

ОРИГІНАЛЬНА СТАТТЯ

УДК 616.366-002.1-06-089

ВИБІР ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНОГО ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК



Мороз Владислав Владиславович,
morozvladislav2@gmail.com

Мороз В.В., Захараш Ю.М.

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

Ключові слова: холецистит, холецистектомія, етапне лікування, ризик.

Вступ. Проблема лікування гострого холециститу (ГХ) впевнено утримує одне з провідних місць у невідкладній хірургії, що обумовлено тенденцією до зростання показників поширеності серед населення даної патології. За період з 2000 по 2010 рр. кількість хворих на ГХ зросла в Україні в 1,7 рази, а в Європі – в 2,1 рази. Таким чином, рівень захворюваності на ГХ в Україні, на сьогодні, становить в середньому 6,5 випадків на 10000 населення [7]. Основними дискусійними питаннями в лікуванні ГХ залишаються вибір оптимальної лікувальної тактики, методу та етапності виконання хірургічних втручань. Раніше прийнята тактика оперативного лікування – виконання невідкладної відкритої холецистектомії, майже не використовується сьогодні, що пояснюється широким впровадженням мініінвазивних втручань в лікуванні ГХ. Використання мініінвазивних методів хірургічного лікування дало змогу покращити безпосередні та віддалені результати лікування хворих на ГХ, знизити рівень перитоніту післяопераційних ускладнень, летальності [10,13]. Розширення арсеналу мініінвазивних методик в хірургії не вирішило всіх питань невідкладної хірургії ГХ і обумовило необхідність диференційованого підходу до їх вибору з урахуванням конкретної клінічної ситуації. Інтерес до проблеми обумовлений і тим, що в даний час відбувається переоцінка можливостей мініінвазивних методів, як одного з етапів лікування, так і як остаточного методу лікування хворих на гострий холецистит.

Особливу групу серед хворих складають пацієнти, які мають ускладнені форми ГХ та/або високий рівень операційно-анестезіологічного ризику. ГХ може ускладнюватись механічною жовтяницею внаслідок холедохолітазу, холангітом, утворенням перивезикального інфільтрату, перивезикального чи підпечінкового абсцесу, жовчним

перитонітом. Групу з важким операційно-анестезіологічним ризиком складають хворі, які мають тяжкі супутні захворювання органів і систем в декомпенсованому стані чи взаємообтяжуючі захворювання. Важливу роль у розвитку ускладненого ГХ має тривалість захворювання, час від початку прояву перших його ознак до моменту госпіталізації. При пізньому зверненні хворих за медичною допомогою збільшується ризик розвитку запальних ускладнень в зоні жовчного міхура. При цьому високий відсоток пізньої госпіталізації часто призводить до розвитку паравезикальних гнійних ускладнень (9–18% випадків) [3,5,13]. Розвиток ранових ускладнень після традиційної та лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) у пацієнтів з гнійними перивезикальними ускладненнями при ГХ складає 16–41% [1,3,5,14]. Загальна та післяопераційна летальність у хворих з гострим холециститом в старших вікових групах становить відповідно 1,9-8% і 6-33%, а при наявності супутньої патології позапечінкових жовчних протоків цей показник збільшується до 43% (В.А. Привалов, В. А. Шрамченко, А.В. Губніцкій, 2008). Вказаний факт визначає вік пацієнта як один з важливих обтяжуючих факторів, що безпосередньо впливає на прогноз результатів лікування.

Отже, група хворих з ускладненим ГХ, старечого віку з тяжкою супутньою патологією потребує індивідуалізації вибору методу хірургічного лікування та етапності його надання, адже ігнорування можливості розвитку чи наявності ускладнень ГХ та тяжкості загального стану пацієнта може призвести до небажаних інтра- і післяопераційних ускладнень, високої летальності. Об'єктивним чинником, що стримує застосування лапароскопічних втручань у цієї категорії хворих, є небезпека неконтрольованої кровотечі та пошкодження позапечінкових жовчних протоків,

