І. Русин і співавт., 2001).

Доцільність активної хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит обумовлена тим, що покращення стану хворого після інфузійної та антибактеріальної терапії найчастіше є суб'єктивно удаваним, а тому не завжди об'єктивно відображає зворотність запально-деструктивного процесу в жовчному міхурі, який безслідно не зникає і призводить до розвитку численних інтра- та екстраміхурових ускладнень (М.П. Павловський і співавт., 2001; О.Є. Бобров і співавт., 2002), блискавичної форми біліарного сепсису (М.П. Захараш, 2001).

Широке впровадження в практичну діяльність хірургічних стаціонарів ультрасонографічного дослідження з високим ступенем достовірності дозволило на більш ранніх стадіях визначити „морфологічну” форму гострого холециститу, прогнозувати динаміку перебігу запально-деструктивного процесу в стінці жовчного міхура і не виправдано не зволікати з ранніми термінами оперативного втручання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація є фрагментом планової міжкафедральної науково-дослідної роботи “Розробка методів підвищення безпеки та ефективності оперативного лікування основних хірургічних захворювань у віковому аспекті та під дією малих доз радіації” Тернопільського державного медичного університету імені І.Я. Горбачевського, № держреєстрації 0104U004517, у виконанні якої автором проведено дослідження стосовно обґрунтування активної хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит у віковому аспекті.

Мета роботи: покращити ближні результати хірургічного лікування хворих на гострий холецистит у віковому аспекті шляхом обґрунтування активної лікувальної тактики залежно від динаміки вираженості клініко-морфологічних та ультрасонографічних ознак запально-деструктивного процесу жовчного міхура і класу операційно-анестезіологічного ризику.

Для вирішення поставленої мети сформульовано такі **завдання**:

1. Вивчити вікові морфо-функціональні зміни в стінці жовчного міхура в нормі та умовах гострого холециститу.
2. Вивчити варіанти клінічного перебігу гострого холециститу та можливості сонографії жовчного міхура для ранньої діагностики і оцінки клініко-морфологічної форми захворювання.

3. Визначити оптимальні строки операції у хворих з гострим холециститом різного віку з врахуванням вираженості клінічних і ультрасонографічних ознак запально-деструктивних змін жовчного міхура і класу операційно-анестезіологічного ризику.

4. Проаналізувати результати лікувальної тактики у хворих на гострий холецистит в різних вікових групах і періодах дослідження.

Об'єкт дослідження – хворі на гострий холецистит.

Предмет дослідження – зміни у стінці жовчного міхура, клінічні варіанти перебігу гострого холециститу, сонографічні критерії оцінки ступеня вираженості запально-деструктивних змін стінки жовчного міхура, операційно-анестезіологічний ризик та хірургічна тактика у хворих на гострий холецистит, оцінка ефективності лікування.

Методи дослідження:

– для визначення особливостей морфо-функціональних змін у стінці жовчного міхура у віковому аспекті та в умовах гострого холециститу застосовано фарбування тканини біоптатів гематоксилином та еозином та морфометрію за Г.Г. Автанділовим, морфометрію артерій стінки жовчного міхура проводили за С.В. Шормановим (1980, 1982);

– для оцінки стану місцевого імунітету слизової оболонки жовчного міхура вивчали активність функціонування плазматичних клітин-продуцентів основних класів імуноглобулінів (IgA, IgM, IgG, IgE) застосовуючи прямий метод Кунса, визначення секреторного IgA зі змивів слизової оболонки жовчного міхура проводили методом радіальної імунодифузії в агарі з допомогою специфічної антисироватки проти SigA;

– для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводили загальноклінічні дослідження, визначення класу операційно-анестезіологічного ризику із застосуванням модифікованої шкали Detsky–Larsen–Goldman (1995), ультрасонографічний моніторинг апаратом “Алоса - 2000”.

Наукова новизна роботи. Стверджено низьку специфічність та чутливість в оцінці загальних та місцевих клінічних симптомів при визначенні деструктивних форм гострого холециститу.

Виділено якісні і кількісні сонографічні ознаки гострого холециститу, які з високим ступенем достовірності відображають характер запально-деструктивних змін в жовчному міхурі.

Залежно від динаміки вираженості клініко-сонографічних ознак запально-деструктивного процесу жовчного міхура виділено чотири клініко-морфологічні форми гострого холециститу.

На основі проведених морфологічних і морфометричних досліджень мікропрепаратів вперше стверджено, що у хворих літнього і старечого віку з гострим холециститом внаслідок суттєвого зменшення артеріального кровопостачання стінки жовчного міхура, за рахунок зниження пропускної здатності і звуження судин локального мікроциркуляторного русла, розвивається

первинно тканинна ішемія із подальшою активацією місцевого запально-деструктивного процесу.

Вперше при імуноморфологічному дослідженні слизової оболонки жовчного міхура у хворих з гострим холециститом виявлено напруженість локальних захисних імунних механізмів, зрив і поломка локального імунного захисту слизової оболонки на етапах її деструкції.

Обґрунтовано диференційований підхід до вибору ранньої активної тактики при гострому холециститі з врахуванням клініко-морфологічної форми і класу операційно-анестезіологічного ризику.

Практичне значення одержаних результатів. Базуючись на специфічності і чутливості клінічних симптомів гострого холециститу, виділено: obturaційний, холангіогенний, біліарно-панкреатичний, рецидивний і первинно деструктивний варіанти перебігу гострого холециститу.

Індивідуалізовано вибір активної лікувальної тактики для хворих з гострим холециститом залежно від клініко-морфологічної форми захворювання (Деклараційний патент України на винахід № 65477). Розроблено технічні прийоми холецистектомії з міні-доступу (Деклараційний патент України на винахід № 65478).

Запропоновано алгоритм лікувальної тактики у хворих з гострим холециститом різного віку залежно від оцінки сонографічних критеріїв запально-деструктивного процесу жовчного міхура і класу операційно-анестезіологічного ризику дозволив знизити частоту післяопераційних ускладнень з 17,6 до 11,4 %, а рівень післяопераційної летальності з 2,1 до 0,6 %.

Матеріали дисертації впроваджено в практичну діяльність хірургічних відділень Тернопільської міської комунальної лікарні №2, центральних районних комунальних лікарень м. Заліщики та м. Козови.

