

ŪMINIS CHOLECISTITAS: DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS

Augustė Matuzaitė

Vilniaus universitetas, Medicinos fakultetas

Raktažodžiai: ūminis cholecistitas, ūminio cholecistito diagnostika ir gydymas.

Santrauka

Ūminis cholecistitas yra rimta ir dažna tulžies pūslės akmenligės komplikacija. Vidutinis mirtingumas nuo ūminio cholecistito nėra didelis, bet gali priklausyti nuo diagnostikos ir gydymo skyrimo laiko bei tikslumo. Ūminio cholecistito diagnostikos pagrindas – laboratorinių kraujo tyrimų pokyčiai ir pilvo ertmės sonoskopija. Dabartinis ūminio cholecistito gydymo standartas yra anksčiau laparoskopinė cholecistektomija su atitinkamu skysčių, elektrolitų bei antibiotikų skyrimu.

Įvadas

Ūminis cholecistitas yra rimta ir dažna tulžies pūslės akmenligės komplikacija. 90 proc. cholecistito atvejų yra kalkuliniai (dėl akmenų tulžies pūslėje), kiti 10 proc. - akalkuliniai cholecistito atvejai [1]. Vidutinis mirtingumas nuo ūminio cholecistito siekia 3 proc., bet gali didėti priklausomai nuo paciento amžiaus ir gretutinių ligų, ar jei optimali diagnostika bei gydymas yra pavėluotas [2]. Valdant šią būklę, būtina atsižvelgti į ligos sunkumą ir su pacientu susijusius rizikos veiksnius.

Tyrimo tikslas – išanalizuoti įrodymais pagrįstą informaciją apie ūminio cholecistito diagnostiką ir gydymo būdus.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tyrimui atlikti vykdyta sisteminė mokslinės literatūros apžvalga ir analizė. Duomenų buvo ieškoma Google Scholar, UpToDate, SpringerLink bei Medline (PubMed) duomenų bazėse. Literatūros šaltinių paieška buvo vykdoma naudojant nurodytų raktažodžių kombinacijas anglų kalba. Apžvalgai atrinkti visateksčiai straipsniai, kurių pavadinimas ar reikšminiai žodžiai nurodė sąsają su nagrinėjama tema. Atrinkti, išanalizuoti ir apibendrinti 9 straipsniai.

Tyrimo rezultatai

Klinikiniai simptomai. Užsitęsusi biliarinė obstrukcija sukelia ūminį cholecistitą ir persistuojantį skausmą viršuti-

niame dešiniajame pilvo kvadrante. Šio skausmo pobūdis panašus į tulžies pūslės koliką, tačiau užsitęsęs gali trukti valandas ar net dienas. Gali pasireikšti pykinimas, vėmimas, nestiprus karščiavimas. Iki 70 proc. sergančiųjų ūminiu cholecistitu teigė, kad panašaus skausmo epizodų jie buvo patyrę ir anksčiau, tačiau skausmas praėjo savaime. Gelta dažniausiai gali būti matoma ankstyvose ūminio cholecistito stadijose ir pasireiškia mažiau nei 20 proc. pacientų. Svarbu tinkamai įvertinti peritoninius simptomus, tačiau nekomplikuotais ūminio cholecistito atvejais jie dažniausiai nebūna stebimi [1,3].

Diagnostika. Laboratoriniuose kraujo tyrimuose gali būti aptinkama leukocitozė, padidėję aspartato aminotransferazės (AST), alanino aminotransferazės (ALT) kiekiai, padidėjusi bilirubino ir šarminės fosfatazės koncentracija. Esant nekomplikuotam cholecistitui, bendras bilirubino bei šarminės fosfatazės kiekis gali išlikti nepakitęs, todėl normalaus dydžio vertės neekskliuduoja galimos ūminio cholecistito diagnozės. Sonoskopija ir radiologiniai tyrimai yra optimaliausi cholecistito vaizdavimui. Kaip pirminis instrumentinis tyrimas paprastai pasirenkama pilvo ertmės sonoskopija. Rentgenas, kompiuterinė tomografija (KT) ir endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija laikomi papildomais tyrimais. Magnetinio rezonanso tyrimas (MRT) paprastai nėra naudojamas šio susirgimo diagnostikai, tačiau turi potencialo diferencijuojant ūminį ir lėtinį cholecistitą [4]. Įtariant ūminį cholecistitą, remiantis diagnostiniais tyrimais, jis turi būti diferencijuojamas su lėtiniu cholecistitu, tulžies pūslės karcinoma, cholangiokarcinoma, adenomiomatoze [5]. Nustačius klinikinę diagnozę, ūminio cholecistito sunkumo laipsnis vertinamas pagal atnaujintas 2018 metų Tokijo gaires (TG18) [6].