що зумовлено важкими патоморфологічними змінами в зоні запального інфільтрату. Летальність при виконанні відкритих оперативних втручань з приводу ускладненого гострого холециститу залишається вище, ніж при виконанні лапароскопічних втручань, досягаючи 7-13,5% [2,3,6], що спонукає все більше число хірургів до вибору саме ендовідеохірургічних методів лікування хворих з ускладненими формами гострого холециститу [2,3,4,8,9,10,11]. Важливим фактором у визначенні хірургічної тактики також є ступінь тяжкості супутньої патології, на основі якого виділяється група з високим операційно-анестезіологічним ризиком (ОАР). Летальність у даній категорії хворих залишається стабільно високою і сягає 30% (Б.С. Брискин, А.М. Минасян, М.А. Васильєва і др. 1996, В.С. Савельєв, 2006). Основними показаннями до виконання лапароскопічного втручання в умовах високого ОАР, є виключно необхідність ліквідації гнійних ускладнень і санації черевної порожнини, а ефективність ендоскопічних і ендобіліарних втручань при цьому не викликає сумніву [12]. Така група пацієнтів потребує впровадження та аналізу ефективності індивідуалізованого підходу до вибору методу ендовідеохірургічних і мініінвазивних ехоконтрольованих та ендоскопічних хірургічних втручань.

Мета роботи. Покращення результатів лікування хворих з ускладненим гострим холециститом за рахунок індивідуалізованого підходу до вибору методу ендовідеохірургічних і мініінвазивних ехоконтрольованих та ендоскопічних хірургічних втручань.

Матеріали і методи. За період з вересня 2006 по грудень 2013 р.р. на клінічній базі кафедри хірургії №1 НМУ імені О.О. Богомольця з приводу гострого та хронічного холециститу ЛХЕ виконана 568 пацієнтам. Нами проведено ретроспективний аналіз результатів мініінвазивного лікування 162 пацієнтів (45 чоловіків і 117 жінки) у віці від 32 до 89 років з гострим холециститом різного ступеня тяжкості. Від початку захворювання до поступлення в стаціонар у 19 (11,7%) хворих пройшло менше 24 годин, у 33 (20,3%) – до 72 год, у 39 (22,0%) – до 7 діб. У 71 (39,94%) пацієнта прояви больового синдрому до госпіталізації відзначалися більше тижня. Середня тривалість захворювання до поступлення в стаціонар склала $5,9 \pm 2,0$ доби.

Всім пацієнтам при госпіталізації виконували загальноклінічні та біохімічні аналізи крові, оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, УЗД органів черевної порожнини, езофагогастроуденоскопію.

У 148 (91,3%) хворих встановлено діагноз гострий деструктивний холецистит, який у 42 (24,2%) пацієнтів ускладнився механічною жовтяницею, причиною якої став холедохолітіаз. Супутній гнійний холангіт виявлено у 9 (5,5%) пацієнтів. У 51 (31,5%) хворого під час операції виявлений перивезикальний інфільтрат, а у 14 (8,6%) з них – перивезикальний абсцес. Поєднання двох і більше ускладнень відзначено більше ніж у половини хворих. З 85 (52,5%) пацієнтів похилого та старечого віку супутня патологія виявлена у: 69 (81,2%) – гіпертонічна хвороба, 76

(89,4%) – ішемічна хвороба серця, 18 (21,1%) – серцева недостатність, 16 (18,8%) – цукровий діабет, 12 (14,1%) – ожиріння, 18 (21,2%) – захворювання легень, 9 (10,6%) – наслідки перенесеного ГПМК, 13 (15,3%) – хронічний піелонефрит. Рівень операційно-анестезіологічного ризику, обумовленого тяжкістю загального стану у таких пацієнтів і рівень поліорганної недостатності, визначалися за допомогою критеріїв шкал ASA і MODS (Multiple Organ Dysfunction Score).