Особистий внесок дисертанта в одержання наукових результатів, що виносяться на захист. Дисертант самостійно здійснив інформаційно-патентний пошук, аналітичний огляд літератури за темою дисертації, визначив мету і завдання дослідження, сформував карту для клінічного обстеження 378 хворих. Безпосередньо виконував частину оперативних втручань, а також асистував. Автор ідей, виконання і впровадження в клінічну практику винаходів „Спосіб лікування гострого холециститу”, „Спосіб холецистектомії”. Самостійно провів статистичну обробку матеріалу, узагальнив результати діагностики і лікування хворих. Обґрунтував висновки. Співавторство інших дослідників у друкованих працях, опублікованих за матеріалами дисертації, полягає у їх консультативній допомозі та участі у діагностичних і лікувальних процесах. У частині актів впровадження, що стосуються науково-практичної новизни, викладено дані дисертації. Все це сприяло отриманню результатів, висновків і практичних рекомендацій.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дисертації й основні положення оприлюднено на: пленумі правління Українського товариства геронтологів та геріатрів „Фізіологія і патологія органів травлення у осіб похилого і старечого віку” (Чернівці, 1996); VII конгресі

світової Федерації лікарських товариств (Ужгород, 1998); XLIV та XLV підсумкових науково-практичних конференціях “Здобутки клінічної та експериментальної медицини” (Тернопіль, 2001, 2002); науково-практичній конференції “Актуальні питання хірургії гепатопанкреатобіліарної системи” (Одеса, 2001); науково-практичній конференції „Актуальні питання хірургічного лікування хворих на цукровий діабет” (Тернопіль, 2001); науково-практичній конференції “Гнійно-септичні ускладнення в хірургії. Новітні технології хірургії XXI століття” (Яремче, 2002); Міжнародній науково-практичній конференції „Нове в хірургії XXI століття” (Київ, 2003); I Всеукраїнській науково-практичній конференції „Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії” (Львів, 2004); Міжнародній науково-практичній конференції „Актуальні питання геріатричної хірургії” (Тернопіль, 2004).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 18 наукових праць, з них 10 – у фахових наукових виданнях, рекомендованих ВАК України, 6 – у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій, два деклараційних патенти України на винахід.

Об’єм і структура дисертації. Матеріали дисертації викладені українською мовою на 151 сторінках комп’ютерного тексту. Дисертаційна робота складається зі вступу, шести розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних 237 літературних джерел, додатків. Робота ілюстрована 48 таблицями і 7 рисунками. Бібліографічний опис використаних джерел, ілюстрації, таблиці та додатки викладено на 34 сторінках.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріали та методи дослідження. Робота виконана на клінічному матеріалі, який включав аналіз безпосередніх результатів хірургічного лікування 378 пацієнтів із гострим холециститом (ГХ) за період 1995 – 2003 років. До I групи увійшов 181 пацієнт, що лікувався у 1995 – 1999 роках, до II групи – 197 пацієнтів, що лікувалися в періоді 2000 – 2003 років. Серед пацієнтів жінок було 275 осіб (72,8 %), чоловіків – 103 (27,2 %). В роботі ми притримувалися вікової класифікації, яка визначена ВООЗ (1972 р.). Особи молодого та зрілого віку склали 55,0 %. У літньому віці було 35,4 % хворих, у старечому – 8,5 %, довгожителі склали 1,1 %.

У 55,2 % тривалість камененосійства була від 4 до 10 років. Лише 33 (12,1%) хворих поступили в клініку з першим нападом гострого холецистити.

У 69,4 % хворих був виявлений деструктивний флегмонозний, флегмонозно-виразковий холецистит з переважанням обтурації міхурової протоки, у 10,2 % – водянка і надалі емпієма жовчного міхура, у 4,6 % – гангренозний холецистит з перфорацією стінки жовчного міхура і у 15,5 % – без перфорації.

Зважаючи на вікову структуру обстежених пацієнтів, у 54,7 % виявлено супутню патологію,

у 21,9 % діагностовано одне супутнє захворювання, у 18,5 % – два, у 7,6 % – три, у 5,0 % – чотири, у 1,2 % – п'ять і у 0,5 % – шість.

Із 378 пролікованих пацієнтів прооперовано 308 (142 пацієнти I групи та 166 пацієнтів II групи), консервативно проліковано 70 осіб (39 та 31, відповідно). Загальна операційна активність становила 81,5 % (протягом першого періоду спостереження – 78,5 %, протягом другого зросла до 84,3 %).

Із I класом операційно-анестезіологічного ризику (OAP) оперовано 12,9 % пацієнтів, з II класом OAP 27,9 % від загальної кількості прооперованих. Із III класом OAP оперовано 44,2 % пацієнтів. У 14,9 % оперованих пацієнтів діагностовано IV клас OAP.

Екстрені оперативні втручання виконано у 24 (7,8 %) випадках, термінові – у 151 (49,0 %), невідкладні – у 44 (14,3 %), вимушені – у 64 (20,8 %) та планові – у 25 (8,1 %) випадках. У другому періоді зменшилася кількість екстрених оперативних втручань у 3,8 рази та вимушених операцій – 1,6 рази. Відповідно зросла кількість термінових, невідкладних операцій в 1,6; 1,2; рази.

У 147 (47,7 %) випадках виконано холецистектомію з лапаротомного доступу, у 114 (37,0 %) – з міні-доступу. У 4,3 % видалення жовчного міхура доповнено зовнішнім дрениванням холедоха, у 8,7 % – внутрішнім дрениванням. Пункційну декомпресію жовчного міхура під контролем сонографії проведено у 7 пацієнтів.

Морфологічними, морфометричними, імуноморфологічними методами проведено дослідження 126 жовчних міхурів, видалених під час оперативних втручань у хворих на гострий холецистит (ГХ): віком 20-59 років – 67 препаратів (I група) та віком 60 років та старших – 59 препаратів (II група). Контролем для I групи слугували 12 жовчних міхурів, які отримано під час судово-медичних розтинів практично здорових осіб віком 20–59 років (черепно-мозкова травма), для II групи – 11 жовчних міхурів осіб віком 60 років та старших.

Для гістологічного дослідження шматочки стінки жовчного міхура фіксували в 12 % нейтральному розчині формаліну протягом 3 діб з двократною заміною фіксуючого розчину. Потім препарати зневоднювали у спиртах наростаючої концентрації (30°, 50°, 70°, 80°, 90°, абсолютний спирт) і заключали в парафін. Зрізи товщиною 7–10 мкм, депарафінізували, забарвлювали гематоксилін-еозином за загальноприйнятою методикою та вивчали світлооптично та морфометрично.

При морфометрії гістологічних препаратів стінки жовчного міхура визначали товщину слизової оболонки, товщину адвентиціального шару, товщину м'язового шару, висоту покривного епітелію, діаметр ядер епітеліоцитів, ядерно-цитоплазматичні співвідношення в епітеліоцитах, відносний об'єм судин в епітелізованому шарі, відносний об'єм пошкоджених епітеліоцитів. Гістостереометричні вимірювання здійснювалися на мікропрепаратах стінки жовчного міхура з використанням методик і рекомендацій Г.Г. Автанділова (1990).