Gydymas. Nors pagrindinis ūminio cholecistito gydymas yra chirurginis, daugeliui pacientų reikia hospitalizacijos būklės stabilizavimui bei terapijai prieš operacinį gydymą. Skausmo kontrolei bei simptomams palengvinti dažnai skiriami antiemetikai ir analgetikai. Lengvo cholecistito atveju, kai uždegimas paprastai yra pirminis procesas, antibiotikų skyrimas yra tik profilaktinis, tačiau plačiai naudojamas. Paprastai skiriami plataus spektro antibiotikai. Skausmo

kontrolei paprastai skiriami opioidai. Anksčiau buvo vengiama skirti morfiną, nes manyta, kad jis gali didinti Oddi sfinkterio tonusą, tačiau buvo įrodyta, jog tai neturi didelės klinikinės reikšmės [7]. Buvo įrodyta, kad vaistai nuo uždegimo, tokie kaip ketorolakas ar indometacinas gali būti efektyvūs malšinant tulžies pūslės plėtimosi, tempimo sukeltą skausmą. Maždaug 30 proc. pacientų medikamentinio gydymo nepakanka, todėl būtina cholecistektomija per 24-72 val. Cholecistektomija gali būti atliekama per 48 val., apmalšinus uždegimą. Nestabiliems pacientams reikalinga skubesnė intervencija, tokia kaip endoskopinė retrogradinė cholangiopankreatografija, perkutaninis drenavimas ar cholecistostomija. Vis dažniau atliekama skubi laparoskopinė cholecistektomija, nes įrodyta, kad ji yra saugi ir nėra atliekama sunkiau, nei uždelsta cholecistektomija. Atliekant skubią laparoskopiją, sutrumpinamas paciento hospitalizacijos laikas. Apie 5 proc. atvejų, atliekant laparoskopinę cholecistektomiją, prireikia perėjimo į atvirą cholecistektomiją [8]. Pacientai, kurių reikšminga rizika atliekant cholecistektomiją, alternatyviai gali būti gydomi perkutaniniu tulžies pūslės drenavimu, cholecistostomija ar įdedant T – vamzdelį. Jiems gali būti taikoma uždelsta cholecistektomija, siekiant paciento stabilizavimo prieš nejaurą ir chirurginę operaciją. Šis gydymo būdas gali būti taikomas ir tiems pacientams, kurių diagnozė vis dar yra abejotina [9].

Išvados

1. Ūminio cholecistito diagnostikos pagrindas – laboratorinių kraujo tyrimų pokyčiai ir pilvo ertmės sonoskopija.
2. Ūminio cholecistito gydymo standartu išlieka cholecistektomija, tačiau vis dažniau ji yra atliekama skubiai, neatidėliotinai.
3. Laiku ir tiksliai diagnozuota liga bei tinkamai parinktas neatidėliotas gydymas yra svarbiausi ūminio cholecistito valdymo aspektai.

Literatūra

1. Cholecystitis: Practice Essentials, Background, Pathophysiology. eMedicine 2018. <https://emedicine.medscape.com/article/171886-overview>.
2. Bagla P, Sarria JC, Riall TS. Management of acute cholecystitis. *Curr Opin Infect Dis* 2016;29(5):508-13. <https://doi.org/10.1097/QCO.0000000000000297>
3. Acute Cholecystitis and Biliary Colic: Overview, Risk Factors, Evaluation of Biliary Colic and Cholecystitis. eMedicine 2018. <https://emedicine.medscape.com/article/1950020-overview>.
4. Wang A, Shanbhogue AK, Dunst D, Hajdu CH, Rosenkrantz AB. Utility of diffusion-weighted MRI for differentiating acute from chronic cholecystitis. *J Magn Reson Imaging* 2016;44(1):89-97. <https://doi.org/10.1002/jmri.25128>
5. van Breda Vriesman AC, Engelbrecht MR, Smithuis RH, Puylaert JB. Diffuse gallbladder wall thickening: differential diagnosis. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;188(2):495-501. <https://doi.org/10.2214/AJR.05.1712>
6. Bari H, Khan MR, Shariff AH. Antibiotics in acute calculous cholecystitis - do Tokyo guidelines influence the surgeons' practices? *JPMA* 2017;67(5) http://www.jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=8183. Accessed 22 Nov. 2018.
7. Thomas SH, Silen W, Cheema F, Reisner A, Aman S, Goldstein JN, Kumar AM, Stair TO. Effects of morphine analgesia on diagnostic accuracy in Emergency Department patients with abdominal pain: a prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg* 2003;196(1):18-31. [https://doi.org/10.1016/S1072-7515\(02\)01480-1](https://doi.org/10.1016/S1072-7515(02)01480-1)
8. Selmani R, Karagjozov A, Stefanovska V. Conversions in laparoscopic cholecystectomy in acute versus chronic cholecystitis. *Pril (Makedon Akad Nauk Umet Odd Med Nauki)* 2013;34(2):43-50.
9. Hatzidakis AA, Prassopoulos P, Petinarakis I, Sanidas E, Chrysos E, Chalkiadakis G, Tsiptsis D, Gourtsoyiannis NC. Acute cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystostomy vs conservative treatment. *Eur Radiol* 2002;12(7):1778-84. <https://doi.org/10.1007/s00330-001-1247-4>

ACUTE CHOLECISTITIS: DIAGNOSIS AND TREATMENT

A. Matuzaitė

Keywords: acute cholecystitis; diagnosis and treatment of acute cholecystitis.

Summary

Acute cholecystitis is a serious and common complication of gallstones. The average mortality from acute cholecystitis is not high, but may depend on the timing and accuracy of diagnosis and treatment. Diagnosis of acute cholecystitis is based on changes in laboratory blood tests and abdominal sonoscopy. The current standard of treatment for acute cholecystitis is early laparoscopic cholecystectomy with appropriate administration of fluids, electrolytes, and antibiotics.

Conclusions. 1. Diagnosis of acute cholecystitis is based on changes in laboratory blood tests and abdominal sonoscopy. 2. Cholecystectomy remains the standard of treatment for acute cholecystitis, but it is increasingly performed urgently. 3. Timely and accurately diagnosed disease and well-chosen, immediate treatment are the most important aspects in the management of acute cholecystitis.

Correspondence to: auguste.matuzaitė@gmail.com

Gauta 2021-05-12