Усім хворим виконували лапароскопічні оперативні втручання в об'ємі лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) під ендотрахеальним наркозом з міорелаксантами. ЛХЕ виконувалася на відеолапароскопічному комплексі Karl Storz. Ретроградні ендоскопічні втручання проводилися з використанням відеодуоденоскопа фірми Pentax та мобільного рентгенологічного апарату PHILIPS BV Libra C-Arm. Антеградні ехоконтрольовані пункційно-дренуючі втручання виконувалися в умовах операційної під місцеvim знеболенням 5% розчином новокаїну. Для ендобіліарних ехоконтрольованих втручань застосовували дренаж-катетерні набори типу "pigtail" розміром 6, 9 та 12 F фірми Balton (Польща) та фірми Cook Medical (США). Візуалізація хірургічної маніпуляції забезпечувалась апаратом УЗ-діагностики Radmir Ultima Pro 30. Дренування жовчних шляхів під УЗ-контролем виконували методом "free hand" (вільної руки).

Результати та обговорення. При поступленні в хірургічне відділення всім хворим, паралельно з діагностичними обстеженнями, проводилася інтенсивна консервативна терапія в якості передопераційної підготовки (антибактеріальна, інфузійна, дезінтоксикаційна, симптоматична, кардіотропна і антиферментна). Визначення хірургічної тактики у кожного конкретного хворого ґрунтувалося на встановленні тяжкості основного захворювання, характеру і ступеня вираженості ускладнень, а також тяжкості загального стану, обумовленого наявністю основного і супутніх захворювань, ступеня їх компенсації.

Визначення стану і динаміки місцевих змін в жовчному міхурі проводили за допомогою УЗД органів черевної порожнини. Виявлення при контрольній сонографії ознак збереження обтурації жовчного міхура (збільшення розмірів жовчного міхура і зростання ступеня деструкції його стінки), розглядали як показання до проведення невідкладної біліарної декомпресії, навіть при позитивній динаміці клініко-лабораторних показників. Подібна тактика, розроблена нами протягом останніх 10 років, дозволила зменшити число виконаних невідкладних операцій з приводу деструктивного холециститу.

83 (50,6%) з 162 хворих з ускладненими формами ГХ виконали одномоментну ЛХЕ. В одному випадку у хворого виявлено інфільтрат в зоні жовчного міхура та серозний перитоніт. Після виконання лапаротомії виявлена обтурація клубової кишки жовчним каменем, холецистодуоденальна нориця, емпієма жовчного міхура і перивезикальний абсцес. Проведено ентоеротомію, літоекстракцію і холецистектомію з ліквідацією нориці. Післяопераційний період у хворого протікав без ускладнень.

Двоетапна тактика використана в 62 (38,2%) випадках: на I етапі 36 (22,2%) пацієнтам проведені ЕРХПГ з ЕПСТ і літоекстракцією, 26 (16,0%) – черезшкірно-черезпечінкова

холецистостомія (ЧЧХцС), на II етапі – ЛХЕ виконали 60 (37,0%) хворим і відкрити холецистектомию – 2 (1,2%). Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) і літоекстракція проводилася пацієнтам з холедохолітіазом і супутнім біліарним панкреатитом протягом 12 годин від моменту поступлення в стаціонар. Таких хворих було 5 (3,1%), явища панкреатиту вдалося купувати консервативними методами. У 31 (19,1%) хворого з механічною жовтяницею вказані маніпуляції виконані на 2-3 добу. У 11 (6,8%) пацієнтів цієї групи виявлено супутній гнійний холангіт. Після виконання ЕПСТ і літо екстракції їм було виконано назобілярне дренивання, санація жовчовивідних шляхів антибактеріальними препаратами і водним розчином хлоргексидину, а на 4-5 добу, після зниження білірубінемії, успішно виконана ЛХЕ.

Трьохетапна тактика хірургічного лікування застосовувалася у 14 (8,6%) хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком і супутнім холедохолітіазом. На I етапі їм виконувалася ехоконтрольована ЧЧХцС, на II етапі – ЕПСТ з літоекстракцією і III етапом – ЛХЕ. Внаслідок технічних труднощів у 3 (1,8%) хворих з щільним інфільтратом виникла необхідність проведення конверсії.