Морфометрію артерій стінки жовчного міхура проводили за С.В. Шормановим (1980, 1982). При цьому виділяли великі артеріальні судини (зовнішній діаметр – 126–150 мкм), середні (зовнішній діаметр – 51–125 мкм) та дрібні артеріальні судини (зовнішній діаметр – 26–50 мкм). Морфометрично визначали зовнішній та внутрішній діаметри артерій, індекс Вогенворта та товщину медії.

Для виявлення імуноцитів-продуцентів IgA, IgG, IgM, IgE зрізи стінки жовчного міхура обробляли моноспецифічними антисироватками проти IgA, IgG, IgM, IgE людини, кон'югованими ізотіоціанатом флюоресцеїна, застосовуючи прямий метод Кунса з відповідними контролюями. При цьому використовували моноспецифічні антисироватки інституту АМН ім. Н.Ф. Гамалєї. Зрізи досліджували при допомозі люмінесцентного мікроскопа “Люам Р-8”. В люмінесцентному світлі підраховували імуноцити, що давали специфічне світіння на 1 мм² слизової оболонки жовчного міхура.

Визначення секреторного IgA (SIgA) із змивів слизової оболонки жовчного міхура проводили методом радіальної імунодифузії в агарі з допомогою специфічної антисироватки проти SIgA.

Кореляцію сонографічних та морфологічних змін жовчного міхура досліджено у 118 прооперованих пацієнтів. Оцінювали 12 сонографічних симптомів гострого холециститу. Для об'єктивізації сонографічної картини патоморфологічних форм гострого холециститу визначали ехоцильність стінки жовчного міхура та його вмісту. Інформацію отримували у вигляді гістограми, що відображає розподілення ехоінтенсивності досліджуваної зони ультразвукового зрізу. Для статистичних розрахунків використовували показник “М” у гістограмі, який означає максимальну ехоцильність у вибраній для дослідження ділянці. Причому, для більшої достовірності кількість точок з даною ехоцильністю (показник “МАХ”) повинна бути більшою 15 %.

Для оцінки достовірності отриманих результатів дослідження нами застосовувався варіаційно-статистичний метод аналізу, який проведено за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Celeron (R) CPU 1.70 GHz та прикладної програми для роботи з електронними таблицями Microsoft[®] Excel 2000 в середовищі Windows XP Professional (США, 2002).

Результати дослідження та їх обговорення. Проведений аналіз клінічної симптоматики гострого нападу у хворих з гострим холециститом дозволив виділити такі клінічні варіанти перебігу захворювання. Найбільшу (69,4 %) групу склали пацієнти, в клінічній картині у яких переважали симптоми раптового інтенсивного болю в правому підребер'ї, з тенденцією до його постійного наростання (100,0 %) на фоні збільшеного болючого жовчного міхура (92,0 %), напруження м'язів передньої черевної стінки в правому підребер'ї (92,0 %), поєднання двох останніх симптомів (98,0 %). Перечисленні симптоми характеризують obturacійний варіант

перебігу гострого холециститу, мають високу чутливість (88,51 – 95,02 %) і є специфічними для даного клінічного варіанта.

Другу групу склали 33 пацієнти (8,8 %) з переважанням в клінічній симптоматиці гострого холециститу холангіотичного синдрому. При холангіотичному варіанті не виявлено високоспецифічних та чутливих місцевих симптомів. Високою специфічністю та чутливістю характеризуються такі симптоми, як іктеричність склер, нейтрофіліоз зі зсувом лейкоцитарної формули вліво, підвищення температури тіла.

Біліарно-панкреатичний варіант гострого холециститу відмічено у 13 хворих (4,4 %). Характерна висока чутливість больового симптому, напруження м'язів передньої черевної стінки (80,00 – 73,33 %) на фоні їхньої низької специфічності і високої чутливості загальних симптомів (лейкоцитоз, тахікардія та блювання).

Рецидивний варіант перебігу гострого холециститу виявлено у 39 хворих (13,8 %). І, нарешті, у 11 (3,8 %) хворих спостерігався первинно деструктивний холецистит. Для даної клінічної форми високочутливим є больовий синдром, напруження м'язів передньої черевної стінки (90,0 %). В анамнезі у 63 % хворих відмічено гостре порушення мозкового або коронарного кровообігу. Рецидивний варіант перебігу гострого холециститу вдвічі частіше зустрічається у осіб літнього віку, а первинно деструктивний у людей старечого віку, що спонукало до вивчення локальних морфо-функціональних змін у стінці жовчного міхура у віковому аспекті.

При гострому холециститі у хворих віком 20–59 років морфометрично товщина слизової оболонки жовчного міхура зростала з $(236,30 \pm 7,14)$ до $(262,50 \pm 3,85)$ мкм. Приведені величини між собою статистично достовірно відрізнялися ($P < 0,01$). У людей старших 60 років досліджуваний показник збільшувався на 8,7 %. Товщина адвентиції в даних умовах патології у пацієнтів молодшої вікової групи зростала майже на 4,0 %, а у старшій віковій групі – на 3,5 %. Аналогічна тенденція спостерігалася при аналізі морфометричних характеристик м'язової оболонки, яка у молодшій віковій групі пацієнтів збільшилася на 5,0 %, а у старшій – на 4,4 %. Висота покривних епітеліоцитів слизової оболонки ураженого жовчного міхура також мала тенденцію до збільшення. У хворих молодшої вікової групи вона зросла на 5,2 %, а у старшій віковій групі – на 6,4 %. Тенденцію до збільшення мали також ядра епітеліоцитів, але ступінь їхнього зростання був менший порівняно з цитоплазмою. Так, діаметр ядер епітеліоцитів слизової оболонки ураженого жовчного міхура у пацієнтів віком 20–59 років збільшився тільки на 0,7 %, а у хворих старше 60 років зменшився на 22,0 %. Знайдена диспропорційність у зростанні просторових характеристик ядер та цитоплазми епітеліоцитів супроводжувалася порушенням ядерно-цитоплазматичних відношень, які істотно були зміненими у епітеліоцитах пацієнтів старшої вікової групи. Цей показник в даній групі спостережень зменшився з $(0,0260 \pm 0,0007)$ до $(0,0150 \pm 0,0003)$. Приведені

цифрові величини статистично достовірно відрізнялися між собою ($p < 0,001$), і останній показник виявився меншим за попередній на 42,3 %.

Кровопостачання ураженого жовчного міхура знижувалося майже на 6,0 % порівняно з контролем у осіб молодшої вікової групи, і на 10,0 % у пацієнтів старшої вікової групи, про що свідчили зміни відносного об'єму судин у слизовій оболонці. Альтеративні процеси у стінці жовчного міхура були більш вираженими у спостереженнях старшої вікової групи. Описане підтверджувалося динамікою відносного об'єму уражених поверхневих епітеліоцитів слизової оболонки жовчного міхура. Даний морфометричний показник зростав з $(1,02 \pm 0,04)$ до $(41,05 \pm 3,06)$ % у молодших пацієнтів, а у хворих старших 60 років – з $(1,96 \pm 0,05)$ до $(80,8 \pm 4,2)$ %.