У 40 (24,7%) хворих з деструктивною формою холециститу у зв'язку з високим операційно-анестезіологічним ризиком в першу добу проведені ехоконтрольовані черезшкірно-черезпечінкові втручання з накладенням мікрохолецистостоми. Декомпресія жовчного міхура дозволила ліквідувати один з основних патогенетичних факторів прогресування деструктивного холециститу – біліарну гіпертензію, дала можливість провести санацію жовчного міхура, а в разі відсутності його блоку – і жовчних шляхів. Така тактика забезпечила успішне проведення лікування декомпенсованої супутньої патології, необхідне дообстеження і, після зниження операційно-анестезіологічного ризику, в плановому порядку, проведення радикальних оперативних втручань. Ще у 5 (3,1%) пацієнтів після накладення мікрохолецистостоми на 3-5 добу під час проведення холецистохолангіографії встановлено наявність холедохолітіазу. ЛХЕ у них проводилася на 3-5 добу після проведеної ЕПСТ з літоекстракцією. 2 (1,23%) пацієнти категорично відмовилися від проведення радикального лікування у зв'язку з ліквідацією гострого нападу і поліпшенням загального стану, а 1 (0,62) пацієнт не оперований в зв'язку зі збереженням у нього високого операційно-анестезіологічного ризику.

Інтраопераційні внутрішньочеревні ускладнення ЛХЕ спостерігали у 35 (22,9%) пацієнтів. Загальним ускладненням для 8 (5,22%) хворих був розвиток проявів гострої серцево-судинної недостатності, яка проявилася відразу ж після створення карбоксиперитонеуму при тиску газу 14 мм рт. ст. За рахунок медикаментозної корекції і зниження внутрішньочеревного тиску до 6-8 мм рт. ст. порушення серцево-судинної діяльності вдалося ліквідувати.

Серед місцевих ускладнень ЛХЕ кровотеча з міхурової артерії та її гілок виникла у 11 (7,2%) хворих, кровотеча з рани передньої черевної стінки – у 9 (5,2%), кровотеча з стінки жовчного міхура – у 12 (7,8%), термічний опік серозної оболонки дванадцятипалої кишки – у 2 (1,3%), пошкодження гепатикохоледоху – у 1 (0,6%).

Після виконання ЕРХПГ з подальшою ЕПСТ у 2 (4,0%) пацієнтів розвинувся післяопераційний інструментальний панкреатит, який вдалося ліквідувати консерватив-

но. Під час виконання ЕПСТ у 3 (6%) пацієнтів виникла кровотеча з папілотомного розрізу великого сосочка дванадцятипалої кишки, яку було зупинено з використанням додаткової ендоскопічної коагуляції.

При виконанні ехоконтрольованої ЧЧХцС у 3 (7,5%) хворих виникла кровотеча з пункційного отвору, у 2 (5,0%) – підтікання жовчі по пункційному отвору в черевну порожнину, у 4 (10,0%) – міграція дренажу.

У 5 (2,9%) пацієнтів виявлені післяопераційні ускладнення ЛХЕ: нагноєння епігастральної операційної рани, через яку видаляли інфікований жовчний міхур – у 3 (1,9%), післяопераційний панкреатит – у 2 (1,3%), підпечінковий абсцес – у 1 (0,6%). Останній був виявлений на 10-у добу після виконання ЛХЕ. Пацієнт був повторно госпіталізований, проведена ехоконтрольована черезшкірно-черезпечінкова санація і дренивання порожнини абсцесу. Хворий виписаний з клініки з одужанням на 7-у добу.