Морфологічно спостерігалася виражена склеротична дегенерація стінок судин з достовірним зменшенням діаметра їхнього просвіту, наявність дрібних тромбів в мікроциркуляторному руслі, що свідчить за місцеві гемоперфузійні порушення в стінці жовчного міхура. Тобто у хворих літнього і старечого віку, внаслідок оклюзії локального мікроциркуляторного русла, розвивається спочатку первинно тканинна ішемія з розвитком місцевих дистрофічних змін з подальшою активацією локального запального процесу.

Виявлена структурна перебудова артеріального русла жовчного міхура при гострому холециститі у людей літнього і старечого віку свідчить, що воно не може збільшувати свою пропускну здатність і не може забезпечити повноцінне кровопостачання при підвищенні його функціональної чи метаболічної активності.

Наявна невідповідність між підвищеною необхідністю кровопостачання досліджуваного органа та пропускними можливостями судинної стінки жовчного міхура в кінцевому варіанті призводить до зривів і поломок функціонального і структурного гомеостазів у вигляді некрозу і незворотних судинних розладів.

Так звана морфологічна перебудова знайшла своє підтвердження в кількісних морфометричних показниках середніх і дрібних артерій жовчного міхура. Зовнішній і внутрішній діаметр середніх артерій жовчного міхура у хворих літнього віку зменшився на 10,23 і 12,70 %, в порівнянні з контрольною групою, і на 14,70 і 13,00%, в порівнянні з групою хворих на ГХ у віці 20–59 років, а зовнішній і внутрішній діаметр дрібних артерій стінки жовчного міхура, відповідно, на 13,93 і 16,65 %, та на 19,86 і 13,81 %.

Індекс Вогенворта у середніх артеріях у пацієнтів у віці 20–59 років зростав у 2,28 раза, в дрібних 4,54 у раза, а у хворих старших 60 років даний показник в середніх і дрібних артеріях зростав, відповідно, у 4 і 5 разів. Аналіз отриманих кількісних показників показав про зменшення пропускну здатності і звуження судин на фоні потовщення стінки за рахунок гіпертрофії всіх її шарів.

Локальні імунні реакції також змінювалися у слизовій оболонці ураженого жовчного міхура. При цьому у спостереженнях молодшої вікової групи відмічалось нерівномірне диспропорційне зростання плазматичних клітин з IgA, IgG, IgM, IgE, а також зростання концентрації SIgA. У осіб старших 60 років у слизовій оболонці жовчного міхура нерівномірно та диспропорційно збільшувалося число плазмоцитів з IgG, IgM, IgE, а рівень SIgA знижувався майже на 26,0 %. Знайдені зміни свідчили про те, що в ураженому жовчному міхурі осіб старшої вікової групи спостерігаються виражені порушення локального імунного гомеостазу, що призводило до істотного зниження резистентності слизової оболонки досліджуваного органа.

Одержані результати імуноморфологічного і морфометричного досліджень свідчать про те, що в стінці жовчного міхура у хворих похилого та старечого віку виникають виражені інфільтративні, атрофічні зміни на фоні суттєвого зменшення її артеріального кровопостачання, а тому раннє оперативне втручання є виправданим втручанням, яке попереджує розвиток тяжких інтра- та екстраміхурових ускладнень при гострому ураженні жовчного міхура.

Зіставлення клініко-сонографічних даних з інтраопераційною картиною і з результатами морфологічного дослідження 118 операційних препаратів дозволило зробити висновок, що при гострому холециститі ультразвукове дослідження достовірно відображає факт гострого запалення стінки жовчного міхура. Аналіз специфічності 12 сонографічних симптомів показав, що такі ознаки, як вогнищеві гіпоехогенні зони стінки жовчного міхура (100 %), ехопрозора смужка за передньою або задньою стінками жовчного міхура (100 %), наявна вільна рідина в підпечінковому просторі і в інших відділах черевної порожнини (100 %), подвоєння контуру стінки жовчного міхура з відшаруванням слизової у просвіті жовчного міхура (100 %), товщина стінки жовчного міхура більше 5 мм (100 %), подвоєний контур стінки жовчного міхура без відшарування слизової (98 %), ехощільність стінки жовчного міхура (97 %), збільшений жовчний міхур (85 %) свідчать про виражені локальні запально-деструктивні зміни в жовчному міхурі, що дає можливість визначити доопераційну форму гострого холециститу, прогнозувати його перебіг і вибрати оптимальні строки операції. І навпаки, місцеві (виражений больовий синдром в правому підребер'ї, збільшений болючий жовчний міхур, симптом Щоткіна-Блюмберга в правому підребер'ї, напруження м'язів передньої черевної стінки) та загальні (підвищення температури тіла, лейкоцитоз, нейтрофілоз з паличкоядерними формами більше 10 %, блювання, іктеричність склер, тахікардія) не відмічаються високою специфічністю та чутливістю у діагностиці гострого деструктивного холециститу.

Вивчення специфічності ультрасонографічних критеріїв оцінки запального процесу стінки жовчного міхура показав, що однократне ультрасонографічне дослідження при поступленні в 100 % випадків достовірно відображає факт гострого запалення жовчного міхура. Однак достовірність виявлення деструкції стінки жовчного міхура при однократному сонографічному обстеженні

склала лишень 44%. З другої сторони, достовірне виявлення деструкції стінки жовчного міхура при динамічному ехографічному обстеженні (кожних 6, 12, 24, 36 годин) з моменту поступлення пацієнтів в стаціонар протягом однієї – трьох діб зростало до 100 %.

Таким чином, залежно від варіантів ультразвукової симптоматики в динаміці сонографічного обстеження з врахуванням прогнозу перебігу патологічного процесу всі пацієнти з гострим холециститом були розділені на чотири групи:

I група – зі сонографічною картиною запально-деструктивних змін жовчного міхура з перивезикальним абсцесом, місцевим і поширеним перитонітом;

II група – із наростанням (в динаміці через 6-12 годин) сонографічних ознак запально-деструктивних змін жовчного міхура або панкреатобіліарних ускладнень після консервативного лікування;

III група – зі збереженням (в динаміці дослідження) сонографічних ознак запально-деструктивного процесу жовчного міхура при суб'єктивно “удаваному” покращенні загального стану під дією консервативної терапії;

IV група – із нормалізацією (в динаміці) сонографічних ознак запальних змін жовчного міхура.

На основі цього, нами запропоновано такі клініко-морфологічні форми ГХ (табл. 1), розроблено і впроваджено алгоритм лікувальної тактики у хворих на ГХ (Деклараційний патент України на винахід № 65477).

Перша клініко-морфологічна форма ГХ – 24 хворих. Всі хворі даної групи після короткочасної передопераційної підготовки були прооперовані в екстреному порядку. При цьому 15 хворих у віці 20–59 років з I–II класом операційно-анестезіологічного ризику були прооперовані до 3 годин з моменту поступлення в стаціонар. Решта 9 пацієнтів (4 старші 60 років) з III–IV класом ОАР були прооперовані в межах до 6 годин

Під час операції у 20 хворих підтверджений гангренозний холецистит і у 4 хворих – гангренозно-проривний холецистит.

Друга клініко-морфологічна форма ГХ – 151 хворий. Наростання (в динаміці через 6-12 годин) клініко-сонографічних ознак запально-деструктивних змін жовчного міхура після проведеної консервативної терапії відмічено у 128 пацієнтів, а біліарно-панкреатичних ускладнень – у 23. Зіставляючи ультрасонографічні показники в динаміці з інтраопераційною верифікацією запально-деструктивного процесу жовчного міхура підтверджено неефективність консервативної терапії протягом динамічного спостереження і лікування. В цьому плані затягування більше ніж на 24 години оперативного лікування в даній категорії хворих вважаємо недоцільним. Флегмонозно-гангренозний холецистит підтверджено у 59,6 % випадків, гістологічне підтвердження цього діагнозу виявлено у 44,4 %. У інших 55,6 % пацієнтів діагностовано

флегмону стінки жовчного міхура. Перивезикальний інфільтрат виявлено у 27,8 % пацієнтів, місцевий перитоніт – у 2,0 %, холангіт – у 8,6 %, біліарний панкреатит – у 6,6 %. При цьому серед пацієнтів даної категорії у жодному разі гістологічно не виявлено загострення хронічного холециститу. Незалежно від класу ОАР та віку всі пацієнти були прооперовані терміново в межах 6–24 годин.

Таблиця 1

Алгоритм лікувальної тактики у хворих на гострий холецистит

Клініко-морфологічна форма гострого холециститу	ОАР (клас)	Терміни операції
I. Гострий холецистит, ускладнений місцевим і розлитим перитонітом	I-II III-IV	Екстрені операції: до 3 год. до 6 год.
II. Гострий холецистит із неліквідованим гострим нападом і гострою обтурацією при наростанні (в динаміці) клініко-сонографічних ознак місцевого запально-деструктивного процесу стінки жовчного міхура і панкреато-біліарних ускладнень	I-IV	Термінові операції в межах 6–24 год.
III. Гострий холецистит із ліквідованим гострим нападом і гострою обтурацією з суб'єктивно “удаваним” покращанням загального стану від консервативної терапії, але при збереженні в динаміці сонографічних ознак місцевого запально-деструктивного процесу стінки жовчного міхура	I-II III-IV	Невідкладні операції в межах 24–48 год. Вимушені операції в межах 48–72 год.
IV. Гострий холецистит із ліквідованим гострим нападом і при відсутності в динаміці клініко-сонографічних ознак запального процесу стінки жовчного міхура	I-II III-IV	Планові операції. Консерватив-не лікування.

Третя клініко-морфологічна форма ГХ –108 хворих. 44 хворих при I-II класі ОАР були прооперовані в невідкладному порядку в строки 24–48 годин, а 64 хворих з III-IV класом ОАР були оперовані в строки 48–72 години – вимушені операції.

Характерно, що у пацієнтів з III клініко-морфологічною формою, оперованих в строки 24–48 год, зросла кількість ускладнень у порівнянні з пацієнтами, оперованими в строки 6–24 години:

частота перивезикальних інфільтратів, відповідно, з 27,8 до 47,7 %, перивезикальних абсцесів – з 2,0 до 9,1 %.

64 пацієнти з III клініко-морфологічною формою оперовані в строки 48–72 год. Відтермінованість оперативного лікування призводить до подальшого збільшення частоти ускладнень ГХ. Так, частота перивезикальних інфільтратів зростає з 47,7 (у оперованих в терміни 24–48 годин) до 62,5% (у оперованих в терміни 48–72 годин), а перивезикальних абсцесів – відповідно, з 9,1 до 10,9 %.

Аналіз частоти ускладнень ГХ у пацієнтів різних вікових груп з I–III клініко-морфологічними формами захворювання показав, що більше ніж 52 % з усіх ускладнень ГХ виникли у осіб літнього та старечого віку. Причому частота перивезикальних ускладнень ГХ у літніх людей склала 51,7 %, у осіб молодого та зрілого віку – 27,3 %.

Четверта клініко-морфологічна форма ГХ – 95 хворих. 25 хворих з I-II класом ОАР були прооперовані в плановому порядку (19 – у віці 20-59 років та 6 – у віці понад 60 років), а 70 – лікувалися консервативно. Із них у 27 пацієнтів з III–IV класом ОАР у віці старше 60 років ми свідомо утрималися від оперативного втручання. Інші пацієнти, в зв'язку з покращенням стану під дією консервативної терапії, самостійно відмовилися від оперативного лікування в плановому порядку.

Для зменшення травматичності радикального оперативного втручання, його тривалості та покращення якості перебігу післяопераційного періоду нами запропонований спосіб холецистектомії (Деклараційний патент України на винахід № 65478 А). Аналіз результатів холецистектомії з міні-доступу за запропонованою методикою в порівнянні з традиційною холецистектомією показав, що дана методика дозволяє виконати оперативне втручання в середньому на 30 хвилин швидше, навіть при наявності запального інфільтрату в ділянці жовчного міхура. Лишень у 6,1 % пацієнтів виникали технічні складності, що обґрунтували необхідність розширення операційного доступу. Частота післяопераційних ускладнень зменшилася більше ніж у 7 разів, а летальних наслідків після даного оперативного втручання не відмічали.

Частота післяопераційних ускладнень на 308 оперованих хворих з ГХ склала 14,3 % (всього 44 ускладнення). При цьому частота післяопераційних ускладнень у пацієнтів віком 20–59 років становила 6,7 %, віком 60–74 роки – 16,2 %, віком 75–89 років – 46,7 % і в довгожителів – 50,0 %. Характерно, що при екстрених оперативних втручаннях частота післяопераційних ускладнень склала 16,7 %, причому у осіб літнього та старечого віку – 50,0 %, у молодшої вікової групи – 10,0%.

Слід відмітити суттєве зростання частоти післяопераційних ускладнень у групі хворих, оперованих у вимушено у відтермінованому порядку – 35,9 %, при цьому у хворих літнього та старечого віку даний показник складав – 42,2 %, тоді як у осіб віком 20–59 років – 15,8 %.