Аналіз опрацьованого матеріалу свідчить про те, що 82% хворих з гострим холециститом звертаються за медичною допомогою в досить пізні терміни від початку захворювання, переважно з деструктивними формами захворювання, що істотно впливає на вибір невідкладної хірургічної тактики. Слід зазначити, що з 110 випадків пізньої госпіталізації в 38 (34,5%) локальна симптоматика була мало вираженою: відсутній помітний м'язовий дефанс у правому підребер'ї, була знижена больова реакція, не вдалося виявити при пальпації контури збільшеного жовчного міхура, були відсутні підвищена температура і симптоми подразнення очеревини. Оцінюючи можливість виконання ЛХЕ при гострому ускладненому деструктивному холециститі, слід враховувати специфіку маніпулювання в зоні жовчного міхура, загальної жовчної і загальної печінкової протоки на фоні запального деструктивного процесу. Щільний інфільтрат в зоні шийки жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки при деструктивному холециститі формується, як правило, після 5-ої доби від початку захворювання і може ускладнюватися розвитком перивезикального інфільтрату або абсцесу. При виборі лікувальної тактики у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком, на нашу думку слід віддавати перевагу малотравматичним ехоконтрольованим пункційно-дренуючим методикам, що не потребують при виконанні загального знеболення.

При виконанні ЛХЕ і неможливості диференціювати елементи гепатодуоденальної зв'язки, трикутника Кало, при наявності щільного запального інфільтрату в зоні шийки жовчного міхура, кровотечі з міхурової артерії, при підозрі на пошкодження позапечінкових жовчних проток нами успішно проведена конверсія. На нашу думку, конверсія в такому випадку є обгрунтованим методом вибору, враховуючи можливий високий операційний ризик.

Загальна летальність при лікуванні пацієнтів з ускладненим гострим холециститом склала 1,7%. Померло 3 пацієнта. Причинами їх смерті були: наростаюча поліорганна недостатність – у 2 хворих, гострий інфаркт міокарда – у 1. Це були пацієнти похилого віку з важкою супутньою патологією та високим операційно-анестезіологічним ризиком.

Таким чином, в арсеналі хірурга є достатньо мініінвазивних методів, застосування яких обгрунтовано для лікування гострого ускладненого холециститу, в тому числі і у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком.

Висновки. 1. ЛХЕ є методом вибору в хірургічному лікуванні хворих з гострим холециститом в будь-які терміни від початку захворювання.

2. Основними критеріями вибору оптимальної хірургічної тактики в лікуванні пацієнтів з гострим ускладненим холециститом є ступінь вираженості і декомпенсації супутньої патології, запального процесу і локальних ускладнень, вік пацієнта, терміни госпіталізації хворого від початку захворювання, досвід хірурга та ін.

3. Ускладнення гострого холециститу механічною жовтяницею обумовлює необхідність диференційованого підходу до вибору оптимальної хірургічної тактики з пріоритетним використанням мінінвазивних технологій з виконанням на I етапі ЕРХПГ з ЕПСТ і літоекстракцією, а на II етапі – ЛХЕ з індивідуальним підходом до термінів виконання радикального втручання.

4. У хворих з ГХ, ускладненим механічною жовтяницею на фоні високого операційно-анестезіологічного ризику доцільним є використання 3-х етапної тактики, з виконанням на I етапі – ЧЧХцС, на II етапі – ЕРХПГ з ЕПСТ та літоекстракцією, на III етапі – ЛХЕ.

Рецензент: д.мед.н., професор Іоффе О.Ю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Атаджанов Ш.К. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ш.К. Атаджанов // Всероссийская конференция хирургов. Махачкала: Республ. Газетно-журнальная типография. – 2005. – С. 110–110.
2. Башилов В.П. Сравнительная оценка различных методов в лечении больных острым холециститом, осложненным холедохолитиазом / Башилов В.П., Брехов Е.И., Малов Ю.Я. и др. // Хирургия. – 2005. – №10. – С. 40–45.
3. Бебуришвили А.Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита / А.Г. Бебуришвили, А.В. Быков, Е.Н. Зюбина // Хирургия. – 2009. – №1. – С. 43–47.

4. Бударин В.И. Лапароскопическая холецистэктомия в экстренной хирургии // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 35–38.

5. Загидов М.З. Гнойно-септические осложнения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / М.З. Загидов, А.М. Загидова // Неотложная и специализированная хирургическая помощь. I конгресс московских хирургов. Тез. Докл. – М.: Геос. – 2005. – С. 296 – 296.