Виконання оперативних втручань у терміновому та невідкладному порядку (в межах першої та другої доби з моменту поступлення в стаціонар) дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень до 8,7 %: у пацієнтів віком 20–59 років – до 5,6 %, а у осіб літнього та старечого віку – до 12,5 %, що на 10,2 та 29,7 % менше в порівнянні з пацієнтами, оперованими вимушено у терміни 48–72 години з моменту поступлення.

Таким чином, з врахуванням незворотних ішемічних і запально-деструктивних змін жовчного міхура у хворих літнього і старечого віку для попередження локальних гнійних ускладнень при гострому холециститі очевидним є необхідність виконання ранніх оперативних втручань до 48 годин з моменту поступлення в хірургічний стаціонар. Власне принцип ранньої операції лежить в основі гнійної хірургії, а наявність запально-деструктивно зміненого жовчного міхура, є абсолютним показанням до невідкладного оперативного втручання.

Перехід на ранню активну тактику лікування хворих на ГХ з врахуванням сонографічних критеріїв запально-деструктивних змін стінки жовчного міхура, впровадження запропонованого способу холецистектомії з міні-доступу, зменшення питомої ваги екстрених та вимушених оперативних втручань дозволило зменшити частоту післяопераційних ускладнень в другому періоді дослідження з 17,6 до 11,4%, а рівень післяопераційної летальності з 2,1 до 0,6 %.

ВИСНОВКИ

У дисертаційній роботі представлено нове вирішення наукового завдання, що полягає в обґрунтуванні диференційованого вибору активної хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит у віковому аспекті залежно від ступеня вираженості і динаміки запально-деструктивного процесу стінки жовчного міхура та класу операційно-анестезіологічного ризику, що в сукупності покращує результати хірургічного лікування даної категорії хворих.

1. Клінічна картина гострого холециститу перебігає за п'ятьма варіантами: обтураційним, холангіотичним, біліарно-панкреатичним, рецидивним. У 8,3 % хворих старечого віку відмічено первинно деструктивний варіант клінічного перебігу гострого холециститу. Загальні і місцеві клінічні симптоми характеризуються низькою специфічністю і чутливістю в оцінці деструкції жовчного міхура.

2. При гострому холециститі у хворих літнього і старечого віку під час морфологічного дослідження видалених операційних макропрепаратів виявлено структурну перебудову артеріального русла, яка характеризується вираженою склеротичною дегенерацією стінок судин, достовірним зменшенням діаметра їхнього просвіту зі зменшенням пропускних можливостей судин жовчного міхура на 10 %, що в кінцевому варіанті призводить до оклюзії локального мікроциркуляторного русла з первинною тканинною ішемією і незворотних судинних розладів з подальшою деструкцією його стінки.

3. Локальні імунні реакції у слизовій оболонці ураженого жовчного міхура у хворих віком 20–59 років характеризувалися нерівномірним диспропорційним зростанням плазматичних клітин-продуцентів IgA, IgG, IgM, IgE, а також зростанням концентрації SIgA. У осіб старших вікових груп у слизовій оболонці ураженого жовчного міхура на фоні нерівномірного збільшення числа плазматичних клітин-продуцентів IgG, IgM, IgE виявлено зниження локального імунного захисту за рахунок зниження майже на 26 % рівня SigA.

4. Ступінь вираженості локальних морфологічних та імунних реакцій у хворих з гострим холециститом літнього та старечого віку корелює із глибиною мікроциркуляторних розладів у стінці ураженого жовчного міхура, а тому консервативна антибактеріальна терапія не зменшує частоту навколomіхурових гнійних ускладнень. Очевидним є необхідність виконання ранніх (до 48 годин) оперативних втручань.

5. Порівняльний аналіз клінічних даних, специфічності 12 сонографічних симптомів гострого холециститу з інтраопераційною картиною та результатами морфологічного дослідження видалених макропрепаратів показав, що сонографічні ознаки достовірно відображають ступінь і динаміку запально-деструктивних змін в жовчному міхурі, що дає можливість визначити клініко-морфологічну форму захворювання.

6. Лікувальний алгоритм у хворих різного віку з гострим холециститом повинен базуватися на принципі активної хірургічної тактики з врахуванням клініко-морфологічної форми захворювання і класу операційно-анестезіологічного ризику.

7. Порівняльний аналіз результатів лікування хворих з гострим холециститом в різні періоди дослідження показав переваги активної хірургічної тактики, що призвело до зменшення частоти післяопераційних ускладнень в другому періоді дослідження з 17,6 до 11,4 % і зниження рівня післяопераційної летальності з 2,1 до 0,6 %.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Хворі з I клініко-морфологічною формою гострого холециститу підлягають оперативному втручанню за екстремими показаннями в терміни при I-II класі операційно-анестезіологічного ризику до 3 годин з моменту поступлення, при III-IV класі – до 6 годин.

2. Хворі з II клініко-морфологічною формою гострого холециститу незалежно від класу операційно-анестезіологічного ризику підлягають оперативному втручанню в межах 6–24 години.

3. Хворі з III клініко-морфологічною формою гострого холециститу при I-II класі операційно-анестезіологічного ризику оперуються в межах 24-48 годин, при III-IV класі – вимушено в терміни 48–72 години.

4. Хворі з IV клініко-морфологічною формою гострого холециститу при I-II класі операційно-анестезіологічного ризику оперуються в плановому порядку, при III-IV класі – показано консервативне лікування.

5. Методом вибору операції при I та II клініко-морфологічних формах гострого холециститу незалежно від класу операційно-анестезіологічного ризику є холецистектомія з лапаротомного доступу, а при III-IV клініко-морфологічних формах – холецистектомія з міні-доступу за запропонованою методикою.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Підвищення безпеки виконання невідкладних операцій з приводу гострого загального перитоніту у хворих похилого віку / Дзюбановський І.Я., Басистюк І.І., П'ятночка В.І., Синоверський Л.В. // Клінічна хірургія. – 1996. – № 2-3. – С. 23. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, аналіз результатів хірургічного лікування жовчного перитоніту у пацієнтів похилого віку, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

2. Холецистектомія з міні-доступу в лікуванні калькульозного холециститу / Дзюбановський І.Я., Максимлюк В.І., Смачило І.І., Синоверський Л.В. // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика.– 2001. – Вип. 10. – С. 485-490. (Здобувачеві належить літературний огляд, матеріал дослідження, аналіз ефективності різних методів холецистектомії, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

3. Хірургічне лікування хворих на гострий холецистит із супровідним цукровим діабетом / Дзюбановський І.Я., Синоверський Л.В., Семків А.Л., Носко В.Л. // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 3 (додаток). – С. 30-32. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, аналіз поліморбідності у хворих гострим холециститом різних вікових груп, частота цукрового діабету, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

4. Дзюбановський І.Я., Синоверський Л.В. Вікові особливості хірургічного лікування хворих на гострий холецистит // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2 (14). – С.128-130. (Здобувачеві належить літературний огляд, матеріал дослідження, аналіз особливостей перебігу та хірургічного лікування гострого холециститу у пацієнтів різного віку, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

5. Дзюбановський І.Я., Синоверський Л.В. Сонографічний моніторинг гострого холециститу в світлі показів до хірургічного лікування // Галицький лікарський вісник. – 2002. – Т. 9, № 3. – С. 121-122. (Здобувачеві належить виділення та аналіз діагностичної цінності основних сонографічних симптомів гострого холециститу, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

6. Синоверський Л.В. Доопераційна оцінка клінічних варіантів перебігу гострого холециститу

у хворих похилого та старечого віку // Вісник наукових досліджень. –2002. – № 4.– С. 72-73.

7. Особливості локального імунного гомеостазу при гострих холециститах / Гнатюк М.С., Синовєрський Л.В., Дзюбановський І.Я., Франчук В.В. // Шпитальна хірургія. – 2003. – №1. – С. 41-43. (Здобувачеві належить аналіз результатів імунно-морфологічних досліджень у хворих на гострий холецистит у різних вікових групах, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

8. Синовєрський Л.В., Дзюбановський І.Я., Гнатюк М.С. Морфоструктурні та функціональні особливості перебігу гострого холециститу у осіб різного віку // Хірургія України. – 2003. – № 4 (8). – С. 53-56. (Здобувачеві належить аналіз результатів морфологічних методів дослідження у хворих на гострий холецистит у різних вікових групах, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

9. Дзюбановський І.Я., Синовєрський Л.В., Гнатюк М.С. Обґрунтування активної хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит літнього та старечого віку // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 1. – С. 18-23. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, аналіз результатів морфологічних, клінічних методів дослідження та ефективності оперативного лікування у хворих на гострий холецистит у різних вікових групах, статистична обробка отриманих результатів, підготовка до друку).

10. Синовєрський Л.В. Клініко-сонографічні критерії прогнозу і вибору строків операції у хворих на гострий холецистит // Вісник наукових досліджень. – 2004. –№1. – С. 59-60.

11. Деклараційний патент на винахід 65477 А UA, МКИ А 61В 17/00 Спосіб лікування гострого холециститу / Дзюбановський І.Я., Синовєрський Л.В., Луговий О.Б. – № 20031110059; Заявл. 07.11.2003; Опубл. 15.03.2004; Бюл. №3. (Здобувачеві належить участь у розробці методики та забезпечення клінічним матеріалом, статистична оцінка його ефективності, підготовка документації).

12. Деклараційний патент на винахід 65478 А UA, МКИ А 61В 17/00 Спосіб холецистектомії / Дзюбановський І.Я., Синовєрський Л.В. – № 20031110060; Заявл. 07.11.2003; Опубл. 15.03.2004; Бюл. №3. (Здобувачеві належить розробка методики та забезпечення клінічним матеріалом, статистична оцінка його ефективності, підготовка документації).

13. Гнатюк М.С., Дзюбановський І.Я., Синовєрський Л.В. Особливості місцевого імунного гомеостазу жовчного міхура у людей похилого віку // Матеріали пленуму правління Українського товариства геронтологів та геріатрів „Фізіологія і патологія органів травлення у осіб похилого і старечого віку”. – Чернівці, 1996. – С. 29-30. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, статистична обробка результатів імунно-морфологічних досліджень, підготовка до друку).

14. Гнатюк М.С., Дзюбановський І.Я., Синовєрський Л.В. Діагностична та прогностична цінність функціонально-структурних еквівалентів місцевого імунного гомеостазу при хірургічній

патології органів травної системи // Науково-практичний журнал Всеукраїнського лікарського товариства. Матеріали VII конгресу світової Федерації лікарських товариств. – Ужгород, 1998. – С. 31. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, аналіз результатів дослідження локального імунного гомеостазу, підготовка до друку).

15. Синоверський Л.В. Геріатричні аспекти хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит // Збірник наукових праць XLIV підсумкової наукової конференції „Здобутки клінічної та експериментальної медицини”. – Тернопіль, „Укрмедкнига”. – 2001. – № 6. – С. 57. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, аналіз результатів хірургічного лікування хворих на гострий холецистит літнього та старечого віку, підготовка до друку).

16. Синоверський Л.В. Холецистектомія із малого доступу при гострому холециститі у хворих літнього та старечого віку // Збірник наукових праць XLV підсумкової (міжрегіональної) науково-практичної конференції „Здобутки клінічної та експериментальної медицини”. – Тернопіль, „Укрмедкнига”. – 2002. – № 7. – С. 86. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, аналіз ефективності холецистектомії з міні-доступу у хворих літнього та старечого віку, підготовка до друку).

17. Дзюбановський І.Я., Синоверський Л.В. Геріатричні аспекти хірургії гострих холециститів // Тези доп. Міжнародної наук.-практ. конф. „Актуальні питання геріатричної хірургії”. – Тернопіль, „Укрмедкнига”. – 2004. – С. 35-36. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, проведення паралелей між клінічними та морфологічними дослідженнями у хворих на гострий холецистит різного віку, підготовка до друку).

18. Дзюбановський І.Я., Синоверський Л.В. Про доцільність використання клініко-діагностичних стандартів у виборі лікувальної тактики у хворих на гострий холецистит // Тез. доп. I Всеукраїнської науково-практичної конференції „Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії”. – Львів, 2004. – С.147-148. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, обґрунтування стандартів діагностики та лікування хворих на гострий холецистит, підготовка до друку).

АНОТАЦІЯ

Синоверський Л.В. Обґрунтування активної хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит у віковому аспекті. – **Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2005.

Дисертація присвячена актуальним проблемам ранньої діагностики і вибору активної лікувальної тактики у хворих на гострий холецистит у віковому аспекті.