6. Затевахин И.И. Острый холецистит: диагностика и лечение / Затевахин И.И., Цицаивили М.Ш., Дзарасова Г.Ж. // Вестник РГМУ. – 2000. – № 3. – С. 21–26.

7. Ничитайло М.Ю. Профилактика гнойно-септических осложнений лапароскопической холецистэктомии / М.Ю. Ничитайло, В.В. Дяченко, А.В. Скумс // Одеський медичний журнал. – 2002. – №6. – С. 89–90.

8. Сотниченко Б.А. Новые технологии в диагностике и лечении осложненных форм холедохолитиаза / Сотниченко Б.А., Макаров В.И., Савинцева Н.И. и др. // Сборник тезисов XIII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Алматы. – 2006. – С. 112.

9. Таишинов Н.В. Пути оптимизации лечения острого холецистита, осложненного холедохолитиазом у пациентов пожилого и старческого возраста / Таишинов Н.В., Николаев Е.В., Бояринцев Н.И. и др. // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 44–46.

10. Тимошин А.Д. Результаты мининвазивных операций в хирургии желчных путей / Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Колесников С.А. и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. – № 1. – С. 34–38.

11. Хаджибаев А.М. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К. и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9. – № 2. – С. 159–160.

12. Шевченко Р.С. Хірургічне лікування жовтянок 'яної хвороби, що ускладнена обтураційним холестазом у хворих літнього віку / Шевченко Р.С., Шевченко С.І., Гніденко Ю.П., Селезньов М.А. // Харківська хірургічна школа. – 2012. – №3(54). – С.136–140

13. Braun V. Gallbladder puncture and drainage as therapy of acute cholecystitis / V. Braun, W. Blank // Med. Klin. – 2007. – Vol. 91, 6. – P. 359 – 365.

14. Spetariu A. Conversion in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / A. Spetariu, A.E. Nicolau, M. Beuran // Jul. Aug. Chirurgia. – 2010. – Vol.105 (4). – P. 469–472.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МИНИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК

Мороз В.В., Захараш Ю.М.

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

Резюме. Представлен анализ результатов лечения 162 больных с осложненным острым холециститом различной степени тяжести. Одноэтапная хирургическая тактика с выполнением лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), использовалась в лечении 83 (50,6%) больных, двухэтапная – 62 (38,2%) случаях, трёхэтапная – у 14 (8,6%) пациентов с холедохолитиазом с высоким операционно-анестезиологическим риском. Применение дифференцированного подхода к выбору оптимальной хирургической тактики при лечении больных острым осложненным холециститом с приоритетным использованием мининвазивных технологий позволило увеличить долю выполненных ЛХЭ до 82,0%, снизить показатели послеоперационных осложнений, летальности, которая не была обусловлена основным заболеванием до 1,7%. В статье обоснована и доказана приоритетность выполнения мининвазивных вмешательств при остром осложненном холецистите у пациентов с разной степенью тяжести заболевания.

Ключевые слова: холецистит, ецистэктомия, этапное лечение, риск.

THE CHOICE OF SURGICAL APPROACH FOR THE TREATMENT OF COMPLICATED ACUTE CHOLECYSTITIS USING MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES

V.V. Moroz, Yu.M. Zakharash

Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Summary: The paper presents an analysis of results of treatment of 162 patients with complicated acute cholecystitis varying severity. One-stage surgical tactics with the performance of laparoscopic cholecystectomy (LCE) used in the treatment of 83 (50,6%) patients, two-step – in 62 (38,2%) cases, a three stage – in 14 (8,6%) patients with choledocholithiasis with high surgical and anaesthesiological risk. The use of a differentiated approach to the choice of optimal surgical treatment for patients with acute cholecystitis complicated with priority of using minimally invasive technologies has made possible to increase the share of LCE to 82.0%, lower rates of postoperative complications to 13.4%, mortality, which is not was due to the underlying disease to 1.7%. In the article the priority and proven performance minimally invasive surgery for acute cholecystitis and cholelithiasis complicated forms.

Key words: cholecystitis, cholecystectomy, risk.