Проаналізовано результати лікувальної тактики у 378 хворих з гострим холециститом в

різних вікових групах і періодах дослідження. Аналіз клінічної картини гострого холециститу дозволив виділити п'ять варіантів його клінічного перебігу. Доказано низьку специфічність і чутливість загальних і місцевих клінічних симптомів у визначенні деструктивних форм гострого холециститу. На основі проведеного порівняльного аналізу клінічних даних, специфічності 12 сонографічних ознак гострого холециститу і результатів морфологічного дослідження видалених жовчних міхурів достовірно засвідчено ступінь вираженості та динаміки запально-деструктивних змін у жовчному міхурі, що характеризують на доопераційному етапі клініко-морфологічну форму гострого холециститу. І на цій основі виділено чотири клініко-морфологічні форми гострого холециститу. Отримані результати морфологічного, морфометричного та імуно-морфометричного досліджень мікропрепаратів у хворих з гострим холециститом літнього і старечого віку засвідчили зменшення артеріального кровопостачання стінки жовчного міхура, зниження пропускної здатності, звуження судин мікроциркуляторного русла, тканинну ішемію з подальшою активацією місцевого запального процесу. Обґрунтовано виконання ранніх (в межах 24–48 год.) оперативних втручань. Запропонований лікувальний алгоритм у хворих з гострим холециститом різного віку залежить від клініко-морфологічної форми захворювання і класу операційно-анестезіологічного ризику. Проаналізовано результати лікування хворих на гострий холецистит в різні періоди дослідження. Застосування активної хірургічної тактики у хворих з гострим холециститом призвело до зниження частоти післяопераційних ускладнень 17,6 до 11,4 % і зниження рівня післяопераційної летальності з 2,1 до 0,6 %.

Ключові слова: гострий холецистит, вік, діагностика, лікувальна тактика.

АННОТАЦІЯ

Синоверский Л.В. Обоснование активной хирургической тактики у больных острым холециститом в возрастном аспекте. – Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук за специальностью 14.01.03 – хирургия. – Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2005.

Диссертация посвящена актуальным проблемам ранней диагностики и выбора активной лечебной тактики у больных острым холециститом разных возрастных групп.

Проанализированные результаты лечебной тактики у 378 больных с острым холециститом разных возрастных групп и периодах исследования. Анализ клинической картины острого холецистита позволил выделить пять вариантов его клинического течения. Доказано низкую специфичность и чувствительность общих и местных клинических симптомов в определении деструктивных форм острого холецистита. На основе проведенного сравнительного анализа

клинических данных, специфичности 12 сонографических признаков острого холецистита и результатов морфологического исследования удаленных желчных пузырей достоверно засвидетельствована степень выраженности и динамики воспалительно-деструктивных изменений в желчном пузыре, которые характеризуют на дооперационном этапе клинко-морфологическую форму острого холецистита. И на этой основе выделены четыре клинко-морфологические формы острого холецистита: первая – острый холецистит, осложненный местным и разлитым перитонитом; вторая – острый холецистит с некупированным острым приступом и острой обтурацией при нарастании (в динамике) клинко-сонографических признаков местного воспалительно-деструктивного процесса стенки желчного пузыря и панкреато-билиарных осложнений; третья – острый холецистит с купированным острым приступом и острой обтурацией с субъективным улучшением общего состояния в результате применения консервативной терапии, но при сохранении в динамике сонографических признаков местного воспалительно-деструктивного процесса стенки желчного пузыря; четвертая – острый холецистит с купированным острым приступом и при отсутствии в динамике клинко-сонографических признаков воспалительного процесса стенки желчного пузыря. Полученные результаты морфологического, морфометрического и иммунно-морфометрического исследований микропрепаратов у больных с острым холециститом пожилого и старческого возраста засвидетельствовали уменьшение артериального кровоснабжения стенки желчного пузыря, снижение пропускной способности, сужение сосудов микроциркуляторного русла, тканевую ишемию с последующей активацией местного воспалительного процесса. Обосновано выполнение ранних (в пределах 24–48 ч) оперативных вмешательств. Предложенный лечебный алгоритм у больных с острым холециститом разного возраста зависит от клинко-морфологической формы заболевания и класса операционно-анестезиологического риска. Больные с I клинко-морфологической формой острого холецистита подлежат оперативному вмешательству по экстренным показаниям в сроки: при I-II классе операционно-анестезиологического риска – до 3 часов с момента поступления, при III-IV классе – до 6 часов. Больные со II клинко-морфологической формой острого холецистита независимо от класса операционно-анестезиологического риска подлежат оперативному вмешательству в пределах 6–24 часов. Больные с III клинко-морфологической формой острого холецистита при I-II классе операционно-анестезиологического риска оперируются в пределах 24–48 часов, при III-IV классе – вынужденно в сроки 48–72 часа. Больные с IV клинко-морфологической формой острого холецистита при I-II классе операционно-анестезиологического риска оперируются в плановом порядке, при III-IV классе показано консервативное лечение. Методом выбора операции при I и II клинко-морфологических формах острого холецистита независимо от класса операционно-анестезиологического риска является холецистэктомия из лапаротомного доступа, а при III-IV

клинико-морфологических формах – холецистэктомия из мини-доступа за предложенной методикой. Проанализированы результаты лечения больных острым холециститом в разные периоды исследования. Применение активной хирургической тактики у больных с острым холециститом привело к снижению частоты пооперационных осложнений 17,6 до 11,4 % и снижение уровня пооперационной летальности с 2,1 до 0,6 %.

Ключевые слова: острый холецистит, возраст, диагностика, лечебная тактика.

THE SUMMARY

Synoversky L.V. Ground of active surgical tactic at patients with acute cholecystitis in an age aspect. – The Manuscript.

Thesis on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a specialty. 14.01.03 – Surgery – the Ternopol State Medical University by I.Y. Horbachevsky MH of Ukraine, Ternopol, 2005.

The thesis is devoted to actual problems of early diagnostics and choice of active medical tactics for the patients with an acute cholecystitis of different age groups.

Results of medical tactics in 378 patients with an acute cholecystitis in different age groups and periods of research were analyzed. The analysis of a clinical picture of an acute cholecystitis gave a possibility to select five types of its clinical course. Low specificity and sensitivity of common and local clinical signs in definition of the destructive forms of an acute cholecystitis is proved. On the basis of the comparative analysis of the clinical data, specificity of 12 sonographic signs of an acute cholecystitis and results of morphological research of the remote gall-bladders the degree of an expressiveness and dynamics of inflammatory - destructive changes in a gall-bladders is authentically certified, which characterize on preoperative stage „the clinic-morphological” form of an acute cholecystitis. On this basis four „clinic-morphological” forms of an acute cholecystitis are selected. The results of morphological, morphometric and immuno-morphometric reseaches of mounts of patients with an acute cholecystitis of elderly and senile age have testified decrease of an arterial blood supply of a wall of a gall-bladders, capacity reductions, contraction of vessels of a microcirculatory channel, tissue ischemia with the following activation of the local inflammatory process. The performance of early (within 24 - 48 h) operative measures was grounded. The proposed medical algorithm of patients with an acute cholecystitis of different age depends on the clinic-morphological form of disease and operative-anesthesiologists’ class of risk.

Results of treatment of patients with an acute cholecystitis in different periods of research were analyzed. The use of active surgical tactics of patients with an acute cholecystitis has reduced of frequency of postoperative complications from 17,6 to 11,4 % and reduced a level of postoperative mortality from 2,1 to 0,6 %.

Keywords: an acute cholecystitis, age, diagnostics, medical tactics.